



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

Escuela Técnica Superior de Arquitectura

Elementos de la arquitectura del cuidado

Trabajo Fin de Grado

Grado en Fundamentos de la Arquitectura

AUTOR/A: Sebastia Alcaide, Andrea

Tutor/a: Guimaraens Igual, Guillermo

CURSO ACADÉMICO: 2021/2022



ELEMENTOS DE LA ARQUITECTURA DEL CUIDADO

ANDREA SEBASTIÀ ALCAIDE

TUTOR: GUILLERMO GUIMERAENS IGUAL
DTPO: COMPOSICIÓN ARQUITECTÓNICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO
: ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ARQUITECTURA

CURSO 2021-2022
GRADO EN FUNDAMENTOS DE LA ARQUITECTURA



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



ESCUELA TÉCNICA
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



ESCUELA TÉCNICA
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA

Portada. Dibujo de personas, actividades y elementos cotidianos.

ELEMENTOS DE LA ARQUITECTURA DEL CUIDADO

ANDREA SEBASTIÀ ALCAIDE

TUTOR: GUILLERMO GUIMERAENS IGUAL
DTPO: COMPOSICIÓN ARQUITECTÓNICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO
: ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ARQUITECTURA

CURSO 2021-2022
GRADO EN FUNDAMENTOS DE LA ARQUITECTURA



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



ESCUELA TÉCNICA
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA

ELEMENTOS DE LA ARQUITECTURA DEL CUIDADO

PALABRAS CLAVE:

CONFORT, BIENESTAR, PSICOLOGÍA, CURAR, INDEPENDENCIA, INTERACCIÓN, NORMALIDAD, ATMÓSFERA, ORIENTACIÓN.

RESUMEN:

Este trabajo de investigación entiende la “arquitectura del cuidado” como aquella destinada a habitantes que requieren de una atención específica: centros psiquiátricos, residencias de la tercera edad o residencias infantiles, entre otros.

Se pretende conceptualizar elementos característicos de estos programas arquitectónicos que puedan contribuir al buen diseño de sus espacios.

El trabajo se abordará a partir del análisis de proyectos diversos en el ámbito internacional, a partir de la experiencia personal, lecturas y entrevistas a diferentes usuarios.

ELEMENTS DE LA ARQUITECTURA DE LA CURA

PARAULES CLAU:

CONFORT, BENESTAR, PSICOLOGIA, CURAR, INDEPENDÈNCIA, INTERACCIÓ, NORMALITAT, ATMOSFERA, ORIENTACIÓ.

RESUM:

Aquest treball de investigació entén “l’arquitectura de la cura” com aquella destinada a habitants que requereixen d’una atenció específica: centres psiquiàtrics, residències de la tercera edat o residències infantils, entre altres.

Es pretén conceptualitzar elements característics d’aquests programes arquitectònics que puguin contribuir al bon disseny dels seus espais.

El treball s’abordarà a partir de l’anàlisi de diversos projectes a l’àmbit internacional, partint de l’experiència, lectures i entrevistes a diferents usuaris.

ELEMENTS OF CARE ARCHITECTURE

KEYWORDS:

CONFORT, WELLFARE, PSYCHOLOGY, CARE, INDEPENDENCE, INTERACTION, NORMALITY, ATMOSPHERE, ORIENTATION.

SUMMARY:

This research work understands “care architecture” as the architecture designed for inhabitants who require specific assistance: psychiatric centres, elderly centres or children’s centres, among others.

The aim is to conceptualise the elements of these architectural programmes which contribute to the appropriate design of their spaces.

The work will be based on the analysis of different projects in the international sphere, based on personal experience, readings and interviews with different users.

ÍNDICE

1-INTRODUCCIÓN.....	7	7-CONCLUSIONES.....	64
1.1 DUALIDAD MEDICINA Y ARQUITECTURA.....	8	8-BIBLIOGRAFÍA.....	66
1.2 CONTEXTO HISTÓRICO.....	10	9-CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS.....	69
1.3 MOTIVACIÓN PERSONAL.....	13	9.1 ELABORACIÓN PROPIA.....	70
1.4 ODS.....	14	9.2 FUENTES EXTERNAS.....	70
2-ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	15		
3-OBJETIVOS.....	18		
4-MÉTODO Y FASES.....	20		
5-OBRAS ANALIZADAS.....	23		
6-CUERPO DEL TRABAJO, ELEMENTOS.....	30		
1 VER Y SER VISTO.....	31		
2 LA BIENVENIDA.....	36		
3 CONECTAR.....	38		
4 UNIR.....	42		
5 COMPARTIR.....	45		
6 COMUNIDAD.....	48		
7 FLEXIBILIDAD.....	50		
8 MINIHOGAR.....	53		
9 ATMÓSFERA.....	56		
10 EL MARCO.....	59		
11 RESPIRAR.....	61		



1 INTRODUCCIÓN

1.1 DUALIDAD ENTRE LA MEDICINA Y LA ARQUITECTURA.

A lo largo de la historia, se ha podido observar que la **arquitectura** se ha ido adaptando a las diferentes necesidades que han ido surgiendo con motivo de la aparición de nuevas actividades, la larga sucesión de modas, el nacimiento de numerosos inventos, etc, de modo que, para entender la arquitectura y crearla, tenemos que conocer el contexto histórico y ser siempre conscientes del momento preciso que se está viviendo, el cómo, cuándo y dónde, y de cuáles son las principales **necesidades** y problemas a los que nos enfrentamos.

Una de las circunstancias que siempre ha alterado la arquitectura es la **medicina**. La medicina y la arquitectura siempre han ido de la mano. Si la medicina progresa, la arquitectura lo hace también. Pero, además, la forma de entender, de estudiar, de resolver problemas y de desarrollarse, funcionan de forma similar en ambas materias.

Un ejemplo de lo dicho es que, con uno de los más grandes avances de la medicina, la invención de los **rayos X** en 1895, que nos ha permitido conocer el interior de los seres vivos, la arquitectura pasó a ser más transparente para poder leer la estructura, la arquitectura moderna. La arquitectura influye en la medicina y a su vez, la medicina influye en la arquitectura. El **cliente** del arquitecto actúa como un **paciente** para la medicina, y el espacio es o puede llegar a ser una forma de terapia. Esta dualidad la presenta Beatriz Colomina en su libro *Xray Architecture* (2018, cap.1).

Uno de los puntos de relación estrecha y directa entre la arquitectura moderna y la medicina fue la aparición de la **tuberculosis** a finales de 1800. Se precisaba aislar y tratar a estos pacientes infecciosos, para lo cual la arquitectura tuvo que crear nuevos espacios como hospitales y **sanatorios**, pero también lugares higienizados para prevenir esta enfermedad y otras muchas. De esta manera nace ese tipo de arquitectura, que ayudaba tanto a la **prevención** como a la **sanación**, provocando un cambio en el diseño de los espacios y la funcionalidad de éstos.

Las soluciones que aportaba esta nueva arquitectura estaban relacionadas con la actividad física, se trabajaba con la luz y con la ventilación, se creaban espacios ajardinados, al mismo tiempo que los edificios iban perdiendo el ornamento excesivo y creando superficies blancas, con las que se da la sensación de un ambiente limpio y una sensación de calma, lo cual, directamente, mejoraba la **salud física** de los pacientes e, indirectamente, implicaba un bienestar psicológico y una mejora en la **salud mental** de los mismos, haciendo realidad la famosa expresión del latín clásico: "mens sana in corpore sano". (Juvenal, 1965: 6).

Con motivo de la II Guerra Mundial, la arquitectura se erige en un refugio para las personas, actúan sus edificios como incubadora, un lugar donde el individuo indefenso, se siente **protegido**, anestesiado contra el dolor. A partir de entonces, la arquitectura anhela ser espaciada y empieza a ser funcionalista cuyo principal objetivo es limpiar y **simplificar**.

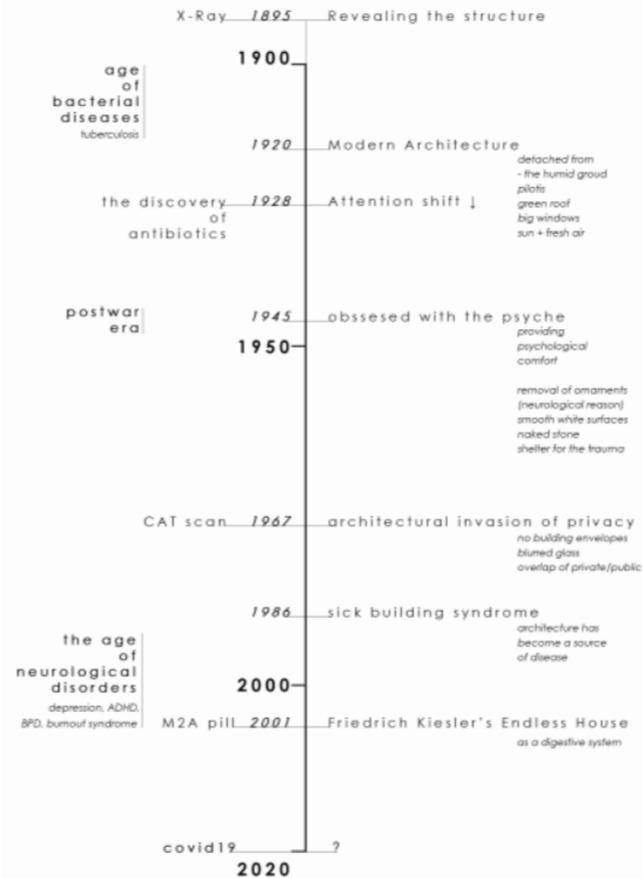


Figura 1. Eje cronológico de la arquitectura y la medicina paralelamente.

Se creó una nueva realidad. La gente era consciente de lo importante que era la **salud**, así que empezó a cuidarse más con terapias naturales: comer sano, jardinería, nudismo, no beber alcohol, no fumar, liberación sexual, medicina alternativa... (Colomina, 2018: 48).

Cuando se creó el antibiótico contra la tuberculosis, ya por 1921, la arquitectura se centró más en los aspectos psicológicos que en las soluciones médicas, la arquitectura estaba en contra de los traumas psicológicos y médicos y las casas actuaban como ayuda para las personas, para prevenir y curar a los enfermos.

La tuberculosis cambió la arquitectura, hubo que tomar nuevas medidas en las edificaciones. Las nuevas situaciones crean nuevos problemas y, en consecuencia, se adoptan nuevas **soluciones**. La gente cambia entonces de opinión, la tecnología se desarrolla, el arte crece, la medicina progresa. Las nuevas situaciones nos hacen crecer de alguna manera y crear nuevas formas de vivir. Al final, la arquitectura, progresivamente, aunque de una manera lenta, se va adaptando y consigue facilitarnos la vida.

En definitiva, nos ayuda a **sobrevivir**.

1.2 CONTEXTO HISTÓRICO

El término **psiquiatría** se conoce desde la antigüedad. Cuatro mil años antes de Cristo, los sumerios consideraban que las personas mentalmente enfermas padecían un castigo divino. Ya en el antiguo Egipto, se empiezan a desarrollar sistemas médicos de tratamiento basados en actividades recreativas y ambientes estimulantes y se redacta un tratado, *El Papiro Ebers* (Antiguo Egipto, 1500 a.c), donde se mencionan algunas **enfermedades mentales**, considerando también la epilepsia. La civilización griega, por otro lado, desarrolló un gran avance médico con Hipócrates y el médico de Cos, describiendo la complejidad entre el **comportamiento** de una persona y su **situación orgánica**. A su vez, gracias al teatro griego se desarrolla la interacción **paciente-terapeuta**. Luego, la civilización romana continuó la línea que empezaron los egipcios y fueron Aulo Cornelio Celso y Galeno, los que empiezan a clasificar los tipos de enfermedades y a estudiar las **causas**. Pero, después de tal avance, en la Edad Media retornó la idea religiosa de que las personas que padecían enfermedades mentales eran fruto de **posesiones divinas**. En cambio, Tomás de Aquino afirma que éstas pueden ser tratadas. Tras todo lo estudiado, surgen las primeras instituciones gracias a la cultura árabe pero, pese a que varios autores posteriores describieron las enfermedades mentales como **procesos naturales**, el vínculo de éstas con la **religión** y la maldad no desaparecía. Durante la época del Renacimiento, los hospitales acogían a los considerados "locos" pero sin tratamiento alguno, únicamente como mecanismo de tutela.

El vínculo con lo religioso fue criticado por Erasmo de Róterdam sin demasiado éxito, pues un siglo después, en el siglo XVII y tras varios avances médicos, se considera que las personas que padecen enfermedades mentales son una **amenaza** para la sociedad y por miedo, que han de ser expulsados de ésta, como narra Foucault en su obra *History of madness* (2006: Part1, 46)

A partir de esta visión, Foucault hace referencia también al Hospital General de Paris, (2006: Part1, 48) dónde se encerraba a las personas enfermas, pobres, discapacitadas o peligrosas, independientemente de su edad, origen, estado y de si sus enfermedades eran curables o incurables. Todo esto se resume en un **aislamiento y emprisionamiento** de lo que la sociedad consideraba que no pertenecía a ella. Y las instituciones que se fueron creando en la época se situaban apartadas de la sociedad por miedo a contagio. Pero estas instituciones o "casas de locos" no eran instituciones médicas sino **instituciones semijudiciales**, donde los enfermos, los peligrosos y los locos, estaban **separados** de los sanos, razonables y racionales. Todo fundamentado por razones sociales, morales y religiosas, gestionado por la **policía** y no por médicos. Durante el período de la ilustración, se les confinaba para evitar **escándalos** en la ciudad y se les ignoraba porque relacionaban la locura con la maldad. Y, en el caso de los racionalistas, con la **animalidad**, pues afirmaban que la falta de razón hace del humano un animal.

Y a partir de estas ideas, nace el razonamiento siguiente: el trabajo y la labor son el camino para volver hacia Dios. Por esto en el Hospital General de Paris, las personas confinadas se dedicaban a **trabajar** únicamente, pues se pensaba que esa era la solución para volver a ser "**normal**". (Foucault, 2006: Part1, 68).

Este método se ve afectado en el siglo XVIII por el miedo a las **fiebres** que iban surgiendo, ya que se piensa que las pandemias surgen en este tipo de instituciones, por lo que los **encierran** y reprimen aún más.

