

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Arquitectura y Diseño Interior

Centro de Salud Mental para Adolescentes “Basaglia”
Proyectos Integradores

Doménica Mosquera Porras

Diseño de Interiores

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada de Diseño de Interiores

Quito, 12 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO ARQUITECTURA Y DISEÑO INTERIOR

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Centro de Salud Mental para Adolescentes “Basaglia”

Doménica Mosquera Porras

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Andrea Pinto, MFA.

Firma del profesor

Quito, 12 de mayo de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Doménica Mosquera Porras

Código: 00107920

Cédula de Identidad: 1716690324

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2016

RESUMEN

El proyecto consiste en la creación de un centro de salud mental ambulatoria para adolescentes cuyo principal objetivo es brindar servicios de asistencia psicológica, psiquiátrica y, en general, de salud mental. La atención que se presta tiene como objetivo la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de pacientes con problemas psíquicos o trastornos mentales. A través del análisis y estudio de este tipo de establecimientos de salud, se propone un espacio funcional que piensa en las necesidades físicas y psicológicas de los usuarios. Por otro lado, el concepto gira en torno a la idea de mostrar las partes “feas” de un tejido, relacionándolo como si el reverso del mismo fuera el equivalente a la locura. Utilizando varios parámetros, se creó un espacio que busca potenciar los beneficios del tratamiento de las personas a través de los elementos de diseño espaciales, cromática y funcionamiento.

Palabras clave: diseño, cromática, sicología, usuario, funcionamiento

ABSTRACT

The project involves the creation of an outpatient mental health center for adolescents. Its primary goal is to provide psychological, psychiatric and general mental health care services. The attention paid aims at prevention, treatment, rehabilitation and social reintegration of patients with psychological problems or mental disorders. Through the analysis and study of this type of institutions, it is proposed a space that is functional and responds to the physical and psychological needs of users. On the other hand, the concept revolves around the idea of showing the "ugly" parts of a woven, thinking of it as if its back was the equivalent of madness. Using various parameters, It is possible to create a space that seeks to promote the benefits of the health care treatment through the elements of space, color and design operation.

Keywords: design, color, psychology, user operation

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	9
CAPÍTULO I	10
1. Propuesta.....	10
1.1. Target General del Proyecto	10
1.2. Programación.....	11
1.3. Precedentes	12
1.4. Ubicación.....	15
1.5. Clima	17
CAPÍTULO II.....	18
2. Análisis de Usuario	18
2.1. Adolescentes	18
2.2. Categorías	20
CAPÍTULO III.....	24
3. Centro ambulatorio	24
3.1. Descripción.....	24
3.2. Función Transdiagnóstico.....	24
4. Tratamiento para Usuarios con Diagnóstico.....	25
4.1. Psicoterapia.....	26
4.2. Farmacología	27
4.3. Psicoeducación	27
4.4. Terapias Integrales.....	28
4.5. Salidas de campo	30
CAPÍTULO IV	31
5. Psicología del espacio interior	31
5.1. Objetivos.....	31
5.2. Niveles de Diseño.....	33
CAPÍTULO V.....	34
6. Consideraciones Generales	34
6.1. Medidas de Seguridad Generales	34
6.2. Señalética.....	35
6.3. Color.....	35
6.4. Materiales Generales	36
6.5. Requerimientos Generales de Iluminación.....	38

6.6.	Requerimientos Generales de Acústica	41
6.7.	Requerimientos Generales de Ventilación y Temperatura	41
CAPÍTULO VI		42
7.	Requerimientos Espaciales Área Pública.....	42
7.1.	Recepción e Información General	42
7.2.	Salas de espera.....	45
7.3.	Áreas Recreativas	46
7.4.	Comedor	49
7.5.	Biblioteca.....	51
7.6.	Aulas.....	53
7.7.	Áreas Verdes.....	55
CAPÍTULO VII		57
8.	Requerimientos Espaciales Área Semipública.....	57
8.1.	Consultorios.....	57
8.2.	Emergencia	59
8.3.	Salas de Uso Múltiple.....	60
8.4.	Oficinas.....	65
CAPÍTULO VIII.....		66
9.	Requerimientos Espaciales Área Privada	66
9.1.	Estaciones de Enfermeras.....	66
9.2.	Cocina.....	68
9.3.	Archivo	69
9.4.	Lockers para Personal.....	70
CAPÍTULO IX		71
10.	Otros Requerimientos Espaciales Generales.....	71
10.1.	Bodegas.....	71
10.2.	Baños.....	72
10.3.	Personas con Discapacidad	74
10.4.	Circulación.....	75
10.5.	Accesos	80
10.6.	Normativa de Bomberos	83
CAPÍTULO X.....		86
11.	Concepto.....	86
11.1.	Subconceptos	86

Conclusiones	88
Bibliografía	89
ANEXO A: PLANO DE MOBILIARIO	93
ANEXO B: RENDERS	94

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el tema de salud mental sigue siendo un tabú. Las personas no son conscientes de la cotidianidad del tema, por lo que se le tiene miedo y esto evita que se den las soluciones y tratamientos adecuados a este tipo de problemas. Por esta razón, surge la idea de proponer un centro de cuidado ambulatorio, abierto para adolescentes con toda clase de trastornos y problemas mentales. Se toma en cuenta la psicología del usuario, el análisis de precedentes, las medidas de seguridad necesarias, pero a la vez se complementa con elementos de diseño para generar un espacio para adolescentes, que no sólo les ayude a cuidar y tratar sus diagnósticos, sino que también sea un lugar acogedor, agradable y donde puedan compartir esta experiencia de manera positiva con otros jóvenes pasando por las mismas situaciones. De esta manera, aplicando un diseño adecuado y los cuidados requeridos, se podrá crear un centro experimental que ayude a tratar a las personas, pero también que sirva como un lugar de estudio y desarrollo del tema de salud mental.

CAPÍTULO I

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la salud mental es un estado de bienestar en el cual un individuo da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar individual y el funcionamiento efectivo de una comunidad." La OMS estima que más de 450 millones personas de todo el mundo sufren de desórdenes mentales. Para el año 2030, la depresión será la primera causa de discapacidad, superando la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes (Sheahan y Reading, 2014).

1. Propuesta

Centro Ambulatorio de Salud Mental para Adolescentes entre 10 y 18 años.

1.1. Target General del Proyecto

Adolescentes. División en categorías:

- 10-12 años (pre-adolescencia)
- 13-15 años
- 16-18 años

La razón por la que estoy escogiendo este target es porque los adolescentes son una población vulnerable, por la cual no se está haciendo mucho a nivel nacional en el ámbito de salud mental. Los adolescentes se encuentran en plena edad escolar y es justamente a partir de los 10 años donde empiezan a mostrarse signos y síntomas más marcados de cualquier enfermedad o trastorno que pueda desarrollarse.

Los grupos se los ha organizado de tal forma que los usuarios no se pasen por más de dos años, lo que permite agruparlos en edades más homogéneas (González, 2001).

1.2. Programación

Área Administrativa:

- Recepción / Información general
- Oficinas (administración, contabilidad, tesorería, trabajadora social)

Área Médica:

- Emergencia / Enfermería
- Consultorios de diagnóstico, psiquiatría y psicología (con capacidad para familias)
- Oficina de investigación

Área Pública:

- Salas de uso múltiple para distintas terapias (artes plásticas / expresión corporal / deportes)
- Galería
- Biblioteca
- Salas de estancia / Áreas recreativas
- Cafetería / Cocina
- Aulas
- Espacios verdes

1.3. Precedentes

1.3.1. Análisis de Proyectos

Los proyectos a continuación sirven como referente para la propuesta en términos de concepto, distribución, objetivos y lenguaje arquitectónico.

1.3.1.1. Creo Arkitekter And We Architecture / Psychiatric Hospital.

La propuesta, ganadora del primer premio danés para un hospital psiquiátrico, se ajusta a la extensión del terreno de manera sutil y respetuosa con el contexto existente. Las casas, a través de un motivo a dos aguas, abren los espacios comunes hacia el parque que las rodean y el paisaje. De misma manera ayudan a generar esto los marcos de terrazas y balcones.

El objetivo principal es crear un espacio tranquilo para un grupo vulnerable de pacientes y familiares combinado con un marco óptimo para el personal. De tal forma, el edificio se subdivide en secciones más pequeñas, que están dispuestas en planta como el patrón de un tablero de ajedrez. Cada uno de ellos tiene designado un exuberante jardín (Rosenfield, 2014).

1.3.1.2. Kalorias - Children's Space / estudio AMATAM.

Este lugar es una oportunidad para crear un retiro para jóvenes, donde puedan liberar toda su creatividad. De tal forma, el espacio fue definido por dos grandes habitaciones y un gran salón:

- Salón de usos múltiples: grande y versátil, que permita diferentes usos y esté dedicado a la diversión y juegos físicos.
- Sala de lectura: dedicada al apoyo académico, ver películas, leer libros y uso educativo de computadoras.

- Sala de artes visuales: su función principal sería la expresión artística y visual. Da primacía a las curvas y formas orgánicas con colores vibrantes para estimular la expresión visual.

En todas ellas hay nuevos elementos de diseño que se combinan con colores, lo que ayuda a contextualizar los espacios de una manera muy particular. El pasillo es el espacio unificador que comunica con todas las habitaciones. Por otro lado, los diferentes arcos, que son la principal característica distintiva del corredor, simbolizan un pasaje, un paseo para los niños, pero también sirven como un escaparate para las diferentes habitaciones y sus funciones (Quintana, 2014).

1.3.1.3. Konstad Psychiatric Hospital / Origo Arkitektgruppe.

El diseño del hospital tiene un fuerte énfasis en la 'apertura y transparencia' al público, y, al mismo tiempo, en la formación de una vivienda de protección para los pacientes. La adición de los espacios públicos y la naturaleza ha sido fundamental. Por otro lado, la transparencia del lugar incita a las personas a tener una mayor apertura acerca del tema de salud mental en la sociedad actual.

Se ha prestado atención especial a la seguridad del personal y los pacientes en las soluciones de las ventanas y el diseño de las escaleras, que están diseñadas para proporcionar un buen ambiente de trabajo para el personal, facilitar zonas de reunión neutrales y apoyar un sentido de la realidad y el espacio privado del paciente (Shodvin, 2013).

1.3.1.4. Anansi Playground Building / Mulders vandenBerk Architecten.

Para este espacio se manejó una fachada de Corian grabado con imágenes de los cuentos de hadas de todo el mundo para estimular los sentidos y la imaginación. La idea del edificio es incitar y estimular la curiosidad y la creatividad de los niños.

El diseño invita a los niños a jugar, descubrir e inventar juegos. El exterior del edificio es lo opuesto a la zona de juegos "activa" con sus numerosas estructuras para trepar y toboganes. Finalmente, el resultado es un oasis de calma dentro del el parque infantil (Hanenberg, 2010).

1.3.2. *Análisis de Espacios Similares*

1.3.2.1. *Nacional: Centro Ambulatorio de Salud Mental San Lázaro – Quito.*

El nuevo centro ambulatorio está ubicado en el Centro Histórico de Quito, cerca del antiguo Hospital Psiquiátrico. Cuenta con 1800 m² y el programa está constituido por: ayuda en psiquiatría, psicología, triage, emergencia psiquiátrica, clínica de la memoria, clínica trastorno afectivo, clínica de la violencia intrafamiliar, grupos de ayuda para familiares de pacientes con esquizofrenia, demencia y farmacodependientes. Para esto cuenta con 84 funcionarios y está organizado de la siguiente manera:

- PB: emergencia, información general, parqueo, suministros, servicios complementarios.
- Bloques A y B: consultorios de psiquiatría y psicología y sala de uso múltiple.
- Bloque C: archivo, sala de espera, baños (Suárez, 2013).

1.3.2.2. *Internacional: Amplatz Children's, Mental Health Program – Minnesota.*

El desafío del diseño era crear una unidad que albergue una variedad de espacios, reciba abundante luz del día y de cabida a múltiples entornos de grupos sin necesidad de retirar o alterar la estructura de la unidad.

Luego de la remodelación, la unidad cuenta con una sala de vestíbulo y la habitación familiar en colores suaves, tonos de madera y bancos que fluyen. Todo el conjunto es una presentación de las transiciones, desde las habitaciones de los pacientes hasta los pasillos y de las áreas de grupo a las salas de terapia. Los elementos de diseño permiten que los niños puedan entrar en estos

espacios a su propio ritmo, tener un poco de control personal, y permanecer comprometidos. Mientras las salas de asesoramiento y habitaciones están diseñados para calmar a los pacientes, las áreas de actividad buscan despertar y energizar con colores vivos y alegres. Texturas lo largo de los pacientes ayudan a encontrar el espacio una sensación de referencia al mundo que puede haber parecido fuera de proporción antes del tratamiento (DiNardo, 2013).

1.4. Ubicación

Lugar: Casa de Espiritualidad “María Auxiliadora”.

Dirección: San Juan de Cumbayá, Calle Belisario Quevedo N° Oe2-229 Vía Lumbisí.



Google Maps. (2015). Casa de Espiritualidad María Auxiliadora [imagen]. Recuperado de <https://www.google.com.ec/maps/place/Casa+Maria+Auxiliadora>

1.4.1. *Arquitectura Existente*

La casa fue construida por el arquitecto Miguel Vizcaíno en los años 70 y es estilo modernista. El material protagónico es el hormigón, el cual se encuentra en las columnas y vigas

del lugar. La construcción está compuesta por varios edificios divididos por áreas: área social (capilla, comedor, cocina, salas de uso múltiple, jardines, etc.) y área privada de bloques (habitaciones con baños). Todo esto se encuentra en torno a un patio jerárquico central, atravesado por caminos que dirigen al usuario a los distintos lugares y un corredor abierto que lo bordea, por tanto se puede disfrutar de la vista al jardín desde todos los puntos.

Para desarrollar mi propuesta, utilizaré la parte social de la construcción que tiene un total de 1600 m² aproximadamente. En la parte restante se hará una propuesta para el largo plazo, en el cual los servicios del centro ambulatorio se puedan expandir.

1.4.2. Análisis Socioeconómico

Se debe hacer el análisis socioeconómico para entender claramente qué existe en el sector. El transporte es un aspecto fundamental, en primer lugar, para entender cómo se da el acceso a la casa, qué tan rápido se llega y que otras posibilidades de transporte tenemos. Aquí es interesante considerar la cercanía del transporte público, ya que, para el programa planteado, se piensa dar becas a niños de escasos recursos, por lo cual se debe tener presente cómo podrían llegar ellos en caso de no contar con transporte privado.

Establecimientos importantes cerca:

- Colegio “Sek” Los Valles
- Colegio “Spellman”
- Centro de Espiritualidad “San Patricio”
- Capilla “El Horeb”
- Pueblo “San Juan”

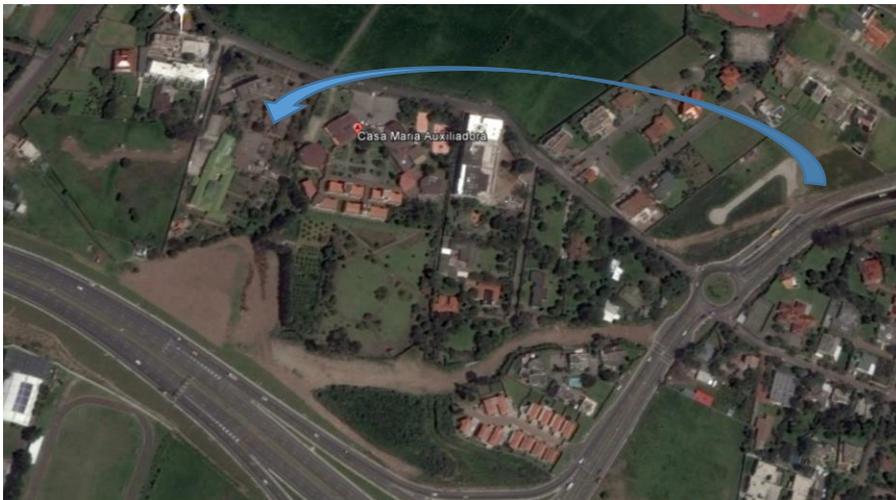
1.5. Clima

El clima en el sector de Cumbayá es templado y cálido. La temperatura media anual se encuentra a 16.4 °C y la precipitación media es de 958 mm al año. Es importante considerar que en verano hay menos lluvia que en invierno (Climate-Data Organization, 2009).

Es importante considerar el clima y precipitaciones ya que el centro ambulatorio propuesto va a ser utilizado en el transcurso de todo el año. Por tanto, en los meses que encontramos más precipitaciones (de febrero a abril), es necesario proveer espacios exteriores techados. De igual manera, los meses más soleados y calurosos requerirán de espacios que provean sombra a los usuarios. Por otro lado, para los meses con menos lluvias, se puede tomar en cuenta sistemas alternos de riego para las áreas verdes.

