



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

Escuela Técnica Superior de Arquitectura

Atmósferas de sanación: estrategias de humanización y bienestar en el interiorismo hospitalario de salud mental

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Arquitectura Avanzada, Paisaje,  
Urbanismo y Diseño

AUTOR/A: Fernández Rojas, Rosa Sofía

Tutor/a: Bravo Bravo, Juan Antonio

CURSO ACADÉMICO: 2023/2024

# ATMÓSFERAS DE SANACIÓN: estrategias de humanización y bienestar en el interiorismo hospitalario de salud mental

AUTORA: Fernández Rojas, Rosa Sofía  
TUTOR: Bravo Bravo, Juan Antonio

Trabajo de Fin de Máster  
2023/2024

Máster Universitario en  
Arquitectura Avanzada, Paisaje, Urbanismo y Diseño  
(MAAPUD)

Universitat Politècnica de València  
Escola Tècnica Superior d'Arquitectura



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



ESCOLA TÈCNICA  
SUPERIOR  
D'ARQUITECTURA



# ATMÓSFERAS DE SANACIÓN: estrategias de humanización y bienestar en el interiorismo hospitalario de salud mental

AUTORA: Fernández Rojas, Rosa Sofía  
TUTOR: Bravo Bravo, Juan Antonio

Trabajo de Fin de Máster  
2023/2024

Máster Universitario en  
Arquitectura Avanzada, Paisaje, Urbanismo y Diseño  
(MAAPUD)

Universitat Politècnica de València  
Escola Tècnica Superior d'Arquitectura



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



ESCOLA TÈCNICA  
SUPERIOR  
D'ARQUITECTURA

*A todos aquellos que han sido y siguen siendo motivación para  
creer y crear.*

*Por confiar en mí y permitirme vivir esta experiencia;  
por potenciar mi proceso de aprendizaje,  
por su compañía, aún a la distancia,  
por su paciencia y apoyo incondicionales,  
por su trascendencia en mi vida...*

***¡Gracias!***

## RESUMEN

A nivel mundial la post pandemia continúa dejándonos lecciones y oportunidades de mejora ante futuros escenarios similares. Sin embargo, uno de los principales focos de atención que han surgido se encuentra relacionado con la urgencia en transformar la perspectiva sobre la salud mental y la importancia en la adecuación de los cuidados que ésta conlleva.

A pesar de ser la que más estigmatización, discriminación y violación de derechos humanos básicos ha afrontado a lo largo de los años, la salud mental representa un pilar indispensable en nuestro desarrollo como seres vivos y en la consolidación de nuestras sociedades. En consecuencia, dentro del ámbito arquitectónico y, específicamente, en el diseño interior por ser el que mantiene un mayor contacto con los usuarios, se ha buscado reformar el déficit de humanización en los espacios de infraestructuras hospitalarias dedicadas a atender trastornos mentales donde, más allá de configuraciones netamente funcionales, se proporciona un ambiente físico confortable y potencialmente curativo a individuos en estado de vulnerabilidad constante.

Partiendo de ello, el fin del presente trabajo de investigación está enfocado en estudiar el rol terapéutico que presenta el diseño interior sobre la salud y su capacidad de generar soluciones encaminadas a incrementar el bienestar del usuario, tanto si se trata del paciente como de su núcleo de apoyo y equipo médico, consideradas como las tres partes involucradas en el proceso de sanación. Para lo cual, se realiza un repaso de la evolución histórica de los centros de salud mental; se identifican los propósitos y las variables intervinientes en la proyección de espacios humanizados, y se analizan casos de interiorismo hospitalario contemporáneo en base a sus características y elementos de composición arquitectónicos vinculados a estrategias de diseño interior que, en cierto sentido, puedan contribuir a la recuperación en virtud del desenvolvimiento humano saludable en su entorno.

### PALABRAS CLAVE

*Diseño interior  
Hospitales de salud mental  
Espacios hospitalarios  
Diseño terapéutico  
Humanización de espacios  
Espacios de bienestar*

## ABSTRACT

Worldwide, the post-pandemic circumstances keep giving us lessons and opportunities of improvement from similar scenes in future. However, one of the main focal points that have emerged is related to the urgency of changing the perspective about mental health and the importance of its adequate assistance.