Es en el siglo XIX cuando se empiezan a criticar los métodos argumentando que hay gente decente que está encerrada. Bajo el punto de vista económico, el Conde de Mirabeau sugiere que hay que sacarles alguna utilidad: trabajando para tener ganancias e impulsar la economía del país. (Foucault, 2006: Part3, 399).

Surge así, el **asilo**, a modo de **retiro**, en las afueras de las ciudades, donde continúan apartados de la sociedad pero sin estar aprisionados, donde pueden trabajar y sentir responsabilidades, pero a la vez culpabilidad. La locura entonces, tratada moralmente con trabajo supervisado por los llamados "doctores morales", encasillada en un sistema de **castigos y recompensas**. El paciente es consciente de que está condenado y juzgado continuamente. En Inglaterra, por ejemplo, estos retiros donde el funcionamiento era idéntico al explicado, incluían una actividad llamada "**tea parties**" donde la tradición del té de las cinco de la tarde

cobraba un sentido teatral. Los directores y guardias de los retiros invitaban a varios pacientes cada día a sus fiestas del té y los hacían vestirse elegantes como ellos y fingían que eran todos iguales por un corto rato. Todo el mundo competía por poder asistir, para lo que había que fingir educación y elegancia. La pregunta es: ¿Se pensaba que si se fingía el suficiente tiempo los convertirían en personas normales?

Actualmente este vínculo o conexión sigue presente y se materializa en la llamada **habitación de seclusión**, cuya percepción varía según quien la ocupa.

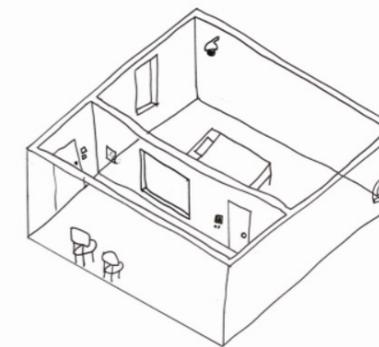
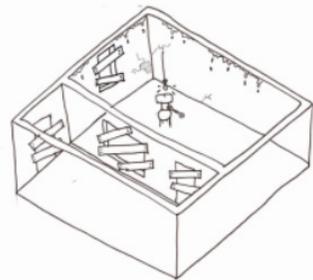
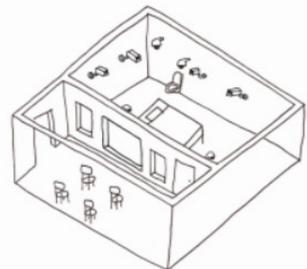


Figura 2. Esquema de nuestra percepción de la habitación de seclusión.



BRENDA FROYEN
PSICOSIS

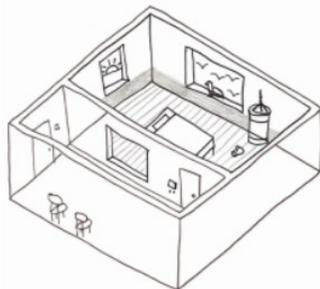
"muy fría, desnuda, solitaria,
me siento raptada..."



MILKE V.C.

PENSAMIENTOS OSCUROS

"supervisión, sin privacidad,
incomunicación, vergüenza,
pérdida de moral..."



KELLY N

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

"segura, sin estrés, silenciosa,
tranquila..."

Figura 3. Esquemas de la percepción de una habitación de seclusión.

Pero últimamente han surgido otros métodos gracias a un cambio de percepción sobre estas personas. Foucault en su libro *Birth of the clinic*, en 1963 originalmente publicado, critica al **hospital** argumentando que está obsoleto, que no funciona para este tipo de pacientes ni para los cuidadores y que en vez de ayudarlos, los aíslan: "El hospital es una solución anacrónica que no responde a las verdaderas necesidades reales de los pobres y que estigmatiza a los enfermos en estado de penuria" (Foucault, 2017: 44). Así nace un híbrido, la **clínica**, que mezcla las características del hospital con las del hogar. Este concepto es en el que hoy en día se basan para construir los centros de salud de este carácter: sentirte como en tu hogar sin estarlo, estar enfermo pero sin sentirlo. Y de aquí surge el efecto **placebo arquitectónico** del que Charles Jencks nos habla en su libro *Can architecture affect your health?* (2012, frg.4), donde él estudia que la curación y el comportamiento de una persona se ven afectados por tres factores: el **social** (interacción e interés), el **cultural** (tradiciones, religión y creencias) y el **arquitectónico** (determinismo y el efecto placebo). De lo que extraemos que la arquitectura efectivamente toma un papel determinante en la actitud de las personas (determinismo arquitectónico, como en el panóptico de J.Bentham). Los pioneros de este efecto placebo fueron los centros Maggie (Jencks, 2012, frg.3), centros contra el cáncer, que utilizaban la atmósfera hogareña, la inclusión, la escala humana y la arquitectura propia de una casa estándar para la curación de sus pacientes.

1.2 MOTIVACIÓN PERSONAL

Siendo consciente de la relación de la medicina y la arquitectura, como explica Beatriz Colomina en el libro *Xray Architecture*, (2018, cap.1) y viendo cómo ha avanzado la percepción de las personas a la vez que los centros que las acogen, considero que es de importante relevancia prestar atención al **diseño arquitectónico** de estos centros, ya que es de una responsabilidad enorme, sumada a las responsabilidades que como arquitectos ya tenemos.

La arquitectura sirve a las **personas** y en este caso es una herramienta de la medicina, tanto para **prevenir**, como afirmó Neutra: "la arquitectura es una rama de la medicina preventiva", (Colomina 2018: 49, Richard Neutra citó en *Steel construction with Plaster*; California Plasterer, 1929. recorte en los archivos de Neutra. UCLA. See Solan, "Built for Health" p.145-46), como para **curar**, como daba a entender Le Corbusier en su película *L'architecture d'aujourd'hui* (1929): "la casa es una máquina para la salud, un tipo de terapia" (Colomina 2018: 20).

Y por ello, hemos de escuchar a las personas, entenderlas e incluso ponernos en su lugar para poder saber qué diseñar y de qué manera. "Todo buen arquitecto, antes de comenzar cualquier proyecto debe conversar detenidamente con los futuros moradores e intentar explorar sus expectativas, ahondando, especialmente, en sus emociones." (Lotito Catino, F., 2017: 14). Sólo así funcionará para ellos, en su defecto, será en vano, o en el peor de los casos, perjudicial.

Este interés surge apartir del año pasado, cuando estudié con la beca Erasmus en la KU Leuven, Gante, Bélgica, concretamente en taller de Proyectos llamado Studio Care Architecture, cómo la arquitectura se relaciona con la **psicología** y encontré de verdadero interés cómo puede la arquitectura facilitar o empeorar las situaciones individuales y personales de los usuarios, además de cambiar su percepción y actitud. Siendo un tema desconocido para mí, me sorprendió y mi visión de la arquitectura cambió por completo. Además, llevando la materia a mi campo personal, me he visto impulsada a redactar el Trabajo de Final de Grado sobre esta temática también por un comentario que hizo mi primo al salir del Centro de Salud mental de Sagunto tras ser ingresado por un brote de trastorno bipolar: "Estaré loco, pero yo aquí no vuelvo".

Por lo anterior y por haber hecho durante toda la duración de la asignatura de proyectos en KU Leuven, un trabajo de campo sobre esta materia a nivel de investigación, análisis de centros y entrevistas a personal y a usuarios de éstos, he decidido sintetizar y ordenar la información que ya poseo con el fin de extraer conclusiones de diseño y consideraciones para futuros centros de características especiales.

1.3 ODS

Este trabajo se centra en la importancia de las personas que van a permanecer en un espacio concreto con el fin de utilizar la arquitectura como una herramienta médica. Por ello, este Trabajo de Final de Grado pretende abarcar los Objetivos de Desarrollo sostenible: 3, 10 y 11:

-Objetivo 3, salud y bienestar: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.* Utilizando una arquitectura enfocada a la medicina y focalizando la atención a sus usuarios, a la hora de diseñar un centro psiquiátrico, un centro de menores o uno de la tercera edad, conseguimos promover la salud, sobre todo mental de los pacientes y su bienestar. (Objetivo 3, meta 3.4 y 3.5).

-Objetivo 10, reducción de las desigualdades: *Reducir la desigualdad en y entre los países.* Como explicaba en el apartado anterior, actualmente las personas que frecuentan este tipo de edificios y servicios están muy discriminadas, se les trata de personas no normales y se les expulsa de las ciudades por miedo. Por ello, con un cambio en el diseño de estos servicios, promovemos la reducción de la desigualdad en cuanto a discapacidad y edad. (Objetivo 10, meta 10.2).

-Objetivo 11, ciudades y comunidades sostenibles: *Lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles.* Este trabajo también pretende promover la sostenibilidad social, incluyendo en la ciudad estos edificios sin exclusión alguna. (Objetivo 11, meta 11.3).



Figura 4 y 5 y 6. Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 10 y 11



2 ESTADO DE LA CUESTIÓN

Considero que la temática expuesta en este Trabajo de Final de Grado es de primordial relevancia hoy en día pues abundan los problemas de **salud mental** a causa, en su mayoría, de la pandemia COVID 19, pues se ha demostrado que las cuarentenas, a lo largo de la historia han sido perjudiciales para la salud mental de las personas y la estabilidad familiar, como explican los artículos: *The psychological impact of quarantine and how to reduce it*, (Brooks, et al., 2020) basado en numerosos estudios tras pandemias de cierta gravedad, y *Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19* (Palacio-Ortiz, et al., 2020). Además, padecer algún trastorno mental es más **común** de lo que se puede pensar, pues una gran proporción de la población ha presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), en el mundo existen más de 450 millones de personas diagnosticadas con algún trastorno mental o de la conducta. Los problemas de salud mental, como se explica en el artículo *El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica* (Alberta Martínez-Castillo, A., & Rosas, F. J., 2022: 10), son de carácter público debido a que están presentes en todo el mundo, no hacen distinción de edad, sexo, o nivel social, económico o cultural, y constituyen una de las tres principales causas de **mortalidad** de las personas que oscilan entre los 15 y 35 años, por suicidio. Por la inmensa cantidad de personas con enfermedades mentales a nivel mundial y la situación de hoy en día, la arquitectura debe participar en poner **solución** a esta situación como siempre lo ha hecho a lo largo de la historia.

En cambio, pese a que padecer una enfermedad mental o requerir atención especializada entre dentro de la normalidad, estas personas padecen una **discriminación** por parte de la mayoría de la sociedad, un estigma por defecto, gracias a cómo es la sociedad hoy en día y a cómo han sido tratados a lo largo la historia. Algunas etiquetas definen que los pacientes "son peligrosos", "son débiles", "son inútiles", y esto les genera actitudes y actos discriminantes de rechazo (Corrigan, 2012). Lo peor es que la discriminación que experimenta este grupo de personas tiene peores consecuencias que la misma enfermedad (Thornicroft, et al., 2016). Por eso es tan importante el bienestar del paciente y su estado emocional, factores que se pueden conseguir en parte, mediante la arquitectura. Comprobado por el funcionamiento exitoso de los centros Maggie gracias a la **arquitectura placebo**, como explica Charles Jencks en su libro *Can architecture affect your health?* (2012, frg.3 y 4). Se ha comprobado también que la institucionalización de estas personas estaba resultando poco eficaz en su recuperación y que era necesaria la reestructuración de la atención psiquiátrica y por lo tanto de los centros. Se proponen métodos interdisciplinarios y la participación activa de los familiares para mejorar la calidad de vida de los pacientes, aunque hay que prestar atención a la situación concreta en la que nos encontremos. (Belarre, et al., 2017), (Morasso, 2013). Desde 1986 que se implantó la **desinstitucionalización** de los psiquiátricos (Ley 14/1986, cap.III), los pacientes con trastornos mentales han pasado a ser atendidos en servicios de hospitales generales permitiendo así el contacto con

la sociedad y la familia. Sin embargo también han surgido otras propuestas, como las "**casas de crisis**", caracterizadas por ser más similares a la tipología de una casa, con otras ventajas distintas a las de un hospital general. Me pregunto entonces: ¿Qué es lo ideal? ¿Una zona del hospital dedicada a ellos? ¿Un espacio propio y que se sientan como en casa? ¿No hospitalizarlos?... Ahora, nos encontramos por lo tanto en un debate en cuanto a qué es lo que realmente necesitan las personas con **necesidades especiales**, incluyendo además de las personas mentalmente enfermas, a niños que necesiten permanecer en centros de menores, personas de la tercera edad..., en definitiva, personas que, por su estado, requieren una atención especial o deben ser tratados por un tiempo por voluntad propia o por recomendaciones de familiares o doctores. Los centros o espacios para personas con necesidades especiales tienen objetivos similares: recuperación del paciente, ayuda durante el proceso de asimilación de la enfermedad o problema y tratamiento de la enfermedad o problema, pero sobre todo, facilitar la estancia proporcionando bienestar. Por ello, se presenta en el siguiente trabajo no como una solución general de dónde se deberían de albergar ni cómo ni con qué tratamientos tratarlos, sino una serie de recomendaciones de pequeñas intervenciones o factores a tener en cuenta a la hora de diseñar un espacio dedicado a estas personas para facilitar su estancia, su bienestar y su recuperación.

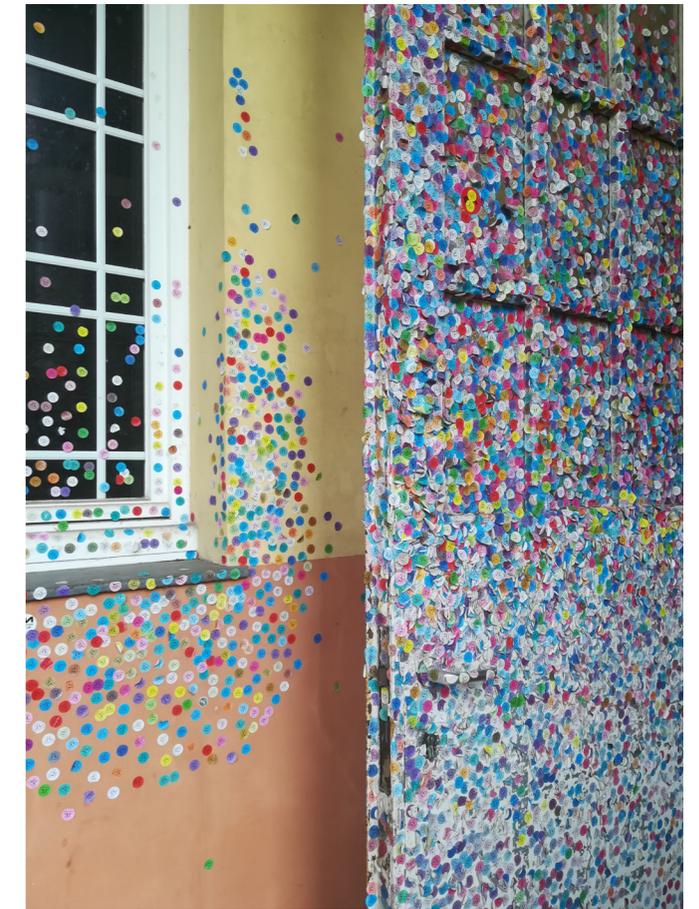


Figura 7. Fotografía de la puerta del antiguo psiquiátrico Dr.Guislain.