1.5.1. Asoleamiento

La rotación solar tiene dirección este-oeste. Sin embargo, la casa recibe la mayor cantidad de luz en el día por las fachadas dirigidas hacia el norte.



Asoleamiento y rotación del sol
Google Earth. (2015). Casa de Espiritualidad María Auxiliadora [imagen].

CAPÍTULO II

2. Análisis de Usuario

Se necesita entender la psicología del individuo al cual está dirigido el centro, ya que es relevante a la hora de plantear un programa competente que sepa responder a sus necesidades específicas de acuerdo a la etapa de la vida en la cual se encuentra.

2.1. Adolescentes

El término “adolescente” se utiliza para identificar la etapa en el cual la persona que está creciendo, hace la transición de la niñez a la edad adulta (Jersild, 1966). Este proceso siempre presenta una crisis tanto biológica como psicológica, donde el adolescente debe enfrentar una realidad que vive como cambiante en un cuerpo que también se transforma. Tiene su inicio en los cambios biológicos corporales, hormonales y madurativos y termina con la adquisición estable y definitiva de un cuerpo y una personalidad capaces de funcionar en la edad adulta (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, y Uribe, 2002). Es importante tomar en cuenta que en esta difícil etapa es característica de por sí la inestabilidad afectiva, la inmadurez y angustia (Gómez et al., 2002).

2.1.1. *Características por edades*

La adolescencia es el período caracterizado por el crecimiento físico, la adquisición de la madurez sexual y capacidad reproductiva, fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como de la maduración global de la inteligencia, como se mencionó anteriormente (González, 2001).

2.1.1.1. Etapas de la Adolescencia.

González delimita las etapas de la adolescencia de la siguiente manera, de acuerdo a su evolución: preadolescencia (10 a 12 años), adolescencia temprana (13 a 15 años) y adolescencia propiamente tal (16 a 18 años). Cada etapa requiere un entendimiento profundo para poder identificar el conflicto central y las tareas a resolver cuando se propone un tratamiento. Es importante considerar esta clasificación para la imposición de tratamiento ya que existen, como vimos, varias adolescencias donde son diferentes los procesos internos a los que se enfrenta el adolescente, y diferente la manera de responder al problema del entorno. Así también, el modo en el que se enfrentan al proceso del tratamiento psicoterapéutico es distinto para cada grupo, ya que está regido por su manera de reaccionar y enfrentarse a la experiencias que está viviendo (2001).

2.1.2. Psicología del Adolescente

Como se mencionó, además de los cambios físicos y demás, durante la adolescencia comienza el complejo desarrollo del cerebro. Por tal razón, a estas edades los individuos tienen mayor capacidad para tomar decisiones, entender abstracciones, resolver problemas, etc.

2.1.2.1. Conflicto y Fuerzas Contendientes.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa donde en varias ocasiones hay fuerzas que se enfrentan. Así, algunas condiciones impulsan al adolescente hacia adelante mientras que otras que lo detienen. Por ejemplo: los adolescentes tienen el deseo de afirmar su propia individualidad pero también la necesidad de conformar a las personas de su alrededor; quieren ser grandes pero también quieren ser protegidos. De tal forma oscilan entre motivos y sentimientos conflictivos: lealtad y rebeldía, impulsos agresivos y miedos y culpa en cuanto a

estos. No obstante, es imposible ignorar el gran impulso por crecer y ansias de lo nuevo, pero frenados por el pasado y sus deseos de niñez (Jersild, 1966).

2.1.2.2. Autoconocimiento.

El adolescente se puede evaluar a sí mismo desde varios ángulos. En primer lugar esta “yo real”, que delimita las ideas y actitudes que responden a quien él es verdaderamente. Esto incluye las actitudes conscientes de aprobación o desaprobación y las convicciones que tiene con respecto a su valoración propia, variando desde la aprobación de uno mismo hasta el rechazo. Por otro lado, la suma total de las ideas que tiene el adolescente de los deseos acerca de lo que piensa que debe o quiere ser, distinto de lo que es en verdad, es conocida como el “yo ideal”. Esta idealización compone una variedad de aspiraciones, desde deseos o sueños no realistas hasta ideas más concretas que pueden ser logradas (Jersild, 1966).

2.2. Categorías

Los diagnósticos descritos y sus características están referidos exclusivamente a la población adolescente. Los trastornos en la adolescencia se han clasificado siguiendo los esquemas diagnósticos de la edad adulta. Sin embargo, las particularidades biológicas, psicológicas y sociales de la adolescencia implican singularidades en las presentaciones clínicas y tratamientos, por lo cual no se puede simplemente extrapolar los datos de los adultos (Gómez et al., 2002).

2.2.1. Trastornos del Afecto

Este tipo de trastornos son una serie de entidades clínicas cuyo rasgo común es la alteración del estado de ánimo, el cual se define como el estado emocional que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, la conducta, la actividad psicomotora, las manifestaciones somáticas y en la

manera como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Se deben a factores genéticos, psicológicos, ambientales, biológicos y eventos vitales adversos.

Desde 1940, cada generación tiene mayor incidencia de trastornos depresivos que la anterior, a la vez que los casos son detectados a edad más temprana. La proporción entre mujeres y hombres que sufren este tipo de trastornos es de 1:1 hasta la pubertad; a partir de la adolescencia, se hace más frecuente en mujeres. El índice de suicidio en el grupo de adolescentes ha aumentado en varias partes del mundo, en mayor proporción comparado con otros grupos de edad, ya que es la cuarta causa de muerte entre los 10 y 15 años de edad y la tercera causa entre los 15 y 25 años de edad (Gómez et al., 2002).

2.2.2. *Trastornos de la Ansiedad*

La ansiedad es inseparable al existir humano. De hecho, se le ha llamado el “motor” de la vida. La ciencia ha definido la ansiedad como un estado psicofisiológico originado como respuesta a un estímulo interno o externo, o bien el conjunto de respuestas corporales y psicológicas a un estímulo potencialmente nocivo o dañino que genera una conducta: la conducta ansiosa. En otras palabras se la puede definir como una sensación de expectativa ante algo que se desconoce, pero cuya naturaleza se presiente. Este tipo de trastorno ocurre cuando el sujeto se ve enfrentado a elementos traumáticos que no puede manejar y cuando recurre a mecanismos poco efectivos para afrontarlos. Cuando no se utiliza bien dichos mecanismos y los eventos que afectan son los suficientemente relevantes, el sujeto puede verse abocado en una neurosis (Gómez et al., 2002).

2.2.3. *Psicosis*

Las características mismas de la adolescencia constituyen un terreno propicio para la aparición de manifestaciones psicóticas, ya que colorean a estas últimas con elementos

inherentes a esta fase del ciclo vital. El diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de un cuadro psicótico en la adolescencia pueden modificar de manera importante y positiva el pronóstico y la posterior evolución de la persona, su enfermedad y su posibilidad de inserción social.

Constituyen verdaderas experiencias delirantes en la medida en que el delirio se vive como una experiencia que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, sentimientos de extrañeza, de misterio, etc.).

El cuadro va de la mano de la intensidad de las alteraciones del humor en tanto que el adolescente pasa de la angustia masiva a la excitación, o incluso a la euforia, luego a la depresión y la postración, seguida quizá de movimientos afectivos violentos. La irrupción se describe como una sensación de “despertar”. Para establecer un pronóstico importa determinar: las circunstancias de la aparición, en particular si existe o no, un evento desencadenante; la personalidad premórbida; la presencia o ausencia de un episodio similar; así como los antecedentes psicopatológicos en la familia (Gómez et al., 2002).

2.2.4. *Patologías Limítrofes o Fronterizas*

Se denomina patologías limítrofes o fronterizas a aquellos casos que “colindan con la locura”. Se abre esta denominación como una necesidad de disponer de una categoría contigua entre las psicosis esquizofrénicas y las neurosis, así como un marco para aprehender a pacientes a quienes se sospecha tienen la posibilidad de evolucionar hacia un estado psicótico definido. Se trataría entonces de descubrir tan temprano como sea posible la eventualidad de una descompensación esquizofrénica. Se trata de un “patchwork clínico”, en el cual el cuadro del adolescente se presenta de manera imprecisa, polimorfa e inespecífica. De tal manera el sujeto puede presentar características que incluyan la ansiedad, neuróticos, depresivos, alimenticios,

antisociales, etc. Por tanto, la especificidad de estas patologías es un conjunto sintomático relativamente vago y variable (Gómez et al., 2002).

2.2.5. Conductas de Dependencia

Esta clasificación de dependencia patológica es un campo vasto que incluye: el fenómeno de consumo de drogas (alcohol, tabaco o drogas ilícitas), conductas como los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia), consumo excesivo de medicamentos y conductas en las cuales predomina la acción (intentos de suicidio y tendencia a involucrarse en situaciones de riesgo).

Se asume tradicionalmente que la mayoría de conductas adictivas se inician en el adulto joven. Sin embargo, los estudios evidencian la importancia que se debe otorgar, en razón de su valor predictivo para el riesgo de una adicción posterior, a la precocidad y a la intensidad del consumo de cigarrillo en preadolescentes y adolescentes tempranos. Es necesario tomar en cuenta que un entorno estable, disponible y previsible procura al niño un sentimiento de seguridad que le permita enfrentar tanto las frustraciones como la separación que caracterizan a la vida en períodos como la adolescencia. Caso contrario, corre el riesgo de determinar en el niño una inseguridad básica que se puede manifestar de distintas maneras. Desde este punto de vista, la adicción podría concebirse como protección contra la angustia. Inversamente, la seguridad relacional derivada de un entorno fiable y satisfactorio constituiría un factor de protección contra el riesgo de conductas adictivas (Gómez et al., 2002).

CAPÍTULO III

3. Centro ambulatorio

Es necesario entender cuáles son los objetivos del centro propuesto para que todas las decisiones de diseño y programa respondan y estén apuntados a los mismos fines sociales.

3.1. Descripción

Este tipo de instituciones ambulatorias son un eje fundamental de funcionamiento de asistencia a la salud mental, en este caso. Debe proveer funciones de asistencia especializada en psiquiatría a la vez que lleva a cabo, misiones de carácter diagnóstico, terapéutico y actividades de tipo preventivo y rehabilitador de los pacientes a su cargo. Por tanto, requiere del apoyo de otros profesionales como psicólogos, doctores generales, enfermeros, etc. (Ortuño, 2009). De acuerdo con el artículo 119 de las Ordenanzas Municipales, el alcance de este tipo de edificaciones debe estar destinado al fomento, prevención, recuperación y/o rehabilitación del paciente. No debe utilizarse un edificio de usos compartidos.

3.2. Función Transdiagnóstico

Se busca no encasillar mucho el centro ambulatorio, sino que éste funcione como un espacio transitorio para los pacientes, quienes generalmente esperan en este tipo de lugares, que dan tratamientos más generales, para posteriormente moverse a algún lugar que tenga tratamientos específicos para su condición. También es para esperar a una evaluación de los doctores; poder saber y entender qué es lo que tiene y hacia dónde puede dirigirse después. El centro transitorio puede, de igual manera, ayudar a moverse a la gente estancada en la misma terapia que no les ayuda y refrescar el diagnóstico. En el sentido opuesto, puede servir también como transición de la internación en hospital a la vida normal. Por esta razón, el tipo de terapias en grupo debe ser

diversa (Ana Trueba, comunicación personal, 19 Septiembre 2015). La pertenencia a un centro ayuda al paciente a estar acompañado de personas pasando por sus mismas situaciones, ya que no es adecuado que permanezcan aislados en sus hogares. Muchos estudios han mostrado que lo más beneficioso para el paciente, por los resultados a la larga, es la ayuda médica acompañada de la mano de la vida en comunidad y familiar. Por tal razón, los hospitales e instituciones están siendo reemplazados por estos centros cada vez más (Leibrock y Harris, 2011).

4. Tratamiento para Usuarios con Diagnóstico

Se tratan los diagnósticos antes mencionados: trastornos del afecto, trastornos de la ansiedad, psicosis, patologías limítrofes o fronterizas y las conductas de dependencia. La manera de organizar y estructurar un cronograma es a través del sicólogo, que asigna el horario que le parece conveniente según cada caso, que va a depender de los problemas individuales y el diagnóstico de cada paciente. Existen terapias abiertas, transdiagnóstico con temáticas: afectividad interpersonal, dificultad para comunicarse, cómo hacer metas, cómo hacer horarios, etc. Ciertas terapias, por el otro lado, son más específicas para ciertos trastornos, entonces los psicólogos son los encargados de organizar los horarios y saber qué es mejor para el paciente, mientras que las enfermeras se encargan de que se los cumpla. La idea general es tratar de estabilizar a aquellos con diagnósticos más severos a través de monitoreo diario, ayudarles a estructurar su horario y a mantener una vida normal a la vez que interactúan con otros. Van a las terapias como una manera de pasar tiempo con otras personas y recibir atención médica (Ana Trueba, comunicación personal, 19 Septiembre 2015).

4.1. Psicoterapia

Este tipo de tratamiento debe ser prioritario siempre. Abarca las reuniones con los profesionales, ya sea individual o grupal, y la farmacología. Es importante recordar, que el éxito se encuentra en la combinación de ambas.

4.1.1. Sesiones con profesionales

Independientemente de la orientación terapéutica, el abordaje individual favorece la reducción de la sintomatología y disminuye la posibilidad de recaídas. Las terapias tipo cognoscitivo-comportamental han sido más utilizadas recientemente y muestran una ventaja relativa en la reducción sintomática en menor tiempo. Las terapias de sensibilización y de exposición progresiva suelen ser exitosas siempre y cuando se complementen con asesoría familiar y escolar. También se han probado con éxito técnicas de relajación y relajación-imaginación en pacientes con fobias simples, fobia social y trastorno generalizado de ansiedad. Los tratamientos deben incluir un seguimiento posterior a la remisión, dada la posibilidad frecuente de recaídas (Gómez et al., 2002). El psicólogo conoce que las técnicas para utilizar en dichas sesiones pueden ser abarcadas desde el punto de vista de la catarsis, la aceptación y la guía con el adolescente, todas siempre con empatía y agrado (González, 2001).

A través de la psicoterapia individual, se busca encontrar el amor propio y la aceptación de sí mismo del paciente. Muchos de ellos no han aprendido a amarse a sí mismos porque no se han sentido amados. Por tanto, son ellos los críticos más duros sobre sí mismos. El objetivo de la relación terapéutica es aceptar, no juzgar, entender e impartir afecto y cariño porque indudablemente es necesitado. De esta manera, los jóvenes con problemas experimentarán el ser cuidados de una manera distinta, donde lo que ellos piensan o sienten es relevante o válido, contrario a lo que otras personas les han dicho a lo largo de sus vidas (Wadeson, 1980).

4.2. Farmacología

La farmacoterapia es empleada por el psiquiatra, que receta los medicamentos pertinentes para cada paciente, en caso de necesitarlos. Nunca se debe considerar sólo este tipo de tratamiento para pacientes con trastornos de ansiedad, sino combinada con otros. Debe considerarse importante compartir una información de riesgos y una limitación en el tiempo de utilización de ciertas medicinas, ya que se puede llegar a abusos (Gómez et al., 2002).

4.3. Psicoeducación

Es positiva la educación acerca de las enfermedades, donde los doctores pueden compartir sus conocimientos con familias para poder aprender a tratar en casa con los pacientes. Generalmente se dan a manera de charlas para un grupo interesado y puede estar dirigido por profesionales, o por las mismas familias pertenecientes al centro. El resultado positivo es la generación de una vida en comunidad donde todos se involucran (Ana Trueba, comunicación personal, 3 Agosto 2015).

4.3.1. *Consejería Escolar y Familiar*

Muchos padres requieren de grupos de apoyo a la familia, porque sienten vergüenza o culpa por la situación de sus hijos. De igual manera, es necesario suministrar una serie de estrategias de “enfrentamiento” al núcleo escolar y familiar, donde la psicoinformación es el primer paso de un tratamiento exitoso. En muchos casos, las familias establecen una mejor adherencia al tratamiento una vez que son informadas y aconsejadas acerca de cómo y por qué ayudar a su hijo. La escuela suele convertirse en el lugar de preferencia para la manifestación de los síntomas, por lo tanto, se hace imperativo el contacto con el psicólogo o el orientador escolar y por medio de él, con los maestros (Gómez et al., 2002).

4.3.2. Grupos de Autoayuda

Muchas veces son liderados por padres de familia de adolescentes con los trastornos, de manera que estos grupos proveen a las familias y a los hijos la información necesaria sobre el entendimiento del problema, dificultades encontradas en el tratamiento y posibles soluciones a los problemas. Es utilizada como una herramienta de utilidad para el éxito de un tratamiento a largo plazo y para la prevención de recaídas, ya que se estabiliza el ambiente familiar (Gómez et al., 2002).

