

Universidad de Concepción del Uruguay
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Proyecto Final de Carrera

Tema: Residencia especializada en Alzheimer y otras demencias

Cátedra: Arq. Analía Pietranera
Arq. Verónica Sersewitz

Alumna: Ana Inés Aguirre

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA	5
CAPÍTULO 1	
1. GENERALIDADES	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	11
1.3 PERFIL DEL USUARIO	14
1.4 HÁBITAT	16
1.5 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	
1.5.1 Organización- forma legal	19
1.5.2 Plan económico-financiero	19
1.5.3 Gasto de funcionamiento..	20
1.6 REFERENTES TIPOLÓGICOS	
1.6.1 En el país	22
1.6.2 En otros países	24
1.7 OBJETIVO	26
CAPÍTULO 2	
2. DIAGNÓSTICO	
2.1 ASPECTO SOCIAL Y ECONÓMICO	
2.1.1 Población	28
2.1.2 Actividad económica	29
2.1.3 Educación	30
2.1.4 Salud	31

2.2 ASPECTO LEGAL	
2.2.1 Organismos y leyes involucradas	33
2.2.2 Aspectos normativos	34
2.3 ASPECTO FÍSICO	
2.3.1 Ubicación del terreno	35
2.3.2 Datos técnicos	36
2.3.3 Accesibilidad	38
2.3.4 Infraestructura y servicios	38
2.4 ASPECTO URBANO	
2.4.1 Equipamiento urbano existente	39
2.4.2 Transporte público	45
2.5 MATRIZ F.O.D.A	48

CAPÍTULO 3

3. PROPUESTA

3.1 PROGRAMA DE NECESIDADES	49
3.2 PROPUESTA DE ZONIFICACIÓN	50
3.3 APORTACIONES E INNOVACIONES	52

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

"...Ella no sabe quién soy, pero yo aún se quien es ella y la amo..."⁽¹⁾

Entre los nuevos problemas a los cuales se enfrenta la humanidad se encuentra el envejecimiento cerebral conocido como enfermedad de Alzheimer. Cuando el hombre vivía mucho menos esta enfermedad era casi desconocida, pero desde que se ha extendido la esperanza de vida, comenzaron a conocerse nuevos problemas asociados a la vejez.

Es un problema que aqueja al mundo desarrollado que ve aumentar la esperanza de vida de su población, pero no se encuentra preparado para lo que esto conlleva.

Se presenta entonces una compleja situación que plantea nuevas premisas sociales y económicas, además de biológicas, ya que representa un gran cambio en la composición socioeconómica de la población mundial. Son los trastornos cognitivos, los conductuales, la vida cotidiana, la implicancia social, económica, biológica, filosófica las cuestiones que hoy se deben discutir a partir de este problema.

Pero quizás una de las cuestiones más urgentes de esta problemática a resolver, es el estudio y construcción de espacios habitacionales preparados para ofrecer apoyo y una alternativa accesible a las familias de los enfermos.

La familia es la que recibe el mayor impacto desde los comienzos de la enfermedad dado que, quienes estaban acostumbrados a convivir con una persona inteligente y orientada ven como comienza a desmoronarse intelectualmente y a presentar conductas atípicas.

Por lo tanto el Alzheimer representa una problemática que no solamente incluye a los profesionales de la salud, sino también a la familia, a la salud pública y al Estado, que debe plantear políticas serias al respecto. Los derechos y necesidades de los pacientes afectados por esta enfermedad suelen entrar, por lo general, en conflicto con las necesidades de sus familiares o cuidadores.

⁽¹⁾ Infobae.com (se anexa artículo completo)

METODOLOGÍA

El trabajo se enmarcó dentro de los siguientes tipos de investigación: **Descriptiva, De campo y Bibliográfica.**

Descriptiva: La investigación se enmarca en un estudio descriptivo. La recolección de datos ha permitido describir las características de los enfermos de Alzheimer.

De campo: La investigación se desarrolló en los establecimientos de salud y se realizaron entrevistas a profesionales especializados en la problemática.

Bibliográfica: Se sustentó la base teórica de la investigación mediante consultas a: fuentes bibliográficas, textos, revistas, documentos varios e internet.

El trabajo está estructurado en tres capítulos:

Capítulo 1. Generalidades: descripción de las características de la enfermedad de Alzheimer y análisis de la problemática en la ciudad de Concepción del Uruguay.

Capítulo 2. Diagnóstico: desarrollo de los diferentes aspectos involucrados en la problemática y su análisis con relación al proyecto y su entorno.

Capítulo 3. Propuesta: programa de necesidades y propuestas de zonificación.

CAPÍTULO 1

1. GENERALIDADES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1907, Alois Alzheimer, neuropsiquiatra alemán, describió el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre. Se trataba de una mujer de 51 años con deterioro cognitivo, alucinaciones, delirios y síntomas focales, cuyo estudio cerebral post-mortem reveló la existencia de atrofia cortical, placas, ovillos y cambios arterioescleróticos. Otra aportación fundamental al conocimiento de las demencias es la efectuada por Arnold Pick, profesor de neuropsiquiatría en Praga, quien comenzó a describir en 1892 una serie de casos de demencia con atrofia cerebral localizada en los lóbulos frontales.

Tras los avances de comienzos del siglo XX, el interés por las demencias disminuyó considerablemente. Se consideraba que la enfermedad de Alzheimer no era más que una forma rara de demencia presenil. Incluso en una época tan cercana como los años cincuenta, se creía que la mayoría de las personas que desarrollaban un síndrome demencial después de los 65 años (la llamada "demencia senil") sufrían de alguna forma de insuficiencia cerebrovascular, la llamada "demencia arteriosclerótica".

A finales de la década de los cincuenta y durante los sesenta, los trabajos de la Escuela Inglesa de Psiquiatría con Martin Roth a la cabeza, empezaron a suponer un cambio en la forma de entender el problema. Estos autores pusieron en evidencia la prominencia de la enfermedad de Alzheimer entre las causas de demencia entre los ancianos, considerándose de forma cada vez más unánime que las formas seniles y preseniles corresponden en realidad al mismo trastorno.

Desde entonces, el interés por este grupo de enfermedades ha crecido de forma considerable, cuando apenas si ocupaba una mínima parte de los tratados de Psiquiatría y Neurología. Entre los factores que han contribuido a ello destacan principalmente los cambios demográficos, que han incrementado de forma espectacular la frecuencia absoluta y relativa del número de ancianos en los países occidentales y en todo el mundo.

En nuestra ciudad, el Licenciado en Ciencias Biológicas, Luis Sanchez, quien ha realizado numerosas investigaciones sobre el tema y publicado documentos y libros en el país, España y Estados Unidos, accedió a una entrevista en la cual explicó su concepción

acerca de la enfermedad, sus posibles orígenes y la evolución de la misma. Los documentos que aportó se agregan en el Anexo dado su extensión.

La problemática de la enfermedad de Alzheimer sigue aún investigándose en todo el mundo. Las causas, la prevención y los tratamientos posibles son objeto de múltiples interrogantes.

En términos generales: Es la causa más común de demencia. Entendemos por demencia el declinar de las funciones intelectuales del paciente, si lo comparamos con el nivel de funciones que tenía anteriormente.

Afecta a todos los grupos sociales y no hace distinción de sexo, de grupo étnico ni lugar geográfico. Por lo general, afecta a personas de 60 años y más, aunque puede aparecer en pacientes más jóvenes.

Está caracterizada por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Afecta a la memoria, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Suele ir acompañado por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

Se manifiesta en cada persona de manera diferente dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del individuo antes de empezar a padecerla. Sus signos y síntomas se pueden diferenciar en tres etapas:

Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida ya que el inicio es paulatino.

- Tendencia al olvido
- Pérdida de la noción del tiempo
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos

Etapa intermedia: a medida que la enfermedad evoluciona los signos y síntomas se vuelven más evidentes y limitadores

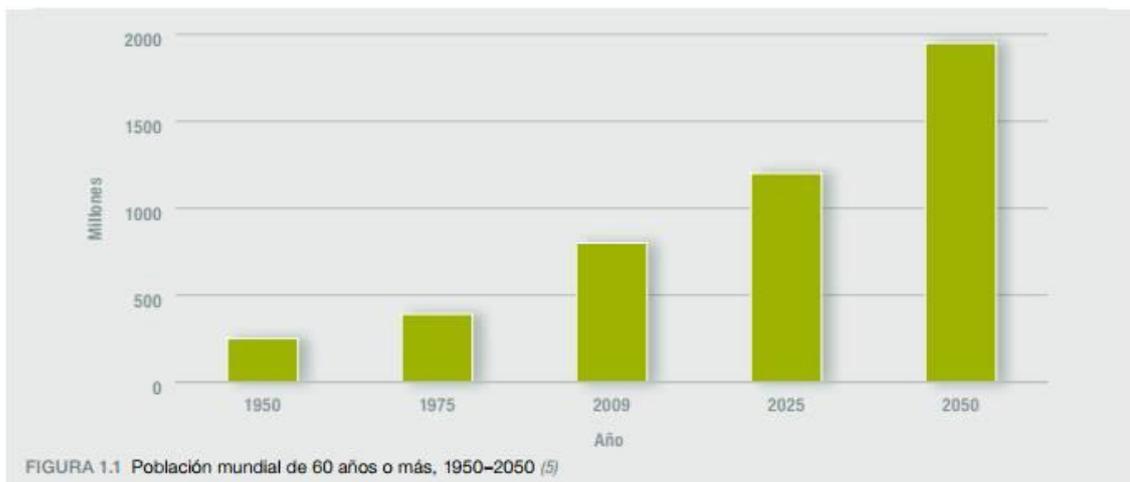
- Comienzan a olvidar acontecimientos recientes y nombres de las personas
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo deambular o repetir preguntas.

Etapa tardía: la dependencia y la inactividad en esta etapa son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes.

- Una creciente desubicación en el espacio
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos
- Necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal
- Dificultades para caminar
- Alteraciones del comportamiento

ESTADÍSTICAS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al mes de marzo de 2015 se calcula que en el mundo entero hay uno 47,5 millones de personas que padecen demencia, de las cuales un 58% viven en países de ingresos bajos y medios, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. La enfermedad de Alzheimer, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase de 75,6 millones en 2030 a 135,5 millones en 2050. ⁽²⁾



Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. Tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

⁽²⁾ Organización Mundial de la Salud www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud han presentado un informe en el año 2013: “Demencia: una prioridad de salud pública” que aporta datos para la comprensión del Alzheimer y su impacto sobre los individuos la familia y la sociedad y provee la base de conocimientos necesarios para una respuesta mundial y nacional que ayude a los gobiernos. Incluye una visión general de la epidemiología mundial y su impacto.

En Argentina, según estadísticas divulgadas por el Dr. Facundo Manes, Director del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, el Alzheimer afecta a más de 400 mil personas.

La tasa de mortalidad por la enfermedad subió el 30% durante los últimos 10 años, según la nueva publicación de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación. Pasó de 2,3 a 3 fallecidos por cada cien mil habitantes, si se comparan los años 2001 y 2011.⁽³⁾

Según el Dr. Manes, la Argentina es uno de los países de la región que está envejeciendo más rápidamente y “el acceso a los tratamientos y el manejo adecuado son dificultosos porque no hay políticas para Alzheimer. El mayor costo directo (en dinero) o indirecto (en horas de cuidado) lo terminan pagando las familias”, manifiesta Ricardo Allegri, Jefe de Neurología Cognitiva del Fleni e investigador independiente del CONICET y del gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

LA PROBLEMÁTICA

Los temas que en términos generales deben ser tratados incluyen: sensibilización, diagnóstico oportuno, compromiso de proveer atención y servicios continuos de buena calidad, apoyo a los cuidadores, capacitación del personal, prevención e investigación; para la implementación exitosa de los planes y programas es necesario que exista un compromiso financiero sostenible. El apoyo económico y social adecuado es esencial para la protección de los derechos humanos de las personas con Alzheimer y otras demencias y debe estar integrado en las políticas de estado. Todo plan, pauta o legislación debe estar basada en principios éticos que reconozcan los derechos humanos fundamentales que incluyen el acceso equitativo y participativo a la atención y a los recursos para todos los miembros de la sociedad, sin importar su origen social y cultural o la ubicación geográfica.

