

INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD SENSORIAL A TRAVES
DE UNA METAMORFOSIS SOCIAL E INCLUYENTE EN EL MUNICIPIO DE
ARMENIA

JHON SEBASTIAN GALLEGO VASQUEZ

PEREIRA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE PEREIRA

FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO

2019

INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD SENSORIAL A TRAVES
DE UNA METAMORFOSIS SOCIAL E INCLUYENTE EN EL MUNICIPIO DE
ARMENIA

JHON SEBASTIAN GALLEGO VASQUEZ

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ARQUITECTO

Asesor. GUILLERMO GUTIERREZ MORALES

ARQUITECTO

PEREIRA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE PEREIRA

FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO

2019

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	III
LISTA DE FIGURAS	IV
LISTADO DE TABLAS	V
RESUMEN	VI
1. INTRODUCCION	1
1.1 Localización.....	6
1.2 Delimitación área de estudio.....	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.1 Pregunta de investigación.....	15
3. JUSTIFICACION.....	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. OBJETIVOS.....	20
5.1 Objetivo general	20
5.2 Objetivos específicos.....	20
6. MARCOS	21
6.1 Marco contextual	21
6.1.1 Nacional.....	21
6.1.2 Regional.....	23
6.2 Marco teórico / conceptual	25
6.3 Marco normativo	28

6.4 Marco referencial.....	30
7. PORYECTO:.....	37
7.1 Forma:.....	38
7.2 Actividad	39
7.3 Planimetría y visualizaciones 3D	40
8. CONCLUSIONES.....	45
9. BLIOGRAFIA	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localización	6
Figure 2. Región	7
Figura 3. Área de estudio.....	8
Figura 4. Lugar de intervención	9
Figura 5. Proyección población mundial.....	10
Figura 6. Proyección envejecimiento	11
Figura 7. Población de edad avanzada.....	12
Figura 8. Centro de salud en Tordera	30
Figure 9. Acceso al Centro de Salud	31
Figure 10. Lucernario	32
Figure 11. Secciones.....	33
Figure 12. Maqueta.....	34
Figura 13. Planta arquitectónica	35

Figura 14. Esquema estructura espacial	36
Figura 15. Intenciones formales	37
Figura 16. Ejes formales.....	38
Figura 17. Composición	39
Figura 18. Zonificación	40
Figure 19. Lucernario	41
Figura 20. Planta alta.....	42
Figure 21. Render espacio publico	43
Figura 22. Planta baja	44

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Discapacidad en Latinoamérica.....	13
Tabla 2. PCDF en el eje cafetero.....	14
Tabla 3. Marco normativo	28

RESUMEN

El municipio de Armenia se encuentra ubicado en el departamento del Quindío, este como hábitat colectivo converge diferentes dinámicas vitales para sus usuarios, pero a la vez segregan a ciertos sectores de la comunidad, situación que se ve reflejada en las personas con diversidad sensorial, ya que dentro en este espacio no cuentan con las herramientas diversificadas para un desarrollo integral como sujeto prioritario. Por lo tanto, se busca desarrollar una estrategia arquitectónica que permita una metamorfosis social e incluyente de este grupo minoritario segregado, desarrollando dicho objetivo a través de una fase de investigación y sistematización de información, que busca generar unos lineamientos y pautas arquitectónicas que permitan potenciar la autonomía y una convergencia social idónea para los usuarios.

Palabras clave: Arquitectura, discapacidad, grupos minoritarios, segregación, territorio.

ABSTRACT

The municipality of Armenia is located in the department of Quindío, this as a collective habitat converges different vital dynamics for its users, but at the same time they segregate certain sectors of the community, a situation that is reflected in people with sensory diversity, and that within this space they do not have the diversified tools for integral development as a priority subject. Therefore, it is sought to develop an architectural strategy that allows a social and inclusive metamorphosis of this segregated minority group, developing this objective through a phase of research and systematization of information, which seeks to generate architectural guides and guidelines that allow to enhance the autonomy and social convergence suitable for users.

Keywords: Architecture, disability, minority groups, segregation, territory.

1. INTRODUCCION

Históricamente las personas con diversidad funcional desde el siglo XVII y XVIII han sido segregadas de las dinámicas de la ciudad, ya que en este contexto histórico el centro de la sociedad era la iglesia y este tipo de personas se consideraba que tenían un castigo divino, por lo tanto, eran contempladas bajo el concepto de anormales, dicho concepto las separaba de las personas “normales” y haciéndolas a un lado de las dinámicas, eventos y espacios de congregación para la comunidad.

Un segundo modelo surge tras la II guerra mundial, conocido como el modelo rehabilitador, el cual consideraba que estas personas podían aportar algo a la sociedad siempre y cuando estas fueran “normalizadas”, pero aun así se logra percibir una barrera hacia este grupo segregado.

Cabe resaltar que solo a inicios de los años 70 en Estados Unidos e Inglaterra, resuelven que las causas de la incapacidad no son ni religiosas, ni científicas; si no sociales, donde se plantea o se entiende que estas personas solo tienen una manera de funcionar diferente y que la misma sociedad por la percepción generada sobre estas personas durante tanto tiempo las han hecho a un lado, lo cual generaba esta limitación que repercutía en un hábitat excluyente. Acto que genero a mediados de esta década una reunión denominada “Reunión del grupo de expertos sobre el diseño libre de barreras” celebrada en New York donde se establecen los primeros antecedentes sobre la necesidad de eliminar las barreras físicas que limitan el acceso universal

a los espacios vitales de la ciudad como el espacio público, las instituciones gubernamentales, el transporte entre otros. Arjona, G. (2004).

Posterior a esto en 1982 las naciones unidas creo un programa de acción mundial para las personas con discapacidad, donde se instala el concepto “accesibilidad física integral”, tomando esta como pauta de inicio para la integración y normalización de las personas con movilidad y comunicación reducida, utilizando este concepto como base para evolucionar al termino accesibilidad universal.¹

Ante este contexto histórico mundial Colombia en su constitución política como máxima ley en su calidad de establecer los derechos y deberes, estipula en el artículo 13 de 1991 las medidas en favor de promover igualdad de condiciones y trato, en especial aquellas personas que por su condición física se encuentre en debilidad y vulnerabilidad. Por consiguiente, en 2004 se expido el CONPES 80, el cual convoca a los diferentes territorios tanto departamentos como municipios a conformar comités territoriales de discapacidad, los cuales tienen como objetivo la concertación, asesoría y consolidación de garantizar la oferta institucional, pública y privada, encaminada a garantizar los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad, medida que es adoptada por el municipio de Armenia.²

¹ Cerros Hecheverria, G, & Hernandez, S, & Monge, J. (2013). Incidencia del ambiente familiar en el proceso de aprendizaje de hábitos, actitudes y habilidades de niños/as con cuadriparesis, diparesis y hemiparesis que asisten al instituto salvadoreño de rehabilitación integral (isri) y propuesta de programa psicoeducativo dirigido a sus familiares y/o encargados/as (Tesis de pregrado). Universidad del Salvador.

² Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2013). Conpes Social. Departamento Nacional de Planeación.

Actualmente a nivel global se logra identificar un crecimiento considerable en la población, con una proyección para el 2030 de 8.500 millones de personas según la ONU, trayendo consigo nuevos retos para el hábitat del ser humano. Por lo tanto, se debe considerar el crecimiento de un grupo minoritario que ha sido segregado de las dinámicas sociales de la ciudad, como lo son las personas con diversidad sensorial, que según la organización mundial de la salud abarca el 6,8% de la población mundial, porcentaje que está compuesto por 45 millones de personas con ceguera y 360 millones de personas con hipoacusia, alza que ha sido relacionada con el aumento de las expectativas de vida, ya que la diversidad mencionada anteriormente tiene una relación directa con las personas adultas y adultos mayores.

Por lo tanto, en Latinoamérica según el CELADE (Centro Latinoamericano y caribeño de demografía) esta población se encuentra distribuida de la siguiente manera donde el primer puesto lo ocupa Brasil 14,5%, en segundo puesto Chile con 12,9%, en tercer puesto Ecuador con 12,1% y en décimo lugar se ubica Colombia con un 6,9% de estas personas, que corresponde a 2,6 millones de personas con diversidad funcional, de las cuales el 75% se encuentran ubicadas en la región andina. De este porcentaje, el 9,89% se encuentran ubicadas en el eje cafetero, que corresponde a 194,700 personas. En consecuencia, el departamento administrativo nacional de estadística (DANE) realiza un primer rastreo y caracterización de estas personas con discapacidad, donde se identifica que en el municipio ahí un total de 7.279 personas con algún tipo de discapacidad en el año 2005. Por tanto, la administración municipal estipula en su plan de desarrollo 2008-2011 ejes estratégicos, políticas y programas con el fin integrar a este grupo minoritario a los diferentes aspectos vitales de la sociedad.

Por consiguiente, según la secretaria de salud municipal considera que la capital de Quindío (Armenia) alberga a 12.000 personas pertenecientes a este grupo minoritario en el año 2018, de las cuales el 46% son personas con diversidad sensorial (hipoacusia y ceguera) y en su mayoría (96%) son personas de estratos bajos, siendo estas uno de las poblaciones más vulnerables dentro del casco urbano.