4.4. Terapias Integrales

La depresión en pacientes puede llegar a sentirse en el ambiente, afectando gravemente al personal involucrado, visitantes y demás. Por tanto, son necesarias medidas contra-estancamiento para los pacientes para evitar esta sensación de quietud. Los pacientes pueden poner resistencia de muchas maneras: dejan de hablar, dejan de comer, tienen berrinches, etc., por tanto la idea general es ayudarles a mejorar su estado de ánimo y disposición. Se provee de actividades varias que se acomodarán a los gustos y necesidades de cada uno y les ayudarán a relajarse, teniendo un fin terapéutico. De esta manera, se fomentan las actividades grupales para ayudar a la comunicación y a que los pacientes se vuelvan más activos, energéticos, menos aislados y hasta disfruten. En adición a los temas que salen a la luz en las terapias individuales, la interrelación entre los miembros de terapias en grupo crea un ambiente complejo y dinámico que juegan un papel importante en el tratamiento individual de cada uno. Es importante que los participantes se comprometan con el grupo para que de esta forma se vuelva cohesionado y confiable. Si los miembros no se lo toman en serio y faltan a las sesiones, el resultado será de un grupo poco compactado (Flannery, 2015).

4.4.1. *Música*

Ayuda a la actividad psicomotora de los pacientes y el bailar en parejas puede llegar a fomentar la comunicación dentro del grupo (Wadeson, 1980).

4.4.2. *Expresión dramática*

El objetivo de esta terapia es la espontaneidad, donde se interpreta distintas situaciones (animales, acciones, sonidos, etc.) para mostrar emociones particulares. A través de esta actividad los pacientes adquieren una mayor conciencia emocional y aprenden a reconocer sonidos, gestos y posiciones corporales. El resultado es el incremento de la expresividad (Wadeson, 1980).

4.4.3. *Arte*

El arte es una actividad de suma importancia que se evidencia desde las cavernas del Paleolítico, donde las pinturas encontradas en cavernas eran sociales y no individuales. Fueron producidas por varios artistas que trabajaban en colaboración o sucesivamente. Además, tales obras eran visitadas por gente que era espectadora y no artista. De tal manera, el arte es una actividad social en la que se participa para cambiar un entorno físico denso por un mundo imaginario alternativo (Harris, 2005). Como ya se mencionó, el arte es importante como medio de expresión para el subconsciente y las preocupaciones que muchas veces se dificultan al momento de hablar. Para personas con problemas mentales, el arte puede ser la única área de sus vidas en donde se sientan competentes.

4.4.4. Ejercicio

La actividad física es sumamente importante para evitar el estancamiento del cuerpo y la mente. Existen los deportes individuales y aquellos que fomentan la actividad y cooperación grupal. Cada uno tiene una finalidad distinta pero importante para el fin terapéutico.

4.4.5. Animales

Las mascotas tienen una forma particular de relajar la gente y reducir la ansiedad de los pacientes. Se han mostrados casos donde los pacientes son más abiertos para hablar sobre ciertos temas cuando un animal está involucrado ya que normaliza el medio ambiente. Existen distintos tipos como la equino terapia, pero también se puede utilizar a animales que estén se encuentren más cercanos al centro como los perros o las aves (Flannery, 2015). Los animales ofrecen cariño incondicional, y las mascotas, adquiridas de manera permanente en el centro pueden ser incluidas en varias situaciones con resultados positivos (Leibrock y Harris, 2011).

4.5. Salidas de campo

Ana Trueba postula que las salidas de campo como las excursiones, visitas a museos, cine, etc., son sumamente importantes para dar un sentimiento de normalización al tratamiento de salud mental. Como ya se mencionó, los pacientes aspiran a una vida normal, por tanto las salidas de campo, con el cuidado y preocupaciones pertinentes, permite a los pacientes sentirse parte de la vida común (comunicación personal, 3 Agosto 2015).

CAPÍTULO IV

5. Psicología del espacio interior

A lo largo de la historia se ha esperado que los pacientes de instituciones de salud mental vivan y se adapten a espacios donde otras personas no escogerían para estar ni siquiera por períodos cortos de tiempo (Shepley, 2013). Sin embargo, con el pasar de los años y las nuevas investigaciones en salud, especialmente salud mental, han demostrado que la poca consideración en el ambiente de tratamiento para estos pacientes impide, retrasa y afecta negativamente al tratamiento de los mismos, a su estado de ánimo y a su proceso de curación. De tal manera, un diseño pensado puede hacer la diferencia y potenciar los beneficios de los servicios de salud (Sheahan y Reading, 2014).

5.1. Objetivos

A veces resulta difícil motivar a personas con trastornos mentales para que se cuiden de una mejor manera. En muchos casos, la medicación frena el metabolismo y por tanto cada movimiento requiere de un esfuerzo bastante grande. De tal manera, se debe proveer incentivos positivos en el espacio para promover la participación en comportamientos saludables. La clave está en hacer que cada actividad sea divertida o interesante. Con creatividad, se puede motivar a los pacientes a exceder sus limitaciones físicas y mentales para poder lograr una mejoría en su salud (Leibrock y Harris, 2011). Los estudios sugieren que se obtienen mejores resultados de las terapias cuando los pacientes sienten que están en un lugar que ha sido pensado para ellos, agradable, nuevo y con colores brillantes comparados a las instituciones antiguas, que son oscuras y viejas. Como se mencionó anteriormente, el diseño determinará y sentará las bases para la percepción que los usuarios tengan de los tratamientos brindados y la credibilidad de sus

profesionales. Por otro lado, los resultados de los estudios han indicado que el diseño pensado en las necesidades ayuda a los pacientes a reducir los niveles de agotamiento emocional en cantidades significativamente menores y ayudarles a poseer un mayor sentimiento de superación personal. De igual manera, se ha encontrado una correlación entre los factores de admisión involuntaria y comportamiento agresivo, por tanto el lugar debe inspirar a los pacientes a querer estar ahí. De acuerdo con el autor, la tendencia en el diseño contemporáneo de facilidades psiquiátricas promueve la recuperación, induce las estadías más cortas, permite que el paciente participe en su recuperación, etc. Los ambientes que siguen estos parámetros tienden a involucrar más acceso a luz natural, áreas exteriores y arte (Shepley, 2013).

5.1.1. Familia, comunidad y pertenencia

Hay consideraciones de diseño que pueden afectar la vida en comunidad y las relaciones interpersonales de los pacientes. De tal manera es imprescindible establecer las necesidades específicas de cada ambiente para poder realizar una organización de mobiliario adecuada. Por eso se debe conocer dos conceptos de organización espacial: *sociópeta* y *sociófuga*. La organización del espacio sociópeta une a las personas a través de distribuciones en grupos, motivando a discutir los sentimientos personales. Se lo conoce también como una organización para la sociabilización. Por otro lado, el espacio sociófugo mantiene a las personas aparte, organizando el mobiliario en el perímetro de los espacios sin mayor proximidad entre ellos, generando en los pacientes mayores sentimientos de aislamiento. A través de estudios se ha demostrado que espacios médicos con una organización sociópeta tienen menores cifras de pacientes que requieren reclusión e incidentes, a diferencia de aquellos que organizan el mobiliario de manera dispersa y más individual. En este sentido también se debe pensar en la

escala de los espacios, ya que mientras más pequeña es una habitación, es mayor la interacción social y los pacientes sienten menos aislamiento (Leibrock y Harris, 2011).

5.2. Niveles de Diseño

En la *Guía de Diseño para el Ambiente Construido de Instalaciones de Salud Mental* se identifican cinco niveles de construcción de interiores, basados en la seguridad que debe tener un paciente en las mismas. El nivel 1 no requiere de la utilización de acabados interiores o requerimiento de accesorios o dispositivos concretos. En el otro extremo, el nivel 5 requiere de una construcción, acabados, accesorios y dispositivos muy específicos para instalaciones de salud mental, de manera que los pacientes que presentan riesgos potenciales desconocidos pueden ocupar con seguridad estos espacios. Luego tenemos los niveles 2, 3 y 4, que requieren de algunos acabados específicos, accesorios y dispositivos que aseguran la seguridad del paciente según su función de uso.

- Nivel 1: áreas de servicio y de personal donde a los pacientes no se les permite el ingreso.
- Nivel 2: salas de consulta, salas de examinación, terapia de grupo, salas de usos múltiples y salas de entrevistas donde los pacientes son altamente supervisados y no se los deja solos durante largos periodos de tiempo.
- Nivel 3: pasillos, salas de estar y área de comedor, donde los pacientes pueden pasar tiempo con una supervisión mínima.
- Nivel 4: habitaciones de pacientes y baños, donde los pacientes pasan una gran cantidad de tiempo a solas con mínima o ninguna supervisión.
- Nivel 5: habitaciones de reclusión y tratamiento, donde el personal interactúa con los pacientes nuevos que pueden presentar riesgos potenciales desconocidos o estar en condiciones agitadas (Karlin, 2014).

CAPÍTULO V

6. Consideraciones Generales

En cada capítulo se ha especificado las consideraciones para cada sección. En este, en cambio se mencionarán las consideraciones que no aplican de manera específica a una sección, sino que son de carácter general.

6.1. Medidas de Seguridad Generales

Un desafortunado hecho de la atención psiquiátrica es que algunos pacientes tratarán de hacerse daño a sí mismos. De tal manera, el diseño debe minimizar los posibles riesgos (Turner, 2015). Las medidas de precaución mantienen al personal y la comunidad a salvo, pero también permiten la libertad de movimiento para los pacientes dentro de la instalación:

- Las distancias a caminar no deben ser largas, para mejorar la productividad del personal y la orientación del paciente (Sheahan y Reading, 2014).
- Para que el personal pueda ver a los pacientes a todo momento, se pueden utilizar divisores espaciales bajos, ventanas interiores y paneles de visión en las puertas.
- Cualquier accesorio y objeto arte no debe tener componentes de vidrio.
- Los muebles altos deben estar asegurados al piso (Leibrock y Harris, 2011).

De acuerdo con el artículo 218 de las Ordenanzas Municipales, la protección contra incendios es de suma importancia y comprende:

- Alarmas de incendios por piso y extintores cerca de las estaciones de enfermería.
- Distancia máxima hasta una salida 25m.

- Medios de escape: escaleras o puertas que dan a terrazas o áreas exteriores. Ver Capítulo VII – Normativa de Bomberos.

6.2. Señalética

Un sistema de orientación incluido plenamente en todos los aspectos del diseño es un componente clave para un centro exitoso. Se debe tener en cuenta los movimientos de los usuarios de zona a zona y piso a piso, con el fin de crear una estrategia integral para el movimiento y la señalización. Se debe tener presente que una señalética clara minimiza el estrés de las personas y les permite orientarse solos y llegar por sí mismos a los destinos propuestos sin la constante guía del personal (Turner, 2015). Por tanto, la señalética:

- Debe estar aplicada en entradas y salidas, escaleras, baños, bebederos, ascensores, áreas de administración, información general y la planificación del espacio en general (Sheahan y Reading, 2014).
- Se debe evitar la señalética descolgada de techos que puede servir como punto de anclaje.
- Se puede también considerar la señalética directamente pintada a la pared.
- La señalética para salidas de emergencia deben estar colocadas sobre la pared y no desde el techo, en lo posible (Karlin, 2014).

6.3. Color

El color es un elemento fundamental en el diseño, no sólo por su impacto en los aspectos estéticos y técnicos de los entornos, sino también por su influencia en las reacciones psicológicas, fisiológicas y sociales de los seres humanos. A pesar las creencias, todavía no hay evidencia científica clara de que el color afecte el estado de ánimo, las emociones o el bienestar psicológico de una manera sistemática. Por supuesto, eso no quiere decir que su uso en entornos

de salud no requiere una cuidadosa reflexión y consideración. El énfasis está en la eliminación de la "mirada institucional" y lograr una sensación más hogareña (*"The Impact of Colour in Healthcare Design"*, 2013). Recomendaciones específicas para los centros de salud mental y hospitales psiquiátricos:

- Se debe evitar la sobrecarga sensorial y la relajación fomentada por los colores fríos.
- El color es una buena herramienta para ajustar proporciones espaciales.
- Se deben tener cuidado en que los colores de algunas superficies, como las de trabajo, no reflejen la luz porque esto puede causar deslumbramiento (Shepley, 2013).
- Se puede utilizar el color azul en áreas donde es importante calmar a los pacientes.
- Los estudios han demostrado que los colores blancos, grises claro y otros, son menos excitantes y menos dominantes que los colores más oscuros como grises y negros (Sheahan y Reading, 2014).

6.4. Materiales Generales

Es importante tener en cuenta que el personal de servicio necesita una instalación que sea fácil de mantener. Por tal razón, se debe diseñar el espacio considerando materiales que signifiquen estrategias eficientes de uso de energía, creando una edificación sana para pacientes, personal y el ambiente, como también para mantener bajos costos de operación de la facilidad.

- Los acabados deben tener períodos de vida larga, ser fáciles de limpiar y ser amigables con el medio ambiente (Leibrock y Harris, 2011).
- Es beneficioso utilizar diferentes acabados para diferenciar áreas de distintas actividades (Shepley, 2013).

6.4.1. Pisos

La elección de pisos debe promover un ambiente de cálido, acogedor y brillante.

- El material debe ser fijado al suelo, no fácilmente roto o desplazado y libre de peligro de tropezos.
- Se debe evitar materiales que puedan provocar deslumbramiento, ya que pueden causar dificultad para pacientes psicóticos y mayores.
- Recubrimientos Flexibles: suelos de caucho, linóleo o lámina de vinilo que son fabricados en una variedad de patrones y colores atractivos. Son sostenibles, duraderos y de fácil mantenimiento. Actualmente, en vinil podemos encontrar disponible el patrón de madera, que hace más cálido el ambiente.
- El color del piso debe contrastar con el de las paredes.
- Los cambios de piso no deben exceder los 3 mm de elevación.
- Las texturas más cálidas como maderas, son adecuadas para generar una sensación de hogar (Turner, 2015).

6.4.2. Paredes

Los acabados de pared deben ser duraderos, fáciles de limpiar y no tóxicos.

- Acabados con pintura: se debe utilizar colores cálidos de pintura para acentos en áreas comunes. Se recomienda un acabado satinado o de cáscara del huevo en lugar de un acabado mate en la mayoría de las aplicaciones, debido a que es más fácil de limpiar, mantener y coincidir cuando se pintan parches. Para baños, se recomienda el uso de pintura epóxica.
- mantener, reparar y limpiar. Además, añade bastante calidez al espacio (Karlin, 2014).

6.4.3. Techos

Las alturas de techo son fundamentales para evitar que los pacientes puedan manipular los dispositivos empotrados en el mismo. De tal manera, se debe elevar la altura del techo a un nivel que el paciente no pueda alcanzar con facilidad. En áreas donde los pacientes no son vigilados continuamente, como baños y habitaciones, las alturas deben ser de 2,70 m, mientras que en áreas de actividad se debe tener una altura mínima de 3,00 m, en caso de utilizar placas de techo acústicos (Karlin, 2014).

- Para la prevención de contrabando se debe proveer techos lisos, por ejemplo, gypsum y no cielo raso de paneles que puedan abrirse para esconder cosas.
- Los techos más bajos disminuyen la sensación de un espacio institucional.
- Techos para áreas de niveles 2 y 3 (donde los pacientes son continuamente supervisados por el personal): pueden ser de gypsum o cielos rasos acústicos, ajustados a los perfiles para evitar que éstos se puedan levantar y retirar (Karlin, 2014).

6.4.4. Mobiliario

Como se ha mencionado antes, es importante que el mobiliario escogido sea móvil y flexible, pero a la vez, debe ser sustancial para que no pueda ser lanzado o vandalizado con facilidad. Es mejor que los muebles no se desarmen y todo esté permanentemente ajustado a la base.

- Todo el mobiliario debe tener materiales resistentes al fuego.
- Todas las manijas deben estar embutidas en el mobiliario (Leibrock y Harris, 2011).

6.5. Requerimientos Generales de Iluminación

Las investigaciones han mostrado reiteradamente que la combinación de luz artificial y luz natural pueden proporcionar beneficios importantes para la salud, tanto de la población en

general, como de los pacientes con problemas de salud mental. La luz abundante ha demostrado mejorar los resultados de tratamientos de salud para problemas de depresión, agitación, sueño, ritmos de la actividad circadiana, duración de la estancia en la demencia y el trastorno afectivo estacional bipolar (Sheahan y Reading, 2014). De igual manera, la exposición de los pacientes a espacios bien iluminados reduce los comportamientos agitados (Leibrock y Harris, 2011).

- Debe haber suficiente iluminación en espacios donde se requiere de concentración, donde se toman decisiones o donde hay peligro presente.
- Las recepciones y entradas requieren de una mayor cantidad de iluminación.
- Un techo con colores claros incrementa la cantidad de luz reflejada (Shepley, 2013).

6.5.1. Iluminación Natural

Se ha demostrado que los pacientes sienten una mejora en su calidad de vida cuando existe una cantidad abundante de luz natural en el espacio. Especialmente aquellos bajo tratamientos farmacológicos, perciben de una mejor manera el entorno cuando es abierto y bien iluminado (Shepley, 2013).