3 OBJETIVOS

Tras ser consciente de la relevancia del papel de la arquitectura en los procesos médicos de las personas, del debate abierto de cómo deberían ser las instituciones médicas de cuidados especiales, y de la urgencia de aportación de soluciones ante la situación alarmante de hoy en día, el principal objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es **mostrar recomendaciones de cómo poder diseñar los distintos elementos de un edificio dedicado a colectivos específicos, según el tipo de usuario que vaya a residir en él, con el fin de promover la salud y bienestar de los residentes y su inclusión en la sociedad.**

Además se plantean otros objetivos tales como:

- 1-. Apoyar la idea de que estos centros necesitan ser diseñados atendiendo en primer lugar las necesidades reales de las personas que lo van a frecuentar. Los residentes son los protagonistas.
- 2-. Mostrar los beneficios que tiene la atmósfera hogareña en los centros destinados a la terapia y el bienestar.
- 3-. Expresar la importancia y responsabilidad que tenemos como arquitectos sobre las personas que habitan los espacios que diseñamos.
- 4-. Promover un estudio más amplio de la temática y ayudar a resolver las necesidades que tenemos tras la pandemia.
- 5-. Disolver la discriminación de las personas que necesitan cuidados y devolverles el sitio que merecen en la sociedad.
- 6-. Resaltar la importancia de la interacción y de las relaciones sociales en estos centros.



Figura 8. Fotografía perteneciente al museo Dr.Guislain .



4 MÉTODO Y FASES

El interés por esta rama de la arquitectura nace a partir de lo estudiado en el Taller de Proyectos que escogí durante mi curso en la Universidad KU Leuven en Bélgica. Durante toda la duración de la asignatura nos centramos en esta temática. Toda la clase analizamos una serie de obras por grupos: psiquiátricos, centros de la tercera edad o centros de menores, ubicados en Bélgica. Debatimos acerca de los elementos que nos parecían relevantes en cada obra y lo estudiábamos para sacar conclusiones. Obviamente, no todos los centros tenían las mismas características, ni funcionaban igual, ni tenían los mismos elementos ni igual diseño de los mismos, pero a través del análisis de las obras junto a entrevistas a personal y usuarios de los centros, además de visitas a varios psiquiátricos y museos y varias lecturas de libros de profesionales, nos hicimos una idea de lo que funcionaba en los edificios analizados y lo que no, comparándolos entre nosotros y utilizando lo aprendido. Todo este curso se resumió en un trabajo de recopilación de información conjunto de toda la clase bastante extenso, donde se incluyen las entrevistas enteras, resúmenes de las lecturas, comentarios de obras del museo de psiquiatría, los elementos analizados más relevantes en cada obra... Este trabajo me hizo reflexionar mucho y me abrió una puerta hacia una rama de la arquitectura, desconocida por completo para mí, que he querido exponer en mi Trabajo de Fin de Grado. Por lo que, basándome en el trabajo de toda la clase, he decidido realizar un trabajo de síntesis y orden, concluyendo todo lo relacionado al diseño que descubrimos con el fin de realizar un catálogo de diseño para futuros edificios de este carácter.



Figura 9. Fotografía de una clase de Studio Care Architecture en Melle Karus.

Las fases del trabajo previo y actual han sido por lo tanto:

1-. *Análisis de los casos estudiados: Todas las semanas y los miércoles en el taller, puesta en común y debate acerca de todas las obras analizadas por el resto de compañeros.*

2-. *Lecturas de libros que tratan la temática: Yo leí Xray de Beatriz Colomina y extraje las ideas principales.*

3-. *Visitas a centros psiquiátricos: Centro psiquiátrico y museo Dr. Guislain, Gante (Bélgica) del que escogimos un elemento y la comentamos y Melle Karus, el centro de psiquiatría dónde llevabamos a cabo el taller.*

4-. *Entrevistas a personal, pacientes y arquitectos: por grupos escogimos una persona con la que ponernos en contacto y preguntamos todo lo que creímos oportuno.*

5-. *Puesta en común de todo lo recopilado: realización del libro Studio Care Book entre toda la clase.*

6-. *Búsqueda de nueva bibliografía referente al estado de actualidad de la psiquiatría y la discriminación de las personas con necesidades especiales además de datos de salud mental referentes al COVID-19. Artículos extraídos de Google Scholar.*

6-. *Procesamiento de los datos, lectura del libro de Studio Care Book y focalización en los análisis de doce obras destinadas a necesidades especiales, fundamentadas por las lecturas y las entrevistas.*

7-. *Extracción de conclusiones y recomendaciones de diseño por elementos de los edificios basándome en los análisis y fundamentadas en el estudio previo.*

8-. *Composición del trabajo y extracción de conclusiones finales.*



Figura 10. Montaje fotográfico del museo Dr.Guislain escogido.



Ter Heide
Dierendonckblancke



Figura 11. Perspectiva exterior de Ter Heide.

“Conversar con el cliente para conseguir una casa sostenible y duradera para el bienestar colectivo de los residentes”

Ter Heide es un centro psiquiátrico dividido en varios campus y unidades según tres tipos de gravedad de discapacidad: MID, MED y GES (ascendentemente). Se construyó en 2014 y está situado en las afueras de Zonhoven-Genk, integrado en una gran extensión verde. La organización espacial permite a los grupos de MID y MED disfrutar libremente del exterior, mientras que grupo GES está restringido por no responder bien a este estímulo. Cada grupo se aloja en una edificación distinta, pero la tipología es la misma para todos, cambiando la configuración interior según las necesidades propias de cada grupo.

GZA Hollebeek
XDGA



Figura 12. Fotografía exterior de GZA Hollebeek.

“Luminosidad e interacción para el bienestar de nuestros mayores”

GZA Hollebeek es un complejo formado por dos edificios de igual forma pero distinto uso (centro de demencia y finca del servicio) construido en 2017. El centro de demencia, está orientado a sur para aprovechar toda la luz natural posible y se divide en cuatro plantas, cada una para un grado de demencia y acoge a dos grupos de quince personas cada una.

Sint-Hiëronymus Chapel
U/Define & TC plus



Figura 13 y 14. Fotografías interior y exterior de Sint-Hiëronymus Chapel.

“Reflexión y tranquilidad como terapia”

Sint-Hiëronymus Chapel es una capilla de meditación perteneciente al centro psiquiátrico Sint-Hiëronymus hospital situada en Sint-Niklaas, Bélgica y renovada en 2018. Fue pensada para ayudar en la recuperación de los residentes del psiquiátrico: un lugar seguro donde poder reflexionar. Aunque esté situada en plena red urbana, el campus ejerce de barrera acústica, proporcionando a la capilla tranquilidad y silencio.

De Eiken, Monnikenheide
UR Architects



Figura 15. Fotografía interior del comedor de De Eiken.

“Una gran familia de nueve miembros”

De Eiken, también conocido como Rode Roos, es un centro destinado al cuidado de personas con discapacidades de tipo mental. Es la ampliación construida en 2017 del principal centro de salud mental del complejo Monnikenheide, en las afueras de Zoersel, Bélgica. Tiene aforo para acoger a 9 personas relativamente independientes y cuenta con nueve habitaciones, dos zonas comunes y dos baños compartidos. Gracias a la naturaleza que lo abraza, su materialidad, su tipología similar a la de una casa corriente y personalización del espacio por parte del usuario, consiguen el bienestar de los residentes.

Huis aan't Laar 51N4E



Figura 16 y 17. Fotografía y boceto del exterior de Huis aan't Laar.

“La casa que forma parte del bosque”

Huis aan't Laar es otro de los edificios junto a De Eiken, pertenecientes al complejo de salud mental Monnikenheide, Zoersel, Bélgica. Se construyó en 2012 y es también de carácter residencial, acoge 16 personas de mediana edad con discapacidades mentales, en 16 habitaciones tipo estudio. Su forma es orgánica por su relación con el bosque que lo rodea.

Ter Leenen 51N4E



Figura 18. Fotografía interior de Ter Leenen.

“La gente que necesita cuidados no debe estar aislada de la vida cotidiana, debe vivirla”

Ter Leenen es un centro destinado a cuidados de personas de la tercera edad, construido en 2012 y situado en Deinze, Bélgica. Este proyecto destaca por tener en cuenta además de al personal y a los residentes, a las visitas que estos últimos puedan tener. Además, el proyecto materialmente ejerce un papel muy importante a la hora de ayudar a los residentes a ubicarse dentro y fuera del edificio y a usarlo adecuadamente por ellos mismos.

WZC Sint-Vincentius Kortrijk URA



Figura 19. Perspectiva exterior del centro WZC Sint-Vincentius Kortrijk.

“Detrás de una fachada dorada y siete plantas, una gran comunidad”

WZC Sint-Vincentius situado en Kortrijk, Bélgica y construido en 2014, es un centro psiquiátrico con toda variedad de residentes. La planta baja es pública, las siguientes son residenciales para las personas que necesitan más cuidados, y las más altas de servicios. El hecho de que personas con distintas discapacidades convivan, según los cuidadores del centro, no acaba de funcionar. Y tampoco lo hace la gran cantidad de pasillos. A su vez, los residentes son libres de moverse por el edificio y exteriores y en varias ocasiones han tenido que buscarlos.

Wivina De Vylder Vinck Taillieu



Figura 20. Fotografía exterior del centro Wivina.

“Vida independiente para toda una vida”

Wivina, centro residencial de cuidados, pertenece a un complejo formado por varios servicios sanitarios, ubicado en Groot-Bijgaarden, Bélgica y construido en 2015. Su materialidad basada en celosías de ladrillo pretende contrastar con la naturaleza e invocar la arquitectura del monasterio de Sint-Wivina. Teniendo en cuenta que sus residentes generalmente son suficientemente independientes, el edificio se compartimenta en pequeños apartamentos unidos por un pasillo a modo de calle. A su vez, el centro contiene jardines y zonas exteriores.

De Drie Platanen Bovenbouw



Figura 21 y 22. Fotografía exterior y perspectiva interior de De Drie Platanen.

“El centro como un edificio más de la ciudad y sus residentes como locales”

De Drie Platanen es un centro residencial para la tercera edad, ubicado en Oostende, Bélgica y construido en 2019. El centro está en plena red urbana y tiene como objetivo involucrar a sus usuarios con los ciudadanos locales. Para ello proponen un patio a modo de claustro que abraza la vegetación existente, atravesable y público, por el que los usuarios y los locales, paseen e interactúen. El edificio repite una planta tipo en toda su altura sin casi modificación y todas las habitaciones son idénticas.

Huis Perrekes NUarchitectuuratelier



Figura 23. Fotografía de la cocina de Huis Perrekes.

“Una casa lo más normal posible, en una calle normal, en una ciudad normal”.

Huis Perrekes es una organización sin ánimo de lucro en Oosterlo, Bélgica, destinada a personas con demencia. Originalmente era un centro residencial permanente pero NUarchitectuuratelier, los arquitectos, proyectaron una ampliación donde pudieran acoger personas para cortas estancias. *Huis* significa casa en neerlandés y como su propio nombre indica, el centro tiene el fin de ser como una casa normal del barrio. Los arquitectos afirman que el proyecto no está acabado y que es un proceso, están en contacto siempre con los usuarios, el personal y las personas del barrio, para saber cómo su arquitectura está influyendo y si está funcionando.

De Leemwinning noAarchitecten



Figura 24. Fotografía interior de De Leemwinning.

“Estar lo menos posible pero cuanto sea necesario”

De Leemwinning es un centro destinado al cuidado de menores entre doce y dieciocho años, construido en 2016 en las afueras de Mechelen, Bélgica. El objetivo es tratar a jóvenes delincuentes o con personalidad antisocial, que han sido remitidos por el juzgado de menores, durante el tiempo necesario (normalmente corto), con el fin de reconectarlos con su familia y su vida normal. El diseño del edificio está basado en pequeñas unidades espacialmente unidas con el fin de poder supervisar el comportamiento de los residentes. El funcionamiento del proceso se basa en los conceptos: reeducación, supervisión, bienestar y reconexión familiar.

Dos psiquiátricos en Gasthuisberg Stéphane Beel



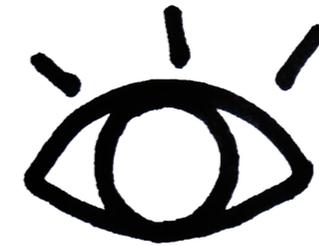
Figura 25. Perspectiva exterior del centros psiquiátrico para niños.

“El jardín como paisaje terapéutico”

Los dos psiquiátricos, un centro psiquiátrico universitario y un centro psiquiátrico para niños, forman parte de un mismo masterplan y están situados en Gasthuisberg, Leuven, Bélgica. En primer lugar, construido en 2015, el centro psiquiátrico universitario con capacidad para 90 residentes, destaca por sus patios, (producto de cortes de un gran volumen trapezoidal), a los que Beel llama “jardines terapéuticos”. En segundo lugar, el centro psiquiátrico para niños, figura 25, tiene capacidad para 40 pacientes, divididos en 8 unidades residenciales y sus terapias también se centran en la utilización de los espacios verdes.



6 ELEMENTOS



1 VER Y SER VISTO **ENTORNO**

El primer factor que hay que tener en cuenta a la hora de construir cualquier edificio es su **situación**. Es muy importante saber dónde ubicar los centros de atención especial, ya que la manera en la que se relacionan el entorno y el edificio, tiene mucho impacto en el funcionamiento de éste y, por lo tanto, en el comportamiento de sus usuarios, además de alterar el funcionamiento urbanístico y social de la zona. Se explican a continuación factores relacionados con la ubicación del edificio.