⁽³⁾ www.clarin.com/sociedad/Alzheimer-subio-mortalidad-ultimos-anos_0_879512201.html

La educación y el apoyo relacionados con la toma de decisiones éticas deben ser una parte esencial de la capacitación de todos los involucrados en la prestación de atención a los enfermos: responsables políticos, profesionales y familiares.

La demencia está asociada a necesidades complejas y a altos niveles de dependencia, especialmente en la etapa final. Estas necesidades de cuidado, que también incluyen identificación, diagnóstico y tratamiento de los síntomas, al igual que atención a largo plazo, frecuentemente desafían las habilidades y la capacidad de los servicios y del personal. Aun más, una considerable proporción de la atención de la demencia ocurre fuera del marco de la salud formal y es provista por miembros de la familia.

Ciertos países de Latinoamérica como Argentina, Chile y Uruguay, tienen similar constitución poblacional que los países desarrollados, pero sin los recursos sanitarios, las redes sociales ni las disponibilidades económicas de éstos.

Los costos que implican la enfermedad son altos. Asimismo, existe una considerable carga en los cuidadores y familiares, los cuales ven disminuida su calidad de vida e impedida su posibilidad de generar ingresos por tener que permanecer al cuidado del enfermo. Los cuidados dependen del estadio de la enfermedad. En la etapa primaria, pueden recibir cuidados en el hogar, pero posteriormente deberían ser ubicados en unidades institucionales.

Con el crecimiento de la población anciana en nuestro país se torna indispensable el análisis de la distribución de los recursos sanitarios en pacientes con Alzheimer, no solo en cuanto a los costos directos sino también al impacto socioeconómico de los costos indirectos, y las políticas sanitarias que de ello deriven, costos que hasta el momento mayoritariamente están a cargo solo de los familiares.

Este tema requiere respuestas urgentes que deben darse desde los estamentos políticos, económicos y sanitarios. Mientras la discusión de esta problemática adquiere impulso en nuestro país, una numerosa cantidad de enfermos y familias requieren de una respuesta inmediata.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

”Ante las variaciones dinámicas del mundo y de la duración de la vida humana, la arquitectura enfrenta nuevos desafíos, adaptándose a los nuevos paradigmas, tecnologías y a la multidisciplina. Actualmente, los adultos mayores necesitan nuevas arquitecturas que sirvan a sus necesidades vitales en su vida más larga y compleja”- Arq. Debora Di Veroli⁽⁴⁾

A partir del conocimiento de la realidad mundial acerca de esta nueva problemática y con el objetivo de conocer la situación de los enfermos de Alzheimer en Concepción del Uruguay, se efectuaron tareas de relevamiento en ámbitos relacionados a la salud.

En principio, se consultó sobre la cantidad de los geriátricos y residencias para adultos mayores de la ciudad. Existen actualmente 16 establecimientos de este tipo con una cantidad total de 292 personas internadas. No existe relevamiento alguno sobre las personas que padezcan esta enfermedad en estas residencias ni en la ciudad en general. Tampoco se tiene conocimiento de proyectos relacionados al tema.⁽⁵⁾

Al intentar hacer un relevamiento personal sobre la cantidad de enfermos de Alzheimer que pudieran residir en dichas instituciones, sólo una de ellas accedió a brindar información, por lo tanto el relevamiento propuesto no aportó datos significativos.

Primera conclusión, el conocimiento que se tiene sobre la cantidad de enfermos de Alzheimer en Concepción del Uruguay no es oficial, solamente se conoce a través del boca a boca.

Con respecto a la consulta privada, se recurrió a un médico especialista en neurología⁽⁶⁾ quien manifestó que la mayoría de sus pacientes que padecen la enfermedad viven dentro del núcleo familiar. No tiene conocimiento de la existencia en nuestra ciudad de una residencia para enfermos de Alzheimer y considera que es una necesidad prioritaria para la comunidad y, que al no existir respuestas institucionales, se deben apoyar los emprendimientos particulares que surjan en este aspecto.

⁽⁴⁾ Alzheimer y Arquitectura. Hacia una acción terapéutica y protética del hábitat - Débora Di Vérolí - Sociedad Central de Arquitectos- nobuko- 2012

⁽⁵⁾ Dirección de Adultos Mayores. Secretaría de Salud. Municipalidad de Concepción del Uruguay

⁽⁶⁾ Dr. Raúl Enrique Euler. Especialista Universitario en Neurología – UBA. Miembro de la Sociedad Argentina de Neurología.

Además, considera que es imprescindible una legislación específica respecto de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias seniles.

En consecuencia, y teniendo en cuenta la información brindada por el médico neurólogo acerca de que los pacientes son atendidos por sus familiares, se consultó a un médico psiquiatra ⁽⁷⁾ para verificar como repercute la enfermedad en las personas que asumen el cuidado del enfermo.

El profesional expresó que el 80% de los cuidadores de pacientes con la enfermedad de Alzheimer son sus propios familiares. Es una tarea física y emocionalmente abrumadora. Frecuentemente, la mayor parte del tiempo y atención de un familiar a cargo está dedicado al cuidado del enfermo y como resultado se descuidan las propias necesidades.

Por esta razón puede verse afectado por una situación de estrés crónico o depresión. Puede experimentar cansancio, ansiedad, enojo, depresión, aislamiento social, ausentismo laboral, aumento del consumo de psicofármacos o problemas de salud. Esta situación es perjudicial para la persona a cargo del cuidado, y en consecuencia, para el paciente.

Para mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y sus cuidadores es esencial que la atención ofrecida por los servicios sociales y de salud sea coordinada e integrada, así como adaptable a los cambios que pudieran ocurrir durante el transcurso de la enfermedad.

En cuanto a la atención que se brinda en el Hospital Público en nuestra ciudad, sólo se atienden casos de situaciones puntuales de crisis. Una vez superada ésta, el enfermo prosigue con la atención de un médico especialista, aunque son muchos los casos de personas que ni siquiera tienen un diagnóstico certero y por ende, no acceden a un tratamiento adecuado.

La internación para cuidados específicos es la gran falencia que se presenta. Un gran número de enfermos se encuentran ubicados en geriátricos comunes, e incluso se encuentran aislados en lugares apartados de los demás internos.

⁽⁷⁾ Dr. Jorge A. Zabalza. Médico Psiquiatra

En tal sentido, la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Entre Ríos (AFAER) ha hecho reclamos sobre la ausencia de centros de internación para estos enfermos. Según explican desde dicho organismo, faltan camas en las instituciones públicas, las clínicas privadas son excesivamente caras y resultan insuficientes los subsidios que las obras sociales brindan actualmente para el pago de cuidadores. A su vez, y además de los problemas económicos, señalan la formación insuficiente de los cuidadores ⁽⁸⁾

En consecuencia, luego de investigar acerca de las características de la enfermedad, teniendo en cuenta las estadísticas que se han realizado y la problemática que la enfermedad plantea, y habiendo efectuado el relevamiento de la situación en la ciudad, encuentro que es altamente prioritario comenzar a dar respuestas a las necesidades de la población relacionadas a la temática desde el lugar que cada uno ocupa en la sociedad y, de esta forma, iniciar la concientización social al respecto.

⁽⁸⁾ Reclaman lugares para internación y subsidios para su cuidado – Provinciales – Enfermos de Alzheimer – www.diarioelargentino.com.ar

1.3 PERFIL DEL USUARIO

Los enfermos de Alzheimer necesitan para su bienestar rutinas y ambientes estructurados. Requieren atención especializada continua: día y noche.

Como ya se ha indicado, el desarrollo de la enfermedad presenta diferentes etapas, por lo tanto las rutinas y los ambientes deben adaptarse a las mismas:

- En la primera etapa las personas con Alzheimer tienden a ser menos enérgicas y espontáneas. Muestran pérdida mínima de la memoria y cambios de humor, y son lentos para aprender y reaccionar. Tienden a aislarse, evitan la gente y nuevos lugares y prefieren lo familiar. Se confunden, tienen dificultades para la organización y planificación, se pierden fácilmente y ejercen un pobre juicio. Pueden tener dificultad para realizar las tareas de rutina, y tienen dificultad para comunicarse y comprender material escrito. Si la persona está empleada, la pérdida de memoria puede comenzar a afectar el rendimiento en el trabajo. Pueden convertirse en personas enojadas y frustradas.

Es la etapa donde comienza a manifestarse la enfermedad y se comienza la búsqueda de un diagnóstico, pero aún pueden llegar a manejarse solas.

- En la segunda etapa, las personas van convirtiéndose en discapacitadas. Es el momento donde ya comienzan a no poder valerse por sí solos. Pueden todavía realizar tareas simples independientemente, pero pueden necesitar la ayuda con actividades más complicadas. Olvidan los acontecimientos recientes y su historia personal, y cada vez están más desorientados y desconectados de la realidad. Memorias de un pasado lejano puede ser confusas con el presente, y afectan la capacidad de la persona para comprender la situación actual, fecha y hora. Pueden tener problemas para reconocer personas familiares. Aumentan los problemas del habla y comprensión, la lectura y la escritura son más difíciles, y el individuo puede inventar palabras. Ya no pueden estar seguros solos y pueden deambular. Mientras se hacen más conscientes de esta pérdida de control, se pueden tornar depresivos, irritables e inquietos o apáticos y aislados. Pueden experimentar trastornos del sueño y tienen más dificultad para comer, vestirse y asearse.

- Y, por último en la etapa grave que constituye la fase final, las personas pueden perder la capacidad para alimentarse a sí misma, hablar, reconocer personas y el control de las funciones corporales. Su memoria se agrava y puede llegar a ser casi inexistente.

La atención constante es típicamente necesaria. En un estado físico debilitado, el paciente puede llegar a ser vulnerable a otras enfermedades y problemas respiratorios, sobre todo cuando tiene que estar confinado a la cama.

Los enfermos de la segunda y tercera etapa son los usuarios que requieren condiciones especiales a las cuales deben adaptarse tanto el edificio donde residen como el personal que lleve adelante las tareas de cuidado de ellos.

1.4 HÁBITAT

La contundencia de las estadísticas de la enfermedad en el mundo hace necesario el desarrollo de una arquitectura que intente cubrir las necesidades de los enfermos de Alzheimer, distintas de las del resto de los ancianos. Sus diseños deben ayudar a los afectados a sentirse casi como en casa.

Los centros para personas mayores clásicos siguen existiendo, pero es necesario desarrollar edificios especializados. Por lo tanto, es fundamental fomentar la sensibilización de la arquitectura y el diseño que tenga en cuenta los aspectos sociales y sanitarios.

El Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca (Imsero) y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA) han publicado “El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer”, una guía que invita a los profesionales de la arquitectura a incluir en sus planos las necesidades que genera esta enfermedad neurológica.⁽⁹⁾

Esta guía parte de una idea:

“el diseño ambiental mejora la calidad de vida de las personas con este tipo de demencia, elevando la arquitectura a un nivel terapéutico”.

“el paciente debe sentir —en los espacios seguros, accesibles y funcionales— el bienestar y la calidez mediante una estética cuidada que ayuda como parte de una intervención psicosocial”.

La arquitectura debe ser entonces una herramienta para compensar las limitaciones a medida que van surgiendo, y los espacios deben adaptarse para que los residentes puedan mantener su autonomía.

Está demostrado que algunos síntomas psicológicos y conductuales de las demencias, como depresión, apatía, deambulación y agresividad, son susceptibles de mejorar mediante modificaciones ambientales, por lo tanto es necesario humanizar las construcciones para que el diseño influya positivamente en la evolución de las personas con Alzheimer.

⁽⁹⁾ <http://www.efesalud.com/noticias/arquitectura-terapeutica-para-sobrellevar-el-alzheimer/>

La residencia debe provocar que se sientan seguros y cómodos, donde se sientan “personas” y no “pacientes”.

El proyecto debe basarse en síntesis en tres puntos clave: seguridad, accesibilidad y personalización.

La seguridad es un concepto dinámico, que debe evolucionar y adaptarse a los cambios que se originan conforme avanzan los síntomas del alzhéimer.

La accesibilidad es imprescindible. Un lugar es accesible si sus usuarios pueden usarlo, si pueden entrar y salir de él.