- Se debe considerar los tipos de vidrio existentes, en sus distintas opacidades, para determinar qué tipo de vidrio es apropiado para cada tipo de espacio.
- Se debe potenciar la utilización del vidrio en áreas que maximicen el efecto de la luz y las vistas.
- Las persianas o cortinas deben encontrarse entre dos vidrios laminados.
- Evitar el tamaño o posicionamiento de ventanas y claraboyas que podrían crear una carga de calor no deseado y deslumbramiento, que causa incomodidad o discapacidad visual (Karlin, 2014).

Como ya se sabe, la iluminación artificial puede ser manipulada a través del proceso de diseño. La luz natural no, pero puede ser potenciada al máximo, colocando las áreas de mayor actividad hacia donde reciban bastante luz del día, ya que esto contribuye significativamente al bienestar del paciente (Sheahan y Reading, 2014).

6.5.2. Iluminación Artificial

Se requiere de iluminación artificial para complementar las áreas iluminadas en el día por el sol y las áreas sin acceso a la luz del día.

- Para recrear un espacio hogareño, la iluminación planteada debe mezclar la luz cálida y fría.
- El espectro de iluminación debe ser lo más cercano posible a la luz del día para reducir la depresión, la fatiga, la hiperactividad, entre otros.
- Se debe evitar una iluminación demasiado uniforme que no produzca sombras, ya que éstas son una experiencia natural del ser humano (*"The Impact of Colour in Healthcare Design"*, 2013).
- En zonas accesibles por los pacientes, las luminarias deben estar empotrados al ras en los techos con marcos no manipulables y vidrios resistentes y bien sujetos.
- Es mejor evitar los apliques montados en la pared, iluminación colgante y lámparas de pie o de mesa por motivos de seguridad (Karlin, 2014).
- Se debe ver la luz y lo que está iluminado, más no la fuente misma, ya que esto puede llegar a generar deslumbramiento en los pacientes (Leibrock y Harris, 2011).

6.6. Requerimientos Generales de Acústica

Se ha demostrado que el ruido aumenta el estrés en los pacientes, induciendo la presión arterial alta y el aumento de la frecuencia cardíaca. Se debe evitar el ruido excesivo, ya que éste puede afectar negativamente al ambiente terapéutico porque molesta, tanto al paciente como al personal, en su capacidad para escuchar y ser escuchado en un tono de voz normal, potencialmente aumentando los niveles de miedo y ansiedad de los usuarios. De tal manera, el diseño acústico es esencial para preservar el bienestar, la privacidad y la confidencialidad de todos los individuos que participan en el centro (Sheahan y Reading, 2014).

- Se puede utilizar materiales que absorben el sonido en paredes, pisos y techo en áreas como pasillos y donde los usuarios se congregan.
- La ubicación de objetos como puertas, luminarias, tomacorrientes, ventanas, etc., deben ser cuidadosamente pensados para no facilitar la transmisión de sonido (Karlin, 2014).
- En áreas no médicas, el ladrillo en los corredores es un material que absorbe el sonido.
- La textura áspera también difumina el sonido reflejado (Leibrock y Harris, 2011).

6.7. Requerimientos Generales de Ventilación y Temperatura

La ventilación y el control de temperatura son sumamente importantes en centros de este tipo para generar confort en los pacientes. Por tal razón, se debe tomar en consideración:

- Es necesario instalar un sistema de aire acondicionado que expulse el aire contaminado e inserte aire fresco en áreas de actividad.
- Las ventanas abatibles y deslizantes son una buena opción para permitir la circulación de aire en las partes superiores de los espacios.
- Las ventanas operables no pueden medir más de 0,10 m (Karlin, 2014).

CAPÍTULO VI

7. Requerimientos Espaciales Área Pública

El área pública está constituida por los espacios que brindan servicios abiertos a todo el público, es decir, pacientes, personal y visitantes del centro. Para ésta área, el diseño debe proveer un ambiente físico que ayude a dar soporte y empoderamiento a los pacientes y sus familias en la participación activa durante el cuidado médico. Por tal razón, debe proveer eficacia, comodidad, distracciones positivas y un sentido de pertenencia y amor al centro para motivarlos a continuar asistiendo y mostrarse involucrados en los procesos de tratamientos y curación. Cada detalle de diseño impacta las necesidades cognitivas, sociales y físicas del adolescente, por lo que es beneficioso tomar en consideración aspectos como la escala, ya que para las personas una escala pequeña y acogedora motiva y fomenta a la movilidad y actividad. Contrario a la sensación provocada por las grandes alturas y espacios que tienden a ser fríos y poco agradables (Leibrock y Harris, 2011). En otras palabras, a pesar de recibir a usuarios de otras edades, el diseño del centro debe tomar como medida principal al adolescente y sus necesidades.

7.1. Recepción e Información General

Además de los beneficios funcionales, la recepción envía un mensaje de bienvenida a los usuarios, de forma que debe contar con elementos de diseño atractivos ya que éstos están asociados con consideraciones positivas, mejor estado de ánimo y mejor satisfacción para quienes visitan el centro. A pesar de que la recepción es un área para todo público, el adolescente es el segmento principal al cual está dirigida la institución, de manera que un aspecto a tomar en consideración es la reducción de la escala. Por ejemplo, las puertas monumentales al ingreso

deben ser eliminadas, ya que es la pequeña escala la que permite una transición manejable en espacios como entradas, porches y vestíbulos para este usuario específico (Leibrock y Harris, 2011).

7.1.1. *Requerimientos*

Según los niveles de diseño de Karlin, la recepción pertenece al nivel 3, donde se requieren algunas consideraciones específicas de diseño para tomar en cuenta:

- Debe haber una clara visión de la recepción desde el exterior para que los pacientes y sus familias ubiquen la entrada y puedan ir tentando el terreno antes de entrar.
- El ingreso principal debe consistir de dos puertas de seguridad para evitar la fuga de algún paciente.
- La circulación debe considerar espacio suficiente para el paso de las camillas, sillas de ruedas, etc. y un espacio donde se las pueda dejar momentáneamente que no interrumpa la circulación.
- Se debe proveer la señalética adecuada en este espacio para orientar a los pacientes y sus familias de manera clara.
- El punto de información general debe estar equipado con un computador.
- Es positiva la inclusión de arte con temáticas de naturaleza ya que tiene un potencial curativo y relajante en las personas (Karlin, 2014).

7.1.2. *Iluminación*

Como ya se mencionó, la recepción se considera un espacio de tránsito. Por tanto, debe:

- Iluminación general: fluorescente.

- Iluminación de acento: se pueden utilizar halógenos de baja tensión y lámparas decorativas colgantes, que se pueden localizar en el espacio del counter para generar protagonismo (Leibrock y Harris, 2011).

7.1.3. Materiales

El espacio debe ser acogedor y hogareño, de manera que puede resultar beneficioso utilizar una paleta cromática cálida. La recepción es la primera impresión de las personas del lugar, por tanto la elección de materiales envía un mensaje específico. Se puede proponer utilizar materiales llamativos en ésta área para generar puntos de interés. Los materiales destinados al área de recepción deben considerar el alto tráfico de personas. Para pisos, por ejemplo, se recomienda usar vinílicos y porcelanatos mate, que no generen deslumbramiento en los usuarios (Shepley, 2013).

7.1.4. Mobiliario

Los muebles en general pueden ser de materiales resistentes como el metal, la madera, el laminado, etc. Los acabados pueden ser de formica y canto duro, un material resistente en el campo de escritorios, por ejemplo (Shepley, 2013). En la recepción, el mueble del counter es el protagonista del espacio, por tanto su diseño debe ser abierto y acogedor. Muchas veces trabajan más de dos personas en una recepción: una para admisiones que registra a los pacientes, otra para información y dos para caja. De esta manera, el mueble debe contar con el espacio suficiente para abarcar todos los materiales necesarios para que las personas dentro puedan desenvolverse con eficiencia (Leibrock y Harris, 2011). Las consideraciones son:

- El counter de información debe ser siempre visible desde el acceso.
- Equipo requerido: computadoras, impresora, teléfonos, puntos de internet, archivadores y datafast (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2009).

La seguridad del counter es otro aspecto importante. En lo posible, el usuario no debe ver la superficie de trabajo de la persona detrás del counter para dar privacidad a las computadoras y demás equipo (Karlin, 2014).

7.2. Salas de espera

La sala de espera forma parte del área de recepción, por lo que debe seguir una misma línea de diseño que sea acogedora y hogareña. Debido a que pacientes o familiares pueden pasar algún tiempo en esta área, el objetivo principal del diseño debe ser minimizar la angustia de los que esperan, proveyendo distracciones positivas, servicios de fácil acceso y un ambiente relajante. Se ha reportado que las personas perciben una mejor calidad de los servicios médicos recibidos a partir de áreas de espera que son mejor amobladas, bien iluminadas, con piezas de arte y de apariencia cálida. El resultado debe ser un espacio silencioso, cómodo y agradable (Shepley, 2013).

7.2.1. Requerimientos y Distribución

La sala de espera pertenece al nivel 3 de diseño, donde se requieren algunas consideraciones específicas a considerar:

- La recepción debe encontrarse cerca de este espacio para suministrar a las familias con información al momento que lo necesiten.
- Debe haber bebederos de agua a distintas alturas y repisas bajas para revistas.
- Debe haber un área de niños a la vista, pero alejada de la puerta principal y circulaciones. Puede contar con una televisión, DVD, sillas y mesas de niños, libros y juguetes.
- Materiales: el vidrio con gráficos de colores vibrantes, metales y Corian son las mejores opciones para generar divisores espaciales que permitan la visibilidad (Kellog, 2013).

- Color: la utilización de una gama de colores cálidos ayuda a mejorar la agudeza visual (Leibrock y Harris, 2011).

7.2.2. *Distracciones Positivas*

Estudios han comprobado que las distracciones positivas dirigen la atención de las personas a objetos que provocan curiosidad y placer, reduciendo la percepción del dolor y malestar y distrayendo las preocupaciones de la mente (Leibrock y Harris, 2011). La idea es generar puntos de interés seguros a través del centro para entretener al usuario:

Se recomienda que las superficies reflejen suavemente la luz, inviten al tacto, ofrezcan fragancias inesperadas y produzcan sonidos interesantes, ya que de esta forma se aprende a través de las experiencias sensoriales (Leibrock y Harris, 2011).

7.2.3. *Pared de la Comunidad*

Para fomentar el sentido de pertenencia y comunidad en el centro, es positiva la implantación de una “pared de la comunidad”, que refleja los eventos, la historia y la cultura de la institución a través de fotografías, textos, notas, noticias, etc. (Leibrock y Harris, 2011).

La iluminación para este elemento debe ser puntual y cálida, para hacer que resalte en el espacio. El material de fondo puede ser de tonalidad neutra para permitir que el material expuesto resalte.

7.3. *Áreas Recreativas*

Las áreas recreativas cumplen la función de espacios específicos dedicados a hacer que los usuarios disfruten realizando alguna actividad de su preferencia. Según Leibrock y Harris, estos espacios deben ser acomodados de acuerdo a las actividades a realizar: aprendizaje tranquilo o actividades motoras grandes. No obstante, también es importante proveer una variedad de niveles

de privacidad, desde el aislamiento hasta la unión completa en grupos de usuarios, para realizar las distintas actividades. De esta manera, el diseño de los espacios públicos debe crear equilibrio entre las zonas con poca estimulación sensorial, donde el adolescente puede retirarse y disfrutar de la privacidad, y las áreas de mayor actividad donde puede buscar más estimulación con la oportunidad de interactuar con otros en varios juegos en grupo (“Emma Kinderziekenhuis Amc Second Phase”, 2013).

7.3.1. *Requerimientos*

Las áreas recreativas pertenecen al nivel 3 de diseño, donde se requieren algunos aspectos específicos a considerar:

- Mobiliario: debe ser pesado para que no pueda ser lanzado o desarmado. Se pueden utilizar grandes almohadas o cojines para sentarse en el piso y sillas que se mezan con seguridad.
- Todo el almacenamiento de estas áreas debe estar al alcance de los usuarios.
- Debe haber separaciones claras entre éstas áreas funcionales de actividad y la circulación (Shepley, 2013).

7.3.2. *Grupales*

El diseño centrado en la familia suaviza el golpe de la admisión de un miembro en el centro porque los anima a visitar. De tal manera, debe haber espacios dedicados a la actividad familiar, como cuartos más pequeños planeados para socializar, comer y realizar algún tipo de entretenimiento. Así se genera una interacción que desencadena sentimientos de pertenencia y comunidad con el centro (Leibrock y Harris, 2011). También se debe pensar en estancias más privadas para reuniones entre dos personas, que también puedan ser usadas tanto por el por el

personal como por los pacientes. Aquí es clave proveer una variedad de asientos en una disposición que logre promover la interacción social (Shepley, 2013).

7.3.3. Individuales

A pesar de que es importante el acercamiento grupal, como se analizó previamente, se debe tomar en cuenta la importancia de brindar opciones para los pacientes de realizar actividades de manera individual. De tal forma, deben existir espacios más pequeños con finalidades específicas donde el individuo puede mantener el control de manera más fácil. De esta manera, las zonas tranquilas se utilizan para leer, descansar, esperar, etc., por lo que deben ofrecer seguridad y protección (Leibrock y Harris, 2011).

Un factor clave aquí son las características de insonorización, ya que permiten a las personas sentir la privacidad del retiro. Existe una alternativa de crear un objeto multifuncional que ofrezca la posibilidad de retirarse o refugiarse de una actividad grupal que se está realizando, pero sin dejar de ser parte de la acción (Hohenadel, 2015). Estos espacios de privacidad también pueden incluir jardines, *nooks* de lectura u otra actividad para ser utilizados por pacientes pero también por el personal, en caso de necesitarlo. Dichos espacios tienen la finalidad de redirigir las emociones como la ansiedad. Se debe recordar que el establecimiento de espacio personal se hace de manera más sencilla a través del uso de mesas cuadradas y no redondas (Leibrock y Harris, 2011).

7.3.4. Bebederos y Fuentes de Agua

Deben estar ubicados a lo largo del centro para que los usuarios tengan un acceso fácil a éstos y no deban recorrer largas distancias para encontrarlos (Leibrock y Harris, 2011).

Las dimensiones a considerar, como se ve en la imagen de abajo:

- Altura regular: 0,91 m.
- Altura para adultos más pequeños y usuarios en sillas de ruedas: 0,76 m. Con un espacio libre de 0,48 m en la parte baja. la altura no debe ser mayor a 0,91 m. Para niños, los bebederos deben tener un espacio libre de 0,30-0,60 m abajo.
- Los bebederos deben ser de acero inoxidable, con el aparato de refrigeración empotrado en la pared para mayor seguridad (Karlin, 2014).

7.4. Comedor

Un nuevo estudio realizado por investigadores de la universidad de Duke en Estados Unidos, señaló que los niños que son melindrosos en la comida tienen más probabilidades de desarrollar problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión, el déficit de atención y los desórdenes de hiperactividad (“Niños Melindrosos: Alerta con la Ansiedad”, 2015). Por esta razón, el almuerzo es sumamente importante porque puede ayudar a los pacientes a adquirir hábitos alimenticios saludables.

La hora del almuerzo está propuesta para que todos en el centro coman en un mismo horario. De tal manera, pacientes y personal comparten este momento, fomentando el sentido de normalización y comunidad. Se debe tener presente que comer en compañía estimula el apetito, fomenta la utilización de buenos modales en la mesa y mejora los hábitos alimenticios de las personas, datos que han sido confirmados por investigaciones. También se puede pensar en mantener jugo, fruta y otro tipo de *snacks* disponibles a todas horas, para que ésta área sea un destino a donde los pacientes pueden recurrir para sociabilizar (Leibrock y Harris, 2011).

7.4.1. *Requerimientos*

De acuerdo con Karlin, el área del comedor pertenece al nivel 3 de diseño, donde se requieren de las siguientes consideraciones:

- El área de mesas debe contar con suficiente capacidad para pacientes y personal.
- Debe existir una estación de bebidas, con la posibilidad de que ésta pueda ser cerrada en caso de ser necesario.
- Color: naranja y rojo (abren el apetito), verde (refleja salud y bienestar), amarillo (alegría y exuberancia por lo que es ideal para el desayuno), azul (limpio, fresco y refrescante pero no debe usarse en la superficie de la mesa ya que no complementa los colores de la comida), blanco (neutraliza el color de la comida y refleja la luz), negro (se puede utilizar en acentos). Los tonos neutros son ideales para las superficies de mesa (Leibrock y Harris, 2011).