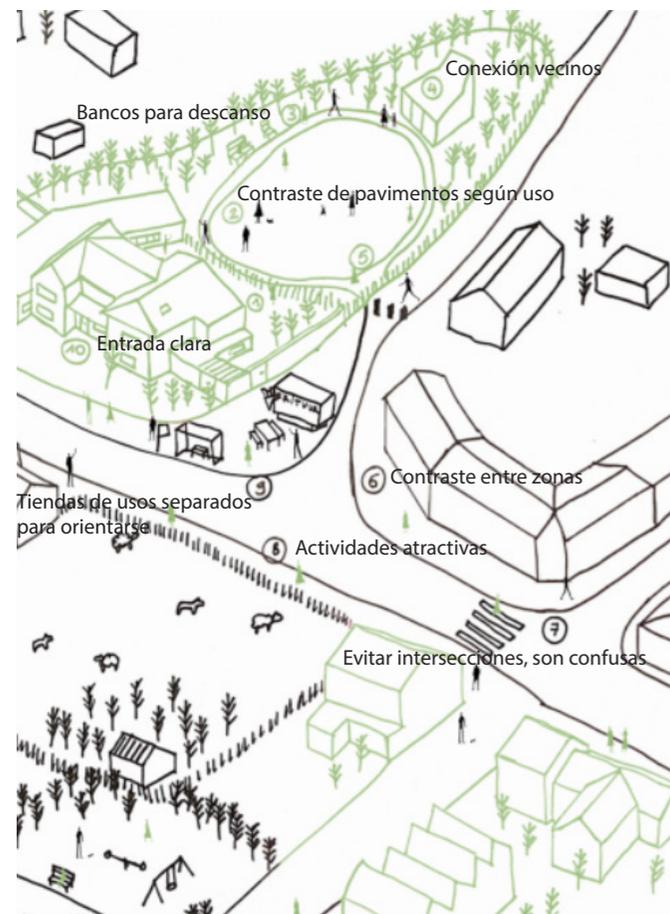


Figura 26. Axonometría del centro de demencia Huis Perrekes.

COMUNIDAD COMO CURA

Como es de suponer, no es lo mismo situar el edificio en un entorno urbano que en uno rural. Cuando hablamos de edificios de cuidado de personas, hay que conocer a los usuarios de antemano y centrar toda la atención en sus necesidades y personalidades para saber dónde y cómo debemos diseñar su edificio. Cuando los usuarios son suficientemente **independientes** y pueden mantener relaciones con el resto de manera habitual, es imprescindible situar su hogar en entornos **urbanos** para evitar el sentimiento de **exclusión** de la sociedad y promover relaciones con las demás personas. El edificio entonces, como una casa más del **barrio**, a modo de las “casas de crisis” comentadas en la introducción. Esto genera también mucha más facilidad para **visitas** de familiares o amigos. Es importante que se tengan en cuenta varios factores para el diseño de la transición entre lo público (ciudad) y lo privado (edificio), como ejemplo y recomendación se expone el caso del centro de demencia **Huis Perrekes**, *figura 26*. Haber considerado el centro como parte de la ciudad y no haberlo aislado crea un “efecto **placebo arquitectónico**”, donde el “enfermo” no piensa que está enfermo y se siente parte de la **sociedad**. Esta es la técnica utilizada para el diseño de los centros Maggie, donde la arquitectura a través de su efecto placebo, ha facilitado la estancia de sus pacientes de cáncer. Como afirmaba Charles Jencks *“el placebo arquitectónico funciona gracias a la cultura y las creencias de cada uno y está amplificado por la calidad del edificio y su estilo...”* (2012: 35).



Figura 27 y 28. Plano de entorno y sección del centro psiquiátrico De Eiken.

NATURALEZA COMO TERAPIA

Muchas veces los edificios de este carácter se sitúan en las afueras donde la **naturaleza** puede tomar un papel importante como terapia de los usuarios: *“Los factores relacionados con el medio ambiente, como la calidad del aire o la proximidad a los espacios naturales, tienen un peso de más del 20% sobre el estado de salud y la mortalidad de las personas”* (Castell, 2020), entendiendo como **salud, la física** que indirectamente va ligada la **mental**. Pero se ha de estudiar el tipo de usuario que va a habitar ahí y qué contexto de entorno les va a favorecer más. Cuando los usuarios padecen discapacidades de tipo mental de cierta gravedad, en ocasiones el ruido y el movimiento de la ciudad no favorece su **bienestar**, pues pueden ponerse nerviosos. La naturaleza **calma** y crea una atmósfera agradable que abraza el edificio y favorece, en las situaciones en las que las personas no están capacitadas para salir fuera solos, un **escape** a un entorno en el que no hay elementos que disturben. Sin embargo, hay que tener en cuenta que pese a que pueda ser lo necesario, estamos apartándolos de la sociedad como en la antigüedad. El centro psiquiátrico **De Eiken**, *figura 27 y 28*, abraza los robles históricos de la zona gracias a su forma en peine y les da un papel muy significativo para los usuarios, todos desde sus habitaciones los contemplan. A su vez, su distribución ordenada permite el paseo libre de los usuarios y las visitas entre los árboles, sin necesidad de acompañantes porque es fácil orientarse y no hay ningún obstáculo. De Eiken funciona a modo de **casa rural**.

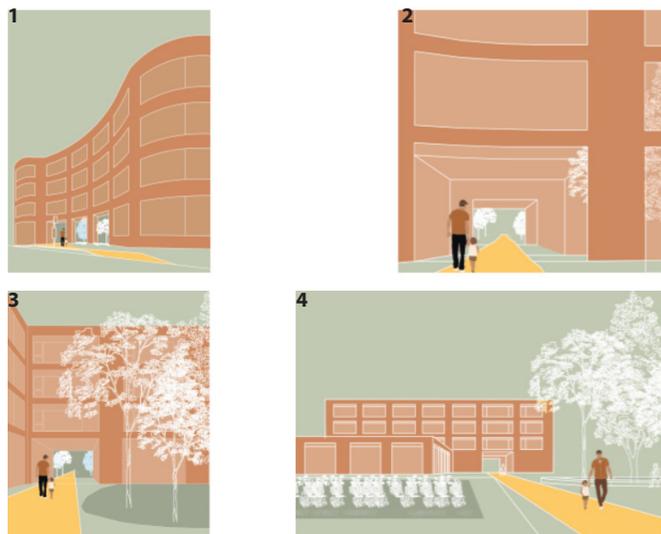


Figura 29, 30, 31, 32 y 33. Axonometría y perspectivas de De Drie Platanen.

ENTORNO COMO INVITACIÓN

Para facilitar la **orientación** del usuario al llegar al edificio, es importante que el edificio y el entorno se proyecten a la vez a modo de **proyecto urbanístico**. La fácil distinción entre el edificio y el entorno, los caminos y las señales que conducen hasta él, son cruciales para **facilitar el uso** del edificio a los pacientes.

Como ejemplo se muestra el centro **De Drie Platanen**, un centro totalmente integrado en un masterplan urbano donde los **residentes** y los ciudadanos **locales** comparten espacios y experiencias, gracias a los caminos públicos que lo atraviesan.

En primer lugar, el centro cuenta con unos carriles bici/caminos que entran y salen de él. Esto permite que a largas distancias puedas llegar con **facilidad** al edificio, recorrerlo y ser visto por los residentes del centro. Otro factor positivo en la movilidad a la hora de llegar al edificio, es la localización de una parada de bus justo enfrente de la fachada principal que facilita el flujo de **visitas** de los residentes, recomendables para la mejora del paciente (Alberta Martínez-Castillo, A., & Rosas, F. J., 2022: 10).

El patio "interior" del claustro funciona como plaza pública a la que llegan todos los caminos, por lo tanto, la **invitación** a entrar es evidente.

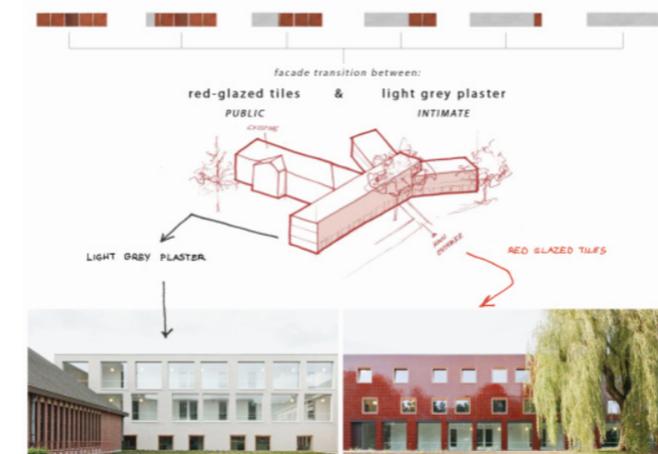
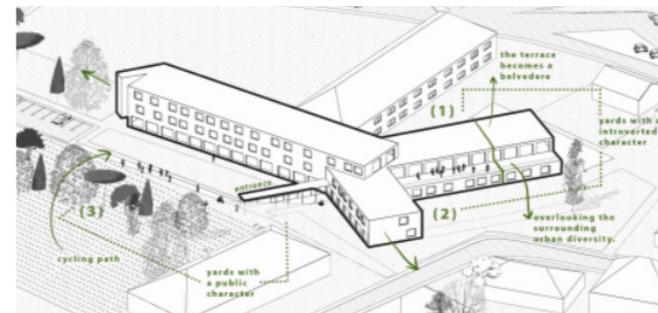


Figura 34, 35. Esquemas del centro de la tercera edad Ter Leenen.

ARQUITECTURA COMO ORIENTACIÓN

El edificio en sí puede funcionar también como ente **organizador del espacio** que lo rodea, puede delimitar distintos usos en el suelo urbano gracias a su arquitectura exterior.

Es el ejemplo de la residencia de la tercera edad **Ter Leenen**, figura 34, un centro que gracias a su **forma**, delimita tres usos distintos del espacio urbano, de más privado (1) a más público (3). Las **fachadas** funcionan como superficies de contacto, pues delimitan recintos abiertos que convierten la residencia de ancianos en un entorno multicapa que activa su entorno inmediato.

Además, trabajando junto a la forma, los arquitectos consiguen mediante la **materalidad** de las fachadas que el edificio comunique el carácter de las zonas: el edificio se materializa hacia los espacios públicos con brillantes azulejos rojos, y hacia los espacios más íntimos o funcionales en yeso gris claro, una transición suave y muy visible que te ayuda a **orientarte** y a reconocer dónde te encuentras en todo momento, requisito esencial para ayudar a los usuarios que habitan este centro, personas de la tercera edad.



2 LA BIENVENIDA *ENTRADA*

Uno de los elementos más esenciales en todos los edificios es la entrada, el cómo te recibe el edificio independientemente del uso que tenga o función.

Cuando hablamos de la entrada en centros psiquiátricos, residencias de ancianos o centros dedicados a cualquier atención especial, la entrada toma un papel especialmente relevante y es conveniente que se tengan en cuenta los conceptos que se exponen a continuación.

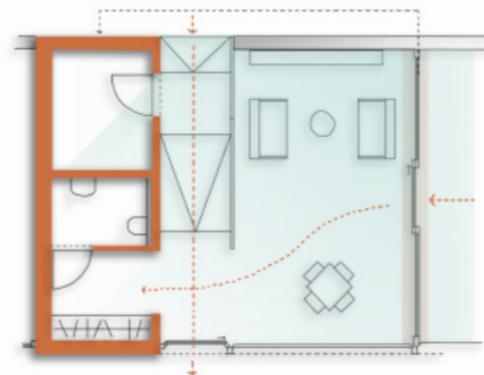
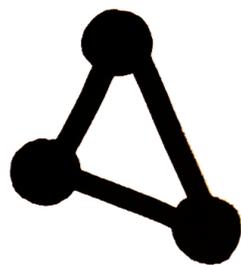


Figura 36 y 37. Planta esquemática y esquema de De Eiken y Wivina resp.

INVITACIÓN A ENTRAR

Una vez localizado el edificio desde la calle, éste ha de invitarte a entrar y ha de ser **localizable** su acceso. Los dos conceptos van ligados, pues la entrada es más **diferenciable** si te invita a entrar desde fuera y cuanto más fácil de diferenciar sea, más te invita. Se recomienda que desde el exterior, se diseñen caminos o sendas distinguibles del resto de pavimento que conduzcan a la entrada. Por otro lado, en el interior, es necesario un espacio a modo de entrada común, preferiblemente que trabaje como **transición** entre el exterior y el interior, para ayudar a ubicarse a los pacientes. En el caso de **De Eiken**, figura 36, la entrada esconde la parte funcional de ésta tras una gran zona común de **bienvenida**, utilizada también como acogida de las **visitas**, que actúa de transición entre el exterior y el interior.

A la hora de entrar, una vez ya estamos cerca del edificio, es importante que la entrada principal se distinga bien y sea fácil de localizar por los residentes. En el centro **Wivina**, figura 37, se aprecia en primer lugar, que la entrada puede parecer indistinguible por la cantidad de huecos que tiene en fachada. En segundo lugar, dentro no se distingue claramente el espacio, debido a la **geometría extraña** de la habitación y a que hay elementos, como espejos, que dificultan el entendimiento del espacio. Por último, hay varias entradas secundarias que se apropian de la **principal**, lo que puede generar confusión y dificultar el acceso a los usuarios, para ello se recomienda que se jerarquicen y se distingan con claridad.



3 CONECTAR *PASILLO*

El pasillo es un elemento evitable, pero cuando hablamos de centros residenciales de cierta extensión, es prácticamente indispensable, se deben conectar todas las habitaciones entre sí y a éstas con los espacios comunes. Pero hay que prestar mucha atención a su diseño pues puede ser incómodo, agobiante y no garantizar a los residentes su correspondiente privacidad en las habitaciones. A partir del análisis se extraen varios conceptos que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar un pasillo.