Despite being the most stigmatized, discriminated and violated in terms of basic human rights over the years, mental health represents a cornerstone in our development as human beings and the establishment of our societies. Consequently, within the architectonic field, specifically in interior design that remains a closest contact with users, efforts have been made to renovate the lack of humanization inside hospital spaces dedicated to treating mental disorders in which beyond purely functional schemes, a comfortable and potentially healing physical environment is provided to individuals in constant vulnerable stage.

Based on this, the purpose of the present research is directed to studying the therapeutic role that interior design performs on health and its capability to generate solutions aimed at increasing the user's well-being, whether it is the patients or their support core and medical team, considered as the three elements involved in the healing process. For that reason, a review of the historical evolution of mental health centers is fulfilled, the objectives and variables involved in the projection of humanized spaces are identified and cases of contemporary hospital interiorism are analyzed based on their characteristics and architectural composition elements linked to interior design strategies that, in certain sense, could contribute to the recovery by virtue of a healthy human growth in its environment.

### KEYWORDS

*Interior design  
Mental health hospitals  
Hospital spaces  
Therapeutic design  
Humanized spaces  
Well-being spaces*



## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la preocupación existente en torno a la salud mental y la adecuación de los cuidados que conlleva se ha visto incrementada principalmente por las consecuencias resultantes de la situación de post pandemia que aún se encuentran latentes. Como lo expresa el informe de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, (2022, p. 2) "(...) Entre sus numerosas repercusiones, la pandemia de COVID-19 ha generado una crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés a corto y largo plazo, y socavando la salud mental de millones de personas. Por ejemplo, se calcula que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión ha sido de más del 25% durante el primer año de la pandemia. Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto gravemente perturbados y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se ha ampliado."

Como seres humanos, nuestro desarrollo se ve estrechamente vinculado a un estado pleno de salud donde tiene igual relevancia tanto el componente físico como el mental y el social, siendo cada uno condicionante del otro. Dicho estado de salud sólo es posible gracias a la noción de bienestar completo, más allá de la simple ausencia de alguna enfermedad o afección que pueda debilitarlo. De acuerdo con este enfoque, el panorama general sobre la salud mental demuestra que la alteración de los servicios en infraestructuras destinadas a su atención; el crítico aumento de las tasas de trastornos mentales que ya son comunes, como la depresión y la ansiedad, y el complejo debate sobre su apropiado tratamiento que, por una parte expone continuar con la figura de aislamiento del paciente de su contexto cotidiano y, por otra, propone la asistencia dentro de su comunidad a fin de garantizar una mejor integración a futuro, terminan resultando en considerables efectos económicos que son afianzados indirectamente por la disminución de individuos productivos para la sociedad. Con lo que se recalca que "una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja. Por el contrario, cuando las personas gozan de buena salud mental y viven en entornos favorables, pueden aprender y trabajar bien, así como ayudar a sus comunidades en beneficio de todos." (OMS, 2022, p. 5).

Históricamente, la evolución de las instituciones hospitalarias vinculadas a la salud mental ha estado marcada por la urgencia de un cambio de paradigma. El principio del hospital como institución surge a raíz de que la Iglesia destina parte de sus bienes para la ayuda de los más necesitados como muestra de caridad. "(...) La acción caritativa a través de cofradías, hermandades y otras congregaciones similares contó con la intervención de religiosos y laicos que se organizaron para fundar hospitales, colegios, casas de asistencia y otros establecimientos. (...) Las organizaciones de laicos iniciaron la instalación de casa de caridad para atención de desvalidos y enfermos por medio de 'casas de Dios' conocidas como 'Hotel Dieu.'" (García García, 2017, p. 9). Estas estructuras son las conocidas como los primeros hospitales medievales que albergaron desde peregrinos, huérfanos, pobres y enfermos de todo tipo, hasta *locos* o *dementes*.