Actualmente, el municipio de Armenia contempla en su plan de salud una gestión diferencial de poblaciones vulnerables, además también incluye una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con diversidad sensorial mejoren su calidad de vida e incluírlas más en la sociedad.

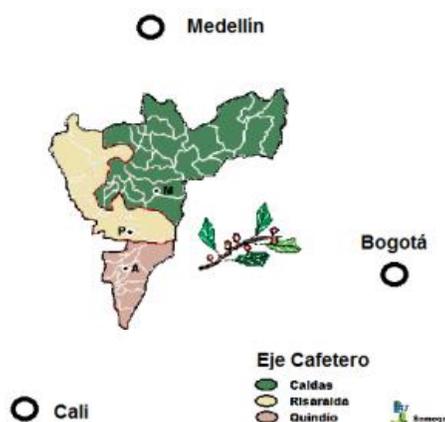
Particularmente en este caso se plantean diferentes estrategias, lineamientos, comités entre otras herramientas mencionadas anteriormente, pero tanto en recorridos como en las herramientas de planeación del territorio, se observa el detrimento y la barrera tanto cualitativa como cuantitativa que tiene el casco urbano es notoria, en cuanto a las zonas vitales que estas personas requieren. Esto se logró identificar tomando como base la ubicación de los servicios de salud, los cuales están centralizados hacia el norte del casco urbano, donde no se garantiza un acceso eficiente para estas personas provenientes del sector sur de la ciudad, además es notoria la ausencia de algún centro especializado en personas con diversidad sensorial dentro del casco urbano, que complemente y diversifique la unidad de servicios de salud existente en este sector. Situación que repercute en un hábitat para estas personas sin opciones que potencien su autonomía y desarrollo para fomentar una convergencia social idónea.

Según lo mencionado anteriormente para realizar una propuesta arquitectónica pertinente, se llevó a cabo en un primer momento la recopilación y sistematización de información que permita una comprensión idónea de la situación problema, en cuanto a su contexto histórico, político, social y urbano, esto con el fin de obtener un primer acercamiento a la situación. Por consiguiente, se realiza un análisis de la información recopilada con el objetivo de generar un diagnóstico y así poder identificar las falencias y fortalezas por potenciar e intervenir, respecto a la situación identificada, para así generar unos lineamientos y pautas arquitectónicas que permitan desarrollar una propuesta de intervención municipal que promueva la autonomía en los usuarios, esto con el fin de darle un espacio idóneo a un grupo minoritario que ha sido segregado por la sociedad durante los últimos tiempos.

1.1 Localización

La región conocida como el eje cafetero, se encuentra ubicada al suroeste de Departamento de Antioquia y al norte del departamento del Valle del Cauca, y está compuesta principalmente por Risaralda, Quindío y Caldas (ver figura 1). Este sector del país posee problemáticas vinculadas al ejercicio disciplinar, ya que esta hace parte de la región Andina como un punto articulador entre las diferentes capitales del país, como lo son Medellín, Cali y Bogotá, por lo cual se generan nuevos retos y siendo esta un punto intermedio para el desarrollo ya que muchas de su ciudades presenta la migración de masas de lo rural hacia lo urbano, fenómeno dado por el declive del actividad económica agrónoma, lo que repercute en ciudades con un crecimiento constante, trayendo consigo la aparición y crecimientos de nuevos sujetos a nivel urbano, lo cual debe ser considerado y se deben plantear estrategias ideales para estos hábitats.

Figura 1. Localización



Gonzalo, M. (2012). Región eje cafetero. [Figura]. Recuperado de <https://godues.wordpress.com/2012/11/13/mapas-del-departamento-de-caldas-en-colombia/>

1.2 Delimitación área de estudio

Abordando la región denominada del eje cafetero se identificó que esta que esta como punto satélite del desarrollo contiene el 9,89% de personas con diversidad funcional a nivel nacional según el DANE, por lo cual se realiza un rastreo de esta cifra a través de las diferentes capitales que están divididas en tres, Pereira, Armenia y Manizales, donde se logra identificar que Armenia posee el porcentaje más alto en relación PCDF/Población general con un total del 4,10% seguida por Pereira con 2,69% y por ultimo Manizales con 1,67% (ver figura 2). Por lo tanto, ya que el usuario mencionado anteriormente se encuentra en una tasa muy alta en la capital del Quindío, se precisa la investigación sobre este casco urbano y sus dinámicas.

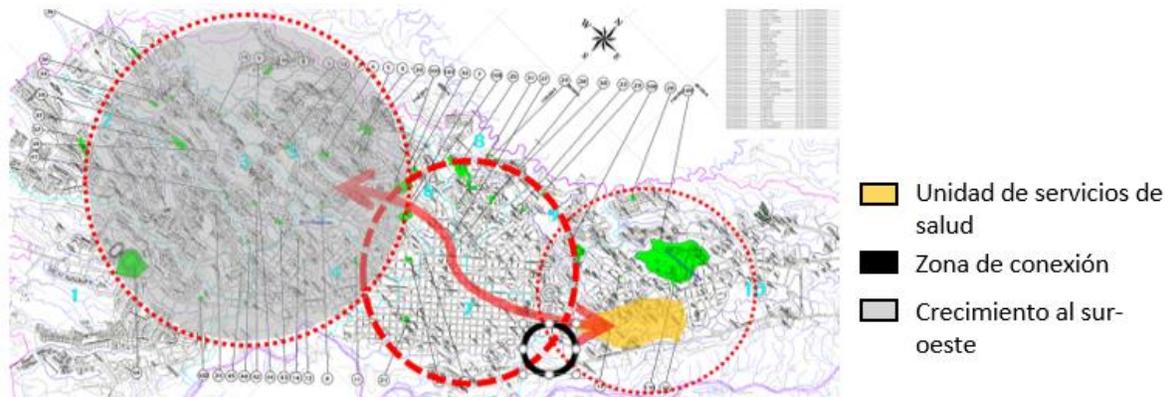
Figure 2. Región



Porcentajes capitales eje cafetero [Figura]. Recuperado de <https://sites.google.com/site/ejecafetero201206/el-eje-cafetero-y-su-ubicacion>

Particularmente dentro del casco urbano se logra identificar que las personas con diversidad sensorial, están ubicadas hacia el sur-oeste y las zonas que prestan servicios prioritarios como la salud, el espacio público y edificios institucionales se encuentran ubicados hacia el nor-este del municipio, además cabe resaltar que la unidad de servicios de salud se encuentra ubicada en esta zona, por lo tanto fue prioridad acotar una zona de estudio que fuera conexión (ver figura 3) entre estos dos polos que son vitales para las personas con diversidad sensorial, ya que estos representan su zona de vivienda, de convergencia social y de tratamiento, siendo estas trascendentales para un desarrollo óptimo como sujeto.

Figura 3. Área de estudio

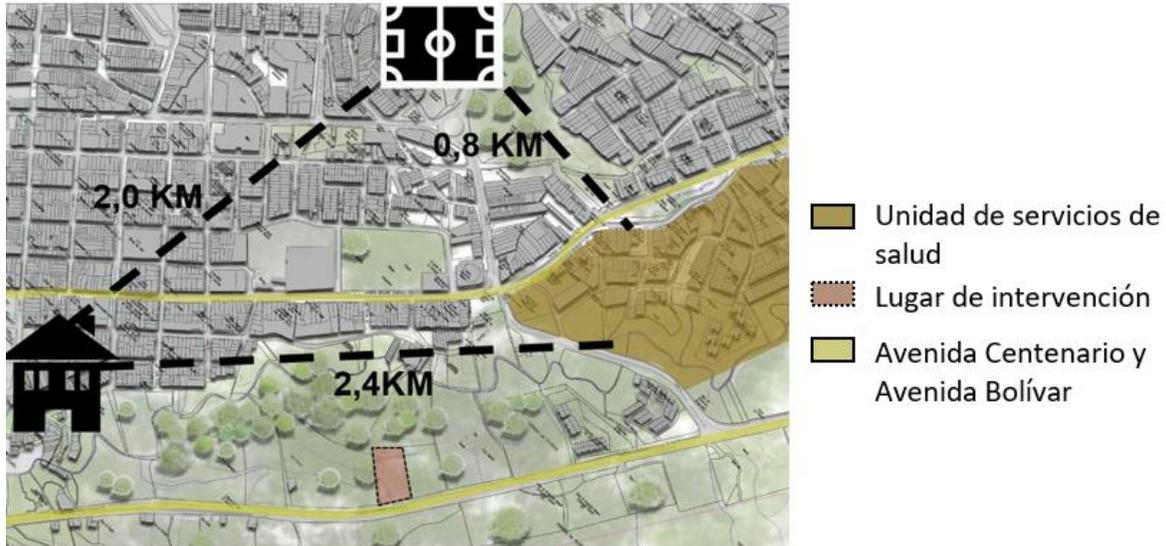


Nota: Gallego S. (2019). Ruta de análisis – área de estudio. [Figura]

Por consiguiente, se realizó una delimitación del área de estudio en cuanto a las fortalezas que esta presenta respecto a las condiciones de movilidad y conexión entre estas zonas, donde se identificó que entre la avenida Centenario y la avenida Bolívar, dos de los ejes estructurantes de movilidad del municipio existen una zona en proceso de consolidación que

además es colindante a la zona de servicios de salud presente en el municipio (ver figura 4). Es por esto que esta zona es elegida como sector a intervenir por sus cualidades inmediatas respecto al diversificación de la USS, además que esta presenta una zona de reserva inmediata que es elemento prioritario para desarrollar unas estrategias y lineamientos arquitectónicos que permitan desarrollar unos espacios óptimos en cuanto a la autonomía, accesibilidad y convergencia social.