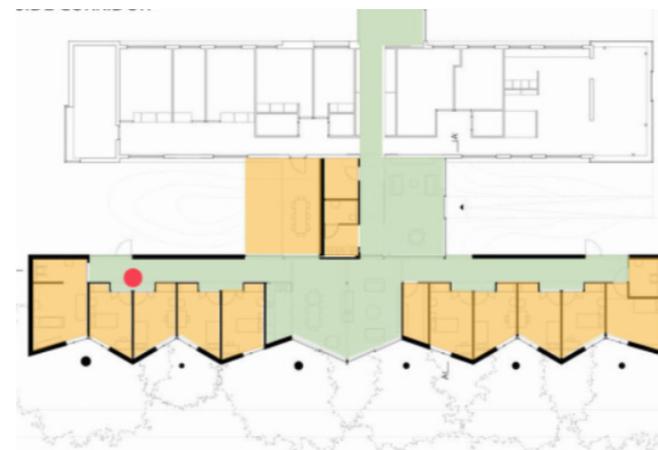
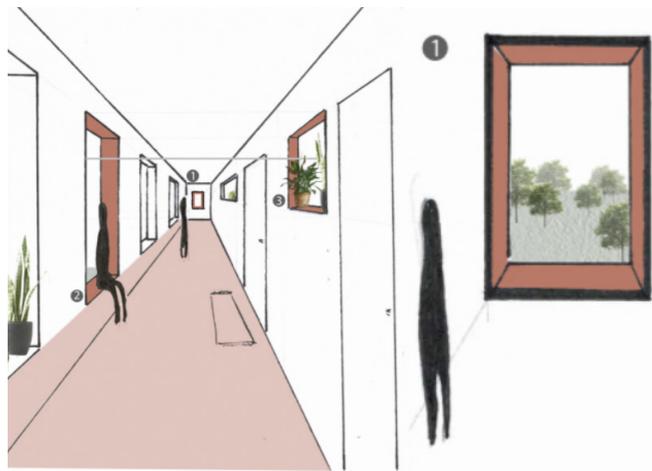


Figura 38, 39 y 40. Planta de De Eiken y vistas int. de Ter Heide y Wivina resp.

PASILLO COMO CALLE, HABITACIÓN COMO CASA.

En lo referente a la conexión de la zona de noche mediante un pasillo, hay que tener en cuenta que cada habitación corresponde a un usuario, por lo que hay que prestar atención a qué estancias y de qué manera pueden abrirse al pasillo. Por ello, es recomendable que haya un pequeño **recibidor** que forme parte del pasillo, como **transición** entre el carácter público de éste y lo privado (habitación), esto se consigue, por ejemplo, retranqueando la puerta de la habitación respecto al límite del pasillo, de esta manera, los residentes pueden diferenciar claramente la entrada a la habitación cuando lo recorren. Una ventaja añadida al hecho de tener un recibidor, es que cada usuario puede **personalizarlo** a su gusto para poder hacer de una puerta corriente, una entrada a su hogar. Este concepto aparece en varias de las obras analizadas: en **De Eiken**, figura 38, podemos ver (señalizado en rojo) este retranqueo, al igual que en **Ter Heide**, figura 39, dónde además del retranqueo, los residentes tienen en sus puertas, fotos propias para facilitar la interacción entre ellos. Sin embargo, aunque es recomendable el retranqueo anteriormente descrito, la personalización de la entrada también puede aparecer sin el retranqueo. Es el caso del centro **Wivina**, figura 40, donde la habitación se abre al pasillo mediante la puerta de entrada y una pequeña ventana correspondiente a la cocina que tienen los residentes en el interior de la habitación, esto también genera una entrada similar a la de una casa corriente, sin renunciar a la **privacidad** al usuario.



UN PAS(E)ILLO AGRADABLE

A la hora de proyectar el edificio, en primer lugar, es muy importante que el pasillo se reduzca a la **mínima** largaria posible o que el largo y el ancho estén proporcionados, ya que de lo contrario, la percepción de éste es negativa y pesada, y puede producir agobio y sensación de claustrofobia. En segundo lugar, es necesario prestar atención al **final** de los pasillos, si lo tienen, pues, en el caso de colocar una habitación al final, estamos restándole **privacidad** al correspondiente usuario, todas las miradas se dirigen a su puerta. Se recomienda en este caso, ubicar una ventana en los finales para proporcionar luz o un enmarque al exterior (naturaleza o entorno rural), como ocurre en el centro **Wivina**, figura 41. En tercer lugar, el pasillo tiene que estar libre de obstáculos y las puertas abrir hacia dentro, para no entorpecer el recorrido de los usuarios y ayudarlos a percibir el espacio de una manera clara, en el centro **WZC Sint-Vincentius**, figura 42, la estructura del edificio es vista y ocupa algunos tramos del pasillo, arquitectónicamente el espacio ni es práctico ni ayuda a los usuarios. En cuarto lugar, y sobre todo haciendo referencia a los centros de la tercera edad, se recomienda que haya donde sentarse a lo largo del pasillo para que puedan **descansar**, el centro **Drie Platanen**, figura 43, cuenta con áreas comunes y ensanchamientos del pasillo (marcados en púrpura y rosa respectivamente). Por último, es recomendable que el pasillo tenga vistas al exterior, por temas de **iluminación** y ventilación, incluso que deje pasar luz a la propia habitación como pasa en **Wivina**, figura 41.

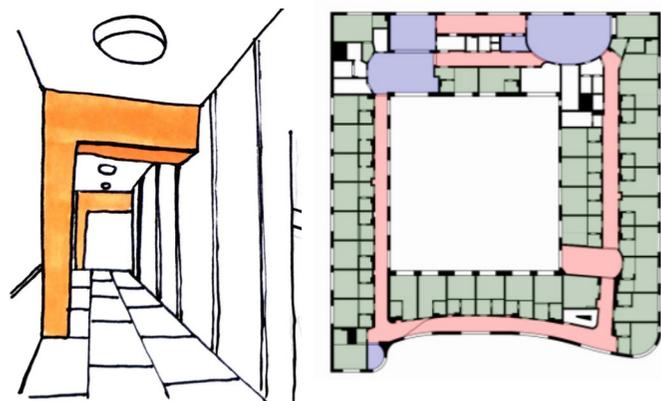


Figura 41, 42 y 43. Esquemas de Wivina, WZC Sint-Vincentius y Drie Platanen.

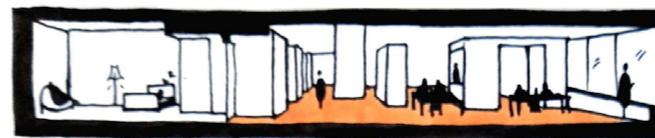


Figura 44, 45 y 46. Esquemas de WZC Sint-Vincentius, Ter Heide y GZA.

MÁS ALLÁ DE CONECTAR

La utilidad del pasillo, puede ir más allá de conectar espacios y ser una zona de paso. Un pasillo puede servir de **zona común** dotándolo de la suficiente dimensión. En **WZC Sint-Vincentius**, figura 44, aparecen pasillos de aproximadamente cuatro metros de ancho donde las personas se paran para **interactuar** con otras. Otra manera de implementar la interacción, en este caso sin incluir mobiliario, la enseña el centro **Wivina**, figura 41, donde aprovechando la ubicación del pasillo y por lo tanto la apertura hacia el exterior mediante ventanas, se han diseñado estas últimas de modo que el antepecho es lo suficientemente ancho como para ejercer de asiento, lo que proporciona un espacio mucho más rico, requiriendo menos anchura de pasillo. Otra opción es destinar los finales de pasillo a zonas comunes, como aparece en **Ter Heide**, figura 45, donde la configuración del pasillo, crea un espacio residual en los finales que además de espacio de reunión funciona de **transición** entre el exterior y el interior. Además de lo comentado, Ter Heide tiene otro factor relevante que es la inclusión de armarios en los pasillos cerca de las habitaciones para la facilitación del trabajo de los cuidadores, figura 39. Por último, cabe comentar que el pasillo puede no estar delimitado con particiones en todos sus lados, sino que puede formar parte de una gran zona común y estar delimitado por diferenciación de materialidad o por colocación mobiliario: **GZA Hollebeek**, figura 46.



4 UNIRESCALERA

La escalera de Bramante en el Vaticano o el Guggenheim Museum de Nueva York son ejemplos en los que la escalera va más allá de su función. Consiguen aprovechar la propia utilidad de la escalera para darle un sentido único y facilitar el **funcionamiento** del edificio. En el caso de la escalera de Bramante, ésta crea en su interior un espacio de reunión mientras que en el Guggenheim Museum, Wright la convierte en el propio recorrido del museo.

Partiendo de la **necesidad** de todas las personas, de utilizar la comunicación vertical cuando se trata de edificios de varias alturas, podemos dotar a ésta de funciones colaborativas en el progreso y comportamiento de los residentes así como facilitar el funcionamiento del edificio.

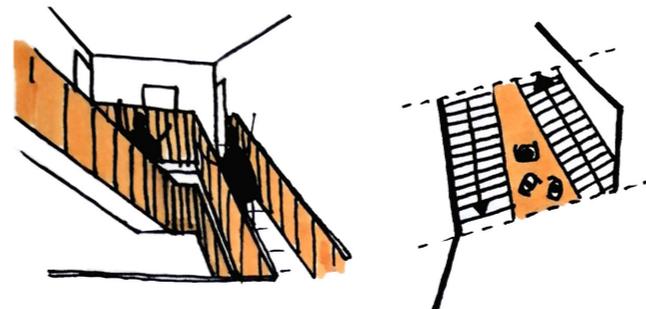


Figura 47, 48, 49 y 50. Fotografías y esquemas de la escalera, Huis aan't Laar.

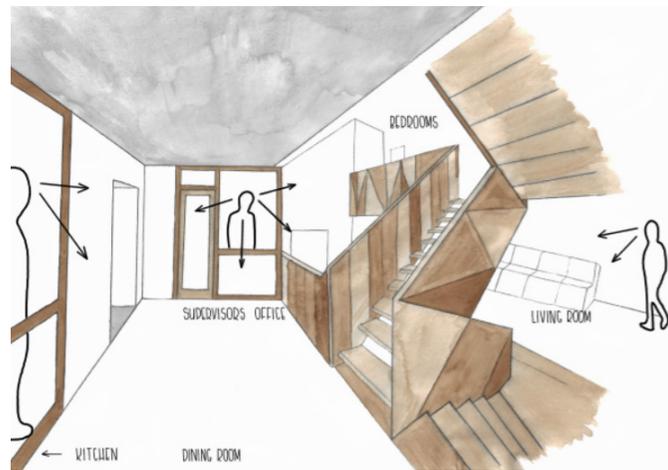
LA ESCALERA COMO PUNTO DE ENCUENTRO

Una de las opciones es que la escalera, elemento únicamente de paso, se transforme conceptualmente en una zona de **remanso**, es decir, que ésta cree o contenga zonas en las que puedas interactuar con los demás residentes o que ella misma sea una zona de encuentro.

Es el caso del centro **Huis aan't Laar**, figura 47, 48, 49 y 50, donde la complejidad de la escalera, además de promover el contacto físico y visual de los que la utilizan, configura una estancia residual de carácter público que ha resultado ser un frecuentado punto de **reunión** para los residentes.

La complejidad de la escalera, formada por dos escaleras independientes que no se cruzan, nace de la necesidad de conectar dos proyectos individuales de ocho residentes cada uno, con el propósito de separar las dos zonas físicamente, mientras se promueve la **interacción** visual entre ambas.

Por otro lado, en el caso de **GZA Hollebeek**, la escalera facilita la correlación entre las distintas plantas donde cada una acoge personas con distinto grado de demencia. Por lo que la escalera se convierte en un espacio donde personas de distintas plantas **coinciden** e interactúan, suceso que no ocurre en una misma planta. Otro concepto que se puede extraer de este caso, es que el centro cuenta con varias cajas de escalera debido a su gran extensión y cada una de ellas se materializa de forma distinta según el uso, para facilitar la **orientación** del usuario dentro y fuera del edificio, temática que se expondrá en el apartado de materialidad más adelante.



LA ESCALERA PARA SUPERVISAR

La tercera opción que se expone es la función de la escalera como elemento de **supervisión**. En centros donde las personas necesiten ser supervisadas la mayoría del tiempo (personas con demencia, centros de menores o centros con personas nerviosas que puedan llegar a ser peligrosas...), es conveniente que la confección del edificio facilite la observación de los residentes. Plantas diáfanas o particiones translúcidas o transparentes por ejemplo, facilitan la **visibilidad** entre las distintas estancias.

En el caso del centro de menores **De Leenwinning**, de *noAarchitecten* se materializa lo anterior. La escalera es parte de un gran espacio común que se alcanza visualmente desde muchos puntos. Además, todos los espacios salvo las habitaciones, están **conectados** visualmente porque no hay particiones. En consecuencia, si algún joven baja desde la habitación o pretende salir del edificio, como necesariamente ha de utilizar la escalera, el personal puede ver perfectamente de quién se trata y por lo tanto, si es conveniente, frenarlo. Por el contrario, como afirma uno de los supervisores que entrevistamos de este centro: *“a veces, esta configuración puede ser problemática pues cuando hay alguna disputa entre un supervisor y un menor, hay que guardar distancias y verse todo el tiempo puede ser **perjudicial** y crear más tensión entre ellos”*.

Figura 51, 52 y 53. Perspectivas de la escalera de De Leenwinning.

5 COMPARTIRCOCINA

Como expone Charles Jencks en su libro *Can architecture affect your health?* (fragmento 5: A hidden tradition?), la cocina tiene como objetivo básico ser un dispositivo que permite procesar los ingredientes crudos para convertirlos en una comida más nutritiva y digerible. Pero también es un lugar para **reunirse, socializar y alimentarse**. En su forma primitiva, servía como lugar que proporcionaba calor, comodidad y seguridad. Tradicionalmente, solía ser utilizada para uso de los campesinos y de los sirvientes, pero a medida que la cultura y los hábitos sociales evolucionaban, fue siendo cada vez más utilizado por todos, creando ese lugar en el **corazón** de todos que recuerda a la **diversión, la reunión, la familia** y la **familiaridad**. En definitiva, al **compartir**.



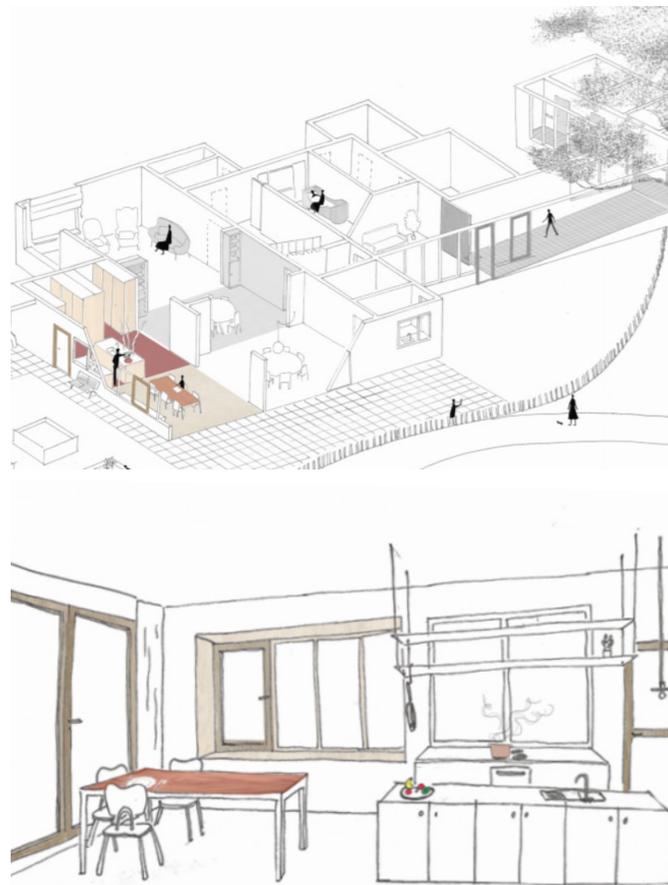


Figura 54 y 55. Axonometría y vista interior de la cocina en Huis Perrekes.