Desde el siglo XV y hasta mediados del siglo XIX, como muchas de ellas fueron dirigidas bajo la lógica religiosa, siendo denominadas *asilos para locos* o *manicomios*, por la unión de la palabra *mania* y el verbo griego *κχομείν* que significa *cuidar*; la atención terminó basándose en el confinamiento durante indefinidos periodos de tiempo, la represión de cualquier forma de expresión, y, por ende, la violación de los derechos humanos básicos puesto que las opciones de tratamiento eran limitadas, los recursos de la época para su mantenimiento eran escasos y existía un elevado nivel de estigmatización moral con respecto a los trastornos mentales, considerados producto de lo esotérico o como castigo divino por los pecados cometidos y por lo que muchos *locos* eran encadenados o enjaulados, torturados físicamente o privados de alimento.

A finales del siglo XIX, esta concepción primitiva de la enfermedad mental se transforma por la agudización de los casos y la obsolescencia de los métodos empleados, en un modelo con un carácter más social y psicoanalítico fundamentado principalmente en los conocimientos médicos y el surgimiento de la psiquiatría como rama científica de la medicina. Por ello, los *asilos* y *manicomios* fueron el escenario de estudio que dio lugar a los ahora conocidos como *hospitales psiquiátricos* que, en poco tiempo, se caracterizaron por ser instalaciones a gran escala donde se perpetuaban muchas de las prácticas inhumanas de los modelos anteriores produciendo así la superación de su capacidad y su insostenibilidad a largo plazo.

La posterior inclusión de la psicofarmacología, de una óptica bioquímica y genética sobre la enfermedad mental, además del

desarrollo del movimiento de desinstitucionalización condujeron al cierre de grandes hospitales psiquiátricos en el siglo XX, promoviendo la conformación de los *centros de salud mental* con base comunitaria que presentaban una gama de servicios y espacios propicios para el asesoramiento y la terapia orientados en los pacientes. De cierta manera, los nuevos modelos se han ido adaptando a las realidades culturales propias de cada sociedad, a la diversificación de tipologías de trastornos mentales diagnosticados que presentan diferentes programas de necesidades y usos, así como a la amplitud de terapias para alcanzar en el paciente el grado de desenvolvimiento más sano posible.

A pesar de que el interés prestado a la salud mental pueda percibirse como fluctuante en gran parte del mundo, paulatinamente se están realizando esfuerzos por conseguir una verdadera intervención de los sistemas, servicios y entornos que influyen en la protección de la misma, puesto que se reconoce la urgencia de un mayor sentido de humanidad y respeto por cada individuo como un factor determinante en su proceso de recuperación, introduciendo el término de *humanización* en los cuidados. Así como se destaca que para la satisfacción y cobertura total de la salud, en la asistencia médica "(...) la atención centrada en la persona, orientada a su recuperación y basada en los derechos humanos es esencial." (OMS, 2022, p. 8); en el ámbito arquitectónico ha habido un renovado énfasis en la importancia de crear ambientes terapéuticos en los centros de salud mental, por lo que se han llevado a cabo numerosas aproximaciones y estudios que buscan señalar cómo el diseño enfocado en el habitante puede contribuir a la mejoría de su bienestar físico, emocional y social, a través del refuerzo de la sensación de confort, autonomía y dignidad.

Por ser el que posee un contacto más cercano con los usuarios, el diseño interior representa una oportunidad aún mayor para la consecución de estos propósitos. Es esencial para la profesión del interiorismo, aparte del poder proyectar entornos visualmente estéticos, el poder comprender y responder a la naturaleza multisensorial de los seres humanos a los que está destinado, con el fin de consolidar la intrínseca relación entre habitante y espacio habitado.

Múltiples reflexiones se han publicado al respecto, destacando las de Caan (2011, p. 37) donde manifiesta que nuestros vocabularios verbales y visuales existentes demuestran una limitada capacidad para abordar los aspectos cualitativos de los

espacios interiores. La terminología del diseño es específicamente pragmática (consiste en expresiones como función y circulación, y codifica la seguridad física), pero tales términos no pueden describir la interacción emotiva intencional entre humanos, objetos y entornos. Esta interacción es necesaria para estimular una mayor conciencia y comportamiento, y así crear entornos que puedan, por ejemplo, ofrecer al ocupante un sentido de dignidad y fomentar una mayor confianza como resultado del proceso de diseño.