En cuanto a la personalización es necesario recordar que quienes padecen Alzhéimer luchan para mantener su identidad. La historia, memoria, recuerdos y experiencias de una persona están entrelazados con el espacio donde ha vivido. Por eso, es muy importante que el enfermo sienta que tiene su lugar y para lograrlo hay que “personalizar el sentimiento de pertenencia a un entorno”.

Dice la Arq. Débora DI VERÓLI: *“Aceptando que la conducta de las personas dementizadas tienen una estrecha relación con el medio ambiente social y físico, la arquitectura, abarcadora de los factores multidisciplinarios, puede paliar los factores negativos y ofrecer mejoras ambientales para ayudar a los enfermos y sus cuidadores. Entre las disciplinas que intervienen fuertemente están el diseño arquitectónico y el ambiental, que pueden crear los entornos tranquilos, motivadores y seguros, facilitadores del reconocimiento especial, de la realización de las actividades de la vida diaria, de la percepción de los estímulos y de los recuerdos y del mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas, el mayor tiempo posible. El diseño ambiental apropiado contribuye a disminuir confusiones y excitaciones colaborando en la prolongación de la autonomía e independencia de los enfermos.”* (Pág. 27 – Alzheimer y Arquitectura)

La calidad residencial de los espacios debe presentar características hogareñas. Los espacios interiores deben ser alegres y luminosos y el mobiliario debe ser diseñado psicológica y ergonómicamente. Las habitaciones deben procurar la personalización de sus ocupantes con objetos y fotografías propias. Un entorno familiar, íntimo, cómodo y que estimule a los residentes.

Éstas deben estar abiertas a espacios comunes, brindando así privacidad y a la vez permitiéndose ser observados, además de facilitar la integración con otros residentes y la tarea de los cuidadores.

Es indispensable para el proyecto de este tipo ciertas condiciones especiales que facilitan la transición del enfermo entre la vivienda y la residencia. Los grupos deben ser pequeños, a escala familiar, tratando de no provocar la masificación. Debe evitarse una imagen institucional. El diseño debe ser libre de barreras, pero a la vez se deben aplicar estrategias para reducir los riesgos. No debe provocar sensación de encierro con elementos como rejas, alarmas sonoras y elementos físicos que obstruyan el paso.

Las áreas exteriores deben tener grandes dimensiones con lugares de esparcimiento y donde los residentes puedan trabajar en huertas y jardines.

Éstos constituyen un espacio con imagen positiva, tanto para los residentes como para cuidadores y familiares. Un buen diseño paisajístico brinda elementos visuales, táctiles, auditivos y olfativos que permite distinguir los cambios de estación. El diseño de los senderos debe tener un recorrido que parta de un punto de salida y regrese al lugar de origen evitando el extravío de los residentes que se trasladen individualmente, y dado que una de las características de la enfermedad es el deambular.

En conclusión, y citando a la Arq. DI VÉROLI, la arquitectura debe tender “hacia una acción terapéutica y protética del hábitat”.

“El Arq. Uriel Cohen en su libro “Contemporary Enviroments for People with Dementi” planteó los objetivos terapéuticos de las residencias para enfermos de Alzheimer:

- proveer un estructurado medio ambiente terapéutico
- mejorar la autoestima de los residentes
- mejorar el funcionamiento sensorial
- aumentar la autonomía en las actividades de la vida diaria
- mejorar el funcionamiento cognitivo y especialmente de la orientación mediante la estimulación de la memoria
- incrementar el uso significativo del tiempo
- aumentar la interacción social” (Pág. 28 – Alzheimer y Arquitectura – Arq. Di Veroli)

A su vez, el Arq. Patrick Vella en su artículo “Une Architecture Prothetique”, manifiesta:

“...De modo que por un lado, cuando más disminuye la capacidad de la persona, más afectada será por un entorno nocivo; por otro lado, se deduce que un arreglo ambiental adaptado puede producir una mejora considerable en el comportamiento de una personal cuyas capacidades están disminuidas.

Al conjunto de estas intervenciones ambientales se las llama “protético”; el entorno está concebido en función de los olvidos propios de la persona enferma, con el objeto de permitir una optimización de sus capacidades...” (Pág. 27 - 28 – Alzheimer y Arquitectura – Arq. Di Veroli)

1.6 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

1.6.1 ORGANIZACIÓN - FORMA LEGAL

Previamente a plantear el plan económico es necesario analizar la forma legal que se le va a dar a la dirección de la entidad. Este aspecto tiene especial relevancia por el nivel de responsabilidad que se distribuyan entre los directivos; por los distintos requisitos formales que se exigen según el tipo de organización a crear y por las ventajas o inconvenientes que supone adoptar una u otra forma, a los efectos del manejo contable, impuestos, obtención de beneficios o exenciones fiscales, obtención de ayudas y subvenciones públicas, etc.

La actividad se llevará adelante con la conformación de una organización sin fines de lucro. La oferta; una residencia pública.

1.6.2 PLAN ECONOMICO-FINANCIERO

INVERSIONES

Una vez constituida la organización y su comisión directiva es necesario abocarse al análisis de las inversiones necesarias para el desarrollo del proyecto. Las cuales se señalan a continuación:

- adquisición del terreno
- construcción del edificio
- equipamiento
- mobiliario y decoración
- stock inicial y materiales de consumo
- utensilios y materiales
- equipo informático
- gastos de constitución y puesta en marcha

FINANCIACIÓN

Para acceder a un emprendimiento de estas dimensiones será necesario recurrir a diversas fuentes de financiación, las que dependerán sobre todo de la situación política y económica del país, que en este momento se encuentra en una especial coyuntura dado la finalización del mandato del actual gobierno y las expectativas que se generan a partir del resultado de las próximas elecciones.

Independientemente de esta situación, las fuentes de recursos con las que se puede contar son:

Los recursos propios, es decir aquellos que se logren mediante la creación de la entidad sin fines de lucro que deberá asociar a personas de la comunidad para el aportes de cuotas mensuales; organizar eventos a beneficio; rifas, etc.

Las fuentes ajenas que son aquellas que se pudieren gestionar ante entidades bancarias (a través de créditos, préstamos etc.), financiación de otro tipo de empresas, sociedades de garantía recíproca, etc.

Y por último, tal vez la más importante para este tipo de proyecto por el lugar que ocuparía en el ámbito social de la ciudad y alrededores, sería el apoyo a la inversión, con ayudas y subvenciones provenientes de otras instituciones y del Gobierno Nacional, Provincial y Municipal.

A nivel nacional existen líneas de ayuda económicas para programas de Promoción y Asistencia Social, destinándose determinados montos dentro del Presupuesto Anual de la Nación.

De igual modo, ante la provincia y el municipio se pueden gestionar recursos financieros dado el alcance que tendría la creación de esta Residencia ante la ausencia de otras instituciones de este tipo en la Provincia.

1.6.3 GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

Para el consumo mensual en concepto de funcionamiento del servicio se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

- Suministros, servicios y otros gastos:

Se consideran los gastos relativos a suministros tales como: luz, agua, teléfono, etc. También se incluyen servicios y otros gastos (limpieza, consumo de bolsas, material de oficina, etc.).

- Gastos por servicios externos:

En los gastos por servicios externos se incluyen gastos de publicidad, de asesoría, etc.

- Gastos de personal:

Salarios + Seguridad Social

- Otros gastos:

Se deberá prever una partida para otros posibles gastos no incluidos en las partidas anteriores

PREVISIÓN DE INGRESOS

Los principales ingresos estarán dados por las cuotas mensuales que abonen los residentes y los que asistan a las actividades que ofrecerá la institución para las personas no residentes.

Asimismo, se gestionarán ayudas económicas para su funcionamiento ante los distintos niveles gubernamentales; se continuará contando con el aporte de los socios; se seguirán realizando eventos a beneficio y organización de charlas y talleres lo cual permitirá obtener otros montos extras.

EQUIPO DIRECTIVO

Inicialmente el equipo directivo estará formado por un director con tres áreas funcionales a su cargo: la asistencial, la residencial y la administrativa, designando para cada una de ellas un coordinador de área.

ORGANIGRAMA - PLANTILLA DE PERSONAL

De acuerdo con las necesidades planteadas, la planta de personal necesaria para el desarrollo óptimo de la residencia sería el siguiente:

PUESTO	CANTIDAD
Director	1
Coordinador área asistencial	1
Coordinador área residencial	1
Coordinador área administrativa	1
Médico Neurólogo Geriatra	1
Kinesiólogo	1
Médico Psiquiatra	1
Nutricionista	1
Enfermero c/ especializ. en geriatría	4
Personal de recepción	1
Cocinero	2
Jardinero	1
Personal de mantenimiento (limpieza, lavado, planchado, mantenimiento edilicio)	4

1.5 REFERENTES TIPOLOGICOS

1.5.1 EN EL PAÍS: Residencia Manantial especializada en Alzheimer y demencias

Los propietarios de la residencia geriátrica Manantial resolvieron en el año 2008 implementar una nueva institución especializada en pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer.

Es un moderno edificio de cuatro plantas y un subsuelo ubicado en el barrio de Coghlan de la Ciudad de Buenos Aires, diseñado por el arquitecto Manuel Schopflocher para satisfacer las necesidades de personas que padecen trastornos neurocognitivos asociados a la edad.

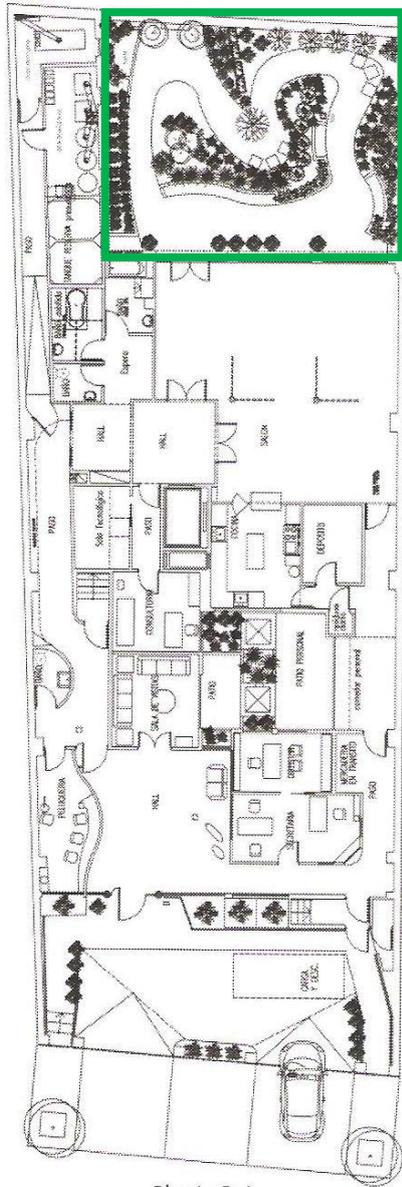
El diseño arquitectónico de esta residencia con capacidad para 30 personas es uno de los aspectos clave. Se basa en un proyecto de planta abierta y sin barreras: cada una de las plantas cuenta con un pasillo circular, en cuyo recorrido se encuentran las habitaciones, y que comienza y termina en un sector central donde se concentran el comedor, la cocina y el office de enfermería.

Los pacientes pueden deambular por los espacios comunes bajo la mirada de las enfermeras gracias a un sistema de circuito cerrado de video y con pulseras que monitorean en tiempo real sus signos vitales.

Uno de los aspectos más importantes que han tenido en cuenta, es la estimulación cognitiva y física. Los pacientes tienen acceso a una cocina en la cual, si quieren, pueden terminar de preparar sus comidas, que les llegan desde la cocina central preelaborada. Eso ayuda a que reconozcan la comida como tal.

Algo similar se propone desde la tarea cotidiana del vestir. En las habitaciones, los placards cuentan con cajoneras transparentes que permiten al paciente ver la ropa que está en su interior; el barral donde se cuelga la ropa no es transversal como en cualquier armario, sino perpendicular a la pared. Eso permite colocar la ropa en el sentido en que la persona se la va a ir poniendo: primero una prenda, luego otra, lo cual estimula cognitiva y funcionalmente para que lo pueda hacer sola.

La Residencia Manantial cuenta además con un centro de día, desarrollado en conjunto con el Instituto de Neurología Cognitiva (Ineco), en cuyas actividades pueden participar otros 20 pacientes con trastornos neurocognitivos, pero que no están internados.