Figura 4. Lugar de intervención



Nota: Gallego. S. Millan. S. Marin. D. Agudelo. C. Marquez. P. Ocampo. N. (2019). Ruta de análisis – Área de estudio. [Figura]

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la perspectiva mundial el crecimiento demográfico en las últimas décadas ha sido un factor a considerar, ya que el fenómeno se empieza a rastrear desde el 2015 donde se estimaba que el planeta contenía 7.500 millones de personas y se proyecta que para el 2030 seamos 8.500 millones de habitantes en el mundo (ver figura 5), por lo tanto, esto debe generar un nuevo planteamiento en cuanto al hábitat urbano del hombre, la sostenibilidad de este y la articulación de nuevos usuarios de estos espacios.

Figura 5. Proyección población mundial



Fuente: Naciones Unidas. (2019). una población en crecimiento. [Figura]. Recuperado de <https://www.un.org/es/index.html>.

Con el crecimiento general de la población ha traído consigo el aumento del sujeto específico, más precisamente las personas con diversidad funcional, que según la organización mundial de la salud corresponde al 15% de la población para un total de 200 millones de personas, las

cuales se caracterizan por tener una edad avanzada, ya que este elemento cronológico aumenta la posibilidad de obtener problemas de salud que deriven en limitaciones a la funcionalidad y a la interacción con la sociedad, además, están ubicadas principalmente en países que están en vía de desarrollo, donde la discapacidad apenas se está integrando a las políticas públicas de las ciudades. Por lo tanto, estos adultos mayores según un informe de la organización mundial de salud, la población de ancianos mayores de 60 años se duplicará de 605 millones a 2.100 millones de personas (ver figura 6), esto en un lapso de 50 años correspondiente a una proyección realizada desde el año 2000 hasta el año 2050.

Figura 6. Proyección envejecimiento



Nota: Naciones unidas. (2013). Envejecimiento. [Figura]. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.

Con relación a este fenómeno de crecimiento en latino américa, la población de personas perteneciente a la tercera edad también en un aumento considerable, donde en el 2010 este grupo ocupaba el 9,8% con 58,57 millones y se tiene proyectado que para el 2030 sea el 16,7% con un total de 119,67 millones de personas (ver figura 7).

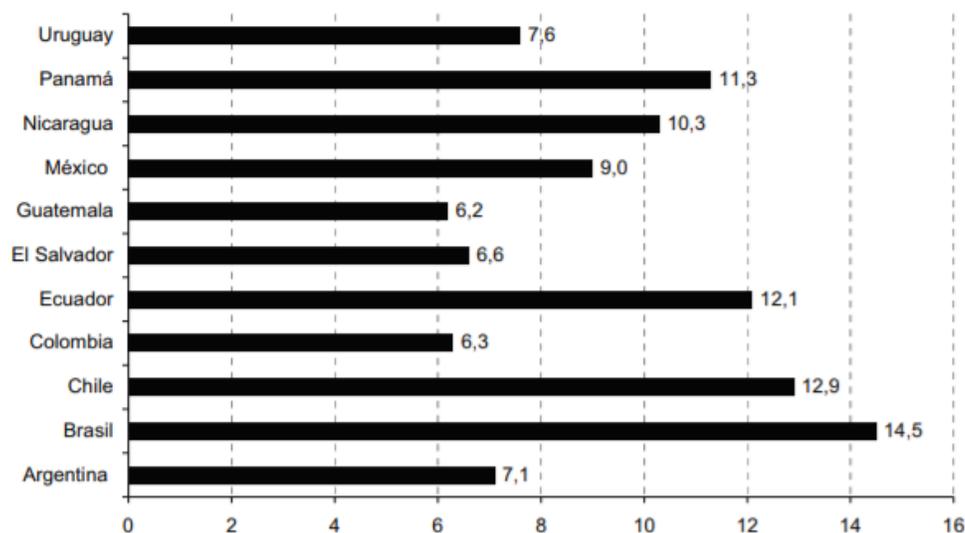
Figura 7. Población de edad avanzada



Nota: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). [Figura]. Recuperado de https://www.cepal.org/sites/default/files/infographic/files/personas_mayores.pdf.

Por lo tanto, ya que Latinoamérica se caracteriza por una profunda desigualdad y poseer en su mayoría países en vía de desarrollo, estos albergan consigo una gran cantidad de personas con alguna diversidad funcional donde el país que ocupa el primer puesto es Brasil con 14,5% de la población tiene algún tipo de dificultad funcional, en el segundo puesto se encuentra Chile con un 12,9% y por último Colombia con un 6,3% ocupa puesto número 10 en el continente para un total de 2,6 millones de personas en el territorio nacional (ver tabla 1).

Tabla 1. Discapacidad en Latinoamérica



Nota: Centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE). (2015).
 [Tabla]. Recuperado de: Las personas con discapacidad en américa latina. Santiago
 de Chile. Recuperado de:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/1/S1100074_es.pdf

Colombia posee dentro de la geografía nacional, la región Andina siendo esta la más poblada de la nación, con alrededor de 34 millones de personas según el DANE, cabe resaltar que en esta zona se ubica 75% de los 2,6 millones de personas con diversidad funcional en el país. De los cuales el 9,89% se ubican en el eje cafetero con un total de 194.700 personas, que se encuentran distribuidas en las tres capitales de la siguiente manera (ver tabla 2).

Tabla 2. PCDF en el eje cafetero

CIUDAD	POBLACION TOTAL	POBLACION CON DIVERSIDAD FUNCIONAL	PORCENTAJE
Pereira	467.185	12.797	2,69%
Manizales	414.369	6.919	1,67%
Armenia	292.008	12.000	4,10%
TOTAL	1.173.562	31.716	

Nota: Gallego S. (2019). Ruta de análisis – contextualización. [Tabla]

Por consiguiente, se elige como área de estudio al municipio de Armenia que contiene el porcentaje más alto en cuanto a la relación de población general / PCDF, a partir de este punto se realiza un análisis e investigación del casco urbano.

En este municipio el 95% de las personas con diversidad funcional son de estratos bajos, además el 46% de estas personas poseen alguna discapacidad sensorial principalmente hipoacusia y ceguera; diversidad que abarca un crecimiento alarmante, donde en el 2005 se registraron 1.700 personas con esta dificultad y al 2019 se registran 5.520 personas según la secretaria de salud municipal, para un crecimiento en 14 años del 225%, los cuales en su mayoría están ubicados hacia el sur de la ciudad, cabe resaltar que el 63% de estas personas son edad avanzada con un rango de entre 45 a 70 años. Una gran parte de este grupo minoritario debe recorrer 2,4 kilómetros en promedio, los cuales no cuentan con la infraestructura adecuada para una conexión universal eficiente entre estas zonas del casco urbano. Esto con el objetivo de movilizarse hacia el norte, donde se encuentran las unidades articuladoras de servicios primordiales para este grupo.

En este punto satélite de servicios se ubican dos centros de salud, un hospital, y cuatro clínicas entre estas se encuentra la clínica de Medimas que presta el servicio al 52% de las personas pertenecientes a este grupo minoritario. En conclusión, se logró identificar que en esta zona no existe ningún centro especializado para este grupo minoritario creciente de personas con diversidad sensorial, ni los equipamientos existentes cumplen con las necesidades que requiere este grupo diverso, ya que su respuesta espacial es darle acceso a través de una rampa a una persona de movilidad reducida que forma una pequeña parte de la diversidad funcional general. Por consiguiente, se logra identificar la poca riqueza y diversidad arquitectónica que contiene el casco urbano, ya que no integra sujetos que son prioritarios como las personas con diversidad sensorial y que están en un constante crecimiento, logrando así una segregación social y un detrimento alarmante de sus condiciones especiales, puesto que su hábitat ofrece pocas oportunidades para una intervención idónea.

2.1 Pregunta de investigación

¿Es posible desarrollar estrategias arquitectónicas que permitan el desarrollo de proyectos, que satisfagan las necesidades básicas sociales y cumplan con las características espaciales que requieren las personas con diversidad sensorial, que se caracterizan por contar con un hábitat que no ofrece espacios donde se realice una intervención integral a su situación particular?

3. JUSTIFICACION

El análisis de la información referida a las personas con diversidad sensorial, tiene como finalidad reconocer cuales son las problemáticas y falencias que estas personas enfrentan para tener un desarrollo idóneo como sujeto que requiere unas características especiales en su hábitat y que presenta una situación particular en el municipio; en cuanto al acceso y articulación de grupos minoritarios a las dinámicas vitales presentes en el territorio.