Igualmente las de Cedrés de Bello (2000a, Calidad espacial, § 6), en cuyos artículos sostiene que "(...) la persona con su percepción, sus necesidades y su reflexión, influye y construye el ambiente, pero a su vez el ambiente es un principio activo que influye en las personas condicionándolas en su comportamiento, por lo que en el diseño espacial de una estructura hospitalaria una de las principales finalidades es la eliminación del sentimiento de miedo y separación de la vida diaria." Poniendo en contraste que "(...) la palabra humanización, sintetiza todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud. Esto significa que el usuario está en el centro de cada decisión de diseño, no solo como un productor de requerimientos funcionales, sino como una expresión de los valores humanos que deben ser considerados." (Cedrés de Bello, 2000b, Introducción, § 2).

Y también Mootee (2013, cit. en Caulliraux y Meiriño, 2015, p. 323) argumenta que la calidad del diseño está estrechamente relacionada con su capacidad para conectar y crear relaciones con sus usuarios. En otras palabras, el objetivo principal es comprender las cuestiones culturales de la humanización, lo que permite la construcción de esta relación. Dichos problemas están vinculados a las interacciones sociales y las emociones que definen la experiencia de los usuarios. Al permitir que los usuarios externalicen su humanidad en la organización, ésta pasa a formar parte de sus vidas y de su red de contactos, promoviendo sostenibilidad y crecimiento.

Consiguiente se plantea la hipótesis de partida del presente trabajo de investigación, apoyada en la premisa de *el diseño puede ayudar a sanar* y con el objeto de estudiar la trascendencia del concepto de humanización de la disciplina médica mediante la contribución de la disciplina del diseño para la configuración de atmósferas potencialmente terapéuticas destinadas a individuos que se encuentran en un estado de vulnerabilidad constante, como



son los pacientes psiquiátricos; además de describir el conjunto de estrategias proyectuales que abogan por el *bienestar* generando un lenguaje arquitectónico más humano. Con ello se formulan las siguientes interrogantes que se procurará responder en el progreso de la investigación:

- ¿Cómo la humanización y el bienestar pueden ser abordables a través del interiorismo en entornos hospitalarios de salud mental?
- ¿Cuáles factores condicionan los requerimientos del diseño interior óptimo para los usuarios que padecen de trastornos mentales?
- ¿En qué medida los componentes del espacio arquitectónico pueden representar un apoyo terapéutico en el proceso de sanación de los pacientes psiquiátricos?
- ¿Cuáles son las proyecciones a futuro del interiorismo hospitalario de salud mental?

Con el interés de comprender el espacio habitado como la *segunda piel* del habitante y la relevancia que tiene esta conexión en su comportamiento, formas de interacción y percepción del mundo que lo rodea, la primera etapa del trabajo comienza analizando la evolución de las primeras instituciones psiquiátricas a partir de la distinción de los espacios interiores característicos de antecedentes históricos en la cultura occidental, atendiendo a la interpretación de salud-enfermedad propia de cada época y cuyas implicaciones funcionales, formales y espaciales han condicionado las nociones sociales sobre la salud mental en la actualidad, proporcionando así la pauta para el desarrollo del marco teórico en el que se sustenta este estudio.

En la segunda etapa de aproximación a dicho marco teórico, y dentro de nuestro contexto disciplinar, se realiza un acercamiento a las definiciones de humanización y bienestar, incluyendo la identificación de aquellos propósitos y variables intervinientes en la proyección de espacios orientados al usuario, tomando en cuenta tanto al paciente como a su núcleo de apoyo y equipo médico, considerándolos como las tres partes interactuantes en todo proceso de sanación. Puesto que, como afirma Lee (2011, cit. en Caulliraux y Meiriño, 2015, p. 323), en la industria de la salud, es importante entender, desde el punto de vista de la familia y de los pacientes, qué agrega valor durante la experiencia de uso del servicio. Según los estudios del Instituto de Medicina, la percepción positiva sobre la experiencia del cuidado influye directamente en la rapidez y calidad de su mejoría clínica. Otro punto es que los factores ambientales tienden a afectar

directamente a los pacientes emocionales, las familias y el personal. Estas relaciones entre *diseño* y *terapia* están razonadas conjuntamente al análisis de las características generales y los elementos de composición del interiorismo hospitalario de salud mental a partir de las cuales se determinan las estrategias de diseño aunadas a la humanización y el bienestar que son aplicadas en el planteamiento de estos espacios.