Planta Baja



Planta Tipo

REFERENCIAS

- HABITACIONES
- COMEDOR
- CIRCULACIONES
- JARDÍN TERAPÉUTICO
- CIRCULACIÓN VERTICAL

1.5.2 EN OTROS PAÍSES: Centro Alzheimer – Fundación Reina Sofía, Madrid

España es uno de los países que ha encarado más seriamente la problemática y ya se han construido centros residenciales para enfermos de Alzheimer.

Madrid cuenta con una residencia de este tipo, situada en el barrio Ensanche de Vallecas, en una parcela de 18.498,00 m².

Se trata del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, diseñado por Estudio Lamela Arquitectos e inaugurado en 2007.

Está compuesto de cuatro áreas:

Una Residencia para 162 personas mayores afectadas de la enfermedad de Alzheimer que están distribuidos en Unidades de Vida, según la fase evolutiva de la enfermedad.

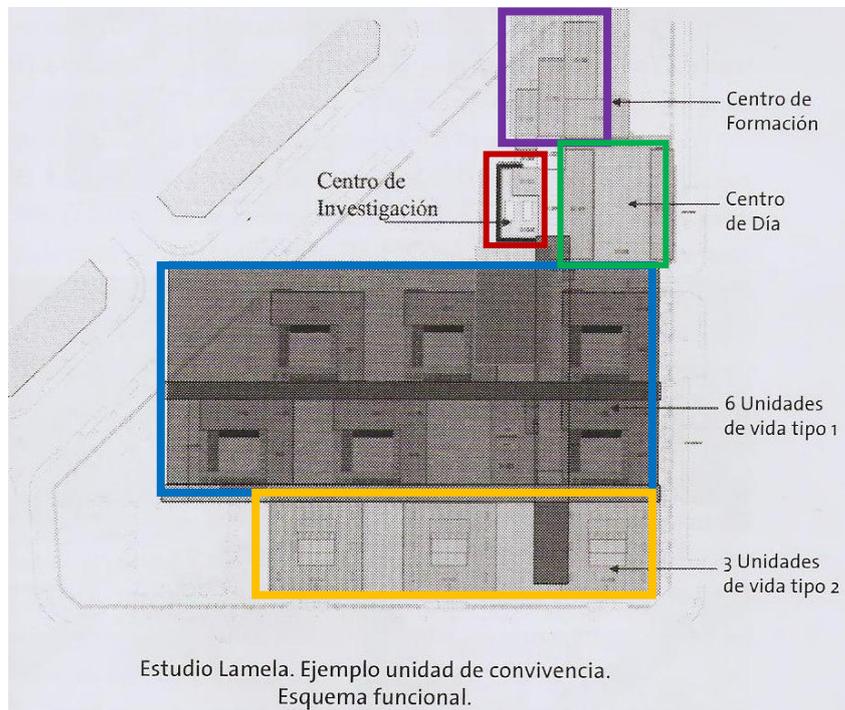
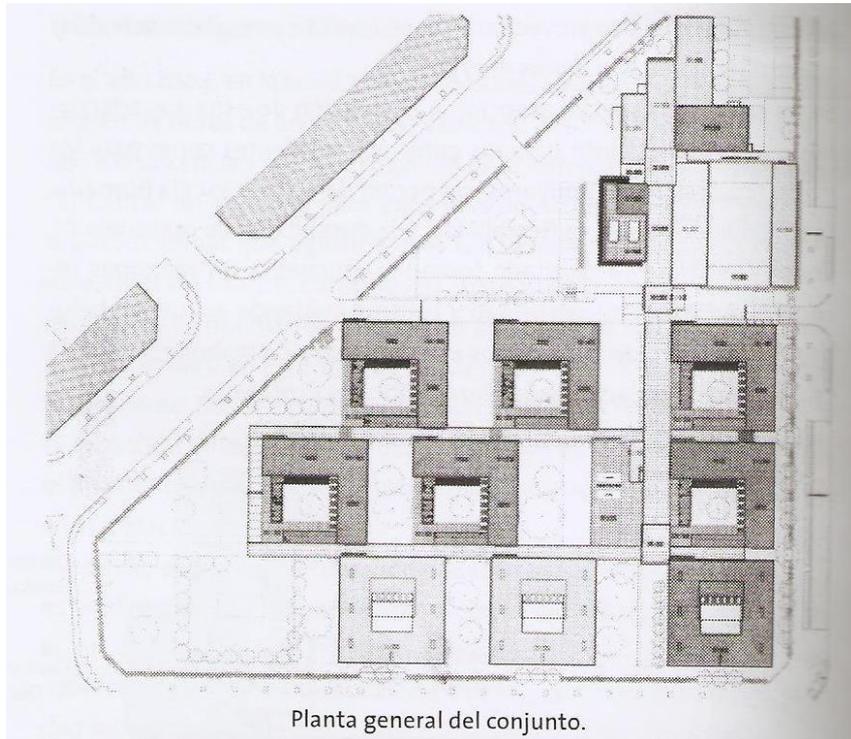
Esta zona residencial está dividida en nueve módulos, denominados unidades de vida. Están diseñados con el objetivo de recrear un ambiente lo más hogareño y familiar posible. Las unidades de vida están adaptadas a las necesidades de cada usuario independientemente de la afectación de la enfermedad. Existen dos tipos de unidades de vida:

- Unidad de vida tipo 1: 6 Unidades de dos plantas, llamadas Unidades de tipo 1, con 14 habitaciones individuales y 2 habitaciones dobles, contando con un total de 18 plazas. Los módulos cuentan con dos plantas y están especialmente diseñados para personas cuyo deterioro cognitivo oscile entre un estado de leve a moderado.
- Unidad de vida tipo 2: 3 unidades de una planta, llamadas Unidades de tipo 2 con 12 habitaciones individuales y 2 habitaciones dobles, contando con 16 plazas. Estos módulos cuentan con una planta por lo que están especialmente diseñados para personas cuyo deterioro cognitivo se encuentre en un estado severo.

Un Centro de Día con 40 plazas, donde se presta atención geriátrica y rehabilitadora, cuidados personales, asistencia médica de carácter preventivo, terapia ocupacional, atención psicosocial, actividades físicas y de tiempo libre y transporte al centro, en régimen de media pensión.

Un Centro de formación donde se desarrollan distintas actividades formativas dirigidas a la difusión de las características y problemática de la enfermedad de Alzheimer entre los cuidadores profesionales y los cuidadores informales, familiares y voluntariado.

Un Centro de investigación de la enfermedad básicamente dirigida al estudio neurológico de la enfermedad de Alzheimer. La gestión de la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer la lleva a cabo la Fundación CIEN.



1.6 OBJETIVO

Ante tal situación y luego de las investigaciones realizadas acerca de la realidad de Concepción del Uruguay con relación a esta problemática, es que propongo realizar un proyecto de residencia especializada en Alzheimer y otras demencias seniles.

Las familias no están preparadas para convivir con un enfermo de este tipo. Si su situación económica lo permite, es posible que pueda continuar viviendo en su propia casa pero con personal con capacitación especial que lo atienda noche y día, lo cual significa un gasto muy importante para que el enfermo tenga todas sus necesidades cubiertas (kinesiología, médico neurólogo, médico de cabecera, emergencia médica, etc.)

Esta no es la situación más común. Por lo general las familias no pueden enfrentar el gasto que demanda. El enfermo no puede convivir con una familia ya que altera las actividades normales y provoca situaciones de estrés en los demás integrantes. Teniendo en cuenta además que actualmente todos los integrantes de la familia tiene sus propias actividades laborales, de estudio, etc.

Los geriátricos que actualmente se encuentran habilitados en la ciudad tienen internados a enfermos de Alzheimer, pero éstos no reciben la atención adecuada para este tipo de enfermedad. Si se puede acceder a ellos, se trata con los medicamentos indicados por el profesional neurólogo y se le provee la estimulación que le permita mantener el mayor tiempo posible sus habilidades cotidianas.

La experiencia ha demostrado que cumpliendo con este tratamiento integral, la enfermedad evoluciona más lentamente y el enfermo puede desarrollar una vida social adecuada en sus primeras etapas.

A partir de la experiencia y de la investigación previa surge entonces la propuesta de desarrollar este proyecto de residencia para enfermos de Alzheimer que se encuentren en la segunda y tercera etapa de evolución de la enfermedad.

Para el residente que se encuentra en la segunda etapa se preverán habitaciones donde pueda llevar pertenencias de su hogar que le sean emocionalmente significativas, ya que es importante alterar lo menos posible las condiciones de su hábitat anterior. Las habitaciones contarán con las medidas de seguridad necesarias.

Para la tercera etapa de la enfermedad, cuando el residente no puede movilizarse por sus propios medios, se lo ubicará en otro sector adecuado para la supervisión continua y con los controles médicos que requiera.

El proyecto se basa en la idea de ofrecer un espacio donde el residente tenga cubierta todas sus necesidades y los familiares puedan sentirse tranquilos en cuanto a su bienestar, pero será condición indispensable que participen activamente con el tratamiento de cada uno.

Para ello se realizarán jornadas de capacitación y reflexión obligatorias para los familiares, así como, actividades recreativas para todo el grupo familiar.

Otro aspecto esencial para el cuidado del residente es la capacitación específica y continua del personal que desarrollará tareas en la residencia. Al respecto, se gestionarán convenios de colaboración con la Facultad de Ciencias de la Salud (UNER) y la UADER, así como, con otras instituciones relacionadas a las enfermedades neurológicas.

Podrán acceder a los servicios del establecimiento los enfermos que cuenten con el respaldo económico para solventar los gastos que demande su residencia y se realizarán convenios con obras sociales y entidades de bien público para subvencionar la residencia de aquellos que no puedan costear su estadía. El objetivo es que cualquier persona pueda acceder a la residencia, que en principio se proyectará para un cierto número de residentes, pero que quedará abierta la posibilidad de efectuar ampliaciones de acuerdo a la demanda que se suscite.

Ahora bien, el compromiso del diseño de los espacios donde vivan y convivan personas afectadas por el Alzheimer, debe ir acompañado de un cambio social que contemple la propuesta para vivir y promover un envejecimiento activo.

La clave es no perder de vista que la persona goza de dignidad desde que nace hasta que muere sin excepción alguna. Es importante que la sociedad en su conjunto conozca las causas de las de las dependencias y cómo enfrentarse a ellas.

De ahí la necesidad de campañas de divulgación y concientización acerca de que la dependencia es natural, es el proceso de la vida y no asociarla al concepto de epidemia. No podemos dejar de comprender que muchas veces las malas actuaciones obedecen a la ignorancia.

CAPITULO 2

2. DIAGNÓSTICO

2.1 ASPECTO SOCIAL Y ECONÓMICO

La ciudad de Concepción del Uruguay es un municipio distribuido entre los distritos Molino y Tala del departamento Uruguay (del cual es cabecera) en la provincia de Entre Ríos, República Argentina. El municipio comprende la localidad del mismo nombre y un área rural. Se ubica en el este de la provincia, sobre la vera occidental del río Uruguay.

2.1.1 Población

La población total de la ciudad de Concepción del Uruguay en 2010 es de 100.728 habitantes (Censo INDEC), de los cuales un 51,7% son mujeres y un 48,3% hombres.

Cuadro P1-P. Provincia de Entre Ríos. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por departamento. Años 2001-2010

Departamento	Población		Variación absoluta	Variación relativa (%)
	2001	2010		
Total	1.158.147	1.235.994	77.847	6,7
Colón	52.718	62.160	9.442	17,9
Concordia	157.291	170.033	12.742	8,1
Diamante	44.095	46.361	2.266	5,1
Federación	60.204	68.736	8.532	14,2
Federal	25.055	25.863	808	3,2
Feliciano	14.584	15.079	495	3,4
Gualeguay	48.147	51.883	3.736	7,8
Gualeguaychú	101.350	109.461	8.111	8,0
Islas del Ibicuy	11.498	12.077	579	5,0
La Paz	66.158	66.903	745	1,1
Nogoyá	38.840	39.026	186	0,5
Paraná	319.614	339.930	20.316	6,4
San Salvador	16.118	17.357	1.239	7,7
Tala	25.892	25.665	-227	-0,9
Uruguay	94.070	100.728	6.658	7,1
Victoria	34.097	35.767	1.670	4,9
Villaguay	48.416	48.965	549	1,1

Nota: la población total incluye a las personas viviendo en situación de calle.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

2.1.2 Actividad económica

La ciudad de Concepción del Uruguay se encuentra ubicada en un entorno natural que permite desarrollar la producción agrícola y ganadera: arroz, cítricos, madera, cueros, productos de explotación apícola y cunícula, además de la industria frigorífica de carne y avícola. Asimismo, el desarrollo económico de Concepción del Uruguay está basado en la actividad comercial, industrial y de servicios. El Municipio dispone de un Parque Industrial y de una Zona Franca

El predio de la Zona Franca tiene una extensión de 111 hectáreas que están ubicadas cercanas al cruce de las Rutas Nacional N° 14 y Provincial N° 39, lindante al Parque Industrial de Concepción del Uruguay.