El municipio de Armenia afronta diferentes dificultades en cuanto a la conexión entre sus zonas de crecimiento ubicadas en el sur y los equipamientos colectivos de salud que no suplen la diversidad en su demanda, estos se encuentran ubicados al nor-este en zonas más consolidadas del casco urbano, es por esto que dicha problemática debe ser abordada para lograr un territorio con zonas que sean satélite por sus servicios diversos e incluyentes de las minorías más vulnerables. Por lo tanto, se debe tomar un enfoque hacia las personas con diversidad sensorial, que requieren un espacio que los incluya como sujeto prioritario del municipio, transformando un sector del casco urbano vital para ellos en una herramienta y no en un obstáculo para estas personas aisladas por la distribución y diversificación poco estratégica del territorio.

4. METODOLOGIA

La estructura metodológica implementada en la presente investigación, se desarrolló a partir de tres momentos; momento de conceptualización, momento urbano, momento arquitectónico y perfil de usuario, lo cuales se ramifican en diferentes escalas de análisis y sistematización de información tanto primaria como secundaria, que dieron como resultado la identificación de un usuario y sus necesidades tanto urbanas como espaciales.

En el primer momento se desarrolla una investigación con el fin de identificar, rastrear y caracterizar una población minoritaria y excluida de la sociedad; esto se llevó a cabo a través de un primer acercamiento grupal a las zonas de análisis, donde se realizó un rastreo de información primaria en las principales ciudades del eje cafetero y así obtener un diagnóstico de la situación a nivel regional; durante esta etapa de la investigación se utilizaron herramientas como las entrevistas, identificación y análisis de lugares donde desarrollan de una u otra manera el tratamiento de las personas con diversidad funcional, entre los cuales se encuentran las clínicas especializadas, escuelas, zonas de convergencia social, fundaciones entre otras. Esto con el fin de identificar algunas cualidades espaciales y urbanas que estas personas requieren. Además, se realizó un rastreo de información secundaria en las instituciones gubernamentales en cuanto a lineamientos, estrategias y planes especiales estipulados en sus diferentes dependencias, para así realizar un cruce de la información obtenida e identificar si las estrategias territoriales identificadas, son pertinentes a las necesidades de las personas.

Por consiguiente, se logró identificar que, dentro del análisis desarrollado en este momento sobre la región, Armenia es la única ciudad que posee una vocación hacia los servicios de salud y a través de la secretaria de salud municipal se determinó que de las tres ciudades principales de la región; esta es la que posee el porcentaje más alto de personas con diversidad funcional, es por esto que la siguiente escala a abordar se enfoca sobre este municipio.

El segundo momento en cuanto a lo urbano, se realizó un análisis de la información secundaria suministrada por el plan de ordenamiento territorial, donde se sistematizo de lo cuantitativo a lo cualitativo, particularmente se tuvo como pauta la conexión entre las zonas de desarrollo del casco urbano y su zona de servicios de salud, esto con el fin de identificar las vías y su calidad en cuanto a infraestructura, arborización, fuentes hídricas, usos de suelo, espacio público y equipamientos que presenta entre estos dos polos.

Por lo tanto, se realizó un cruce de variables entre la información suministrada por el POT y la secretaria de salud municipal, cruce que fue trascendental para realizar un diagnóstico urbano y caracterización del usuario, donde se logra acotar las zonas que son satélites para estas personas; como la vivienda, la unidad de servicios de salud, rango de edad, ubicación y estrato del usuario a tratar. Momento en el cual ya se empiezan a generar insumos para las estrategias arquitectónicas.

La última escala a analizar es el lugar, sitio que se determinó por su continuidad con la zona de servicios de salud identificada anteriormente, en esta escala se realiza un análisis del sector a través de información primaria y secundaria, donde se realiza un segundo recorrido del

lugar de intervención, entrevistas a los transeúntes, identificación de equipamientos y zonas comerciales; la información secundaria fue vital determinar un análisis de llenos y vacíos del sector, usos de suelo, fichas normativas que permitieron determinar un lugar preciso para desarrollar el proyecto arquitectónico.

En consecuente, lo arquitectónico es la escala más precisa a abordar donde se plantean algunas estrategias y conceptos que sean pertinentes a la información analizada con anterioridad, cabe resaltar que el eje primordial de estas decisiones es la caracterización del usuario.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Desarrollar una estrategia arquitectónica que permita una metamorfosis social e incluyente de un grupo minoritario segregado, como lo son las personas con diversidad sensorial ubicadas en el municipio de Armenia.

5.2 Objetivos específicos

- Recopilar y sistematizar información que permita la comprensión idónea de la situación problema que rodea al sujeto mencionado anteriormente.
- Analizar la información recopilada con el fin de generar un diagnóstico respecto a las falencias y dificultades que enfrentan las personas con diversidad sensorial dentro de su hábitat colectivo.
- Formular lineamientos arquitectónicos que permitan desarrollar un equipamiento de carácter municipal que fortalezca y promueva la autonomía de las personas con diversidad sensorial, a través de espacios integrales y pertinentes a las necesidades identificadas.

6. MARCOS

6.1 Marco contextual

6.1.1 Nacional

Por primera vez a nivel nacional en el año 1991, Colombia establece a través del artículo 13 de la constitución nacional, un trato especial y protección a aquellas personas que por una condición particular presenten debilidad o vulnerabilidad por su condición física, mental o económica y se decidió tomar medidas de sanción a todo aquel se aprovechen de la vulnerabilidad de dichos seres humanos.

En el artículo 47 se decidió que el estado colombiano tomara partido en una política de prevención, rehabilitación e integración social para las personas con diversidad física, sensorial y mental, además se les garantiza atención especializada y oportuna cuando lo requieran.

En cuanto al tema laboral, en el artículo 54 se estipula que el estado debe proporcionar oferta laboral a todas las personas que estén en edad de trabajar y garantizar que aquellas con diversidad funcional puedan hacerlo, entre el mismo y los empleadores ofrecer formación, habilitación profesional y técnica a quienes lo necesiten.

En cuanto a educación se refiere, se estableció en el artículo 68 la intención de eliminar el analfabetismo en las personas con limitaciones físicas, mentales o con capacidades excepcionales, posteriormente se crearon unos lineamientos sobre la educación especial en Colombia, tomando como base a Europa y Estados Unidos, donde se vivió un desarrollo caracterizado por otros aspectos, que le permitieron determinar cuatro momentos: exterminación, abandono, aceptación, e integración. (Páez Escobar, M. 1994)

Por ultimo a través del artículo 70 se estructura la obligación que adquiere el estado en cuanto al deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, sin importar la diversidad que estos presentes.

Cabe resaltar en cuanto al tema social la ley 351 junto a la ley 361 de 1997 es la primera que contempla el tema social de manera directa, ya que en esta se establecen mecanismo de integración social para las personas que poseen algún tipo de limitación. Para finalizar, la última ley mencionada se considera la “Ley Colombiana de Discapacidad”.

También es importante resaltar que en la ley 397 de 1997 en los artículos 50 y 60, se fija que, en los consejos a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, debe existir un representante de las agremiaciones culturales de personas con diversidad física, mental y sensorial, artículos que se ven reflejados posteriormente en políticas llevadas a cabo por el municipio.

En el 2004 fue expedido el Conpes 80, donde se estructura la Política Nacional de Discapacidad, donde se toman como lineamiento teórico el modelo planteado por la Organización Mundial de la Salud. Esto con el fin de ordenar y articular la oferta institucional pública y privada, con el fin de afianzar los derechos y la inclusión social de las personas con diversidad funcional; el Conpes estipula que los municipios y departamentos deben conformar comités territoriales de discapacidad, los cuales tienen como objetivo la concertación, acompañamiento, consolidación de estas estrategias. También en el siguiente año (2005) se establece la ley 982 de 2005 por la cual se crean normas que tienen como objetivo la equiparación de oportunidades en diferentes áreas para las personas con hipoacusia y ceguera.

6.1.2 Regional

En el primer momento a nivel regional el DANE en el 2005 realiza un censo, donde se caracteriza y rastrea los grupos minoritarios como las personas con diversidad funcional, por lo tanto, se genera un informe cuantitativo en el eje cafetero que fue punto de partida para la toma de decisiones por parte de las entidades administradoras del territorio.

Particularmente Armenia frente a los acontecimientos llevados a cabo con anterioridad, realiza la construcción de política pública de discapacidad desde el año 2005 a través de la creación del Consejo Municipal de Discapacidad, que se genera bajo el Decreto 0138 de ese año, acción que tiene como finalidad tomar las primeras decisiones estratégicas para la

articulación de los diferentes grupos minoritarios a la sociedad a través de los diferentes entes gubernamentales. Para el año 2008, se propone en el Plan de Desarrollo ejes estratégicos, políticas y programas cuyo objetivo principal es la inclusión social para la población con algún tipo de diversidad a través de la política de Población y Familia.

En el año 2010 a través de un plan de trabajo respaldado por el Consejo Municipal de Discapacidad, se realizaron varias mesas de trabajo que contaron con el acompañamiento de la sociedad civil, organizaciones e instituciones que trabajan con personas pertenecientes a este grupo minoritario, dichas actividades fueron los pilares para la formulación del documento guía para el territorio durante los próximos años.