7.4.2. *Materiales*

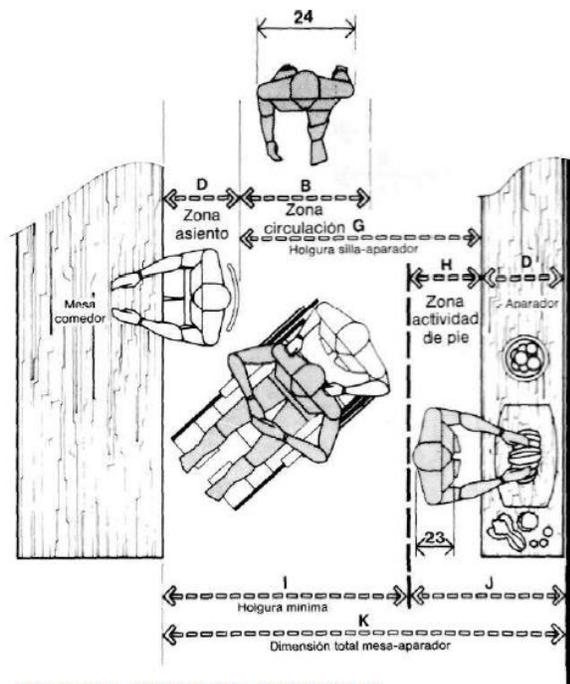
En cuanto a los acabados:

- Pisos: vinil, linóleo o caucho con barredera continua del mismo material. En el área de servida se debe utilizar un material antideslizante y fácil de limpiar como piso de cantera o porcelanato.
- Paredes: gypsum con pintura epóxica u otro material que no deje una superficie porosa.
- Techos: paneles acústicos a una altura mínima de 2,70 m.
- Puertas: las de ingreso deben ser de 1,06 x 2,10 con panel de visión de vidrio laminado. Las puertas entre áreas de servicio deben ser de 0,90 m de ancho y tener paneles de visión para poder ver entre ellas. Sin embargo, las puertas de las áreas de servicio que dan hacia corredores no deben tener paneles de visión.

- Mobiliario de servicio: la mesa de vapor debe ser de acero inoxidable.
- Ventanas hacia el exterior: debe ser de vidrio laminado para tener resistencia al impacto.
Las persianas deben ser situadas entre un vidrio interior y otro exterior.
- Iluminación: debe ser general con luminarias fluorescentes seguras. Debe contar también con un sistema de luz de emergencia (Karlin, 2014).

7.4.3. Dimensiones

- Circulación para silla de ruedas: 1,37 m.
- Zona de actividad detrás de mueble: 1,27 – 1,53 m.



HOLGURAS ENTRE MESA Y APARADOR

	pulg.	cm
A	132-144	335,3-365,8
B	30-36	76,2-91,4
C	72	182,9
D	18-24	45,7-61,0
E	12	30,5
F	24	61,0
G	50-54	127,0-137,2
H	50-60	127,0-152,4
I	54	137,2
J	86-102	218,4-259,1
K	90-96	228,6-243,8

7.5. Biblioteca

Se recomienda este espacio para proveer información médica completa y accesible acerca de los problemas de salud mental. Estaría destinado al uso de pacientes, personal y familias en busca de material teórico para poder tener un entendimiento más profundo de los problemas, sus

causas, tratamientos, etc. Aparte de libros, revistas, artículos, etc., la biblioteca debe proveer acceso a internet también para investigación (Leibrock y Harris, 2011).

7.5.1. *Requerimientos*

De acuerdo con Karlin, la biblioteca pertenece al nivel 3 de diseño, donde se requiere:

- Un área de lectura adyacente, préstamo de libros y estaciones de computadoras con acceso a internet.
- Se contar con una impresora, copiadora y escáner.
- Debe tener acceso a población universal (Leibrock y Harris, 2011).
- Se debe considerar un espacio para material audiovisual como CD's, películas, etc. éstos deben ser vistos sin interferir a otros usuarios que estén leyendo (Karlin, 2014).

7.5.2. *Materiales*

- Pisos: alfombra.
- Paredes: gypsum pintado.
- Techos: gypsum pintado o paneles acústicos a una altura mínima de 2,90 m.
- Puertas: deben ser de 1,06 x 2,10 con panel de visión de vidrio laminado.
- Ventanas hacia el exterior: debe ser de vidrio laminado para tener resistencia al impacto.

Las persianas deben ser situadas entre un vidrio interior y otro exterior (Karlin, 2014).

Uno de los aspectos más importantes en esta área dedicada a la educación es la acústica y absorción del sonido para proveer un ambiente silencioso a los usuarios.

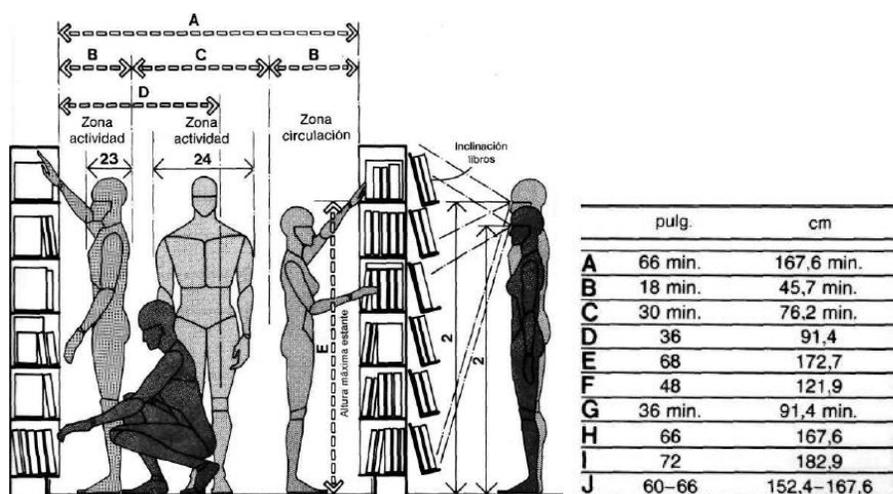
7.5.3. *Mobiliario*

- Las mesas deben consistir de una superficie simple para la escritura o lectura.
- Pueden estar empotradas en la pared para eliminar la exposición de los lados.

- Los acabados de la superficie deben ser sólidos.
- Para almacenaje se debe proponer estantes abiertos a un lado.
- Las sillas deben tener apoya brazos, ser de un material resistente, con bordes redondeados y no fácilmente desmontable (Karlin, 2014).
- El área de lectura puede estar organizado con grandes y cómodas sillas (Leibrock y Harris, 2011).

Las dimensiones importantes a considerar para los estantes de exposición de libros:

- Altura máxima estante: 1,72 m.
- Zona de actividad: 0,91 m.
- Ancho total pasillo: 1,68 m.



7.6. Aulas

Las aulas del centro están destinadas a la psicoeducación, no sólo de los pacientes, sino también de sus familias para que puedan aprender sobre los trastornos de sus hijos, acciones preventivas, modificaciones en el hogar, etc. Las charlas, conferencias o seminarios pueden estar destinados a un usuario específico del centro o estar abiertas a todo público. De igual forma,

pueden ser dictadas tanto por profesionales y médicos, como por las mismas familias que desean compartir sus experiencias (Flannery, 2015).

- La tecnología audio visual permite la comunicación remota entre expertos y pacientes (Karlin, 2014).

7.6.1. Materiales

En cuanto a los acabados:

- Pisos: vinil, linóleo o caucho con barredera continua del mismo material.
- Paredes: gypsum pintado.
- Techos: gypsum pintado o paneles acústicos a una altura mínima de 2,90 m.
- Ventanas hacia el exterior: debe ser de vidrio laminado para tener resistencia al impacto. Las persianas deben ser situadas entre un vidrio interior y otro exterior. Las ventanas operables no pueden medir más de 0,10 m (Karlin, 2014).
- Iluminación: general pero también se debe plantear iluminación auxiliar que permita ver la cara de los pacientes cuando se use el proyector. Dicha iluminación debe ser difusa y tenue.

7.6.2. Acústica

Al menos una de las paredes debe estar cubierta con material de aislamiento para minimizar la reverberación del sonido y se puede utilizar cielo raso acústico. De esta manera, las aulas deben estar aisladas sonoramente de cualquier ruido exterior (Karlin, 2014). Para más detalles de los métodos de acústica ver Capítulo VIII – Acústica General.

7.7. Áreas Verdes

En promedio, los niños pasan el 85% de su tiempo en el interior. Por esta razón, la finalidad última de las áreas verdes es optimizar el cuidado y promover la actividad física y el movimiento. Para esto, se debe permitir acceso a áreas exteriores seguras que cuenten con espacios para sentarse y caminos con un destino. Recorrer el exterior es una oportunidad para quemar energía, mantenerse en forma, recibir luz solar y explorar (Leibrock y Harris, 2011).

Se puede dividir las áreas verdes en actividades: pasivas, donde se puede albergar a familias, pacientes o personal que busquen relajarse, conversar, etc.; y activas, que cuentan con canchas para el esparcimiento (Shepley, 2013).

7.7.1. Actividades Exteriores

Como se mencionó, la inclusión de actividades de esparcimiento es sumamente terapéutica para los pacientes. De esta forma, puede haber canchas de tenis, racquetball, squash volley, básquet, entre muchas otras. Se debe recordar que, adyacente a las mismas, debe haber un espacio para calentar y estirarse (Leibrock y Harris, 2011).

Se puede también plantear actividades de jardinería. Poder sacar las malas hierbas, rastrillar y cavar en la tierra puede ser una terapia práctica, pero también una actividad social y oportunidad de aprendizaje. El hecho de que los pacientes puedan plantar su propia comida en un huerto en el mismo centro es una idea beneficiosa, ya que posteriormente pueden ser cosechados y servidos en el comedor del centro, fomentando orgullo por algo que hicieron los pacientes (Leibrock y Harris, 2011).

7.7.2. *Requerimientos y Seguridad*

De acuerdo con Karlin, las áreas verdes pertenecen al nivel 3 de diseño, donde se requieren las siguientes consideraciones:

- Los senderos deben tener rutas accesibles que sean firmes y antideslizantes con superficies de materiales como granito, asfalto, concreto o pasarela de madera. La grava es inestable y los pisos de colores claros pueden generar deslumbramiento.
- Debe haber control y supervisión de las áreas exteriores desde las estaciones de enfermeras.
- Se debe evitar colocar árboles cerca de las ventanas de los edificios (Shepley, 2013).

CAPÍTULO VII

8. Requerimientos Espaciales Área Semipública

El área semipública está compuesta por los espacios que brindan servicios determinados a los pacientes u usuarios. Dichas áreas no están abiertas a todo público, sino que las personas que ingresan deben pasar por un control. En otras palabras, el flujo de gente que entra es más controlado porque los usuarios las visitan con fines específicos médicos, para realizar pagos, reuniones, etc.

8.1. Consultorios

El diseño del área médica debe estar centrado en el paciente y buscar redirigir el enfoque del tratamiento a la prevención. Se busca: la dignidad y respeto al paciente, la comunicación abierta, la participación y la colaboración (Leibrock y Harris, 2011).

8.1.1. Consultorios de Terapia Verbal

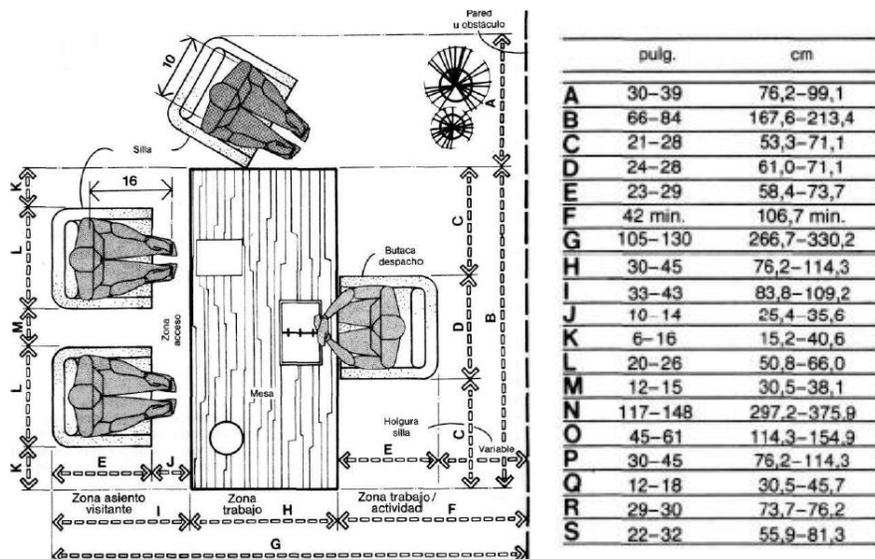
Estas oficinas serán utilizadas por psiquiatras y sicólogos para consultas con los pacientes, familiares y otros miembros del personal profesional. Los consultorios para la terapia verbal son un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes, quienes se reúnen con el psicólogo entre 1 y 3 veces a la semana (Ana Trueba, comunicación personal, 19 Agosto 2015). El objetivo final de estos espacios es remover las barreras de comunicación y generar un ambiente no-amenazante que permita las reuniones y la privacidad.

8.1.1.1. Distribución.

Para la organización estándar de un despacho de consultorio:

- Escritorio: 0,76 – 1,14 por 1,67 – 2,13 m.

- Distancia silla – pared: 1,06m.
- Zona asiento visitante: 0,84 – 1,09 m.



8.1.1.2. Requerimientos.

De acuerdo con Karlin, los consultorios pertenecen al nivel 2 de diseño, donde se requieren las siguientes consideraciones:

- Las puertas de los consultorios deben batir de manera que se ofrezca privacidad a quien está en el interior (Leibroek y Harris, 2011).
- Se debe pensar en un vidrio espejado que permita la visión unidireccional hacia el interior, para que la sala de tratamiento o terapia pueda ser utilizada para la observación (Karlin, 2014).

8.1.1.3. Materiales.

- Pisos: alfombra.
- Paredes: gypsum pintado.
- Techos: paneles acústicos a una altura mínima de 2,50 m. (Artículo 202 – Ordenanzas Municipales).

- Iluminación: debe ser general con luminarias fluorescentes seguras, e iluminación puntual dimmerizable. Debe contar también con luz de emergencia (Karlin, 2014).

8.1.1.4. Acústica.

Tanto paredes como puertas deben contar con un núcleo sólido de aislamiento para permitir la privacidad acústica (Leibrock y Harris, 2011). Ver Capítulo VIII – Acústica General.

8.2. Emergencia

El área de emergencia comprende: la enfermería, la urgencia psiquiátrica y la esterilización. Debe encontrarse en la parte frontal de la parte médica y ser de fácil acceso para que los pacientes, en caso de necesitarla, puedan ubicarla con facilidad (Shepley, 2013).

8.2.1. Urgencia

Se considera urgencia psiquiátrica a determinadas alteraciones que ponen en peligro la vida de los pacientes o sus semejantes y son capaces de alterar las relaciones armónicas del individuo. Los pacientes pueden estar afectados a nivel psicótico y la excitación aumenta debido a sus alteraciones del pensamiento (ej., ideas delirantes), por lo que pueden tornarse agresivos. También pueden estar deprimidos, en crisis o disociación histérica (Rojas, 2007).

El objetivo de la urgencia, por tanto, es realizar una atención intensiva en los pacientes en crisis, de manera que puedan recuperarse rápidamente y reincorporarse al grupo. Se debe brindar apoyo psicológico al paciente, determinar cuáles son las causas de la crisis y aplicar la medicina respectiva. En caso de no poder ayudar al paciente se lo debe transferir a un hospital o centro especializado (Rojas, 2007).

8.2.1.1. *Requerimientos y Seguridad.*

De acuerdo con Karlin, la emergencia corresponde al nivel 5 de diseño, donde se requieren las siguientes consideraciones para que el paciente no pueda lastimarse a sí mismo:

- Se debe tener una entrada y una salida separadas para no mezclar el flujo de personas.
- Debe haber una pequeña área de esterilización de instrumentos y equipo (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2009).
- Debe haber 1 baño completo por cada habitación de urgencia con ventilación mecánica (Artículo 212 – Ordenanzas Municipales).

8.2.2. *Materiales*

En cuanto a los acabados:

- Pisos: vinil, linóleo o caucho con barredera continua del mismo material.
- Paredes: gypsum pintado resistente al impacto.
- Ventanas hacia el exterior: debe ser de vidrio laminado para tener resistencia al impacto. Las persianas deben ser situadas entre un vidrio interior y otro exterior. El umbral debe ser lo suficientemente alto para evitar patadas en el área de urgencia.
- Iluminación: general con luminarias fluorescentes seguras, e iluminación puntual en el área de la cama o camilla. Debe contar con luz de emergencia (Karlin, 2014).

8.3. **Salas de Uso Múltiple**

Se debe tener especial cuidado a la hora de diseñar salas de uso múltiple ya que para los pacientes es más fácil mantener el control y sentido de la orientación en espacios pequeños y claramente identificables. De tal forma, los espacios amplios se vuelven desorientadores y ruidosos, por lo que es mejor que cada habitación establezca claramente un propósito. En otras

palabras, el espacio flexible planeado por usos múltiples es confuso, por lo que resulta más beneficioso establecer orden según las actividades a realizar (Leibrock y Harris, 2011).