UNA COCINA NORMAL

La cocina puede ser un espacio donde interactuar, sentirte cómodo y relajado. El concepto de "Kitchenism" extraído del funcionamiento de los centros Maggie, y comentado por Charles Jencks en su libro *Can architecture affect your health?* (fragmento 3: La experiencia en los centros Maggie), justifica que el énfasis en el diseño de una **cocina hogareña** en los centros de este carácter puede ser sinónimo de buena salud. Recurriendo de nuevo al concepto de la "**arquitectura placebo**" se consiguen verdaderos resultados en el proceso de **curación** de los pacientes. Esta idea aparece en el centro **Huis Perrekes**, donde la cocina-comedor corresponde a una de las entradas principales del centro (la de los residentes), como en una **casa normal**. Pese a su materialidad, basada en contrastes para facilitar el reconocimiento de los elementos por las personas con demencia, el diseño de la cocina es totalmente típico, con el objetivo de que las personas **reconozcan** ese espacio, se sientan como en casa y puedan continuar sus vidas: "*The residential care centre is an important element when it comes to normalisation: a familiar living room with a kitchen, cosy spaces, warm lighting, authentic furniture, a garden that you can enjoy when it's good weather...*"; (Steyaert, et al., 2018: 22). Esto puede traducirse también en una única mesa para todos, como una gran **familia**, y una cocina totalmente equipada, teniendo en cuenta por supuesto, el peligro que ésta puede tener.



Figura 56 y 57. Planos visibilidad en Ter Heide: discapacidad leve y física resp.

LA COCINA COMO CABINA DE CONTROL

Por otro lado, la cocina, tenga el diseño hogareño comentado anteriormente o no, puede funcionar también como punto de **supervisión**, como las escaleras del centro de menores De Leenwinning. Encontramos la cocina como corazón del edificio en el psiquiátrico **Ter Heide**, ubicada estratégicamente pero a la vez sutil, con el objetivo de poder tener **controladas** a las personas en las zonas comunes desde un único punto. Ter Heide, está formado por varios edificios en los que cada uno acoge a un grupo distinto de pacientes, con distinto grado de **independencia**, por lo que, la cocina alcanza más visibilidad (area de estancias comunes), cuando menor sea la independencia del usuario, *figura 56 y 57*.

Estas cocinas, al igual que las escaleras de De Leenwinning, evocan al ejemplo señalado en la introducción, el panóptico de J.Bentham, un caso de arquitectura **determinista** (teoría en la que la arquitectura solamente puede modificar el comportamiento de los residentes). El panóptico se basa en el control y modificación del comportamiento de sus residentes mediante la arquitectura, un edificio circular controlado en toda su extensión por una torre situada en medio de éste.



6 COMUNIDADESTAR

Paralelamente a la cocina, el estar o comedor que puede o no pertenecer a ésta, puede funcionar de manera parecida. Normalmente, el **corazón** de las casas es o la cocina o el comedor, donde todas las personas se reúnen, comparten pensamientos y en definitiva, **conviven**. Y por esto, dejando atrás la idea de que los criminales y las personas con discapacidad han de estar aislados como en el s.XVIII, considerándolos parte de la **sociedad** y dignos de una vida normal y estimando la interacción como **cura**, se piensa el comedor como la estacia de reunión de una **comunidad**.

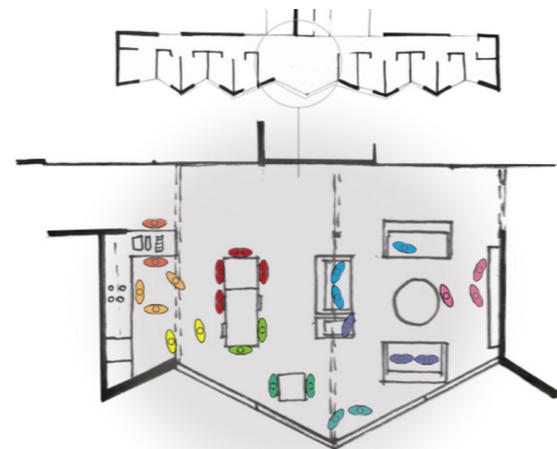


Figura 58 y 59. Plano y perspectiva interior del comedor de De Eiken.

EL COMEDOR TERAPÉUTICO

Incluir el concepto de comedor en los centros, tiene el mismo objetivo que el de la cocina no únicamente servicial. La normalización de la situación de los pacientes a través de la “**arquitectura placebo**” toma forma sobre todo en las **zonas comunes**, donde la terapia funciona a través de las relaciones entre las personas y la colaboración en **tareas cotidianas** como lo son cocinar, comer juntos y relajarse en los sofás, entre otras. Esto promueve un sentimiento de comunidad donde todos los residentes **colaboran** para mantener su hogar en buen estado y se consideran su nueva familia. A su vez, la **relación** entre el paciente y el personal médico se ve impulsada, intervención aconsejada por Len Bowers en su artículo de 2014, *Safewards*, en el que confirma que si la relación entre el médico y el paciente es buena, se crea una confianza positiva en el comportamiento o proceso de curación del paciente.

En el caso de **De Eiken**, nueve personas prácticamente independientes cuentan con una cocina-comedor-estar en el medio del centro, a modo de **corazón** del edificio, por donde necesariamente tienes que pasar al ir a tu habitación individual. En las *figuras 58 y 59* se pueden detectar las diferentes **interacciones** que pueden surgir en este tipo de espacios abiertos.



7 FLEXIBILIDAD BAÑO

El baño sirve tanto a las zonas de día como a las de noche. Su diseño depende en estos centros de la **independencia** del usuario. En la mayoría de centros se considera que las personas no están capacitadas para tener un baño individual en la habitación, por lo que los baños son compartidos, normalmente por planta y se sitúan al lado de éstas. La configuración del baño ha de ser ordenada, de **fácil** acceso y uso, debe ser espacioso y estar totalmente equipado, sea comunitario o no. A su vez, es muy importante la entrada de luz y la ventilación.



MID: discapacidades médicas o psicológicas leves.



GES: discapacidades médicas o psicológicas graves.



MED: discapacidades físicas, la mayoría en silla de ruedas.

Figura 60, 61 y 62. Esquemas del baño de Ter Heide: MID, GES y MED.

EL BAÑO FLEXIBLE

Cuando un centro se divide en unidades para acoger distintos grados o tipos de discapacidad (repetición de una misma planta), es necesario que con la misma configuración espacial, el diseño de las estancias pueda variar según las necesidades de cada planta o módulo, es decir, que sea lo suficientemente **flexible**. En **Ter Heide**, el baño, que es generosamente extenso, es distinto en cada planta y están diseñados según la dependencia de cada grupo. Si los pacientes son muy dependientes, es conveniente que los armarios que guardan ropa se coloquen en el baño o en las zonas comunes para facilitar el trabajo del personal (GES). En el caso del grupo MED, que son generalmente personas en silla de ruedas, encontramos un baño con una de las dos estancias más amplia y con **mobiliario adaptado**.

Además, el baño está situado en medio de la zona de noche, rodeado por todos sus lados del pasillo que conduce a las habitaciones. Esto facilita el acceso de todos los usuarios al baño y también el del personal en caso de emergencia. Como está situado en medio de la planta y rodeado del pasillo, la **luz natural** se consigue cenitalmente, factor positivo para **reconocer** todos los objetos de la sala y evitar sombras confusas.



Figura 63 y 64. Plantas de los baños en De Eiken.

EL BAÑO FRIENDLY

En primer lugar, se recomienda que el acceso sea **diferenciable** (distinción de las puertas respecto al resto, ubicación u orientación distinta...) y a su vez, que sea fácil acceder a ellos, sin obstáculos. En el caso del baño pequeño de **De Eiken**, figura 63, se aprecia que si una persona abre la puerta del baño, la persona que se encuentre en la habitación contigua tendrá la salida o entrada bloqueada. Por eso se recomienda utilizar **puertas correderas** que además, facilitan el paso a los residentes y son más sencillas de utilizar.

En segundo lugar, cabe destacar que el baño debe ser de **dimensiones generosas** para que el usuario pueda moverse cómodamente y que el personal tenga espacio suficiente para poder ayudarlo si es conveniente.

En tercer lugar, el diseño interior de un baño en estos centros ha de ser de carácter **universal**, es decir, que cuente con el mobiliario necesario para que todas las personas puedan y sepan utilizarlo. En el baño grande de **De Eiken**, figura 64, por ejemplo, encontramos barras de apoyo para el retrete, bancos en las duchas y mucho espacio alrededor de los lavabos.

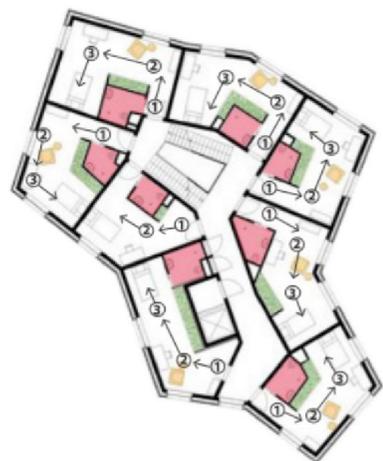
Por último, se recomienda también el uso de **luz natural** cuidando la transparencia de las ventanas. En el caso mencionado anteriormente, el baño cuenta con una gran ventana con partes translúcidas para conservar la privacidad del usuario, sin entorpecer el paso de la luz ni las vistas al bosque.

8 MINI HOGAR HABITACIÓN

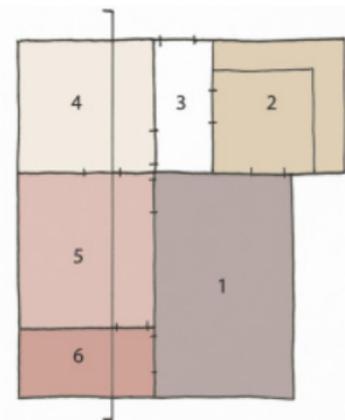


La habitación es el espacio más utilizado de los centros y a la vez el más personal para los usuarios. La mayoría del **tiempo** lo pasan allí y es por eso por lo que debemos prestar especial atención en su diseño.

Se aconseja que la zona de noche se separe de la de día para facilitar la **orientación** de los usuarios a la vez de personalizar la entrada, como ya se ha comentado en el apartado del pasillo. En los centros estudiados se han detectado todo tipo de habitaciones, tipo apartamento, habitaciones solo para dormir, o habitaciones con baño. Pero pese a estas diferencias, se pueden sacar varias conclusiones.



- Armarios
- Sofás
- Baño



- 1- Comedor
- 2- Cocina
- 3- Entrada
- 4- Baño
- 5- Habitación
- 6- Balcón

Figura 65 y 66. Plantas de Huis aan't Laar y del apartamento tipo de Wivina.

UNA HABITACIÓN CÓMODA Y TRANQUILA

Para conseguir el bienestar del usuario en su pequeño hogar, hay que tener varias cosas en cuenta a la hora de su diseño. En primer lugar, conviene que las habitaciones o apartamentos sean **grandes** para que todos los usuarios puedan moverse libremente por ellas sin sensación de agobio y pueda entrar el personal sin dificultades. En segundo lugar, y teniendo en cuenta la cantidad de tiempo que van a pasar en la habitación, ésta tiene que ser lo suficientemente cómoda, así, para facilitar su **confort**, se recomienda que estén aisladas acústicamente y que la materialidad sea la apropiada (se comentará en el apartado siguiente). En tercer lugar, son favorables pequeñas intervenciones como cuando una persona tiene dificultades para detectar la noche y el día, dejar que el sol incida en la habitación por la mañana. Por esto, cabe tener en cuenta la **orientación** de las habitaciones, pues que se aprecie cuando sale y se esconde el sol, ayuda al paciente a seguir un ritmo o rutina diaria y a orientarse. En cuarto lugar, la **ventilación**, necesaria en todas las estancias, toma un papel bastante difícil de gestionar en algunos casos, porque en ocasiones, las ventanas permanecen cerradas por seguridad del paciente, impidiendo la ventilación y forzando el diseño de una ventilación alternativa, como sucede en **WZC Sint-Vincentius**. Por último, cuando hablamos de pequeños apartamentos, es necesario además de lo anterior, que haya una secuencia **lógica** de las estancias (figura 65 y 66, **Huis aan't Laar** y **Wivina** respectivamente).