Para el año 2011 la Política Pública de Discapacidad gesta la garantía de derechos fundamentales en el marco de los derechos humanos de la población en condición de discapacidad. Es por esto que se enmarca en una concepción participativa que tiene como objetivo generar la realización de estos desde una comprensión amplia e integral de la discapacidad.

Dichos acontecimientos generaron en su plan territorial de salud el apartado de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, los cuales incluyen líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad, esto con el fin de mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, garantizando así un absoluto respeto a sus derechos.

Por consiguiente, dichas acciones se vieron reflejadas en el plan de desarrollo nacional 2018-2022 donde se contempla la construcción de un Centro de Adulto Mayor y Discapacidad Tecnológico para la población más vulnerables. Proyecto tangible que demuestra el resurgimiento de una población que ha sido escuchada progresivamente a través del tiempo desde el ámbito socio-político.

6.2 Marco teórico / conceptual

La arquitectura en la presente investigación realiza un análisis profundo del usuario, su contexto, rastreo e identificación, para así generar una propuesta pertinente que parte desde el campo de la percepción hacia una proyección que está estructurada a partir tres teorías como el retorno al hogar y reconocimiento del otro en la filosofía de Martin Heidegger, la metamorfosis social de Robert Castell y el proyecto arquitectónico de Susana Jiménez.

La primera que corresponde a la teoría de Heidegger donde el autor desarrolla tres momentos; el primero de estos ese el arraigo, que se define a partir de la experiencia de lo extraño y de esta manera lograr identificar las cualidades y particularidades de lo propio, además, de esta manera generar un enraizamiento a lo propio y hogareño. Un segundo momento es el cuidado que está definido a partir de la identificación de lo “extraño” como parte de la diversidad y nos compone con algo propio. El tercer momento es el encuentro que está definido como ese

retorno al hogar después de la identificación de la pluralidad a través de una integración en su comunidad.

Esta teoría se ve aplicada en tres momentos que son planteados como lineamientos prioritarios para el proyecto, donde a través de estos se desarrolla el arraigo como una primera etapa, que es implementada a través de un espacio de un recibimiento que estimula la autonomía y reconocimiento de sus capacidades a través de elementos artificiales y naturales, que en conjunto forman la atmosfera deseada para una llegada del usuario al proyecto que genere impacto y estimule sus sentidos. El segundo momento es aplicado como esa fase de tratamiento e intervención que está delimitada por una geometría irregular que, en conjunto con el manejo de elementos naturales, se plasma unas zonas de tratamiento directa e indirectas, las cuales son atípicas a las acciones de intervención tradicionales presentes en los espacios genéricos y fríos formalizados normalmente, generando así el cuidado a través de la independencia de las personas a tratar. Por último, el encuentro donde se desarrollan un lineamiento fundamental que es la integración con los demás, actividad que se denomina como logoterapia la cual tiene como objetivo integrarse con personas que poseen situaciones similares y así estimular una identificación de la pluralidad a través de espacios que promuevan la comunicación y conocimiento del otro.

También se toma la Metamorfosis de la Cuestión Social desarrollado por el sociólogo francés Robert Castell, donde identifica la segregación de la clase trabajadora por la falta de soporte y protección, que repercute en una pieza de la sociedad que ha sido olvidada, donde el autor

toma una posición social democrata hacia las instituciones contribuyen a la integración de los individuos.

Es por esto que se toma esta teoría como base para envolver el concepto, donde a través de un espacio que funcione como una pieza urbano-arquitectónica tenga como objetivo promover el resurgimiento de un grupo que ha sido excluido durante los últimos tiempos. Es por esto que la teoría mencionada anteriormente es trabajada desde el punto social donde se plantea como un grupo segregado puede mejorar sus condiciones, hasta convertirse en un sujeto prioritario del hábitat que solo necesitaba desarrollar sus habilidades de manera diferente a través de espacios diversos e integrales que promuevan estas actividades.

Por ultimo para llegar hasta la escala más precisa se optó por una teoría metodológica orientada a la representación de proyectos arquitectónicos desarrollada por Susana Jiménez, la sección tomada está estructurada en 3 momentos; el primero de ellos es la conceptualización donde se identifica la problemática y sus diferentes elementos que la componen, el segundo momento es el urbano, donde se plantea y se desarrolla un análisis del casco urbano en cuanto a sus diferentes elementos estructurantes con el fin de identificar un área de estudio, donde posteriormente se desarrolla el último momento, en el cual se aborda lo arquitectónico y sus diferentes elementos como la composición, forma, espacialidad, zonificación entre otras cosas que formalizan el objeto formal, el cual es resultado de todo este análisis desarrollado bajo estos lineamientos y teorías que fundamentan una propuesta pertinente a las necesidades del usuario sobre el territorio.

6.3 Marco normativo

Dentro del marco normativo se especifican las principales leyes, normas y estrategias que fueron vitales para el reconocimiento de las PCDF presentes en el municipio de Armenia.

Tabla 3. Marco normativo

Acciones jurídico-administrativas	Contenido	Aplicación
CONPES 80, Política pública de discapacidad 2004	Toman como fundamento teórico el modelo lo planteado por la OMS. Para ordenar y articular la oferta institucional pública y privada, encaminada a garantizar los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad; El CONPES convoca a municipios y departamentos conformar los Comités Territoriales de Discapacidad, los cuales tienen por objeto la concertación, asesoría, consolidación, el municipio de Armenia adopta estas políticas.	Estos comités territoriales fueron vitales para la recolección de información secundaria, que funciona como base para una comparación con los datos cuantitativos presentados posteriormente.
	Rastreo, registro y caracterización de las personas con diversidad	A través del registro y caracterización del sujeto se logra identificar el perfil del usuario a tratar, esto con el fin

Caracterización y registro DANE 2005	funcional dentro municipio de Armenia.	de darle una pre factibilidad al problema que se va a abordar.
Plan de desarrollo 2008-2011	Proponer ejes estratégicos, políticas y programas, desde el cual se establece la política de población y familia, creando un Programa de Atención a Población Vulnerable, donde se ha integrado a la población con discapacidad	Identificar las estrategias planteadas por el municipio, esto con el fin e identificar puntos y herramientas del territorio vitales para estas personas.
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables 2016	<p>Incluye una serie de estrategias y líneas de acción con el fin de contribuir a que las personas con discapacidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.</p> <p>En Armenia, el gobierno nacional construirá un centro de adulto mayor y discapacidad tecnológico para la población más vulnerable, así lo anunció Jairo Clopatoski alto consejo para las personas en condición de discapacidad de visita en el Quindío.</p>	<p>A través de esta gestión se dio a conocer uno de los equipamientos proyectados para este grupo minoritario, a través de esta estrategia se logra establecer un estado del arte en cuanto la proyección de Armenia como territorio incluyente en sus equipamientos. Además se logra cotejar a través de la secretaria de salud los datos demográficos de esta población frente a las cifras suministradas por el DANE.</p>

Nota: Gallego S. (2019). síntesis normativa. [Tabla]

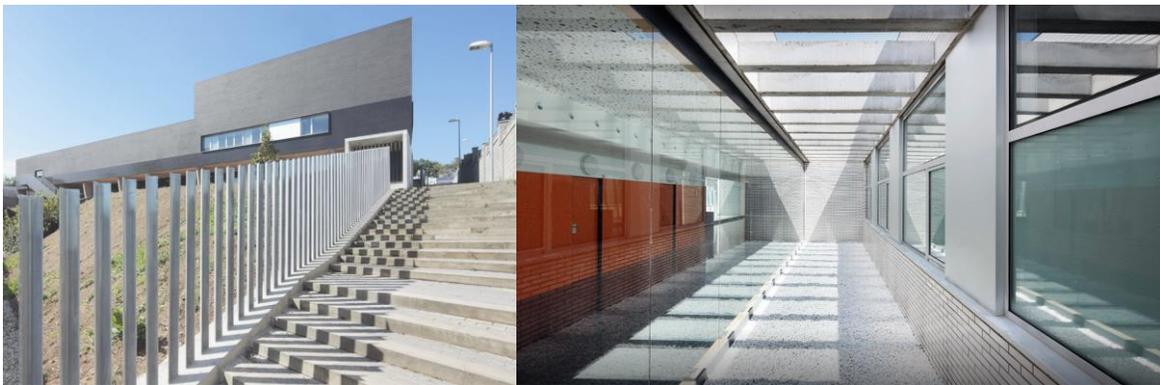
6.4 Marco referencial

En cuanto a lo referencial se analizó proyectos donde se incluían elementos alternativos para crear ambientes diferentes y diversos para los usuarios, en los cuales se optó por el uso acertado de diferentes herramientas arquitectónicas, como patios, espejos de agua, texturas, distribución estratégica etc.

Centro de Salud en Tordera

Arq. Carlos Muro y Chermaine Lay

Figura 8. Centro de salud en Tordera



Nota: Muro, M. (2010). Centro de salud en Tordera. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/02-269968/centro-de-salud-en-tordera-carles-muro-charmaine-lay?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

Entre estos se encontró el Centro de Salud en Tordera, España, proyecto que por su área de 1600 m² y vocación hacia la intervención de los usuarios fue estratégico para entender algunas de las intenciones propuestas por los diseñadores orientadas a crear espacios luminosos, ventilados y con la articulación de elementos naturales. Particularmente el programa arquitectónico se organiza en un rectángulo de 30 por 50 metros que está dividido

por dos zonas aprovechando así la pendiente del lugar de implantación, donde el primer rectángulo renuncia a una de sus esquinas para generar el acceso y ofrecer un pequeño espacio público de recibimiento, utilizando este como un vestíbulo abierto antes de entrar al edificio (ver figura 9).