El puerto de la ciudad es considerado como uno de los más importantes del país. Permite la operación tanto de barcos y buques fluviales como de ultramar, algunos de gran tonelaje.

Una porción significativa de la producción se exporta a través del Puerto de Concepción del Uruguay, tradicionalmente un puerto de exportación de cereales y oleaginosas como también de maderas.

Se destaca como actividad industrial de la ciudad a la actividad frigorífica avícola, con tres plantas de faena y procesamiento de aves que emplea a más de 2500 personas solo en las del casco urbano. La mayor parte de la producción se destina a la exportación. La agroindustria es importante ya que cuenta con arroceras, molinos harineros, plantas de elaboración de aceites vegetales y otras. La industria maderera, la carrocera y la metalúrgica son también destacables. La ciudad cuenta con un parque industrial COMPICU en las afueras de la misma con instalaciones aptas para la radicación de grandes fábricas. Superficie total: los terrenos del Parque totalizan 124 hectáreas de las cuales un gran porcentaje se encuentra sobre la Ruta 14, de ese total se pueden discriminar las siguientes áreas:

Hay radicadas allí industrias de pigmentos, chapas asfálticas, cartón corrugado, aserraderos, núcleos de alimentos balanceados, secaderos de cereales, metalúrgicas, frigoríficos y premoldeados.

2.1.3 Educación

La ciudad cuenta con establecimientos públicos y privados para todos los niveles de enseñanza. Jardines municipales, públicos y privados.

Entre las Escuelas públicas de nivel primario más antiguas se pueden nombrar Escuela Normal Superior en Lenguas Vivas Mariano Moreno, la Escuela N°1 "Nicolás Avellaneda" la Escuela N°2 "Juan José Viamonte", la Escuela N°3 "Justo José de Urquiza", la Escuela N°4 "Benigno Teijeiro Martinez", la Escuela N°92 "Tucumán"77 y la Escuela N° 93 "Santiago del Estero".

En cuanto al nivel secundario, entre los numerosos establecimientos que existen en la ciudad se destacan el Colegio del Uruguay Justo José de Urquiza, primero en el país de carácter laico, la Escuela Normal Superior en Lenguas Vivas Mariano Moreno, segunda del país; entre otros. Cuenta con tres Escuelas de Enseñanza Técnica: N°1 "Ana Urquiza de Victorica", N°2 "Francisco Ramírez" y N°13 "Hector Buenaventura Sauret" respectivamente. Así mismo cuenta con numerosos institutos de gestión privada.

La ciudad cuenta con cuatro universidades, de las cuales tres son de gestión pública (dos nacionales y una provincial) y una de gestión privada. Las mismas suman en total diez facultades. A su vez, dos de las mencionadas instituciones tienen en la ciudad la sede de su rectorado.

Universidad de Concepción del Uruguay (UCU):

- Facultad de Ciencias Económicas
- Facultad de Arquitectura y Urbanismo
- Facultad de Ciencias Agrarias
- Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
- Facultad de Ciencias de la Comunicación y de la Educación
- Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Bartolomé Vasallo"

Universidad Tecnológica Nacional (UTN)

- Facultad Regional Concepción del Uruguay

Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER)

- Rectorado
- Facultad de Ciencias de la Salud
- Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER)
- Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
- Facultad de Ciencia y Tecnología
- Facultad de Ciencias de la Gestión

Además de la oferta de nivel universitario, Concepción del Uruguay cuenta con instituciones de nivel superior como el Instituto de Formación Docente Dra. Carolina Tobar García; un importante Instituto de Capacitación Gastronómica, el Instituto Gastronómico Argentino (IGA) y carreras a distancias o semipresencial en Centro de Aprendizaje Universitario de Universidad Empresarial Siglo 21.

2.1.4 Salud

La ciudad de Concepción del Uruguay dispone de varios centros de salud públicos: un Hospital de alta complejidad Hospital Justo José de Urquiza, que se encuentra ubicado aproximadamente a 500 metros del acceso a la ciudad, entre las intersecciones de las calles Uncal (al oeste), Victor Rodríguez (al sur), 10 de Oeste Norte (al este) y Lorenzo Sartorio (al Norte).⁷⁰ Este Hospital dispone de los servicios básicos fundamentales garantizados para la atención de los pacientes de todo el Departamento Uruguay, tales como el servicio de Neonatología, Obstetricia, Cirugía Cardíaca, Diabetología, entre otros, proyectando la futura creación de nuevas áreas como la de Genética, Neurocirugía y Terapia Pediátrica Intensiva.⁷¹

El Centro de Salud Giacomotti, ubicado en calle Urquiza (antigua sede del Hospital J.J.de Urquiza), el cual cuenta con servicio de: consultorios externos, servicios de vacunación, kinesiología y odontología.

Además, existen diversos centros de salud ubicados en los barrios periféricos de la ciudad tales como: Rocamora, La Concepción, Villa Las Lomas Norte, Centro Integrador Comunitario (CIC) y Asistencia Pública.

En cuanto al ámbito privado, se encuentra la Clínica Uruguay Srl., ubicada en calle Galarza 574, cuyos servicios son: medicina general, atención ambulatoria, internación, diagnóstico, tratamiento.

La Cooperativa Médica Ltda. ubicada en calle 14 de julio 377 con variados servicios médicos y de internación.

La ciudad cuenta con un laboratorio de alta complejidad: INBICU Instituto Bioquímico: especialidades como química clínica, hematología, microbiología, parasitología, inmunología, endocrinología, marcadores tumorales y medio interno, entre las más importantes. El Instituto Bioquímico forma parte de ALAC (Asociación de Laboratorios de Alta Complejidad)

Consta de una red de servicios y consulta para los análisis clínicos de baja frecuencia y muy alta tecnología, donde cada uno de los laboratorios tiene la ayuda para el esclarecimiento diagnóstico del resto de los 70 Laboratorios con más de 300 profesionales a disposición. El laboratorio participa de varios Programas de Control de Calidad, entre ellos, del Instituto Malbrán, CEMIC, hospital de Niños Gutiérrez, Fundación Bioquímica (PEEC) y COBER.

La Asociación de Rehabilitación Neurológica (ARENE), actualmente en construcción, estará dedicada a la rehabilitación de niños y adultos con pérdida de niveles de funcionalidad producida por enfermedades neurológicas, con especialistas en kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psicopedagogía.

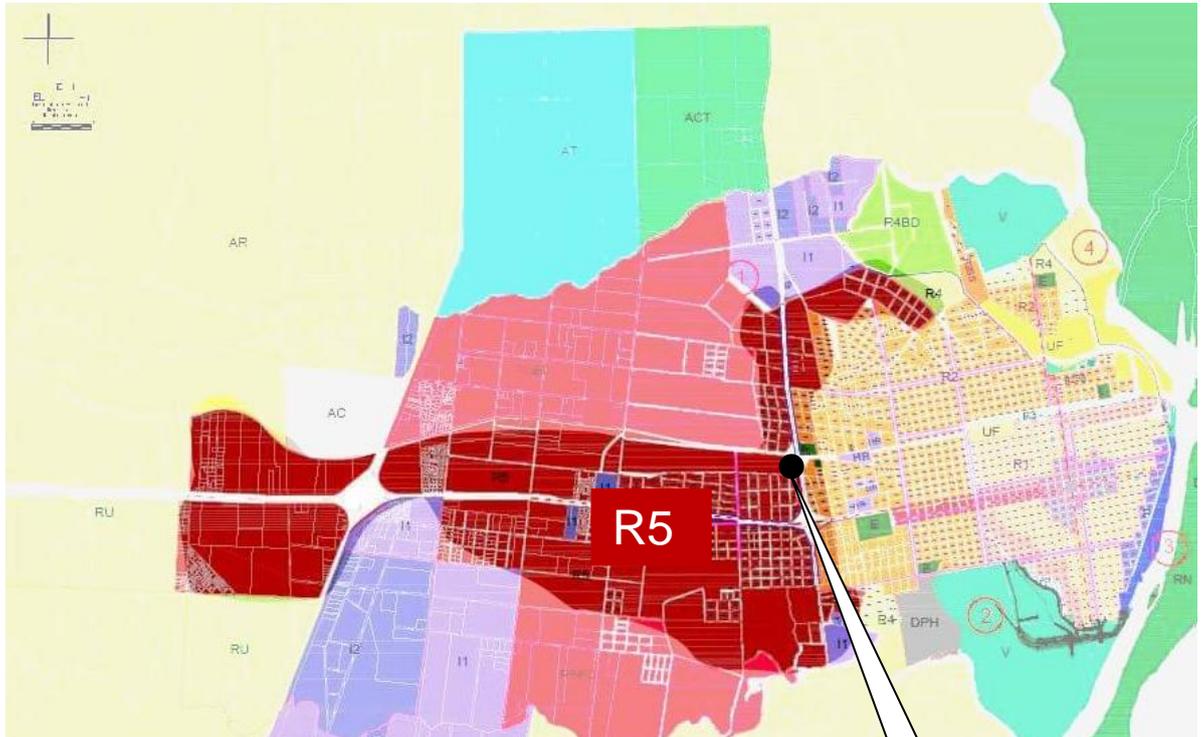
2.2 ASPECTO LEGAL

2.2.1 Organismos y leyes involucradas

- Código de Ordenamiento Urbano de la Ciudad de Concepción del Uruguay
- Código de Edificación de la Ciudad de Concepción del Uruguay
- Instituto Provincial de Discapacidad del Gobierno de Entre Ríos (IProDi). Criterios para la Aplicación de un Diseño para Todos.
Se trata de un manual que reúne criterios básicos a tener en cuenta al momento de realizar un proyecto urbano y/o edilicio que pueda ser utilizado por todos, incorporando los criterios establecidos por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Accesibilidad N° 24.314, Ley Provincial de Discapacidad N° 9.891 y demás normativa vigente en la materia.
- Ley N° 9823 de “Creación del sistema de tipificación, normatización y reglamentación de prestaciones y servicios gerontológicos y geriátricos de la provincia de Entre Ríos” (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL- GOBIERNO DE ENTRE RIOS)
- Conadis, Comisión Nacional Asesora para la integración de las Personas con discapacidad. (http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/access/ley_24314.pdf)

2.2.2 Aspectos Normativos

Código de Ordenamiento Urbano de la Ciudad de Concepción del Uruguay



INTENSIDAD DE USO		TIPO DE USO PERMITIDO	DISTRITO
FOS	FOT	PREDOMINANTE: Residencia	R5
0.60	0.75	COMPLEMENTARIO: Comercio, servicios y pequeños talleres	RESIDENCIAL 5
<p>CARACTER: El tejido residencial suburbano propio de las áreas de expansión, se localiza en área suburbanizada, carentes de agua y cloacas. En caso de completar la construcción de infraestructura puede alcanzar las condiciones del R2.</p>			
<p>PARCELAMIENTO</p> <p>SIN SERVICIO DE CLOACA</p> <p>LOTE MINIMO:</p> <p>Ancho: 15 m.</p> <p>Superficie: 400 m².</p>			
NORMAS DE TEJIDO		ESPACIO URBANO	
<p>RETIRO</p> <p>R L: Se puede construir entre medianeras o edificios de perímetro libre o semilibre.</p> <p>L F I: Retiro mínimo de fondo 6 m.</p>		<p>PATIOS DE PRIMERA</p> <p>Lado mínimo 3 m.</p> <p>Superficie mínima 12 m².</p> <p>PATIOS DE SEGUNDA</p> <p>No se admiten.</p> <p>PARAMENTOS ENFRENTADOS</p> <p>r = lv2 mayor o igual a 3 m.</p> <p>PREMIOS</p> <p>Hasta el 50 % de incremento del FOT por englobamiento de patios.</p>	
<p>ALTURA MAXIMA</p> <p>Piano límite: 9 m.</p>		<p>ESTACIONAMIENTO/CARGA Y DESCARGA</p> <p>Segun Grilla General de Usos.</p>	
<p>Observaciones: En el caso de nuevos barrios de vivienda social puede subdividirse en parcelas de menor dimensión.</p>			