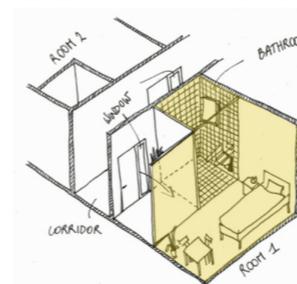
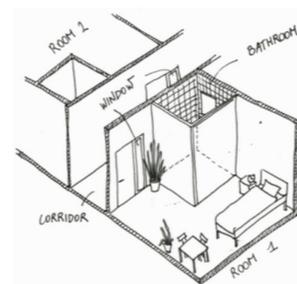
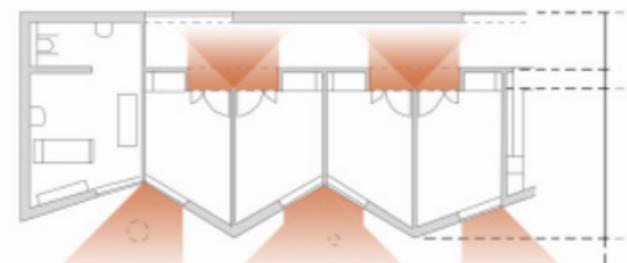


Figura 67, 68 y 69. Planta y foto de De Eiken y esquema de WZC Sint-Vincentius

UNA HABITACIÓN ÚNICA Y PERSONAL

La habitación en sí, además de lo comentado anteriormente, debe ser de carácter privado y a su vez, si hablamos de habitaciones o apartamentos para estancias permanentes o de larga duración, el diseño debe ser **personal** como en una casa corriente y no como el de un hospital u hotel. Por ello, cada habitación, además de responder a las necesidades, debe ser del gusto de cada uno y de carácter **privado**. En términos de privacidad, cabe comentar lo que ocurre en **De Eiken**, donde la forma del edificio del que antes comentábamos sus ventajas por abrazar la vegetación y facilitar vistas a los usuarios desde las habitaciones, extingue la privacidad de cuatro de los residentes (figura 67, solo se muestra la mitad del edificio). También cabe destacar el mecanismo con el que gestiona la privacidad el centro **WZC Sint-Vincentius**, ninguna puerta de las habitaciones coincide de frente con otra de la parte opuesta del pasillo, pero las puertas tienen una parte acristalada que permite ver el interior de la habitación, por lo que siendo el residente, si no deseas que nadie te vea en el interior, puedes mover el tabique que separa al baño de ésta y tapar la entrada, factor un tanto antihigiénico y que impide la fácil **movilidad** del residente, figura 68. En cuanto a la distinción de las habitaciones, espacialmente, casi todos los centros son iguales y por lo tanto, atienden de manera generalizada a todo tipo de persona, sin embargo, el interior de éstas cobra personalidad cuando se les permite a los propios usuarios decorarlas, bajo criterio, con sus objetos preciados y de valor sentimental (De Eiken, figura 69).



9 LA ATMÓSFERA MATERIAL

Como hemos podido observar, la materialidad ejerce un papel muy importante a la hora de diseñar este tipo de centros. Trabajando con la materialidad se puede conseguir facilitar la estancia al residente y en consecuencia, su bienestar. Destacamos dos características de la materialidad en un proyecto: su efecto **psicológico** y la ayuda a **orientarse**.

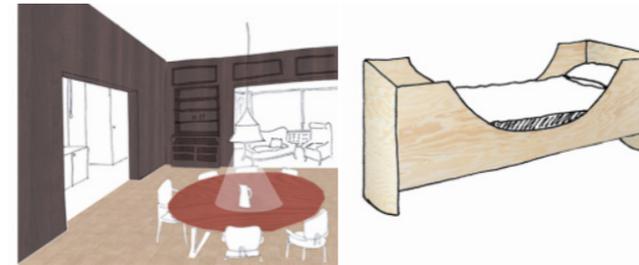


Figura 70 y 71. Psicología del color y esquemas de materialidad Huis Perrekes.

LA PSICOLOGÍA DEL MATERIAL Y EL COLOR

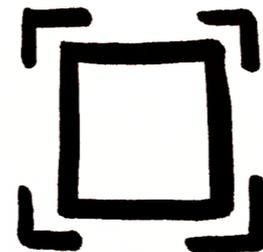
Cuando hablamos de materialidad o color cabe destacar el **poder psicológico** de estos, independientemente del espacio, aunque trabajen en conjunto. El uso del **color** puede afectar a nuestro **comportamiento** y estado de ánimo y por ello, cabe hacer un buen uso de él. Como se muestra en la *figura 70* de manera generalizada, cada color transmite indirectamente una **sensación** o emoción y hay que tenerlas en cuenta a la hora de diseñar los espacios, sobre todo en estos centros, donde el objetivo es el **bienestar** de los residentes y favorecer su comportamiento y curación. A su vez, la materialidad y texturas crean otras sensaciones paralelamente al color que también debemos saber manejar. El empleo de **materiales familiares** para los usuarios tiene una connotación positiva pues se sienten menos extraños en un espacio. El empleo de maderas y ladrillo, como en el caso de **Ter Heide** y **Huis Perrekes**, además de sensación de **confort**, realiza la sensación hogareña que se pretende con el diseño del espacio explicado anteriormente. A su vez, a la hora de diseñar mobiliario, es necesario que éste también sea de carácter cálido y familiar, como en una casa corriente. En **Huis Perrekes** por ejemplo, los arquitectos optaron por sofás de piel tradicionales y camas de madera con forma de cuna simplificada para favorecer el confort de los usuarios. Para el pavimento de los pasillos, colores rojos para **estimular** al residente y transmitirle fuerza y vitalidad y para carpinterías o pavimentos en algunas zonas, madera de distintas tonalidades.



Figura 72 y 73. Planta y vista interior del pasillo de Huis Perrekes.

EL MATERIAL Y EL COLOR COMO AYUDA

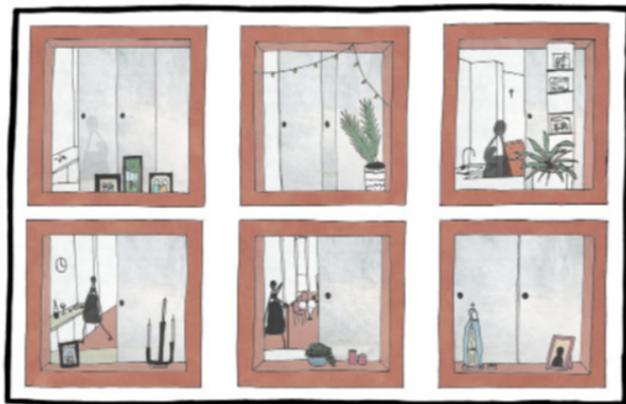
Además del efecto psicológico, el material y el color pueden ayudar al residente a la hora de **entender** el edificio, el espacio y a **ubicarse**, en consecuencia, es necesario estudiar cómo se deben emplear porque, en su defecto, pueden **entorpecer** y confundir al usuario. Primero, cabe **diferenciar** las estancias mediante el uso distinto de materialidad en cada una, para que el paciente sepa dónde está, su función y si está cambiando de estancia, además de facilitar la **orientación** por el edificio en el caso de que se encuentren solos, **Huis Perrekes**, figura 72. También es importante que se distingan las paredes del pavimento para reconocer los **límites** del espacio (figura 73) y el mobiliario respecto a los demás elementos: paredes, pavimento, utensilios... En Huis Perrekes utilizan mesas de color rojo y cubertería blanca por ejemplo, para poder distinguir bien los objetos. Luego, también es conveniente que las ventanas o puertas que ellos estén autorizados a abrir, cuenten con marcos de distinto material o color que el resto. En **Ter Heide**, el centro cuenta con un código de colores en las puertas para que los residentes puedan distinguir con **facilidad** las estancias: las puertas de las habitaciones son amarillas, las de los baños azules y las del personal blancas o de madera. Otro caso que debemos comentar es el centro de menores **De Leemwinning**, donde la utilización de distintos patrones de colocación de ladrillos en fachada, además de una **transición** de materialidad y color (de ladrillo rojo a plástico azul) de lo más público a lo más privado, permite reconocer dónde te encuentras.



10 EL MARCOHUECOS

El concepto **marco** se presenta en el libro de Beatriz colomina *Xray Architecture*: “She is occupying a new technological space defined by a screen, rather than by walls, a glowing screen with its shadow image. We are still in the territory of Bertha Rontgen and the ur-image of her hand. The mysteries of the interior are brought to the surface by a screen, and the flesh becomes just a faint outline. The body is literally turned inside out” (2018: 134).

El **marco**, arquitectónicamente se convierte en un concepto metafórico referido a toda imagen que se encuentre encuadrada, bien por un marco, bien por los límites de un espacio o bien por una fotografía. El marco es un principio de **organización** que además, tiene una relación con lo que enmarca, así como con lo que se encuentra a un lado y a otro del mismo. Esto permite **situar** al sujeto en su lugar, mediando entre él y el resto del mundo.



ENMARCAR SIENDO ENMARCADO

Se utiliza este concepto para el análisis tanto de las vistas desde dentro de los centros, como de las **vistas** del centro desde el exterior. Por un lado, los huecos en fachada de un centro posibilitan **visualizar** su interior mediante pequeños encuadres, a modo de viñetas de un cómic, que definen la personalidad de lo que se encuentra detrás de ellos. En **Wivina**, *figura 74*, podemos ver las distintas viñetas de las habitaciones de los residentes vistas desde el pasillo, así observamos la **personalización** de cada habitación y todas son únicas. Por otro lado, el enmarque cuando hablamos de huecos, trabaja en dos direcciones y por lo tanto desde dentro, el residente también tiene una **percepción** del exterior. Estas vistas, funcionan como escape para que el residente no sienta que está encerrado y sea consciente de los cambios de estaciones.

En el centro **Huis aan't Laar** además de lo anterior, la configuración de huecos en cada apartamento es distinta, con dos ventanas en distintas direcciones en cada apartamento, consigue dar personalidad a cada habitación sin cambiar la tipología ni la funcionalidad de ésta, además de dos entradas de luz provenientes de dos orientaciones distintas, *figura 75*.



Figura 74 y 75. Esquemas de las ventanas en Wivina y Huis aan't Laar resp.



11 RESPIRAR JARDÍN

Diseñar un jardín o un espacio público exterior en un centro psiquiátrico, de mayores o de niños, tiene muchos factores positivos. Es recomendable que todos los centros tengan uno, pues de esta manera pueden contar con una zona privada **exterior**, sin exponerlos a los **peligros** de la vía pública, en el caso de que ésta no esté adaptada. Hoy en día, después de la pandemia COVID 19, somos conscientes de lo necesario que es tener un espacio exterior, aunque sea un balcón pequeño, para poder respirar **aire fresco**. Para los residentes de estos centros este requisito es casi indispensable, pues generalmente se tratan personas que no pueden salir del centro.

EL DISEÑO DEL JARDÍN

Contar con un jardín permite realizar múltiples **actividades** como disfrutar del sol, interactuar, tomar el aire, recibir visitas... Puede ser interesante que funcione como transición entre el centro (privado) y la vía pública, para poder relacionarse con la gente de fuera del centro, como ocurre en **Huis Perrekes**, figura 76. Debemos de cuidar sin embargo, la privacidad de los residentes controlando qué estancias son las próximas al jardín, pues como ocurre en **De Eiken**, pese a que los enormes robles a los que abraza el edificio estén muy próximos a las ventanas de las habitaciones y proporcionen sombra y **privacidad**, hay un camino paralelo a tres metros de la línea de árboles que la interrumpe, figura 78. Para el diseño del jardín se recomienda, interpretando la lectura del tercer fundamento del buen cuidado que se expone en el libro *Me, you, together we are human: Independence in security*: "The right amount of safety gives people a feeling of security and satisfaction" (Steyaert, et al., 2018: 25), que el jardín sea **cerrado** para que los residentes no salgan sin supervisión pero a la vez que el límite sea lo más sutil y agradable posible; que se coloquen señalizaciones para que los residentes sepan **ubicarse** dentro de él y ubicar las distintas zonas, áreas o elementos; que haya elementos que proporcionen sombra para facilitar su bienestar; y por último, que la zona pisable se **diferencie** de la que no lo sea, mediante diferenciación de pavimentos.

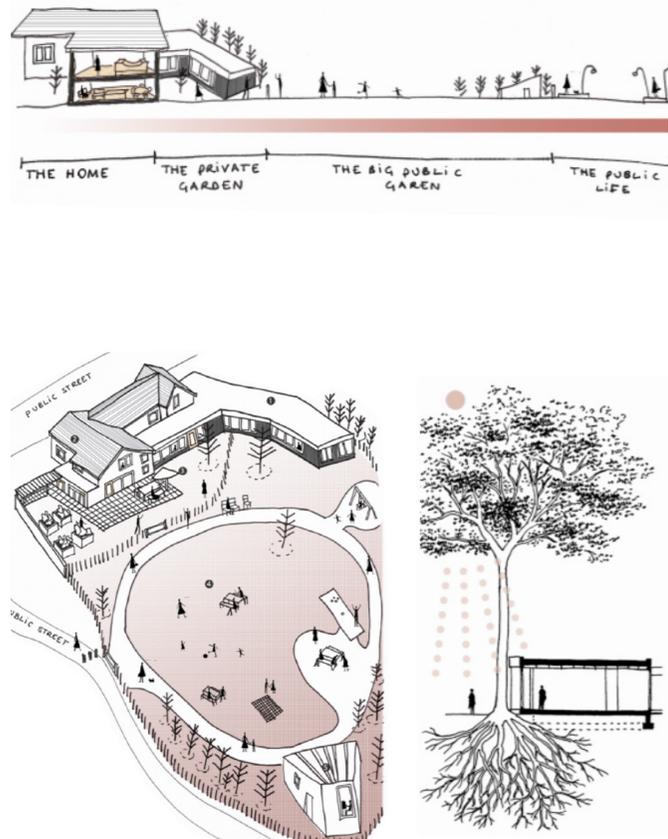


Figura 76, 77 y 78. Esquema y axo de Huis Perrekes y sección de De Eiken.

LA PSICOLOGÍA DEL JARDÍN

Además de lo comentado, el jardín y sus elementos tienen también un sentido psicológico. En **De Eiken**, los robles, que viven más de mil años, son los que le dan el nombre al centro (Eiken significa roble en neerlandés) y simbolizan la fuerza, el conocimiento, la **moral** y la resistencia, aspectos que los arquitectos quisieron transmitir a los residentes. Aparte de esto, el encuentro de la fachada exterior y el suelo está repleto en todo su perímetro de plantas como lavanda, salvia y eunymus, que aparte de embellecer el centro pretenden beneficiar la **salud** de los residentes, como es el caso de la lavanda, cuya fragancia extraída de su aceite, según muchos estudios, favorece la calma y el bienestar, además de reducir el nivel de estrés y los dolores leves (Navarro, 2021). Un concepto que también cabe destacar es la **terapia hortícola**, que es un método terapéutico donde los pacientes de los centros son responsables del **cuidado** de varias plantas en un jardín privado. Este método aparece en uno de los jardines del **psiquiátrico para niños de Gasthuisberg**. Esta responsabilidad les proporciona a los pacientes un propósito y puede servir de ayuda en el proceso de **curación**, impulsando su inteligencia emocional, su resiliencia y la confianza en sí mismos, como se afirma en el artículo *Horticultural therapy program for improving emotional well-being of elementary school students: an observational study*, aunque como argumentan, tiene más éxito en niños que en niñas (Oh, et al., 2020).