Figure 9. Acceso al Centro de Salud



Nota: Muro, M. (2010). Centro de salud en Tordera. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/02-269968/centro-de-salud-en-tordera-carles-muro-charmaine-lay?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

En este primer nivel se ubican todas las áreas programáticas que contiene el edificio como los son el área de atención continua, el área de educación sanitaria y el área asistencial, además se utiliza un acceso restringido ubicado en el núcleo donde se accede al área de personal y servicios. El área asistencial es el eje articulador de la actividad dentro del edificio,

este espacio se organiza en grupos de cuatro consultas, decisión que tiene como fin realizar una máxima fragmentación de las salas de espera que están acompañadas por patios internos, garantizando así la presencia de luz natural, es importante resaltar que las zonas de consultas también colindan con estos patios, lo que produce una inmersión total de este elemento en todos los espacios excluyendo las zonas de aseo y almacenes.

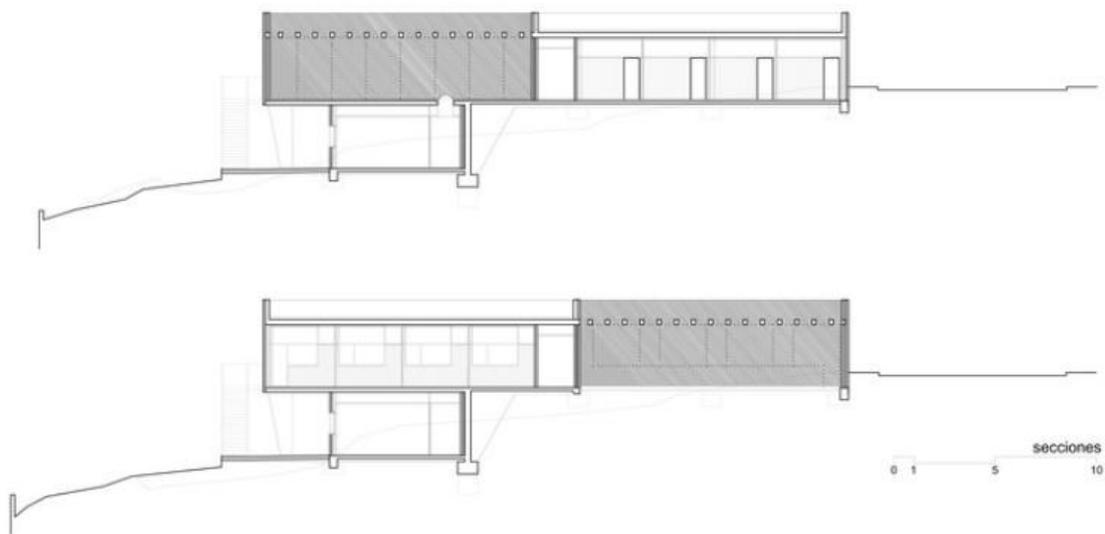
Las áreas de personal se sitúan en el nivel inferior aprovechando así la topografía donde este nivel es abierto a un porche y un pequeño jardín privado, por lo tanto, los patios generados en la planta superior se convierten en lucernarios que iluminan y definen las circulaciones hacia las diferentes dependencias (ver imagen 10 y 11) .

Figure 10. Lucernario



Nota: Muro, M. (2010). Centro de salud en Tordera. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/02-269968/centro-de-salud-en-tordera-carles-muro-charmaine-lay?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

Figure 11. Secciones



Nota: Muro, M. (2010). Centro de salud en Tordera. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/02-269968/centro-de-salud-en-tordera-carles-muro-charmaine-lay?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

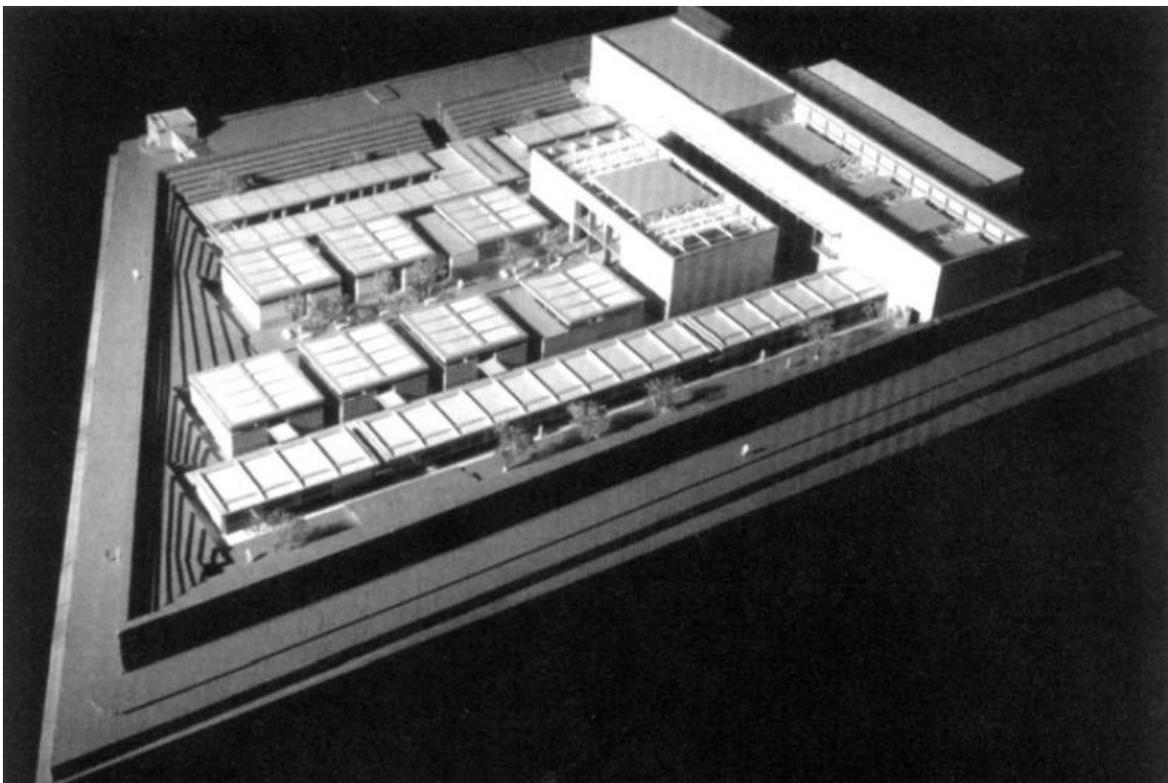
Centro para Invidentes y Débiles Visuales

Arq. Mauricio Rocha

Por otra parte, se analizó también una propuesta desarrollada en ciudad de México, este edificio tiene como objetivo articular a las personas con ceguera a la vida urbana diaria, ya que es un lugar donde se integra con todo tipo de usuario. La propuesta tiene un área de 14.000 m² donde se desarrollan actividades que satisfacen las necesidades educativas y recreativas.

Particularmente la propuesta se encuentra implantada en un terreno cóncavo rodeado por dos avenidas, condiciones que fueron intervenidas por lo diseñadores a través de un muro de contención que rodea el complejo y que sirve como barrera acústica generando así un muro de piedra coronado por vegetación, elemento que en un primer momento invita al visitante a descubrir sus interiores (ver figura 12).

Figure 12. Maqueta



Nota: Rocha, M. (2000). Centro de invidentes y débiles visuales. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/609259/centro-de-invidentes-y-debiles-visuales-taller-de-arquitectura-mauricio-rocha?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

Los edificios son simples formas rectangulares a base de marcos en concretos y techos planos que exploran diferentes condiciones espaciales y estructurales; haciendo que cada espacio sea

identificable para el usuario, las herramientas utilizadas para generar esta distinción sensorial son variación en tamaño, intensidades de luz y peso de los materiales. Dichas características están organizadas por filtros donde el primer filtro alberga la cafetería, administración y servicios ubicados en módulos rígidos y sin dilataciones formales, el segundo filtro consiste en edificios que contienen, la tifloteca, sonoteca y cinco talleres flexibles para desarrollar actividades complementarias. El tercer y último filtro está compuesto por aulas orientadas hacia jardines y patios internos que generan esa permeabilidad en las actividades desarrolladas allí pero su vez configura privacidad en los mismos (ver figura 13).