TERRENO

2.3 ASPECTO FÍSICO

2.3.1 Ubicación del terreno

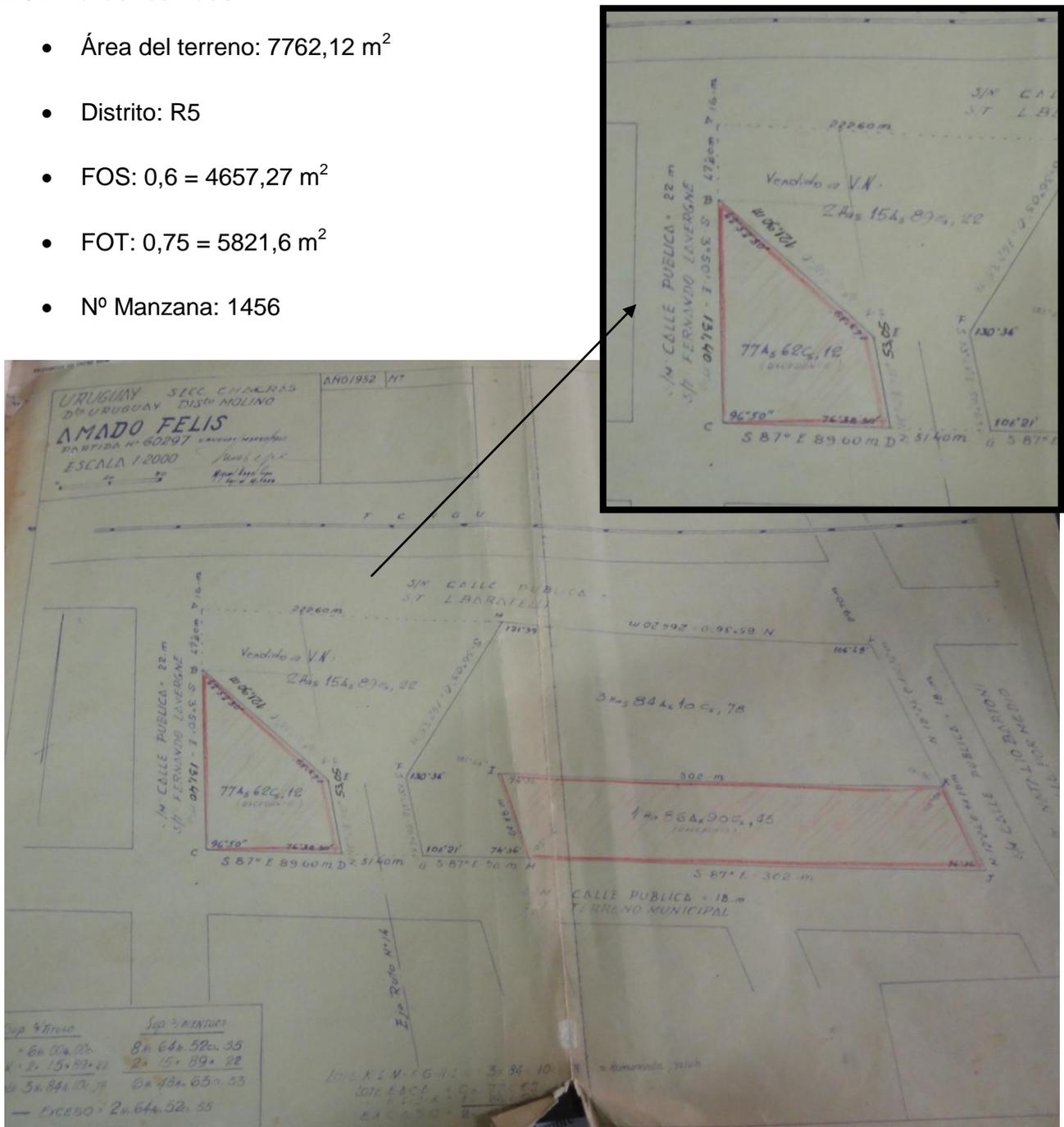


El terreno se encuentra en la intersección de la Av. Uncal y Calle Estrada. Tiene una ubicación particularmente privilegiada para el desarrollo del proyecto.

Se encuentra a pocos metros del Hospital J.J. de Urquiza y de la Facultad de Ciencias de la Salud UNER. Esto favorece los objetivos planteados en relación a las gestiones para suscribir convenios con estas instituciones, como la realización de actividades con los residentes y cursos de capacitación del personal de la residencia y de los familiares.

2.3.2 Datos técnicos

- Área del terreno: 7762,12 m²
- Distrito: R5
- FOS: 0,6 = 4657,27 m²
- FOT: 0,75 = 5821,6 m²
- N° Manzana: 1456



IMÁGENES DEL TERRENO



Sobre Av. Uncal



Sobre Calle Estrada

2.3.3 Accesibilidad



2.3.4 Infraestructura y servicios

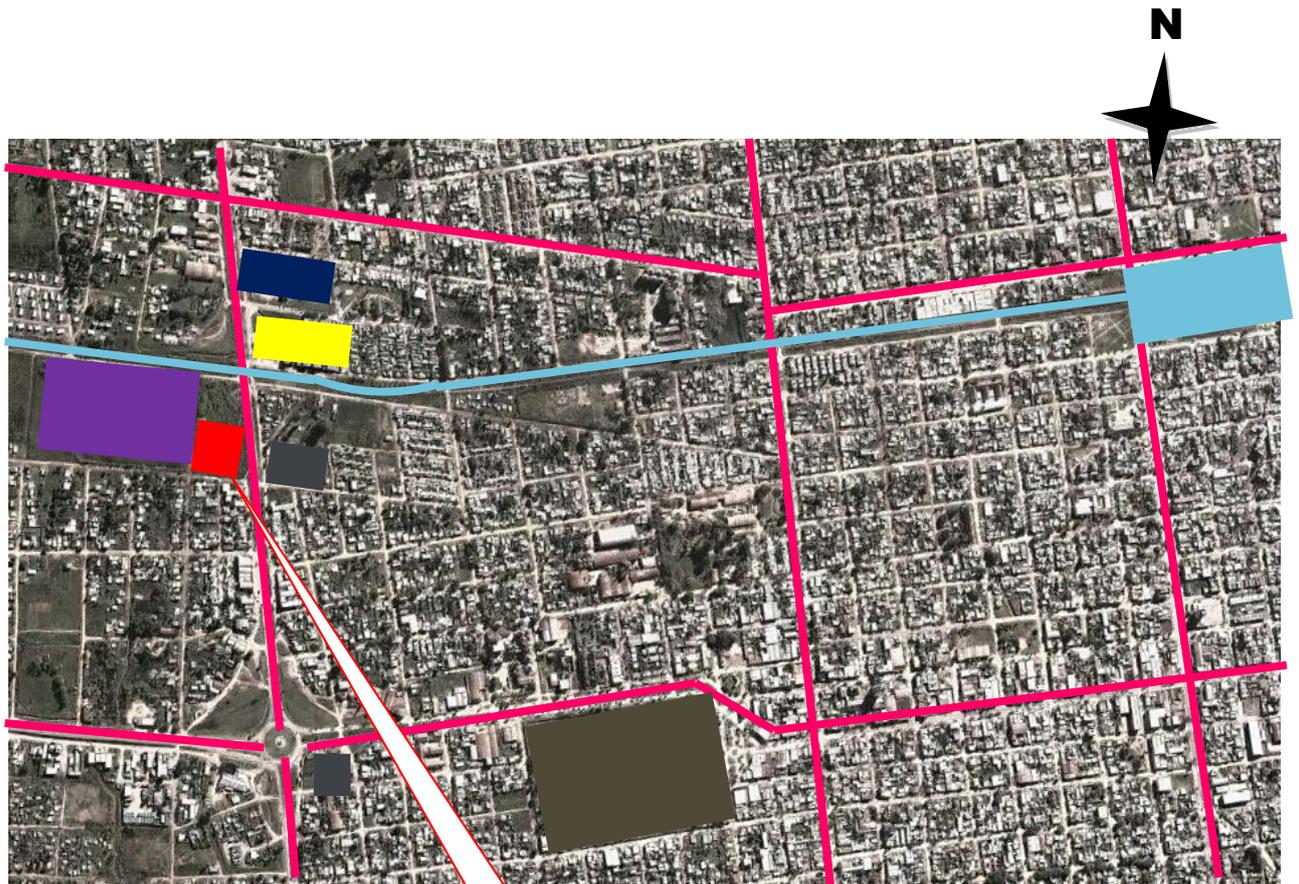
La zona donde se encuentra ubicado el terreno cuenta con:

- Red de energía eléctrica
- Red de agua corriente
- Red cloacal
- Calle principal con pavimentación asfáltica
- Alumbrado público sobre Av. Uncal

No cuenta con gas natural, cordón cuneta y dos de sus calles son de ripio

2.4 ASPECTO URBANO

2.4.1 Equipamiento urbano existente



TERRENO

REFERENCIAS

-  TERRENO
-  SALUD – HOSPITAL J.J. DE URQUIZA
-  EDUCACIÓN - UNER – FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
-  DEPORTE – CLUB ATLÉTICO ENGRANAJE
-  CEMENTERIO
-  OTROS SERVIOS URBANOS – COMISARÍA SEGUNDA
-  RED FERROVIARIA