8.3.1. *Terapia de Arte*

Como se mencionó en el Capítulo III, la terapia de arte puede abarcar las siguientes actividades: escultura, colorear y dibujar, collages, origami (Flannery, 2015), creación de murales, etc. Los estudios demuestran que la inclusión en un proceso artístico, ya sea en la creación de una obra o en la reflexión acerca de una existente, ayuda directamente al paciente diagnosticado con un trastorno de salud mental a ganar un sentimiento de sí mismo, mejorar su autoestima y mejorar su competencia social con otros (Shepley, 2013).

8.3.1.1. *Requerimientos y Materiales.*

De acuerdo con Karlin, la terapia de arte corresponde al nivel 2 de diseño, donde se requieren las siguientes especificaciones:

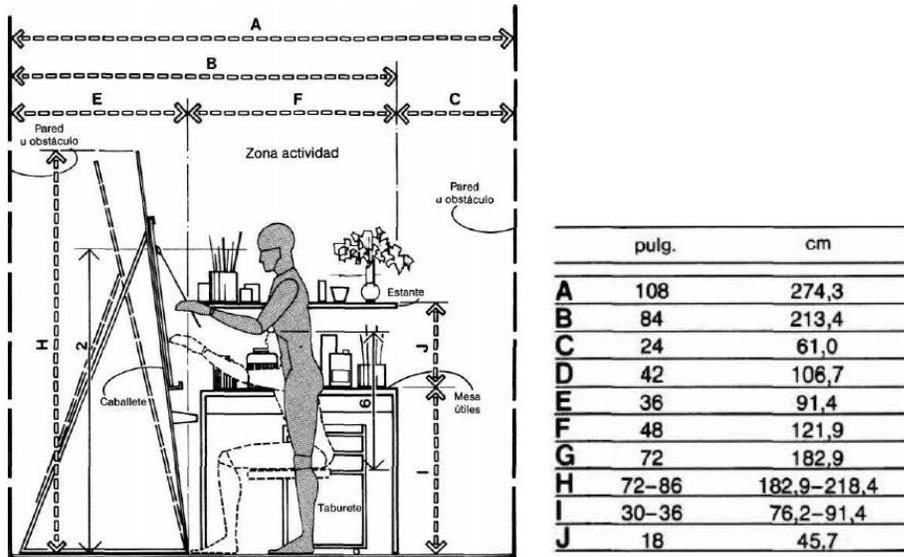
- Debe tener un buen control de acústica a través del aislamiento de paredes, puertas y tratamientos de techo o piso (Karlin, 2014). Ver Capítulo VIII – Acústica General.
- Debe contar con privacidad y silencio en el interior, para que los usuarios desarrollen las actividades sin distracciones o interrupciones (Wadson, 1980).
- Debe haber equipo de limpieza a la mano.
- Las superficies de mobiliario, pisos y paredes deben ser fáciles de limpiar.
- Flexibilidad de mobiliario: mesas, sillas, caballetes, etc.

8.3.1.2. *Dimensiones.*

En caso de utilizar caballetes en el espacio se debe tomar en consideración:

- Altura mesa de útiles: 0,76 – 0,91 m.

- Separación mesa – estante: 0,45 m.



Panero y Zelnik. (1996). Las Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores [imágenes].

8.3.1.3. Galería.

El centro ambulatorio propuesto plantea una pequeña galería donde los pacientes puedan exponer los trabajos producidos en las terapias de arte: dibujo, pintura, cerámica, escultura, etc. Según Wadeson, el hecho de que otras personas se muestren interesadas por sus trabajos, les da a los pacientes un sentimiento de orgullo y confianza en sí mismos que es sumamente beneficioso para la terapia (1980). Adicionalmente, todos estos trabajos son importante material de investigación para el centro en cuanto al tema de salud mental.

8.3.1.3.1. Requerimientos y Materiales

De acuerdo con Karlin, la galería corresponde al nivel 3 de diseño, donde se requiere:

- Las paredes deben ser de colores neutrales para maximizar el impacto visual de las obras y proveer un fondo para la personalización del espacio a través de los trabajos.
- Cualquier divisor espacial no debe tener patas sobresalidas.
- La iluminación sobre las obras debe ser puntual (Leibrock y Harris, 2011).

- El arte no debe ser expuesto con vidrio.
- Las esculturas debe estar asegurada y sujeta a pisos o paredes (Karlin, 2014).

8.3.2. *Terapia de Expresión Corporal*

Incluyen: música, relajación, expresión dramática y fantasía. El beneficio de la expresión corporal es que las personas pueden relajarse realizando las distintas actividades mientras comparten con sus compañeros. Sin embargo, el factor más importante es que ayudan a desatar procesos de introspección, donde el paciente se vuelve más consciente de sí mismo y su situación (Wadson, 1980).

8.3.2.1. *Requerimientos y Materiales.*

Según Karlin, la terapia de expresión corporal pertenece al nivel 2 de diseño, donde se requiere:

- Mobiliario: sillas, estantes.
- Es necesaria la existencia de bodegas o algún otro tipo de almacenamiento para colocar colchonetas, cojines, sillas, etc. Ver Capítulo VII – Bodegas de Almacenamiento.
- El lugar requiere de un pequeño escenario.
- Se debe procurar que entre luz natural, pero que haya la posibilidad de cerrar las cortinas y oscurecer un poco el ambiente en caso de ser necesario.
- Debe tener un buen control de acústica a través del aislamiento de paredes, puertas y tratamientos de techo o piso (Karlin, 2014). Ver Capítulo VIII – Acústica General.

8.3.3. *Terapia con Actividad Física*

Las actividades planteadas para esta sala son: yoga, pilates, tai chi, aeróbicos, etc., como se explica en el Capítulo III. El objetivo final de éstas es movilizar el cuerpo de los pacientes y

mantenerlos activos. La actividad física mejora el estado de ánimo y hace que las personas sean más receptivas y optimistas con respecto al tratamiento que reciben (Leibrock y Harris, 2011).

8.3.3.1. *Requerimientos y Materiales.*

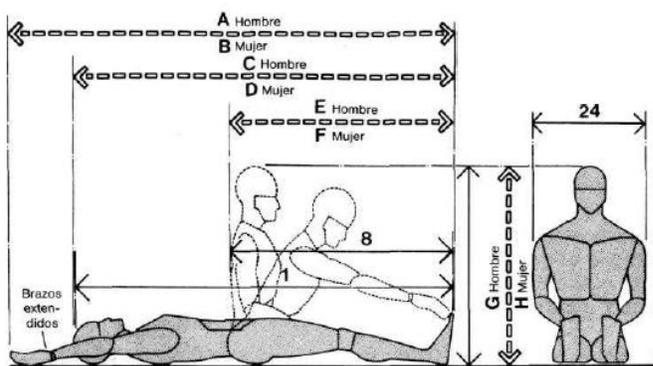
Según Karlin, la terapia de actividad física pertenece al nivel 2 de diseño, donde se requiere:

- Pisos: se puede considerar pisos de madera con respaldo de espuma, pisos de vinil, suelo de caucho, o suelo anti fatiga para minimizar la transmisión de ruido al exterior.
- Colores: pueden ser neutros como blanco y beige para generar tranquilidad. Para colores de acento se puede utilizar colores vibrantes y brillantes que den energía a los usuarios.
- El instructor de la clase puede estar alzado en una plataforma (Leibrock y Harris, 2011).

8.3.3.2. *Dimensiones.*

Es importante conocer el espacio requerido y la zona de actividad de las personas al momento de realizar la actividad física para poder determinar cuánto es el espacio requerido para este fin. En las siguientes imágenes podemos ver:

- Largo de zona de actividad para persona acostada: para hombres se necesita 2,03 – 2,32 m, y para mujeres 1,90 – 2,21 m.



EJERCICIOS EN EL SUELO

8.4. Oficinas

Las oficinas comprenden la parte semipública del área administrativa, por tanto, deben ser de fácil y claro acceso para los usuarios. De esta forma, se garantiza la optimización de los procesos administrativos y, por tanto, mayor satisfacción para los clientes del centro (Karlin, 2014).

8.4.1. Administración, Contabilidad, Tesorería, Trabajadora Social

La parte administrativa del centro es la encargada de supervisar el funcionamiento del mismo. De tal manera, estas oficinas son accesibles al público para realizar pagos, consultas de precios, seguimientos de la trabajadora social, etc.

8.4.2. Investigación

La investigación no sólo serviría para entender más a los pacientes con trastornos mentales, sino que también es una valiosa ayuda para enriquecer el conocimiento en cuanto a diseño interior, diseño arquitectónico, cómo afecta el ambiente en el paciente, factores culturales a considerar, etc. Mediante la investigación, se puede eliminar del ambiente aquellos elementos que inducen las conductas negativas y se comience a desarrollar un lenguaje arquitectónico que promueva las conductas positivas, como la reducción de estrés y la interacción social (Shepley, 2013).

8.4.3. Requerimientos

Según Karlin, las oficinas pertenecen al nivel 2 de diseño, donde se requiere:

- Colores: se deben evitar los altos contrastes entre colores. El ambiente debe ser de concentración que promueva el alto rendimiento, la creatividad de ideas y de la interacción y trabajo en equipo. Colores neutros y claros (para tareas de gran

concentración). Colores intensos (áreas de estancia corta porque pueden provocar fatiga visual).

- Los sistemas modulares escogidos dependerán del trabajo a realizar, de la cantidad de personal y del espacio que se disponga. Pueden ser de tipo: L, cruceta, caballerizas o zigzag (Karlin, 2014).
- Altura de techos: 2,50 m mínimo. (Artículo 202 - Ordenanzas Municipales)

CAPÍTULO VIII

9. Requerimientos Espaciales Área Privada

El área privada está constituida por los espacios que no son accesibles a todo público, sino únicamente al personal. Éstas son áreas de servicio, que funcionan como componente fundamental para los trabajos del día a día del centro. Por tal razón, la ubicación de los mismos no debe entrar en conflicto con la entrada principal ni deben ser visibles desde las áreas de pacientes (Karlin, 2014).

9.1. Estaciones de Enfermeras

Para evitar una estación grande y centralizada que no abarca todas las necesidades, se propone la ubicación de varios espacios de control más pequeños dispersos a través del centro (Shepley, 2013). Las estaciones de enfermeras deben estar pensadas para permitir la interacción informal y la comunicación entre pacientes y personal. Por tanto, se necesita que estén integradas con el resto del espacio pero, a la vez, sean fácilmente identificables para poder recurrir a ellas en caso de necesitarlo (Karlin, 2014).

9.1.1. *Requerimientos*

Según Karlin, las estaciones de enfermeras pertenecen al nivel 1 de diseño:

- Debe haber 1 estación de enfermeras por cada 8 habitaciones.
- entre el personal y los distrae de sus trabajos con los pacientes.
- Sala de reuniones: permite un área privada para conversaciones entre el grupo de profesionales y también un área de receso para el personal. Esta área no tiene la intención de ser abierta para reuniones con pacientes y sus familiares (Karlin, 2014).

9.1.2. *Materiales*

En cuanto a los acabados:

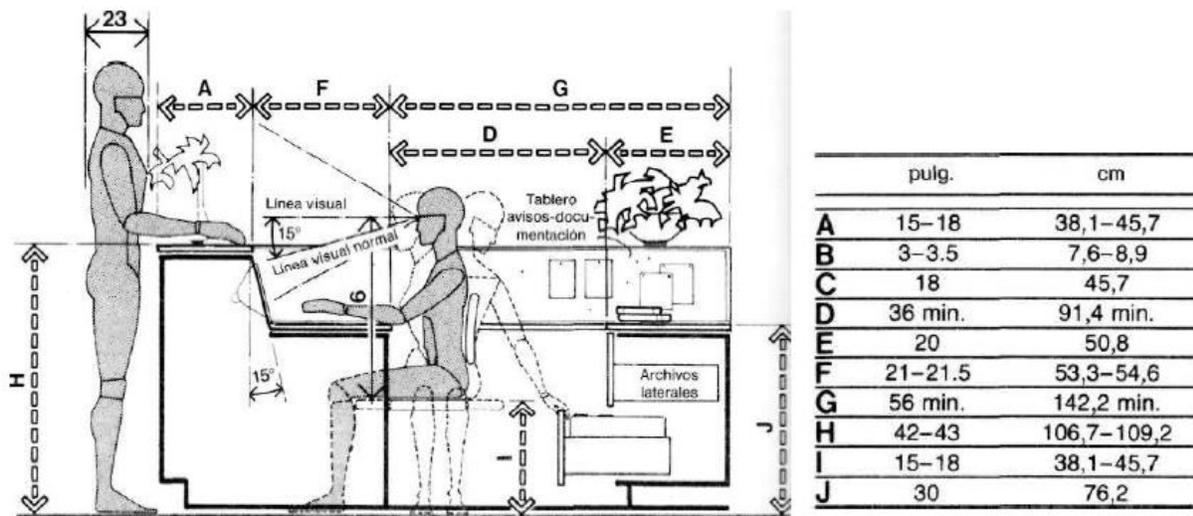
- Pisos: pisos de madera, vinil, linóleo o caucho con barredera continua del mismo material. Para la sala de reuniones, se puede utilizar alfombra.
- Paredes: gypsum pintado.
- Techos: gypsum pintado o paneles acústicos a una altura mínima de 2,70 m. Para el área de trabajo, sala de reuniones y cuarto de medicación, se debe utilizar paneles acústicos para generar privacidad.
- Telecomunicaciones: proveer puntos para voz y datos en cada estación (Karlin, 2014).

Para el mueble de las enfermeras, la superficie del counter debe ser sólida y contar con cajones según los requerimientos de la actividad (Karlin, 2014).

9.1.3. *Dimensiones*

- Espacio de apoyo para usuarios: 0,38 – 0,45 m.
- Zona de trabajo: 0,45 m.
- Altura mueble de apoyo: 1,06 – 1,10 m.

- Altura mesa de trabajo: 0,76 m.
- Altura cajón más bajo: 0,38 – 0,45 m.



Panero y Zelnik. (1996). Las Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores [imágenes].

9.2.Cocina

Se puede proponer dos tipos de cocina para el centro. En primer lugar, una cocina abierta, que ayuda a promover un ambiente familiar donde las personas participan y sociabilizan. De esta manera, los pacientes pueden ayudar al personal a preparar *snacks* mientras otros se sientan en las mesas o barra. También puede servir como un espacio para clases de cocina (Shepley, 2013). En segundo lugar, está la cocina industrial, que prepara las comidas del día y sirve al centro (Leibrock y Harris, 2011).

9.2.1. Requerimientos

Según Karlin, la cocina industrial pertenece al nivel 1 de diseño y la cocina abierta al nivel 2, donde se requiere:

- Cocina abierta: debe contar con estufa, microondas, lavaplatos, lavabo de dos pozos, refrigeradora y estantes. Debe tener la posibilidad de cerrar los equipos y mantenerlos fuera del alcance de los pacientes cuando no esté en uso (Karlin, 2014).
- Cocina industrial: debe proveer un sistema de trampa de grasa para los residuos de la cocina. La localización de este interceptor puede estar fuera de la estructura.
- Entre las paredes y los equipos calientes debe haber hasta 0,30 m de separación.
- No debe haber muebles en la parte superior de las mesas de trabajo.
- No debe haber cajones y los estantes deben ser abiertos sin puertas (Karlin, 2014).

9.2.2. Materiales

En cuanto a los acabados:

- Pisos: materiales antideslizantes y fáciles de limpiar como pavimento vinílico (base de espuma mezclado con fibra de vidrio), pavimento linóleo, pavimento laminado. La barredera debe ser continua del mismo material.
- Ventilación: evitar que el calor se acumule y eliminar el aire contaminado. Se debe colocar extractores sobre los aparatos de cocción para extraer los vapores que generan. Debe contar con sistema de extracción de olores. (Artículo 211 – Ordenanzas Municipales)
- Mobiliario: equipos de acero inoxidable (Karlin, 2014).

9.3. Archivo

Se debe tomar en cuenta que el archivo hospitalario no sólo es un lugar de almacenamiento y custodia de las historias clínicas, sino también un centro de información y consulta científica. Para cumplir con las exigencias, el área de archivo debe contar con un espacio adecuado,

estanterías de alta calidad, sistemas de ventilación eficientes, consideraciones de evacuación y prevención de incendios u otros posibles accidentes. Es necesario también tener presentes las necesidades de crecimiento y expansión a futuro según el número de historias clínicas nuevas generadas anualmente (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2009).

9.4.Lockers para Personal

El área de lockers debe encontrarse cerca del ingreso para personal para una mayor comodidad espacial. El artículo 212 de las Ordenanzas Municipales postula la siguiente disposición para vestidores:

CAPÍTULO IX

10. Otros Requerimientos Espaciales Generales

Para las consideraciones generales espaciales, se debe tomar en cuenta que se diseña para población universal.