La delimitación de dichas estrategias permite establecer los criterios para la selección de cinco casos contemporáneos de centros de salud mental en la tercera etapa de la investigación, donde se pueden identificar y resaltar los lineamientos relacionados a fines terapéuticos en la definición de su diseño interior. Estos casos son estudiados bajo la distinción de sus componentes principales, como son la tipología espacial (desde la óptica del paciente, del núcleo de apoyo y del equipo médico), la zonificación y esquema funcional, las dimensiones, la materialidad, el acondicionamiento del espacio y el equipamiento presente; con la intención de argumentar las directrices que son comunes a través de un cuadro comparativo entre los casos.

Finalmente, en base a la investigación realizada, se determina una serie de conclusiones acerca de las soluciones e instrumentos arquitectónicos de diseño que, de algún modo, podrían ayudar a mejorar la respuesta a la complejidad de las necesidades existentes en los entornos psiquiátricos contemporáneos, y a su proyección en un futuro, en virtud del desenvolvimiento humano saludable.

Las fuentes bibliográficas que fundamentan este trabajo están conformadas por libros, tesis de maestrías, tesis doctorales, artículos en revistas académicas, documentales, experiencias de personal médico y pacientes contenidas en publicaciones, y visitas a exposiciones museográficas, que aportan información respecto a los temas de humanización y bienestar con relación al diseño y a la salud mental. Muchas de estas referencias consultadas han confirmado la influencia de la calidad del interiorismo en el proceso de recuperación de la salud mental en entornos hospitalarios psiquiátricos.

## 2. ANTECEDENTES

Con el fin de comprender el surgimiento, la evolución y la consolidación de los *centros de salud mental*, tal y como hoy los conocemos, se procede a realizar un breve recorrido temporal sobre los primeros hospitales fundados para la atención y el albergue de individuos con trastornos mentales; señalando el vínculo existente entre la arquitectura y, ante todo el diseño de los espacios interiores, con la definición de los tratamientos, las formas de terapia e, inclusive, con la percepción de la sociedad sobre las implicaciones de una buena o mala salud mental, tema que ha estado en constante cambio a lo largo del tiempo. Conviene delimitar el alcance de este análisis en el contexto de la cultura occidental, siendo la que nos compete, dado que en otras culturas se ha presentado un progreso diferente y resulta complicado definir una trayectoria común.

Dichos casos históricos tuvieron su origen durante la Alta Edad Media, cuando en un principio "(...) los locos eran considerados como individuos sabios y elegidos por Dios. Santo Tomás de Aquino reconoció que este colectivo despreciaba los bienes materiales y poseían conocimiento divino. (...) Sin embargo, surgió la concepción de que la locura podía ser un castigo divino por falta y errores o una intervención diabólica." (Ventosa, 1997, cit. en Fernández Vázquez, 2015, p. 107). Con esto, el rechazo y la estigmatización sobre los enfermos mentales se propagó rápidamente ocasionando su exclusión social; por lo que la Iglesia, en una forma de manifestar el valor de la caridad, mediante los monasterios, las casas de asistencia y, finalmente, los hospitales, comenzó a brindar tanto cuidados como recursos a las personas que más lo necesitaban.

Como se solía relacionar al enfermo con el pobre o mendigo, incluyendo a los *locos*; todos eran atendidos en estas instituciones de la misma manera, "(...) es por ello que en ocasiones los locos pasaran desapercibidos entre otros pobres que no presentaban patologías mentales." (Fernández Vázquez, 2015, p. 108). No obstante, las consecuencias sociales, políticas y económicas producto de las guerras y la propagación de las enfermedades a

nivel mundial, generaron un incremento de la población de pobres que provocó una alta demanda y el posterior colapso en la capacidad de los hospitales. "(...) Por ello se rechaza a indigentes argumentando que recurrían a la mendicidad para no trabajar y, en vez de aceptar su suerte, buscaban las riquezas con afán. También eran sospechosos de hurtos y alteraciones del orden público. Sus conductas eran castigadas con azotes, golpes, trabajos a cambio de la comida y bebida del día, o incluso el destierro. En las calles, se producen ensañamientos con los pobres y locos, siendo objeto de mofa y agresiones." (Fernández Vázquez, 2015, p. 108).