Hospital J.J. de Urquiza



UNER – Facultad de Ciencias de la Salud



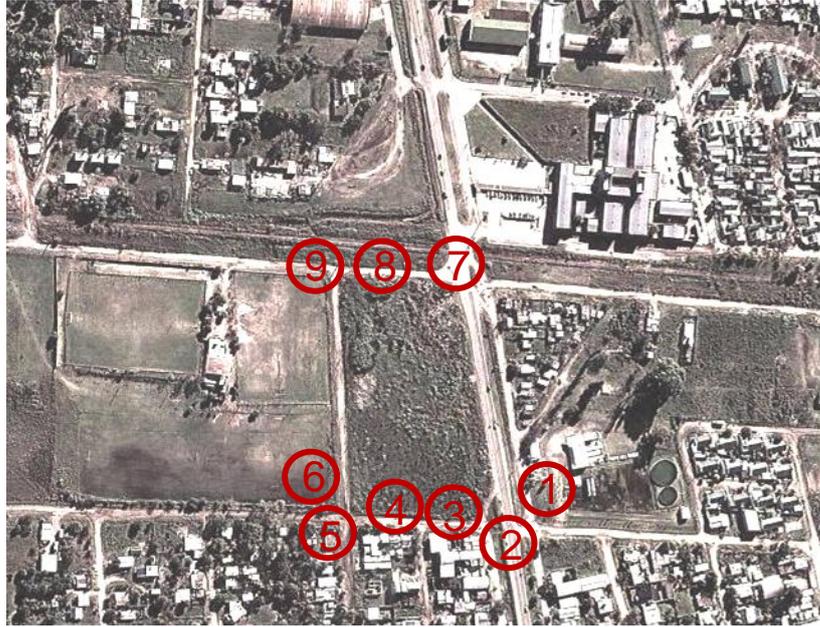
Comisaría Segunda



Estación de Ferrocarril



ENTORNO DEL TERRENO



Vista Av. Uncal





Vista Calle Estrada



Vista Calle Estrada



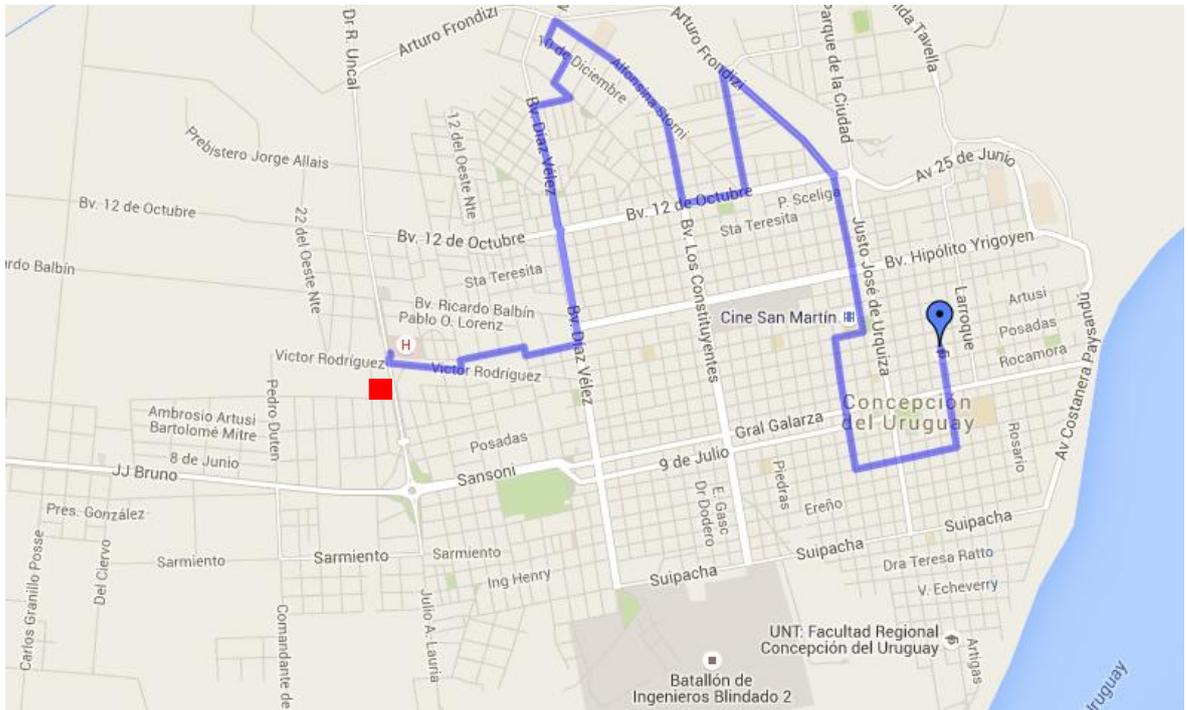
Vista Club Atlético Engranaje



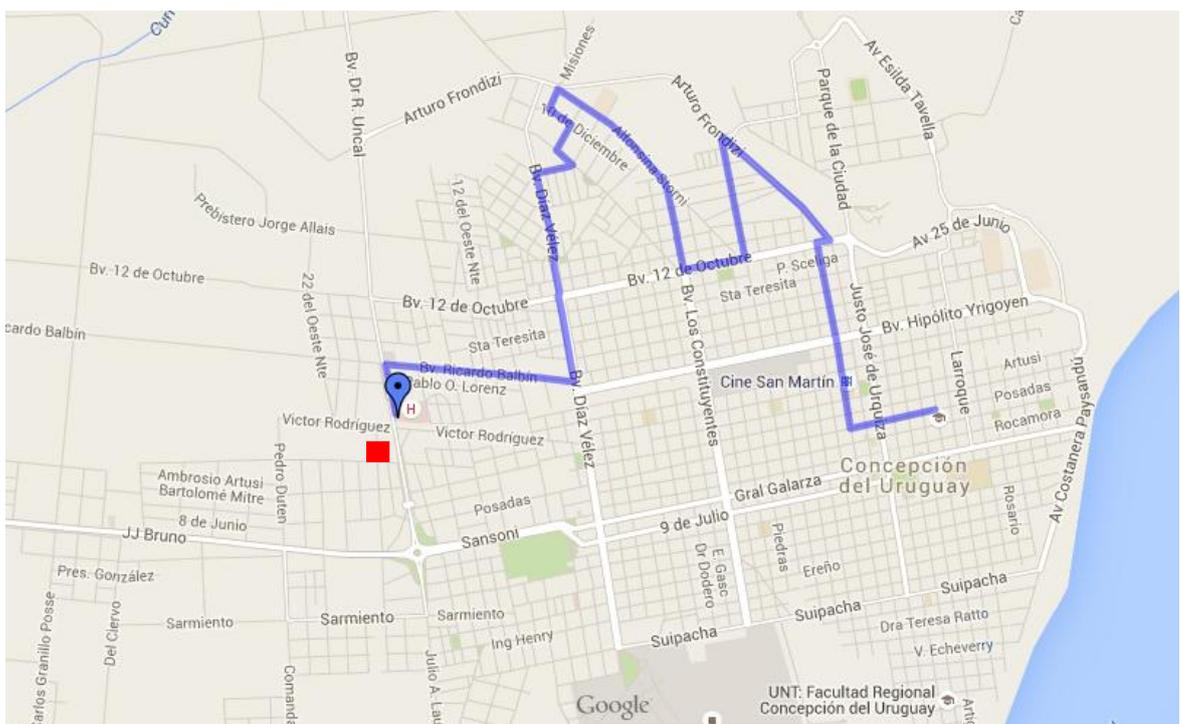
2.4.2 Transporte público

- Ramal Hospital - Centro por barrio Mosconi

Tramo 1



Tramo 2



2.6 Matriz F.O.D.A

FORTALEZAS:

- Excelente accesibilidad
- Ubicación cerca a dos instituciones que tendrán relación con el proyecto
- Transporte público: 3 líneas de colectivos
- Infraestructura: agua, electricidad, cloaca y alumbrado público

OPORTUNIDADES:

- Las dimensiones generosas permite generar espacios verdes
- Cercanía a la Facultad de Ciencias de la Salud para capacitación profesional
- Cercanía al Hospital J.J. de Urquiza para colaboración y capacitación

DEBILIDADES:

- Cercanía del Club Atlético Engranaje donde pueden existir ruidos molestos
- No cuenta con cordón cuneta
- Dos calles de ripio
- Estado del terreno: presenta ondulaciones (necesita ser rellenado y nivelado)

AMENAZAS:

- Calles no pavimentadas que tornan inaccesibles dos de las tres calles que limitan el terreno
- Costo del terreno

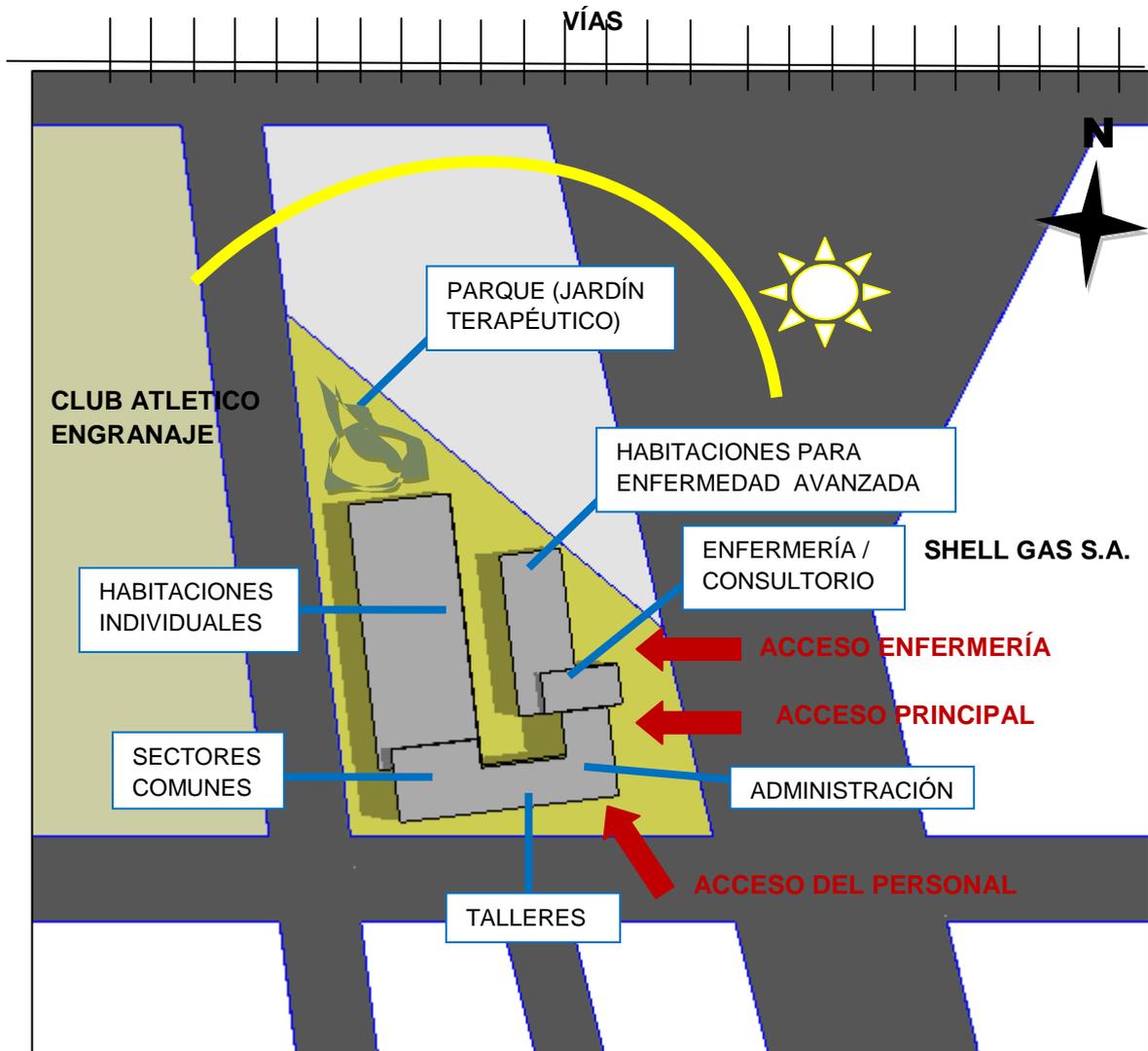
CAPÍTULO 3

3. PROPUESTA 3.1 PROGRAMA DE NECESIDADES

SECTOR ADMINISTRATIVO (260 m2)	CANTIDAD	M2
Recepción y Sala de espera	1	50
Sala Recepción familiar	1	20
Administración	1	40
Directorio	1	40
Archivo	1	20
Sala de reuniones	1	45
Kitchen/ Depósito	1	15
Sanitarios	1	30
TALLERES (270 m2)		M2
Taller de pintura y manualidades	1	50
Musicoterapia	1	50
Taller de jardinería	1	50
Taller de terapia motriz	1	40
Taller literario	1	40
Taller de memoria	1	40
HABITACIONES (1440 m2)		M2
Habitaciones individuales c/baño	20	40
Habitaciones para enfermedad avanzada	10	55
Sala de estar	3	30
CONSULTORIOS (108 m2)		M2
Kinesiología	1	60
Psiquiatría	1	16
Neurología	1	16
Nutrición	1	16
ENFERMERÍA (95 m2)		M2
Sala de espera	1	20
Enfermería	1	30
Sala suministro de medicación	1	15
Sanitarios	1	30
SECTOR PARA EL PERSONAL (130 m2)		M2
Lugar de descanso	1	50
Vestuarios / Sanitarios	1	80
SECTORES COMUNES (520 m2)		M2
Cocina c/ depósito	1	60
Comedor	1	80
SUM	1	200
Lavadero	1	40
Baño asistido	2	20
Sanitarios	1	100
TOTAL		2823
JARDÍN TERAPÉUTICO		
ESTACIONAMIENTO		
CIRCULACIONES		30%
MUROS		8%
TOTAL		3963