10.1. Bodegas

El almacenamiento central debe ser sustituido por bodegas distribuidas a través de la facilidad, con el fin de generar comodidad para el personal y mantener el equipo cerca del lugar donde se lo pueda necesitar (Leibrock y Harris, 2011). Sin embargo, también es beneficioso que las bodegas estén diseñadas para ser compartidas entre algunos espacios para optimizar el espacio destinado a estos fines (Karlin, 2014).

10.1.1. Almacenamiento: Terapias y Consultorios

Las áreas de terapias y consultorios, donde los pacientes interactúan con el personal profesional y se discuten y tratan problemas, deben contar con el espacio suficiente para guardar y almacenar:

- Equipo para terapias: caballetes, mesas, sillas, colchonetas, cojines, etc.
- Suministros de terapias: productos de arte.
- Trabajos anteriores: idealmente, se debe tener los trabajos previos de los pacientes a la mano, en caso de que el trabajo actual se refiera a este anterior y de esta manera poder discutirlo (Wadeson, 1980).

10.1.2. Servicio

Estas áreas deben tener capacidad para almacenar:

- Equipo: carritos, sillas de ruedas, camillas, etc., y otros objetos que no deben estar parqueados en corredores o áreas poco seguras cuando no están siendo utilizados (Karlin, 2014).
- Medicinas: los farmacéuticos y narcóticos deben ser transportados por el personal de farmacia directamente al área destinada para mantenerlos bajo llave. Esta bodega se encuentra en el área médica, dentro del área de emergencia (Karlin, 2014).

10.2. Baños

Como reacción a los medicamentos, es común el exceso de sed que resulta en una alta demanda de baños por parte de los pacientes. Actualmente, los grandes espacios centralizados dedicados a este servicio deben ser sustituidos por baños más pequeños a través de todo el centro para que sean de fácil acceso (Leibrock y Harris, 2011). De acuerdo con las Normas INEN, se debe tomar en consideración que las dimensiones mínimas para un baño estarán determinadas por las dimensiones requeridas por personas con discapacidad. De esta manera, las instalaciones deben permitir el uso de las mismas con autonomía por parte de los usuarios o ayudados por otra persona (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).

10.2.1. Requerimientos y Seguridad

De acuerdo con Karlin, los baños corresponden al nivel 4 de diseño, donde se necesita:

- Las puertas deben batir hacia afuera siempre o ser corredizas. En caso de batir hacia adentro, deben considerar el espacio suficiente para no interrumpir con la actividad de las piezas sanitarias (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).
- No se debe disponer de tomas de corriente o interruptores dentro de un área de seguridad en torno al lavabo (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).

10.2.2. Urinarios

Pueden encontrarse en baterías individuales o áreas compartidas:

- En lugares públicos, los divisores de los urinarios no deben ser más largos que el borde de la pieza.
- Deben encontrarse a 0,40 m del piso para niños y 0,60 m del piso para adultos (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).
- Zona de actividad frente a la pieza: 0,76 por 1,20 m (Leibrock y Harris, 2011).

10.2.3. Inodoros

Tanto en cubículos, como baños individuales se debe considerar:

- Altura asiento: 0,45 m. (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).
- La elevación de la piza debe ser de 0,20 m del piso.
- Frente al inodoro debe haber 1,00 m de espacio (Karlin, 2014).

10.2.4. Lavabos

Debe haber lavabos a dos alturas para facilitar el uso a personas con discapacidad:

- Altura mueble para personas en sillas de ruedas: máximo 0,80 m del piso con espacio libre debajo de 0,67 m.
- Altura máxima: 0,90 – 0,95 m.
- Se debe proporcionar un colador resistente y seguro que no pueda ser desarmado.

10.2.5. Materiales

- Pisos: materiales antideslizantes, como porcelanato o caucho.
- Paredes: gypsum pintado. La cerámica no es recomendable ya que puede ser desprendida de pared y utilizada como arma (Karlin, 2014).

- Debe existir contraste de color entre las superficies de paredes y piso con los aparatos sanitarios, accesorios y barras de apoyo, que permita su correcta identificación por parte de todos los usuarios (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).

10.2.6. Accesorios

Los accesorios de baño deben estar asegurados para fomentar la seguridad de los pacientes.

Por tanto, deben seguir las siguientes especificaciones:

- Barras de apoyo: los extremos deben tener platos del mismo material para que no puedan ser utilizadas como puntos de anclaje.
- Marco del espejo: debe ser de acero inoxidable y estar bien sujeto a la pared. El filo inferior del espejo no debe estar más arriba de 1,00 m del piso para adultos, y 0,86 m para niños. Un espejo inclinado distorsiona la imagen pero permite una vista más completa que un espejo recto (Leibroek y Harris, 2011). La inclinación del mismo debe ser de máximo 10° con la vertical (Instituto Ecuatoriano de Normalización, 2008).

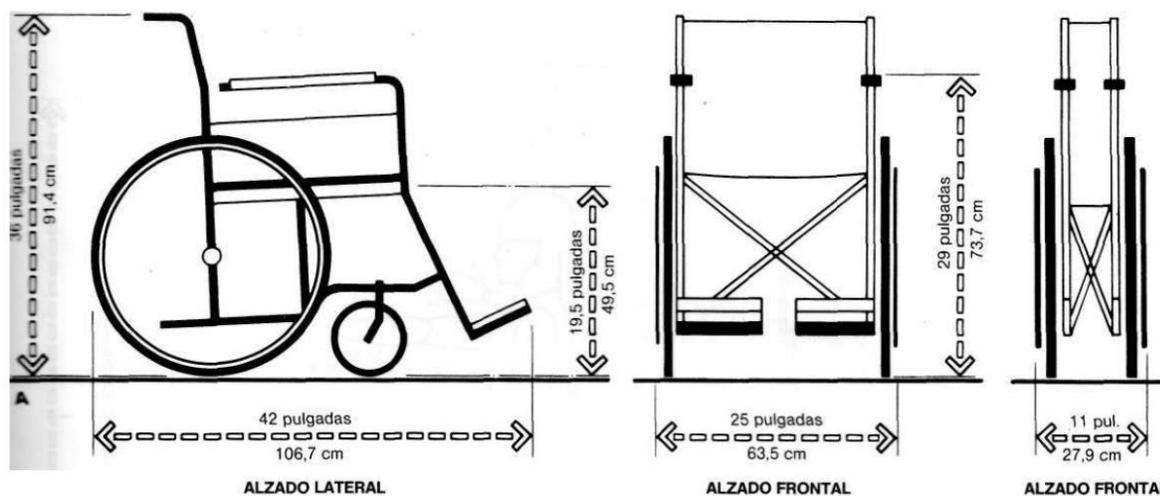
10.3. Personas con Discapacidad

A nivel mundial, se estima que la población disminuida asciende a 400 millones. Por tal razón, la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan a personas con discapacidad es sumamente importante. El problema más grave para este grupo es adaptarse a un mundo diseñado para personas sin discapacitadas ni problemas, cuando en realidad el mundo debería adecuarse a ellos, para facilitar su inclusión y bienestar. Las discapacidades pueden ser de carácter físico, visual, auditivo, mental, cardio-vascular, respiratorio, etc. (Shepley, 2013).

10.3.1. Sillas de Ruedas y Muletas

- Largo silla de ruedas: 1,10 m.

- Ancho silla de ruedas: 0,65 m.
- Ancho silla de ruedas guardada: 0,28 m.



Todo análisis para personas con discapacidad debe considerar muletas, sillas de ruedas y otros equipos como andadores, bastones y perros guía, ya que estas ayudas se convierten en partes funcionales del cuerpo de estos individuos (Shepley, 2013). Para personas que requieren de la asistencia de perros, los espacios públicos del establecimiento deben permitir su acceso.

- Zona de actividad para persona con bastón: 1,06 m.
- Frente de persona con ayuda de perro guía: 0,76 m.

10.4. Circulación

Las circulaciones son todos los espacios dedicados a comunicar las áreas públicas, semipúblicas y privadas del centro. Según Karlin, las circulaciones corresponden al nivel 3 de diseño, por lo que requieren de ciertas especificaciones de seguridad como se verá a continuación. En la etapa de planificación del proyecto, es importante que haya una comprensión de los patrones de circulación y protocolos de operación de la instalación para poder planificar de manera eficiente (Turner, 2015).

10.4.1. Circulación Vertical

Abarca rampas, ascensores y escaleras, dedicadas a comunicar los espacios en distintos niveles y pisos, de manera vertical.

10.4.1.1. Escaleras.

El artículo 205 de la Normativa de Bomberos del Ecuador postula que el tipo de escaleras requeridas viene determinado de acuerdo al usuario:

- Principal: paciente y público general.
- Secundaria: personal médico y paramédico.
- Emergencia: evacuación en casos de desastres (para edificaciones con más de un piso).
- Altura del pasamano: 0,80 – 0,85 m.
- Separación entre tramos de escaleras: 2,10 m.

Tanto en los tramos de descansos como en los escalones, especialmente en el primero y el último, se debe colocar iluminación que alumbre y resalte estos elementos para facilitar su visibilidad. Se puede utilizar luces guía empotradas en la pared. Otra alternativa es optar por una luz recesada debajo de los escalones, que ayuda a prevenir accidentes sin causar deslumbramiento en los usuarios (Leibroch y Harris, 2011).

10.4.1.2. Rampas.

El artículo 206 de la Normativa de Bomberos del Ecuador postula las siguientes consideraciones para rampas:

- Ancho general: mínimo 1,20 m.
- Ancho rampas unidireccionales: mínimo 0,90 m.
- Ancho de rampa para giro de 90 grados: mínimo 1,00 m.

- Ancho de rampa para giro mayor a 90 grados: mínimo 1,20 m.
- Ancho de descansos: mínimo 1,20 m libre.
- con diferenciación de color o textura. También se puede utilizar luces guía.
- Deben tener bordes laterales de protección de 0,10 m (Shepley, 2013).
- Las rampas exteriores deben estar cubiertas con un techo para proteger del viento y lluvia.

Todas las escaleras y rampas deben contar con pasamano a ambos lados.

- Deben ser continuos y prolongarse del principio al fin de estos elementos.
- Siempre deben volver a la pared para evitar que se agarre la ropa o accidentes, como se ve en la imagen de abajo.
- El material de la pared posterior no debe ser abrasivo.
- El color del pasamano debe contrastar con la pared (Leibrock y Harris, 2011).

10.4.1.3. Ascensores.

De acuerdo con el artículo 207 de la Normativa de Bomberos del Ecuador, los ascensores se dividen de acuerdo al usuario:

- Público general
- Personal médico y paramédico (montacamilla, abastecimiento)

En caso de ser posible, se debe contar con dos grupos de ascensores: uno para el personal y otro para pacientes. Las dimensiones se dan de acuerdo al flujo de personas, espacio para camillas, carros de transporte y material de abastecimiento.

- Dimensiones mínimas de ascensor: 1,10 por 1,40 m.
- Superficie mínima de vestíbulo de acceso al ascensor: 1,50 por 1,50 m libre.

- Deben existir dispositivos de alarma comunicados con las estaciones de enfermeras.
- La información de los botones debe ir en altorrelieve y también en Braille.
- Altura pasamano interno: 0,95 – 1,05 m. Separado 4,5 – 5,5 cm de la pared del ascensor (Leibrock y Harris, 2011).

10.4.1.4. Seguridad.

Los elementos de circulación vertical deben contar con:

- Iluminación suficiente para diferenciar estos elementos con facilidad.
- Se debe evitar el deslumbramiento de los usuarios a través de una correcta ubicación de las fuentes de luz (Karlin, 2014).
- Se debe contar con la señalética adecuada. Ver Capítulo VIII – Señalética.

10.4.2. Circulación Horizontal

Abarca los corredores, pasillos y espacios destinados a conectar las áreas públicas, semipúblicas y privadas. La persona se desplaza de manera horizontal, sin cambiar de nivel. Aquí es importante considerar la existencia de una circulación para el público general y otra secundaria, para el personal del centro.

10.4.2.1. Corredores.

De acuerdo al artículo 204 de la Normativa de Bomberos del Ecuador, los corredores deben seguir las siguientes especificaciones:

- Ancho circulación general: 1,80 a 2,40 m.
- Debe haber ventanas que iluminen y ventilen estos espacios por lo menos cada 25,00 m.
- Espacio delante de ascensores: 3,40 m de ancho.

- Espacio delante de ascensores cuando existen salas de espera vinculadas al pasillo: 3,40 m de ancho más 1,35 m² adicionales por persona y 8 asientos por consultorio.
- Pisos: deben ser de materiales uniformes y antideslizantes. .

10.4.2.2. *Corredores Secundarios.*

Como se mencionó antes, se debe procurar plantear una circulación alterna únicamente para uso de personal, con la finalidad de minimizar el ruido y las distracciones en áreas utilizadas por pacientes. Esta circulación se utiliza para transportar suministros, material, para recoger la ropa blanca sucia y posteriormente repartir ropa blanca limpia en los consultorios (Karlin, 2014). Aquí, es importante minimizar las distancias de caminata del personal para generar un trabajo más eficiente (Shepley, 2013).

10.4.2.3. *Seguridad.*

- Debe existir pasamano en el corredor para uso de las personas, de acuerdo a las especificaciones de la sección Pasamanos.
- Es positiva la introducción de arte en los corredores para que sean más acogedores.
- El arte debe estar bien ajustado y pegado a la pared para que no pueda ser desmontado y utilizado como arma.
- Los marcos, en caso de tenerlos, deben ser pesados y estar sujetos con tornillos de seguridad.
- El arte debe estar cubierto con vidrio laminado o policarbonato y no deslumbrar a los espectadores.
- En el área médica se deben evitar los corredores largos para promover la interacción social entre pacientes y con el personal. Un edificio en L, por ejemplo, rompe y acorta estas distancias personal (Karlin, 2014).

10.5. Accesos

Comprende todo lo que son puertas de ingreso y salida del centro, organizados por las distintas funciones, usuarios y necesidades. En edificios de salud, de acuerdo con el artículo 201 de las Ordenanzas Municipales, adicionalmente al ingreso principal, deben existir ingresos separados para: emergencia, consulta externa, servicio general, abastecimiento.

10.5.1. Puertas

De acuerdo con el artículo 203 de la Normativa de Bomberos del Ecuador, todas las puertas deben seguir las siguientes consideraciones:

Si abren hacia el exterior no deben obstruir las circulaciones en corredores, descansos de escaleras o rampas.

- Deben tener dispositivos de cierre automático.
- Las cerraduras en áreas donde los pacientes pueden estar solos no deben tener seguros externos ni internos.
- Salidas de emergencia: deben abrirse hacia el exterior y ser de fácil acceso. También deben estar alarmadas y monitoreadas por cámaras (Karlin, 2014).

Hay que considerar que algunas puertas deben contar con espacio suficiente para el paso de una silla de ruedas.

- Ancho de la puerta: 1,16 – 1,21 m.
- Paneles de visión: permiten al personal tener visibilidad clara de una habitación, sin necesidad de entrar. A la vez, mantienen la privacidad del paciente y le permiten al mismo orientarse antes de ingresar a una habitación.
- Todos los cristales utilizados en puertas deben ser de vidrio laminado. El panel no puede generar deslumbramiento.

- Para mantener el control en egresos o áreas privadas de servicio, se debe mantener las puertas cerradas.
- Las cerraduras pueden ser electrónicas para permitir el desbloqueo automático con tarjeta por parte del personal (Karlin, 2014).
- Se debe considerar cerraduras especiales que pueden desmontarse por el personal en casos de emergencia, por ejemplo, si un paciente se encierra en una habitación.
- Ciertas puertas deben batir hacia ambos lados para que no puedan ser bloqueadas con muebles o por un paciente que se haya caído (Sheahan y Reading, 2014).

En la siguiente imagen vemos cómo debe batir la puerta cuando se abre hacia una rampa. De esta forma, el descanso debe considerar el espacio para que abra la puerta sin interrumpir la circulación.

10.5.2. Ingreso Principal

El diseño del ingreso principal es importante porque es la primera impresión que los usuarios tendrán del centro. De esta manera, y como se mencionó anteriormente, la escala es un factor a considerar para la puerta de entrada para que, desde el principio, los espacios de transición se sientan apropiados y pensados para el usuario a tratar. El objetivo es que el adolescente sienta que es un espacio hecho a su medida (Shepley, 2013).

- Se debe proveer pistas visuales, incluyendo señalética exterior y elementos arquitectónicos que logren guiar al paciente a entrar al centro (Leibrock y Harris, 2011).
- Los lectores de tarjetas del personal deben ser instalados en la entrada principal y otros puntos de acceso para que el personal autorizado pueda circular libremente (Karlin, 2014).

10.5.3. Ingresos Alternos

Se debe plantear un acceso independiente directo al área de urgencia desde el parqueadero. Adicionalmente, el personal puede tener un ingreso separado, que esté conectado al área de lockers y salas de descanso (Karlin, 2014).