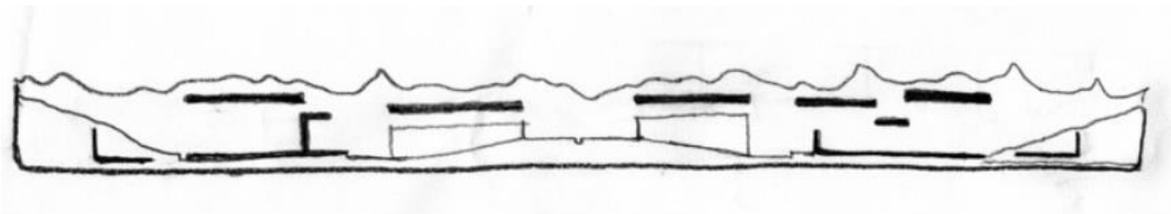
Figura 13. Planta arquitectónica



Nota: Rocha, M. (2000). Centro de invidentes y débiles visuales. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/609259/centro-de-invidentes-y-debiles-visuales-taller-de-arquitectura-mauricio-rocha?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

Por ultimo cabe resaltar que la últimas dos zonas, los edificios son más sólidos, con muros en concreto, siendo los accesos los únicos vanos junto con una banda horizontal de cristal entre el muro y la losa, elementos que por su disposición limitan la relación visual al exterior, pero mantiene una buena iluminación y funcionalidad (ver figura 14).

Figura 14. Esquema estructura espacial



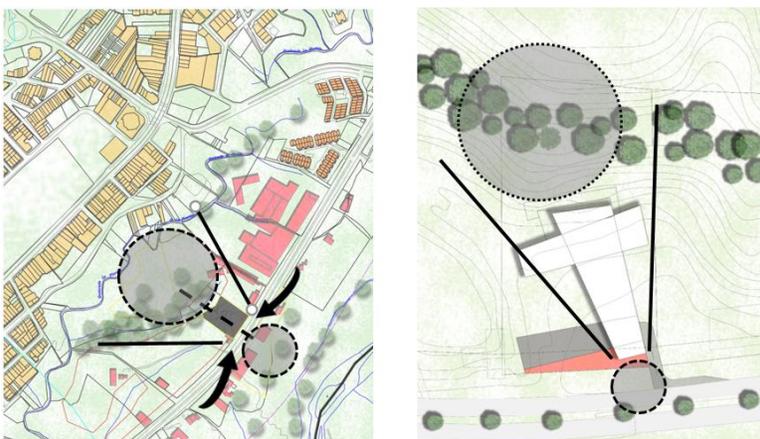
Nota: Rocha, M. (2000). Centro de invidentes y débiles visuales. [Figura]. Recuperado de: https://www.archdaily.co/co/609259/centro-de-invidentes-y-debiles-visuales-taller-de-arquitectura-mauricio-rocha?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects

7. PORYECTO:

La propuesta general es un equipamiento de carácter municipal que corresponde a las necesidades de las personas con diversidad sensorial (Hipoacusia y ceguera), por lo tanto, se plantea un centro de salud integral que realice una integración social, esto a través de tres momentos vitales como: el arribo, la metamorfosis y el encuentro. Dichos momentos se desarrollan a través del proyecto en diferentes zonas con características que promueven estas actividades.

La propuesta arquitectónica está definida a partir de la intención de enmarcar una zona forestal ubicada en la parte baja del terreno cóncavo, por lo tanto, se genera un punto focal el cual guie al usuario hacia el interior del proyecto y a sus zonas de tratamiento generando así una autonomía a través de la estimulación sensorial, por medio de una forma cónica central de la cual se descomponen los espacios complementarios (ver figura 15).

Figura 15. Intenciones formales



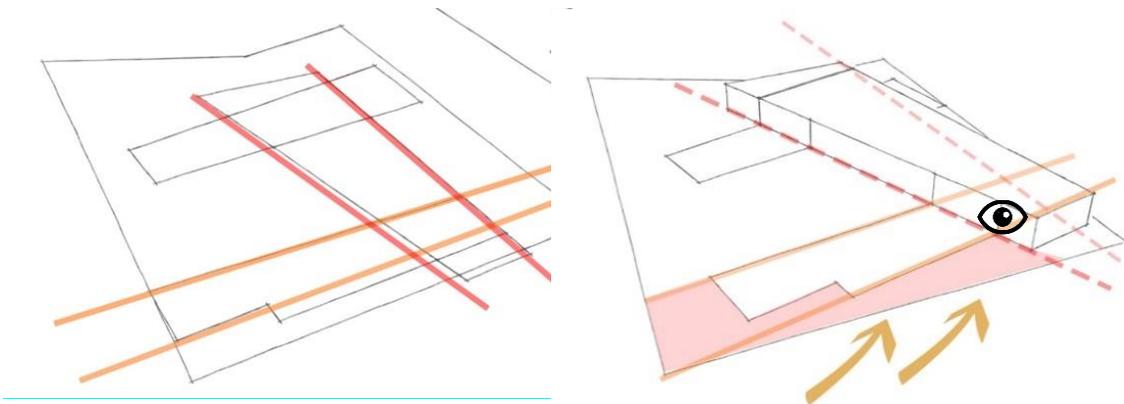
Nota: Gallego, S. (2019). Intenciones formales - Proyecto. [Figura]

7.1 Forma:

La forma está definida a través de los ejes implantados paralelos y transversales a la avenida centenario, los cuales tienen como objetivo enmarcar el paisaje existente en la zona de intervención utilizando estos como herramientas sensoriales para los usuarios.

Posterior a la creación de estos ejes se plantea un giro de estos para crear un recibimiento a través de un espacio público (ver figura 16) que acoja a las personas provenientes del sector sur de la ciudad, donde se ubican los estratos bajos, los cuales fueron identificados anteriormente en la faceta de análisis y fundamentación del problema.

Figura 16. Ejes formales

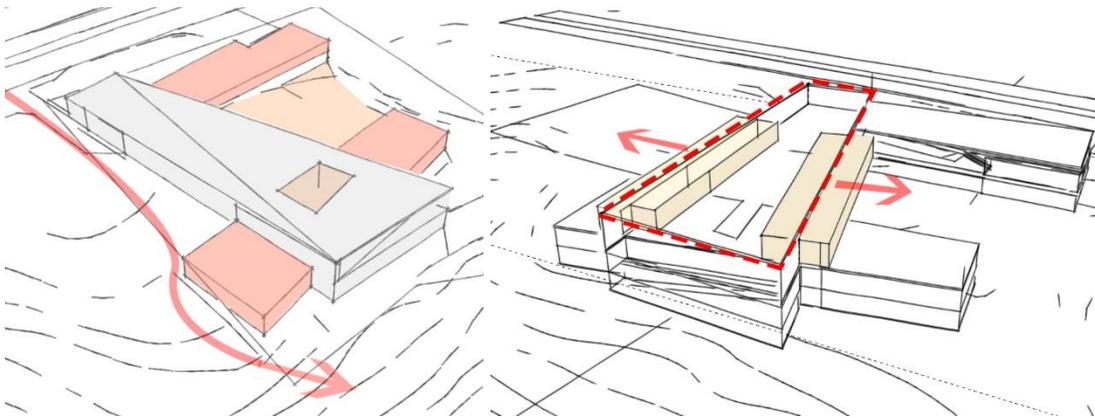


Nota: Gallego. S. (2019). Ejes formales - Proyecto. [Figura]

El volumen central se mantiene por encima de la cota más alta del terreno, manteniendo su superficie en un solo nivel hacia el punto focal, este se encuentra más alto que el nivel de la calle que corresponde al nivel cero, de este espacio central se crean dos volúmenes paralelos que se intersectan en el volumen articulador, donde se desarrollan actividades

complementarias. Además, de manera paralela a la avenida y aprovechando las condiciones topográficas se creó un cuarto volumen ubicado en la parte inferior del espacio central (ver figura 17), esto con la intención de jerarquizar y clasificar las circulaciones con el fin de conservar el punto focal sin barreas visibles ni obstáculos para lo usuarios del proyecto.

Figura 17. Composición

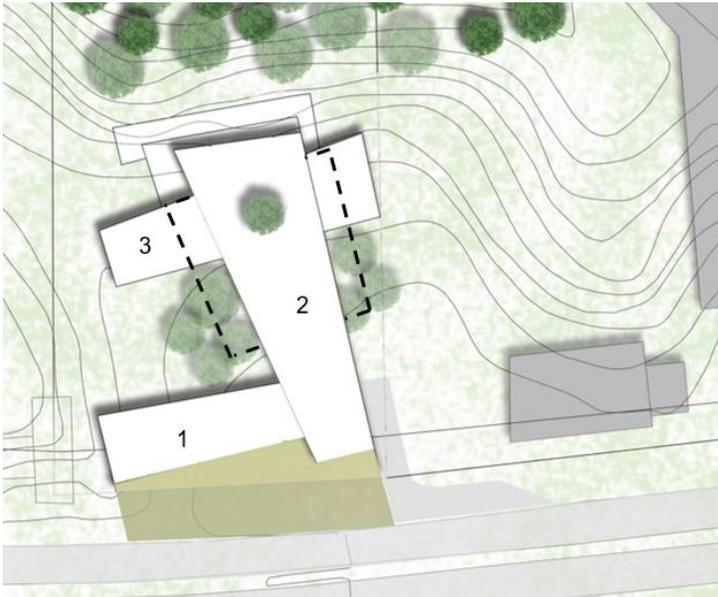


Nota: Gallego. S. (2019). Ejes formales - Proyecto. [Figura]

7.2 Actividad

La actividad dentro del proyecto funciona a través de un primer momento de arribo donde se desarrolla una franja comercial complementada por un espacio público de recibimiento paralelo a la avenida Centenario, eje estructural del municipio. Posterior a esto se genera un segundo momento donde se desarrolla la actividad de tratamiento y logística para el mantenimiento del centro. Y como tercer momento se desarrolla se desarrollan actividades complementarias y terapias alternativas como la parte motriz del usuario, una gran superficie administrativa acompañada de un auditorio para eventos.