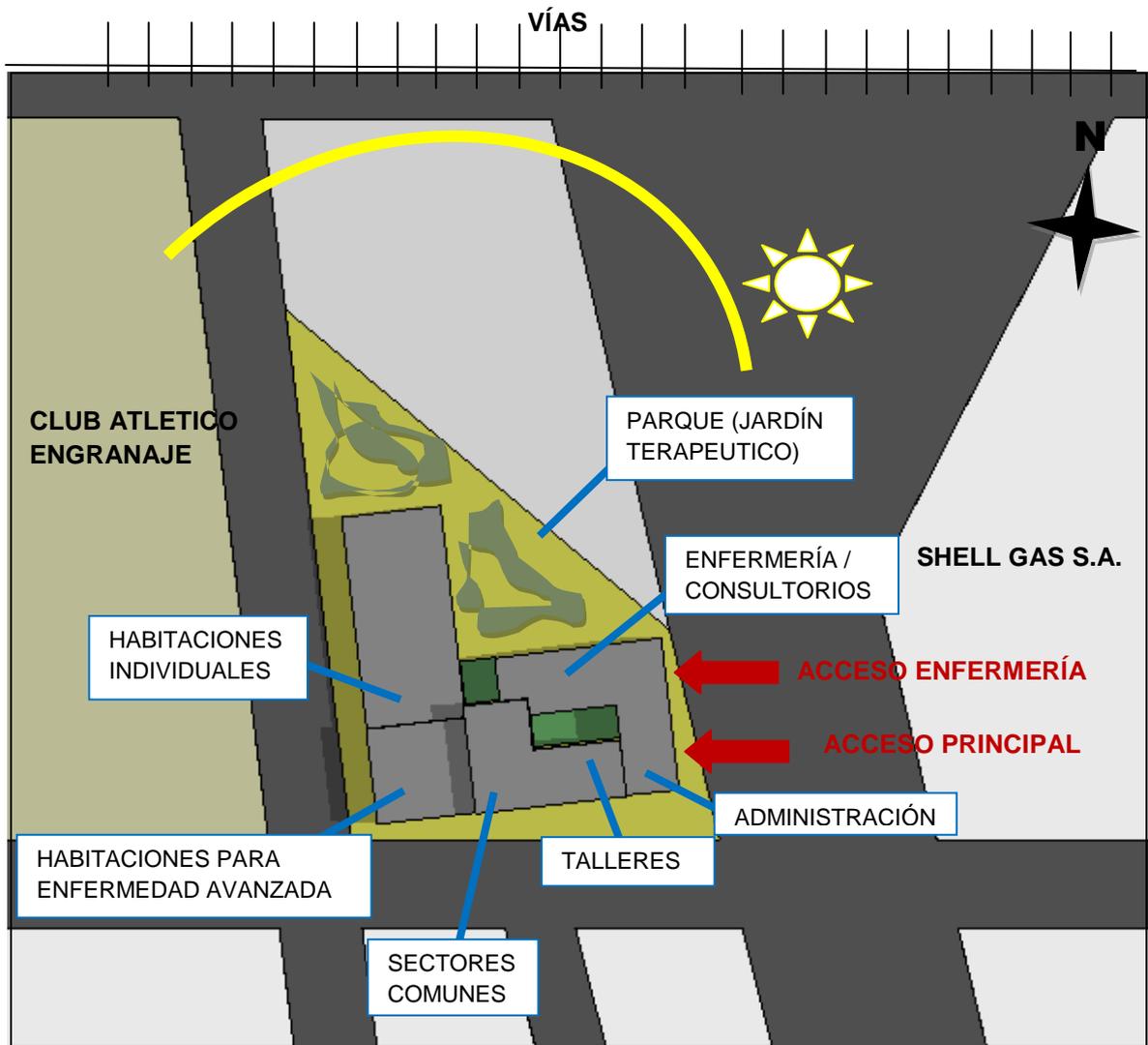
3.2 PROPUESTA DE ZONIFICACIÓN

PRIMER PROPUESTA



- El programa en su totalidad se desarrolla en planta baja
- Tipología en “U”
- Se diferencian tres tipos de acceso:
 - Acceso principal sobre Av. Uncal
 - Acceso enfermería sobre Av. Uncal
 - Acceso de personal y de servicio por calle Estrada
- Patio central permite la ventilación de las habitaciones
- Sectores comunes, Talleres y Administración será un volumen con más altura

SEGUNDA PROPUESTA



- El programa en su totalidad se desarrolla en planta baja
- Tipología en “L”
- Volumen más compacto con patios interiores
- Una de las alas para las habitaciones y la otra para Sectores comunes, Administración y Enfermería
- Se diferencian tres tipos de acceso:
 - Acceso principal sobre Av. Uncal
 - Acceso enfermería sobre Av. Uncal
 - Acceso de personal y de servicio por calle Estrada

3.3 APORTACIONES E INNOVACIONES

Teniendo en cuenta el tipo de usuario al que se le destinará el edificio se considera primordial reducir al mínimo las barreras necesarias para acceder a los espacios que éstos utilizan. Además se propone que dicha edificación se desarrolle en su totalidad en planta baja.

Los **accesos** a la edificación se diseñarán de forma tal que no presenten el aspecto de ingreso a una institución, sino que produzca una sensación gratificante para el futuro residente.

Las **circulaciones interiores** serán simples para evitar la desorientación de los residentes, evitando todas las barreras arquitectónicas. Algunas medidas que se tendrán en cuenta, son:

- Señalización por medios gráficos y luminosos para orientar al enfermo.
- Indicación gráfica de baños en paredes, puertas o pisos para que el enfermo asocie sus necesidades fisiológicas con el lugar y el artefacto.
- Colocación de luces vigías sobre zócalos y tiras fluorescentes en pisos con flechas de identificación para guiar al residente por la noche, facilitando su independencia.
- Colocación de interruptores especiales fuera del alcance del paciente en las áreas comunes.
- Protección de radiadores y cañerías de agua caliente a fin de evitar quemaduras por la posible falta de sensibilidad de los enfermos.
- Utilización de sistemas de ventanas con doble vidrio templado, que brindan mayor seguridad, aislamiento térmico y acústico.
- Sistema inteligente de seguridad: detectores de humo.

Los **espacios comunes** deberán ser fácilmente identificables, con diseño del mobiliario que tenga en cuenta el confort y la seguridad. Debido a la necesidad compulsiva de los enfermos para deambular, estos espacios deberán tener medidas amplias, sin obstáculos, con buena iluminación y ventilación. Tendrán un recorrido que evite la salida al exterior, sin barreras perceptibles.

Estos espacios deben contemplar la posibilidad de reuniones familiares con privacidad y control, es importante a creación de ámbitos físicos que le permita la continuidad de la relación de los pacientes con su núcleo familiar.

La **cocina** deberá integrarse al área del comedor para posibilitar la participación de los residentes en tareas sencillas. Abierta hacia el comedor se podrá estimular el apetito

y la actividad social por medio de los olores y la visualización de los alimentos. El amoblamiento tenderá a crear un ambiente hogareño.

Las **habitaciones** serán individuales con baños accesibles, el ingreso a su habitación privada se destacará con colores, objetos personales, símbolos que estimulen a los residentes a asociar mentalmente e identificar el acceso a su habitación.

Los **espacios sanitarios** deben reunir ciertas características especiales, dado que el manejo de la seguridad y facilidades de maniobras dependen en gran parte del diseño y del equipamiento.

En los **espacios exteriores** se plantearán, jardines con senderos continuos a fin de evitar la confusión de los pacientes debiendo comenzar y terminar en el mismo punto de partida para posibilitar el retorno individual. Los límites tendrán un cierre total sin ser evidentes, y deberán ser controlados desde un punto especial disimulado por la vegetación, para evitar la sensación de encierro.

Estos espacios exteriores serán utilizados con un fin terapéutico, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas por la enfermedad.

Algunas de las condiciones que se tendrán en cuenta para el diseño de este **jardín terapéutico**, dado las características especiales de los enfermos de Alzheimer son:

- Diseño de una ruta cerrada y sinuosa, desprovista de obstáculos y equipada con una sola entrada.
- Colocación de barandas altas que permitan al residente deambular de forma independiente.
- Uso de diferentes materiales en suelo para estimular la percepción auditiva.
- Utilización de elementos de la estimulación sensorial, tales como fuentes y plantas coloridas.
- Vegetación situada en macetas elevadas a fin de facilitar la interacción del residente.
- Diseño de sectores para el descanso, ubicados en zonas de sombra y cerca de estímulos sensoriales tales como la presencia de determinadas especies y del agua, elementos de protección climática (galerías cubiertas) y lugares para actividades grupales.

Planificación de un área para **huerta** con fines terapéuticos donde los residentes podrán desarrollar actividades y asimismo se podrán utilizar los productos para el consumo interno de la residencia.

Se implementará un sistema de recolección de agua de lluvia, para el riego de los jardines y huerta contribuyendo así al ahorro de este recurso.

Ejemplos de diseño de espacios exteriores:

- Residencia Manantial especializada en Alzheimer y demencias – Jardín Terapéutico

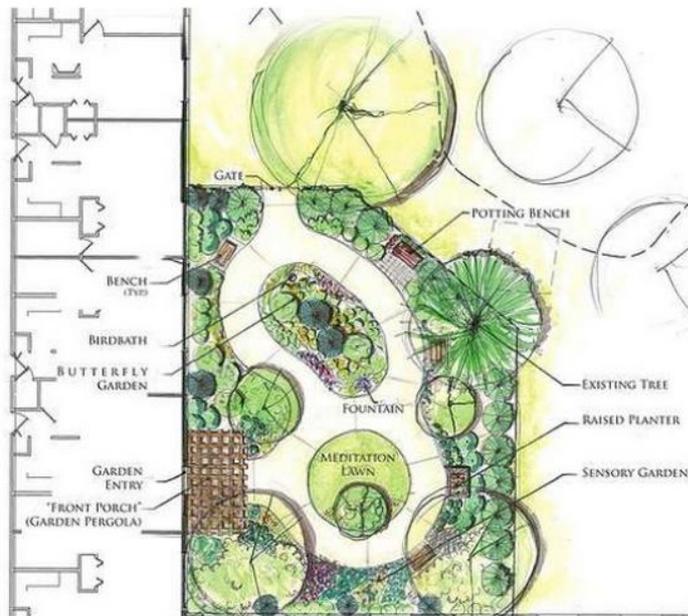


- Jardín sensorial “IL TEMPO RITROVATO” – Casa residencial, Osimo, Ancona (Italia)



Planta del jardín
Trayectoria cerrada curva que conduce a diferentes actividades

- GAYTON TERRACE MEMORY GARDEN – Richmond, Virginia (US)



Planta del Jardín

Ruta circular de anillo que lleva a diferentes puntos de parada

Consideración final

La arquitectura puede tener varios objetivos. Uno de ellos es el de solucionar problemas. Es el caso de este proyecto porque propone simplificar y hacer más amigable el medio donde se desenvuelve el residente afectado por las limitaciones de su enfermedad.

La creación de espacios tranquilos, motivadores y seguros, que faciliten el reconocimiento espacial, la realización de las actividades diarias y la percepción de los estímulos, contribuirá a mantener las capacidades físicas y cognitivas del enfermo el mayor tiempo posible.

Por qué EL FARO?

El Alzheimer genera un estado de confusión en donde se mezclan la realidad, los sueños, algunos recuerdos de hechos muy lejanos y olvidos muy presentes.

La residencia debe brindar a los enfermos un lugar de contención, de sosiego entre tanta confusión. Y todo el personal, cada uno desde la función que desarrolle, debe convertirse en una mano que sostenga y una voz que guíe a los residentes.

Por eso EL FARO. Porque del mismo modo que es una luz que guía a los navegantes en la oscuridad y los lleva a puerto seguro, la residencia debe ser un lugar donde encuentren un poco de paz y equilibrio. Un puerto seguro donde podrán transcurrir los días más difíciles de sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Débora Di Véroli (2012). **ALZHEIMER Y ARQUITECTURA. Hacia una acción terapéutica y protética del hábitat** (1° ed.). Sociedad Central de Arquitectos. Buenos Aires: Nobuko.
- ◆ Organización Mundial de la Salud (2013). Ed. En español de la Organización Panamericana de la Salud. **DEMENCIA. Una prioridad de salud pública**. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
- ◆ Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (Imserso) y la Confederación Española de Asociaciones de familiares de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CEAFA). (2013). Guía de implantación El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer. (1° ed.)
Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600079_el_espacio_y_el_tiempo.pdf
- ◆ Luis María Sánchez de Machado (2012) **La verdad sobre el llamado alzheimer**
Disponible en:
http://api.ning.com/files/ujcza9N5GbKMFx*j6LP1vDMmX87dnmNo8WxEB7LPMA71aN1W9DyIv-G1HqpG4gW3g2KJ7tJhJg9YGnMQ9XO5WFI5Y6CQL/LuisMSanchezALZHEIMER2012.PDF