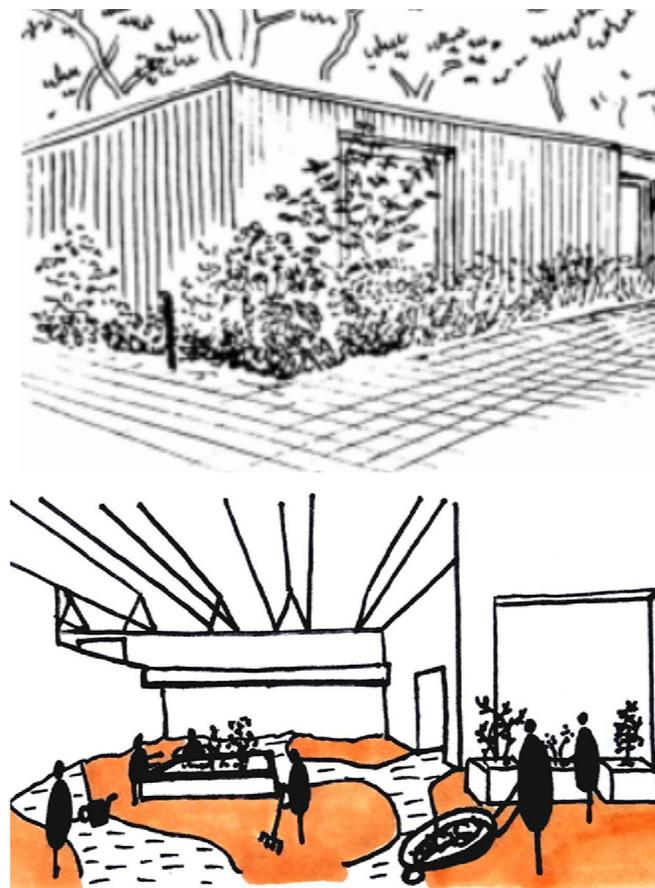


Figura 79 y 80. Vistas de De Eiken y del psiquiátrico infantil Gasthuisberg.



7 CONCLUSIONES

Tras la redacción de este Trabajo de Final de Grado he podido extraer las siguientes conclusiones:

1-. El campo de la arquitectura del cuidado es muy extenso y se debería de continuar estudiando ya que se ha comprobado gracias a la bibliografía expuesta, que la arquitectura tiene efectos muy directos en las personas que la ocupan. La arquitectura es una de las herramientas de la medicina y hay que aprovecharla para prevenir patologías y facilitar la curación y el bienestar de los pacientes.

2-. No se pueden extraer conclusiones únicas ni verdades absolutas acerca del diseño de los centros de necesidades especiales en general, pues cada grupo de individuos tiene unas distintas, sobre todo cuando hablamos del entorno y de la tipología del edificio. Dependiendo de cada usuario, servirán de ayuda unas recomendaciones de las que he expuesto en el cuerpo del trabajo y otras no. Hay que estudiar al grupo de **usuarios** que van a ocupar la arquitectura de antemano y estar en constante comunicación con ellos, con sus familias y con el personal.

3-. El cuerpo del trabajo, los elementos de la arquitectura del cuidado, son sólo una introducción a la arquitectura de estos centros, pues la **complejidad** de su diseño requiere de un estudio pormenorizado de cada uno de ellos y de las opciones que cada uno tiene. Opino entonces, que de cada elemento podrían salir dos o tres **líneas de investigación**. Por ejemplo, del apartado que habla del entorno, podría surgir

una línea de investigación acerca de los centros en entornos urbanos y otra de los rurales. Y en cuanto a la materialidad, otra línea de investigación sería los efectos que tiene cada color o material en las personas, las ventajas y desventajas de su uso y recomendaciones de diseño. A su vez, opino que el concepto metafórico del marco, podría dar cabida a otra línea de investigación conceptual y teórica.

4-. Pese a que el diseño de los elementos de los centros analizados coincidan en su mayoría, este tipo de arquitectura está en **proceso** y se necesitan informes acerca de si verdaderamente están funcionando o no para poder extraer conclusiones contundentes.

5-. Considero que el estudio de esta rama de la arquitectura es **urgente** por la situación que vivimos hoy en día tras la pandemia y por el trato debatible de las personas con necesidades especiales por parte de las instituciones que los acogen hoy en día en España y la estructura de la sociedad.

Haber realizado este trabajo me ha abierto una puerta hacia una rama de la arquitectura que me ha pasado desapercibida hasta hace poco y que pienso que es realmente interesante a la vez de un gran reto para los arquitectos. Para mí, este trabajo ha sido como una primera toma de contacto con este tipo de arquitectura, la cual me gustaría seguir estudiando más adelante y con más profundidad.

Arquitectura del cuidado, nos vemos pronto.



8

BIBLIOGRAFÍA

Alberta Martínez-Castillo, A., & Rosas, F. J. (s/f). *El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica*. Alternativas.me. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de <https://www.alternativas.me/attachments/article/263/El%20estigma%20hacia%20los%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos:%20una%20revisi%C3%B3n%20bibliogr%C3%A1fica.pdf>

Belarre, S. A., Belarre, J. C. A., Usán, P. B., García, B. P., Labena, S. A., & García, E. M. (2017). Continuidad de cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave? *Norte de Salud Mental*, 14(56), 26–40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381239>

BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (s/f). Boe.es. Recuperado el 13 de septiembre de 2022, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards: Safewards: description of the model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wesely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Castell, C. (2020). Nature and health: a necessary alliance. *Gaceta sanitaria*, 34(2), 194–196. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.016>

Centro para personas con demencia Huis Perrekes en Oosterlo. (2021, marzo 9). Hospitecna. <https://hospitecna.com/proyecto/centro-personas-demencia-huis-perrekes-oosterlo/>

Colomina, B. (2018). *X-Ray Architecture*. Lars Müller Publishers.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Foucault, M. (2006). *History of madness*. Taylor & Francis e-Library.

Foucault, M. (2017). *The birth of the clinic* (3a ed.). Routledge.

Frey, R. (2012, diciembre 20). *Huis aan 't laar / 51N4E*. ArchDaily en Español. <https://www.archdaily.cl/cl/02-219351/huis-aan-t-laar-51n4e>

Jencks, C. (2012). *Can architecture affect your health?* Artez Press.

Juvenal, D. J. (1965). *Sátiras*. Espasa-Calpe.

La psicología del color y sus significados. (2022, mayo 13). *Buleboo*. <https://buleboo.es/blog/psicologia-color/>

Lotito Catino, F. (2009). ARQUITECTURA PSICOLOGÍA ESPACIO E INDIVIDUO. *AUS*, 6, 12–17. <https://doi.org/10.4206/aus.2009.n6-03>

Luco, A. (2020, noviembre 28). *Wivina / architecten De Vyl-der Vinck Taillieu + jo taillieu architecten*. ArchDaily. <https://www.archdaily.com/951871/wivina-architecten-de-vyl-der-vinck-taillieu-plus-jo-taillieu-architecten>

My Album. (s/f). Parthesius.net. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de <https://www.parthesius.net/files/page0-1014-full.html>

Navarro, R. M. (2021, octubre 6). *Lavanda: Beneficios, Propiedades Y Usos*. Farmacia Angulo. <https://nutricionfarmacia.com/blog/belleza/lavanda-beneficios-propiedades-usos/>

Objetivos y metas de. (2018, agosto 22). Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

Oh, Y.-A., Lee, A.-Y., An, K. J., & Park, S.-A. (2020). Horticultural therapy program for improving emotional well-being of elementary school students: an observational study. *Integrative Medicine Research*, 9(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2020.01.007>

Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English Ed), 49(4), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>

Steyaert, H. D. J. V. (2018). *You and Me, Together We are Human: A Reference Framework for Quality of Life, Housing and Care for People with Dementia*. EPO Publishing Company.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00298-6)

World Health Organization. (2004). *Invertir en salud mental*. Organización Mundial de la Salud.



9.1 ELABORACIÓN PROPIA

Portada. Dibujo de personas, actividades y elementos cotidianos.

Figura 7. Fotografía de la puerta del antiguo psiquiátrico Dr.Guislain. Tomada en Septiembre del 2020 durante la visita al museo y antiguo psiquiátrico Dr.Guislain con la clase de proyectos Studio Care Architecture.

Figura 10. Montaje fotográfico del museo Dr.Guislain escogido. Fotografía tomada en Septiembre del 2020 durante la visita al museo y antiguo psiquiátrico Dr.Guislain con la clase de proyectos Studio Care Architecture.

Figura 42. Perspectiva interior del pasillo del centro WZC Sint-Vincentius.

Figura 46. Sección fugada de la relación del espacio privado y el público en GZA Hollebeek.

Figura 49 y 50. Esquemas de la escalera de Huis aan't Laar.

Figura 58 y 59. Plano y perspectiva interior del comedor de De Eiken.

Figura 80. Perspectiva del patio interior del psiquiátrico infantil Gasthuisberg.

9.2 FUENTES EXTERNAS

Figura 1. Eje cronológico de la arquitectura y la medicina paralelamente. Gjiltinè Isufi, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 2. Esquema de nuestra percepción de la habitación de seclusión. Isa-beau Coussement, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 3. Esquemas de la percepción de una habitación de seclusión. Isa-beau Coussement, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 4 y 5 y 6. Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 10 y 11. Objetivos de desarrollo sostenible (web).

Figura 8. Fotografía perteneciente al museo Dr.Guislain. Tomada por Salien Van Hauwaert en Septiembre del 2020 durante la visita al museo y antiguo psiquiátrico Dr.Guislain con la clase de proyectos Studio Care Architecture.

Figura 9. Fotografía de una clase de Studio Care Architecture en Melle Karus. Tomada por Gideon Boie, profesor de Studio Care Architecture.

Figura 11. Perspectiva exterior de Ter Heide. Arne Hamal, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 12. Fotografía exterior de GZA Hollebeek. Frans Parthesius, fotógrafo de arquitectura.

Figura 13 y 14. Fotografías interior y exterior de Sint-Hiëronymus Chapel. Alberto Bautista-Hernaez, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 15. Fotografía interior del comedor de De Eiken. Fotografía proporcionada por UR Architects.

Figura 16. Fotografía exterior de Huis aan't Laar. Fotografía extraída de ArchDaily (web).

Figura 17. Boceto del exterior de Huis aan't Laar. Benoit Freymann, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 18. Fotografía interior de Ter Leenen. Fotografía proporcionada por Gjiltinè Isufi, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 19. Perspectiva exterior del centro WZC Sint-Vincentius Kortrijk. Emmy Bondue, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 20. Fotografía exterior del centro Wivina. Fotografía extraída de ArchDaily (web).

Figura 21. Fotografía exterior de De Drie Platanen. Fotografía proporcionada por Emmanuelle Mosbeux, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 22. Perspectiva interior de De Drie Platanen. Emmanuelle Mosbeux, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 23. Fotografía de la cocina de Huis Perrekes. Fotografía extraída de Hospitecna (web).

Figura 24. Fotografía interior de De Leemwinning. Fotografía proporcionada por Anne Gabriëls, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 25. Perspectiva exterior del centros psiquiátrico para niños. Willem Dhont, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 26. Axonometría del centro de demencia Huis Perrekes. Astrid De Mazière, Isa-beau Coussement and Julia Ceuppens, estudiantes de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 27 y 28. Plano de entorno y sección del centro psiquiátrico De Eiken. Alejandra Ayala, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 29, 30, 31, 32 y 33. Axonometría y perspectivas de De Drie Platanen. Solène Riga, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 34 y 35. Esquemas del centro de la tercera edad Ter Leenen. Gjiltinè Isufi, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 36. Planta esquemática de la entrada en De Eiken. Micaela del Puerto, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 37. Perspectiva interior del centro Wivina. Jordi Merckaert, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 38. Planta de De Eiken. Siriane Benbahlouli, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 39. Vista interior del pasillo de Ter Heide. Chloé Hiver, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 40. Alzado de la entrada a la habitación desde el pasillo del centro Wivina. Marie Deloddere, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 41. Perspectiva y esquema del pasillo del centro Wivina. Marie Deloddere, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 43. Planta de Drie Platanen. Emmanuelle Mosbeux, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 44. Perspectiva interior del pasillo de WZC Sint-Vincentius. Emmy Bondue, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 45. Esquema de la transición de los espacios al final del pasillo en Ter Heide. Chloé Hiver, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 47 y 48. Fotografías de la escalera de Huis aan't Laar. Fotografías extraídas de Floornature Architecture and Surfaces (web) y ArchDaily (web) respectivamente.

Figura 51, 52 y 53. *Perspectivas de la escalera de De Leenwinning.* Anne Gabriëls, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 54 y 55. *Axonometría general y vista interior de la cocina en Huis Perrekes.* Astrid De Mazière, Isabeau Coussement and Julia Ceuppens, estudiantes de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 56 y 57. *Planos visibilidad en Ter Heide: discapacidad leve y física resp.* Arne Hamal, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 60, 61 y 62. *Esquemas del baño de Ter Heide: MID, GES y MED.* Chloé Hiver, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 63 y 64. *Plantas de los baños en De Eiken.* Alejandra Ayala, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 65. *Planta de Huis aan't Laar, la secuencia del apartamento.* Benoit Freymann, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 66. *Planta esquemática del apartamento tipo de Wivina.* Estelle Deyter, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 67. *Mitad de la planta (simétrica) de De Eiken.* Micaela del Puerto, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 68. *Esquemas del funcionamiento de la privacidad en una habitación tipo del centro WZC Sint-Vincentius.* Emmy Bondue, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 69. *Fotografía interior de una de las habitaciones de de Eiken.* Fotografía proporcionada por UR Architects.

Figura 70 y 71. *Psicología del color y esquemas.* Fotografía extraída de Bubbleboo (blog).

Figura 71. *Esquemas de materialidad Huis Perrekes, vista interior del comedor y cama tipo.* Astrid De Mazière, Isabeau Coussement and Julia Ceuppens, estudiantes de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 72 y 73. *Planta y vista interior del pasillo de Huis Perrekes.* Astrid De Mazière, Isabeau Coussement and Julia Ceuppens, estudiantes de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 74. *Esquemas de las ventanas en Wivina.* Jordi Merckaert, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 75. *Perspectivas interior de los apartamentos en Huis aan't Laar.* Benoit Freymann, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 76, 77. *Esquema y axonometría de Huis Perrekes.* Astrid De Mazière, Isabeau Coussement and Julia Ceuppens, estudiantes de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 78. *Sección de De Eiken.* Agata Wilczko, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.

Figura 79. *Vista exterior de De Eiken.* Agata Wilczko, estudiante de arquitectura KU Leuven 2020-2021.