Figura 18. Zonificación



Nota: Gallego. S. (2019). Zonificación - Proyecto. [Figura]

7.3 Planimetría y visualizaciones 3D

En la planta alta desde el acceso al proyecto se maneja una geometría irregular para el espacio público, que es atravesada por diferentes espacios transversales, que contiene zonas de estancia, zonas duras, zonas blandas y líneas de agua que acompañan y estimulan al usuario hacia el interior de una zona cubierta. En esta zona cubierta se plantea dos tipos de franjas comerciales la primera está definida por un tipo de servicio especializado en el tema del usuario a tratar como primer momento de una intervención leve, por ejemplo, zonas oftalmológicas y de audiología. En la parte posterior a esta zona se plantea una zona de comidas que es complementada por una zona de comidas orientada hacia la parte baja del terreno donde se ubica la franja forestal.

En el costado norte de esta área se ubica una zona logística que presta el servicio de filtro para los usuarios, donde se ubica la recepción con una relación directa hacia una sala de espera, casi que de manera inmediata se encuentra un espacio flexible donde se brinda información general y es la puerta de entrada a un espacio a doble altura que progresivamente va aumentando su escala, que además presenta unas aperturas en su cubierta sobre la cumbre (ver figura 19) que genera una guía sensorial para los usuarios y que a los costados cuenta en su ala sur con las zonas de tratamiento y consulta fragmentadas por jardines internos, por otro lado el ala norte cuenta con la franja logística y administrativa principal, hasta llegar a una rampa que termina en el volumen inferior (ver figura 20).

Figure 19. Lucernario



Nota: Gallego. S. (2019). Render interno. [Figura]

Figura 20. Planta alta



■ Ala norte ■ Ala sur ■ Volumen de recibimiento ■ Rampa

Nota: Gallego. S. (2019). Planta alta. [Figura]

La planta baja se encuentra distribuida principalmente por zonas de parqueadero de diferente índole, donde accediendo por el costado norte se ubican los parqueaderos para los usuarios y

en el punto medio se ubica el parqueadero para los empleados del proyecto, por ultimo con una fachada de mayo longitud se encuentra el ala de terapia alternativa donde se desarrolla el auditorio, espacios logísticos, aulas de logoterapia, espacios abiertos y un gimnasio. Espacios que tienen como objetivo una estimulación idónea de las personas que requieren una relación directa con las zonas verdes implantadas en la franja forestal.

Las zonas abiertas en esta planta están caracterizadas por el nivel de privacidad que estas manejan, donde una de estas fue diseñada como un espacio de transición donde predominan los recorridos y la estimulación motriz de las personas. La zona abierta implantada en el punto medio del proyecto está más desarrollada hacia espacios flexibles que estimulen la integración y tratamiento integral a través de herramientas que promuevan nuevas sensaciones como cambios de textura, arborización inmediata y espejos de agua que conforman estos espacios complementarios (ver figura 21 y 22).

Figure 21. Render espacio publico



Nota: Gallego. S. (2019). Render. [Figura]

Figura 22. Planta baja



- Parqueadero general
 - Parqueadero privado
 - Terapia alternativa
-
- Espacio complementario
 - Espacio flexible

Nota: Gallego, S. (2019). Planta baja. [Figura]

8. CONCLUSIONES

- Después de realizar de realizar un exhaustivo análisis de la información recolectada correspondiente al sujeto de estudio, en este caso las personas con diversidad funcional en el municipio de Armenia, podemos concluir que este municipio posee diferentes dificultades para articular a estas personas a las dinámicas vitales del territorio y los servicios que este presta en cuanto a la salud, segregando así a la pluralidad poblacional presente en el municipio.
- En conclusión, es importante tener en consideración el crecimiento progresivo de la población mayor en la sociedad colombiana, teniendo este elemento como parámetro fundamental para proyectar espacios de convergencia y de articulación social.
- Como resultado de la investigación realizada es viable desarrollar un equipamiento especializado en un grupo minoritario como las personas con diversidad sensorial en el municipio de Armenia.

9. BLIOGRAFIA

- Una población en crecimiento. Naciones Unidas. Sitio web de la ONU. Recuperado de <https://www.un.org/es/index.html>.
- Arjona, G. (2004). Observatorio de accesibilidad. España.: Recuperado de <https://www.observatoriodelaaccesibilidad.es/espacio-divulgativo/articulos/historia-accesibilidad-iii-conceptos-historia-accesibilidad-eliminacion-barrerl?hemeroteca=true&pag=1>.
- Envejecimiento. Naciones Unidas. Sitio web de la O8NU. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
- DANE información para todos. (2005). Localización y caracterización de personas con discapacidad Sitio web del DANE. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/35-espanol/demograficas/discapacidad>.
- Eje noticias la alternativa escrita del eje cafetero. (2014). Congestión vial, inseguridad y falta de programas deportivos, de la comuna 10 de Armenia. Armenia. Sitio web de eje noticias periódico. Recuperado de <http://www.ejenoticiasperiodico.com/quimbaya-nombre-de-la-comuna-10-de-armenia-alli-la-congestion-vial-la-inseguridad-y-falta-de-programas-deportivos-son-sus-mayores-problemas/>.
- Departamento Administrativo de planeación de Armenia. (2016 – 2019). Plan de ordenamiento territorial. Armenia. Sitio web de Planeación Armenia. Recuperado de <http://planeacionarmenia.gov.co/plan-de-ordenamiento-territorial/>.

- Archdaily. (2008). Hogar para personas mayores dependientes y asilo de ancianos. Sitio web Archdaily. Recuperado de <https://www.archdaily.co/co/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associates/57cf723be58ece36a100005e-home-for-dependent-elderly-people-and-nursing-home-dominique-coulon-and-associates-photo>.
- DANE. (2000). Informe de coyuntura. Armenia. Sitio web del DANE. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/icer/2000/quindio/t2.pdf>.
- Repositorio. (2014). análisis de la vulnerabilidad del sistema territorial para el Municipio de armenia. Armenia. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/1792/1/An%C3%A1lisis-vulnerabilidad-sistemateritorial-Armenia.pdf>.
- Centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE). (2015). Las personas con discapacidad en américa latina. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf.
- CEPAL. (2015). Las personas mayores en américa latina y el caribe. Santiago de Chile. Recuperado de https://www.cepal.org/sites/default/files/infographic/files/personas_mayores.pdf.
- Universidad de san Carlos facultad de arquitectura. (2008). Centro geriátrico integral, san marco. Guatemala. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_2214.pdf.

- Instituto Municipal del Deporte y La Recreación de Armenia. (2013). Atención a la discapacidad. Armenia. Sitio web de IMDERA. Recuperado de <https://www.imdera.gov.co/index.php/recreacion/atencion-a-la-discapacidad>.
- El Quindiano. (2019). Quindío tendrá Centro de Atención Integral para personas con discapacidad. Armenia. Sitio web el Quindiano. Recuperado de <https://www.elquindiano.com/noticia/11851/quindio-tendra-centro-de-atencion-integral-para-personas-con-discapacidad>
- Cruz, A. G. (2008). Bases conceptuales para el analisis del habitat dede enfoques sistematicos y de complejidad . En A. G. Cruz, *Bases conceptuales para el analisis del habitat dede enfoques sistematicos y de complejidad* (págs. 64 -77). Bogota .
- Ching, F. (s.f.). Arquitectura forma, espacio y orden . En F. Ching, *Arquitectura forma, espacio y orden* (págs. 4-164). Mexico: Ediciones Gili, SA de CV .
- Correa, S. J. (2006). El proyecto arquitectonico. En S. J. Correa, *El proyecto arquitectonico aprender investigando* (págs. 127-147). Cali: Bonaventuriana.
- Correa, S. J. (2006). El proyecto arquitectonico. En S. J. Correa, *El proyecto arquitectonico aprender investigando* (págs. 127-147). Cali: Bonaventuriana.
- Pons, J. P. (2008). El diagrama como estrategia del proyecto arquitectonico. En J. P. Pons. Barcelona : Gustavo Gili.
- Espinal, H. M. (2013). Habitalidad terrestre y diseño. En H. M. Espinal, *Ensayos sobre el sentido de lo natural, lo cultural y lo social en la practica academica y profesional de la arquitectura* (págs. 91-97). Cali : Universidad del Valle.

- Cerros Hecheverria, G, & Hernandez, S, & Monge, J. (2013). *Incidencia del ambiente familiar en el proceso de aprendizaje de hábitos, actitudes y habilidades de niños/as con cuadriparesis, diparesis y hemiparesis que asisten al instituto salvadoreño de rehabilitación integral (isri) y propuesta de programa psicoeducativo dirigido a sus familiares y/o encargados/as* (Tesis de pregrado). Universidad del Salvador.