En ese contexto, los siguientes antecedentes representan los primeros en abogar por la asistencia de aquellos enfermos mentales que frecuentemente se encontraban aislados o vagando por las calles de las ciudades, pasando de ser *asilos* o *manicomios* en construcciones primitivas enlazadas con la Iglesia, a denominarse *hospitales psiquiátricos* con una mayor infraestructura; cuando, culminando el siglo XIX, la *locura* adquiere una índole médica, considerándose una enfermedad transitoria y curable, motivo por el cual se comienzan a establecer espacios arquitectónicos específicos y diferenciados para tratarla. A pesar de ello, la dominación y el aislamiento del enfermo continuaban siendo las premisas de los tratamientos, ocasionando que los nuevos modelos diseñados para necesidades más concretas siguieran careciendo de afabilidad hacia los pacientes.

Posteriormente, durante el siglo XX, la proliferación de movimientos que fomentaban la desinstitucionalización de la salud mental impulsó su integración en el sistema sanitario general, provocando el cierre progresivo de una gran parte de las instituciones psiquiátricas y suscitando la incorporación de áreas dedicadas al mismo propósito dentro de los hospitales generales ya existentes. Siguiendo este marco de ideas, destacan las palabras de uno de los representantes clave del Movimiento Antipsiquiátrico, ideología detractora de las prácticas psiquiátricas convencionales, el psiquiatra italiano Franco Bisaglia (1964, cit. en Dell'Acqua, s/f, p. 4): "Desde el momento de cruzar el muro del internamiento, el paciente entra en una nueva dimensión de vacío emocional (resultado de la enfermedad que Burton llama neurosis institucional, y que yo llamaría simplemente institucionalización); es introducido en un espacio que, originalmente creado para volverlo inofensivo y al mismo tiempo asistirlo, en la práctica aparece como un lugar paradójicamente construido para aniquilar completamente su personalidad, como un lugar que lo vuelve un objeto."

Es por esto que las sucesivas adaptaciones realizadas en la arquitectura de los modelos ante el cambio de las perspectivas sobre el sistema asistencial psiquiátrico, fueron correspondiéndose con la reconfiguración del programa de áreas y usos requeridos en el adecuado desarrollo de sus funciones, coherente con el avance de los conocimientos médicos en cada época, los cuales empezaron a fundamentarse en una vocación más terapéutica a partir de este siglo.

## 2.1. CASOS HISTÓRICOS

### 2.1.1. Europa

- *Hospital d'Innocents, Folles i Orats de València* u Hospital de los Pobres Inocentes de Valencia, España

Fundado en 1410 por iniciativa de fray Joan Gilabert Jofré, un religioso mercedario cuyo discurso respecto a la defensa de los dementes motivó la colaboración de diez ciudadanos laicos, entre ellos burgueses y comerciantes, para su edificación. Es considerado el primer centro psiquiátrico de Europa pues, a pesar de que se reconocen otras instituciones que ofrecían acogida a enfermos mentales en épocas anteriores, fue pionero en impartir un tratamiento sanitario especializado, separándolos de otros colectivos como los pobres o discapacitados, y así transformar la concepción sobre los cuidados al enfermo mental. Tanto este discurso como el modelo organizativo y funcional del hospital fue extendido y adoptado por el resto de la Península Ibérica y, más adelante, por la América Hispana.

Su instauración en Valencia se debe a que, dentro de los reinos que conformaban la Corona de Aragón, fue de las pocas ciudades que pudo superar la crisis económica existente entre los siglos XIV y XV, gracias a la riqueza del suelo, el considerable crecimiento demográfico y su potencial mercantil. Se localizó a las afueras de la ciudad, en las proximidades del antiguo Portal de Torrent de la muralla cristiana, que pasó a conocerse popularmente como el *Portal de los Inocentes*, ocupando lo que había sido una vivienda con huerta en una parcela triangular delimitada por las actuales calles de Quevedo, Guillem de Castro y Hospital, en el barrio de Velluters (fig. 1). En un principio, el interior se organizaba en torno a un patio central y "estaba formado principalmente por las

denominadas casas de locos y locas, la iglesia y las diversas dependencias auxiliares que facilitaban el funcionamiento del hospital. (...) La iglesia y capilla de la Virgen de los Desamparados con su porche abierto al patio y campanario. Al lado de la iglesia, las dos casas de locos y locas, en dos edificaciones separadas por un pequeño patio y, cercano al muro de delimitación del recinto, las dependencias secundarias como cocinas, baños, almacenes y casas de los oficiales que regentaban el Hospital." (Gómez-Ferrer Lozano, 1995, p. 27); además de la huerta previa donde se disponía a los enfermos a trabajar para su mantenimiento.