10.5.4. Salida Alternativa de Área Médica

Es bueno pensar en una salida alternativa en el área médica, para que los pacientes que salen no tengan que volver a pasar por el área de la recepción. Idealmente, aquellos que salen no deben cruzarse con los que entran.

10.5.5. Parqueaderos

En centros de salud, es indispensable tomar en cuenta el área de parqueaderos:

- Debe contar con guardias de seguridad, asistentes de parqueo, cámaras de video e iluminación apropiada.
- El acceso a la entrada principal y al área de urgencia deben estar cubiertas. La altura de estas entradas techadas debe tener en cuenta el alto de las ambulancias (Karlin, 2014).

10.5.6. Control de Desechos y Otros

El área de depósito de desechos y sus circulaciones deben estar bien pensadas para que no exista ninguna contaminación ni circulaciones cruzadas. Todos los desechos deben estar ubicados en una bodega aparte y cerrada, fuera del alcance de los pacientes (Karlin, 2014).

- Desechos Médicos: son aquellos de riesgo biológico, generados en salas de examinación. Estos residuos se recogerán en contenedores de objetos cortos punzantes y otras bolsas de residuos y transportados a contenedores especialmente designados. Los residuos se mantienen allí hasta que se transportan a la instalación de manejo de desechos médicos.

- Desechos Generales: se genera en todos los espacios y se mantiene en contenedores. Luego se recogen con un carrito y se transportan al basurero general para ser llevado después a la planta de desechos.

Adicionalmente, el artículo 2015 de las Ordenanzas Municipales postula que las edificaciones de salud deben contar con un generador de emergencia para que el servicio eléctrico no se interrumpa. Éste debe tomar en cuenta soluciones técnicas que controlen la propagación de vibraciones, ruido y emisiones gaseosas. Los muros que delimitan el generador serán de hormigón armado de mínimo 0,10 m de espesor, para evitar la propagación del fuego.

10.6. Normativa de Bomberos

Todos los espacios deben estar equipados con los dispositivos de seguridad adecuados: rociadores, detectores de humo, alarmas de fuego, extintores, etc. En espacios donde los pacientes podrían estar solos, dichos dispositivos deben estar asegurados para que no puedan ser objeto de vandalismo o abuso (Karlin, 2014).

10.6.1. Extintores

- Distancia entre extintores: cada 25 metros.
- Cada 200 m² debe haber un extintor de 20lb.
- Zonas de colocación: En las proximidades de los sitios de mayor riesgo o peligro, de preferencia junto a las salidas y en lugares fácilmente identificables, accesibles y visibles desde cualquier punto.
- No se debe obstaculizar la circulación hacia los extintores.

10.6.2. Detectores de Humo

Existen de distintos tipos: fotoeléctricos, iónicos, de puente de resistencia, de análisis de muestra, combinados, etc.

- Distancia entre detectores: 6 metros entre detectores o cada 60 m².
- A mayor altura, menos detectores por el efecto de cono de humo.
- Alcance: 60 m².
- No se deben instalar en zonas donde puedan causar falsas alarmas como zonas con barreras de calor o que estén sometidos a vibraciones.

10.6.3. Rociadores

- Ubicación: sectores de algo riesgo o de fácil combustión.
- Deben tener una fuente de agua propia, no puede ser la columna de agua o los servicios generales sanitarios.
- Distancia entre sí: 1,50 metros.
- Radio de alcance: 1,69 m con una superficie de 9m².
- Altura: máximo 3,10 m.

10.6.4. Pulsador de Pánico

- Distancia entre sí: máximo 25 metros.
- Deben existir en todos los pisos cerca de los letreros de EXIT.
- Altura: 1 a 1,20 m del piso.

10.6.5. Luces de Emergencia

- Ubicación: áreas de acceso – evacuación, y áreas de riesgo.

- Deben marcar un recorrido hacia puertas, pasillos, escaleras, el número del piso y salidas de los espacios.
- Funcionamiento de una hora con 5 lux mínimo.
- Solamente puede ser alimentado por fuentes propias de energía, como baterías de acumuladores o aparatos autónomos automáticos.

10.6.6. Gabinetes contra Incendio

- Espesor del vidrio: 2 a 3 mm y no deben ser instalados con masillas o pegamentos.
- Distancia entre sí: Cada planta, cada 500 m² o fracción. Máximo a 30 metros entre sí.
- Dimensiones: 0,80 por 0,80 por 0,20 m y un espesor de lámina metálica de 0,75 mm.

(Instituto Ecuatoriano de Normalización, 1984).

CAPÍTULO X

11. Concepto



Reverso de un Tejido

“Si la cordura es vista como un tejido cuidadosamente compuesto por hilos de diferentes fuerzas físicas y sociales de acuerdo con un diseño organizado, entonces la locura puede ser identificada como el reverso de esta misma tela, con sus nudos, dobladillos, bordes de costura y el patrón de colores a la inversa. Esta parte posterior, sin embargo, está tejida a partir de los mismos hilos que componen el frente que está destinado a ser visto.”

- Harriet Wadesen

11.1. Subconceptos Elementos de Composición



Nudos: entrelazamiento de extremos, que cuanto más se estira, más apretado queda.



Costuras: unión de dos o más materiales al perforarlos con un hilo.



Dobladillos: pliegue de remate en el borde, doblándolo dos veces hacia en mismo sentido y cosiéndolo para que no se deshile.



Inversa del color: patrón de colores vistos desde la parte de atrás.



Trama: Enlace interno entre los distintos elementos que componen un todo.

CONCLUSIONES

Para finalizar, la pérdida del sentimiento de institucionalidad aporta de gran manera al proceso de curación, al igual del sentido de pertenencia que se genera con las distintas actividades propuestas en el centro. Luego de la aplicación teórica del proyecto, es importante resaltar que la fusión de parámetros de psicología clínica y principios de diseño interior logra crear un espacio apto, que responda las necesidades de los pacientes con problemas de salud mental, los familiares de las mismas y el personal involucrado. El poder crear un espacio funcional que cumpla con las necesidades demuestra el potencial del diseño, no sólo para crear un espacio agradable y amigable, sino también para maximizar los potenciales del funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Clem, J. (11/2011). “*The Design of a Psychiatric Residential Treatment Facility in Wheelwright, Kentucky Serving Adolescent Males*”. Extraído el 22 de octubre del 2015 de UKnowledge desde:
<http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=kaleidoscope>
- Climate-Data Organization. (2009). *CLIMA: CUMBAYÁ*. Extraído el 1 octubre 2015, de Climate-Data.org desde: <http://es.climate-data.org/location/30124/>
- DiNardo, A. (2013). *PHOTO TOUR: Amplatz Children’s, Mental Health Program*. Extraído el 3 octubre 2015, de Healthcare Design Magazine desde: <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/photo-tour-amplatz-children-s-mental-health-program>
- “*Emma Kinderziekenhuis Amc Second Phase*”. (2013). Extraído el 1 de septiembre del 2015, de Opera Amsterdam desde: http://www.opera-amsterdam.nl/projects.php?pro_id=124
- Flannery, B. (24/07/2015). “*Activities for Mental Health Groups*”. Extraído el 7 de septiembre de 2015, de HubPages desde: <http://blakeflannery.hubpages.com/hub/Activities-for-Mental-Health-Groups>
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, M., y Uribe, M. (2002). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos*. Bogotá: CEJA.
- Gonzáles, J. (2001). *Psicopatología de la Adolescencia*. México: Manual Moderno.
- Hanenberg, Wim. (2010). *Anansi Playground Building / Mulders vandenBerk Architecten*. Extraído el 28 agosto 2015, de ArchDaily desde: <http://www.archdaily.com/48692/anansi-playground-building-mulders-vandenberk-architecten>
- Harris, P. (2005). *El Funcionamiento de la Imaginación*. México: S.L. Fondo De Cultura Economica De España.
- Herrero, E., y Esquirol, J. (s.f.). *Manía*. Extraído el 15 de octubre del 2015, de MAPFRE desde: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/mania.shtml>

Hohenadel, K. (2015). This Is What a Psychiatric Ward Designed by Patients Looks Like.

Extraído el 2 de septiembre del 2015, de Slate Sitio desde:

http://www.slate.com/blogs/the_eye/2015/03/19/madlove_a_designer_asylum_from_james_leadbitter_the_vacuum_cleaner_is_a.html

Instituto Ecuatoriano de Normalización. (1984). “*Normas INEN 439 y 440*”. Extraído el 28 de octubre de 2015, de Edicto del Gobierno de Ecuador desde:

<https://law.resource.org/pub/ec/ibr/ec.nte.0439.1984.pdf>

Instituto Ecuatoriano de Normalización. (2008). “*Accesibilidad de las Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida al Medio Físico. Área Higiénico-Sanitaria*”.

Extraído el 01 de noviembre de 2015, de Edicto del Gobierno de Ecuador desde:

<https://law.resource.org/pub/ec/ibr/ec.nte.2293.2001.pdf>

Jersild, A. (1966). *The Psychology of Adolescence*. Estados Unidos: The Macmillan Company.

Karlin, B. (12/2014). “*Mental Health Facilities Design Guide*”. Extraído el 22 de septiembre del 2015, de Department of Veterans Affairs desde:

<http://www.cfm.va.gov/til/dguide/dgmh.pdf>

Kellog, C. (26/11/2013). “*Power Players in Healthcare Design: ZGF Architects*”. Extraído el 7 de septiembre de 2015, de Interior Design Magazine desde:

<http://www.interiordesign.net/articles/detail/35791-power-players-in-healthcare-design-zgf-architects/>

Kernber, P., Werner, A., y Bardenstein, K. (2001). *Trastornos de la Personalidad en Niños y Adolescentes*. México: Manual Moderno.

La Salud Mental de los Hijos de Padres “Helicópteros” Corre Peligro. (20/09/2015). *Revista Familia*, 1561, pp. 12-13.

Leibrock, C., Harris, D. (2011). *Design Details for Health*. Nueva York: Wiley and Sons Inc.

MIES. (02/04/2009). “*Ordenanzas Municipales*”. Extraído el 28 de octubre del 2015, de Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito desde:

<http://www.bomberosquito.gob.ec/images/pdf/juridico/reglamentopreencion.pdf>

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2009). “*Manual De Organización, Cargos - Funciones y Reglamentos*”. Extraído el 28 de octubre del 2015, de Instituto de Medicina desde: http://www.imt.edu.py/admin/uploads/Documento/Cargos_y_Funciones.pdf
- Nasio, J. (2000). *Los más Famosos Casos de Psicosis*. España: Paidós Iberica
- Neufert, E. (1995). *Arte de Proyectar en Arquitectura*. España: G. Gili S.A.
- Niños Melindrosos: Alerta con la Ansiedad. (30/08/2015). *Revista Familia*, 1558, pp. 12-13.
- Ortuño, F. (2009). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Quintana, L. (2014). *Kalorias - Children's Space / estudio AMATAM*. Extraído el 28 agosto 2015, de ArchDaily desde: <http://www.archdaily.com/483228/kalorias-children-s-space-estudio-amatam>
- Panero, J., Zelnik, M. (1996). *Las Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores*. España: G. Gili S.A.
- Rojas, M. (2007). “*Atención de Enfermería a Pacientes con Afecciones Psiquiátricas*”. Extraído el 26 de octubre del 2015, de EcMed desde: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/AtencionEnfermeria.pdf
- Rosell, G. (2010) *Ventilación general en hospitales*. Extraído el 19 de noviembre 2015, de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo desde: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/859w.pdf>
- Rosenfield, K. (2014). *CREO ARKITEKTER and WE architecture Shares First Prize for Danish Psychiatric Hospital*. Extraído el 28 agosto 2015, de ArchDaily desde: <http://www.archdaily.com/579811/we-shares-first-prize-for-danish-psychiatric-hospital>
- Sheahan, M., Reading, M. (2014). “*Future Directions in Design for Mental Health Facilities*”. Extraído el 13 de septiembre del 2015, de Hassell desde: http://hassellstudio.com/docs/final_futuredirections_designformentalhealth_2014.pdf

- Shepley, M. (2013). “*Design Research and Behavioral Health Facilities*”. Extraído el 7 de septiembre del 2015, de The Center for Health Design desde:
https://www.healthdesign.org/chd/knowledge-repository/design_research_and_behavioral_health_facilities
- Shodvin, H. (2013). *Kronstad Psychiatric Hospital / Origo Arkitektgruppe*. Extraído el 28 agosto 2015, de ArchDaily desde: <http://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe>
- Suárez, J. (2013). *Municipio de Quito y MSP inauguran Centro Ambulatorio San Lázaro*. Extraído el 3 septiembre 2015, de Ministerio de Salud Pública desde:
<http://www.salud.gob.ec/tag/san-lazaro/>
- “*The Impact of Colour in Healthcare Design*”. (08/08/2013). Extraído el 7 de septiembre del 2015, de Parkin Architects desde: <http://www.parkin.ca/blog/the-impact-of-colour-in-healthcare-design/>
- Turner, K. (05/01/2015). “*Designing for Health: Challenges and Opportunities in Psychiatric Healthcare Design*”. Extraído el 22 de octubre del 2015, de Perkins+Will desde:
<http://www.contractdesign.com/practice/healthcare/Designing-for-Health-Challenges-and-Opportunities-in-Psychiatric-Healthcare-Design-30442.shtml>
- Wadson, H. (1980). *Art Psychotherapy*. Nueva York: John Wiley and Sons Inc.

ANEXO A: PLANO DE MOBILIARIO



CANTIDAD DE ÁREAS	
1	RECORRIDO GENERAL DE LA INSTITUCIÓN
2	RECORRIDO GENERAL DE LA ESCUELA
3	RECORRIDO GENERAL DE LA BIBLIOTECA
4	RECORRIDO GENERAL DE LA CANTINA
5	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
6	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE TUTORÍA
7	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE PSICOLOGÍA
8	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ASesoría
9	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO
10	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL PADRE
11	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL PROFESOR
12	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL COMUNITARIO
13	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON NECESIDADES ESPECIALES
14	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON TALENTOS
15	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
16	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE COMPORTAMIENTO
17	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE RELACIONES INTERPERSONALES
18	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL
19	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE ORGANIZACIÓN
20	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE ATENCIÓN
21	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE MEMORIA
22	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE LENGUAJE
23	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE MATEMÁTICAS
24	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE CIENCIAS
25	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE HISTORIA
26	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE GEOGRAFÍA
27	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE ARTES
28	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN FÍSICA
29	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN MUSICAL
30	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA
31	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN CÍVICA
32	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN AMBIENTAL
33	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA LA PAZ
34	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
35	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA LA CIDADANÍA
36	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
37	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL DEPORTE
38	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL TURISMO
39	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL COMERCIO
40	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE EMPRESAS
41	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE PROYECTOS
42	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE RECURSOS
43	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE RIESGOS
44	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE CALIDAD
45	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE INNOVACIÓN
46	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE SOSTENIBILIDAD
47	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL
48	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE ÉTICA
49	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE LEADERSHIP
50	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE EMPRENDIMIENTO
51	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE INICIATIVA
52	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE CREATIVIDAD
53	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE RESILIENCIA
54	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCONCIENCIA
55	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOREGULACIÓN
56	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOMONICIÓN
57	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTODIRIGIBILIDAD
58	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN
59	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN INTERNA
60	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN EXTERNA
61	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN GRUPAL
62	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL
63	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN SOCIAL
64	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN CULTURAL
65	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN ÉTICA
66	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN LEGAL
67	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN ECONÓMICA
68	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN POLÍTICA
69	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN RELIGIOSA
70	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN FILOSÓFICA
71	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN ESTÉTICA
72	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN CIENTÍFICA
73	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN TECNOLÓGICA
74	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN MATEMÁTICA
75	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN HISTÓRICA
76	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN GEOGRÁFICA
77	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN ARTÍSTICA
78	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DEPORTIVA
79	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN TURÍSTICA
80	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN COMERCIAL
81	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN EMPRESARIAL
82	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE PROYECTOS
83	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE RECURSOS
84	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE RIESGOS
85	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE CALIDAD
86	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE INNOVACIÓN
87	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE SOSTENIBILIDAD
88	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE RESPONSABILIDAD SOCIAL
89	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE ÉTICA
90	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE LEADERSHIP
91	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE EMPRENDIMIENTO
92	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE INICIATIVA
93	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE CREATIVIDAD
94	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE RESILIENCIA
95	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE AUTOCONCIENCIA
96	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE AUTOREGULACIÓN
97	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE AUTOMONICIÓN
98	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE AUTODIRIGIBILIDAD
99	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE AUTOCOMUNICACIÓN INTERNA
100	RECORRIDO GENERAL DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL ALUMNO CON DIFICULTADES DE EDUCACIÓN PARA EL MANEJO DE AUTOCOMUNICACIÓN DE AUTOCOMUNICACIÓN EXTERNA

PLANO DE MOBILIARIO
ESC. 1:300

ANEXO B: RENDERS