Si bien, originalmente, el Hospital de los Pobres Inocentes surgió como resultado de los recursos aportados por sus fundadores, siendo un modelo autónomo de la Corona, la Aristocracia y la Iglesia, se creó con una doble intención. Por una parte, la de desempeñar una labor de contención social, puesto que al custodiar a los enfermos mentales se procuraba resolver la problemática del elevado número de pobres, vagabundos y dementes deambulando por las calles y, por ende, garantizar la protección del orden público. Y por otra, la de promover que a la atención humanitaria ofrecida se le añadiera una asistencia médica específica vinculada a la terapia ocupacional para conseguir su recuperación, con lo que "(...) Sus internos eran pues considerados enfermos y sus actividades estaban destinadas a aliviarles y, cuando eso era posible, a curarles de su enfermedad." (López-Ibor, 2008, p. 4). A partir de este punto se puede resaltar que "(...) La sociedad considera que el loco puede curarse. Esta idea es novedosa, ya que anteriormente, sólo se daba alojamiento y manutención a este colectivo, considerando irreversible su estado mental." (Fernández Vázquez, 2015, p. 111).

**Fig. 1**

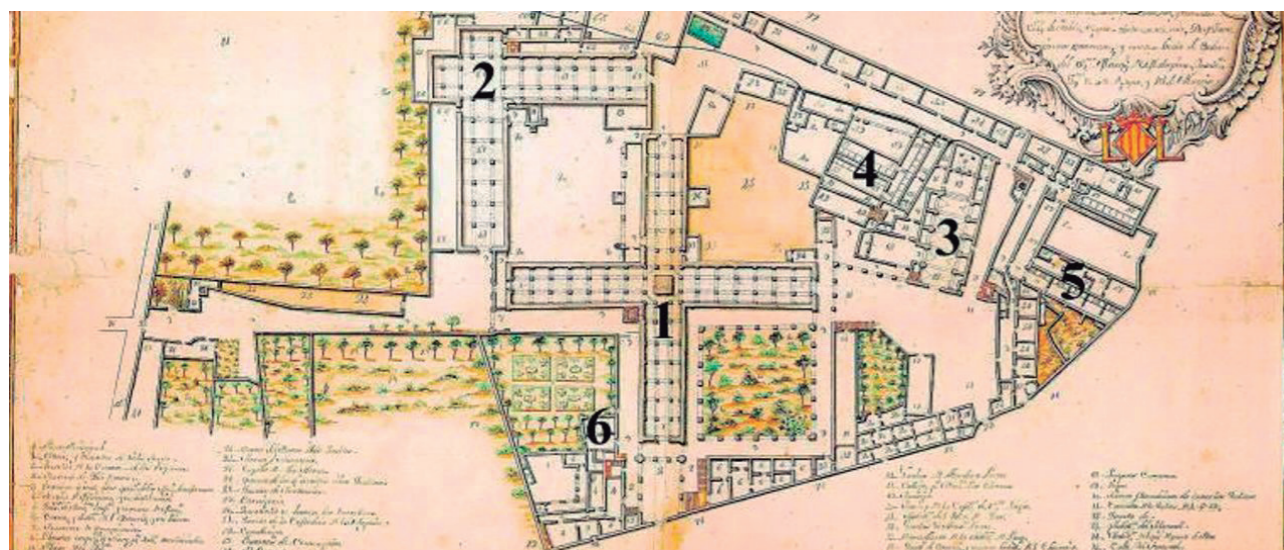
Localización del Hospital de los Pobres Inocentes y del Portal de Torrent, según el Plano del Padre Tosca de 1704.



Cabe destacar que pese a su prolongada trayectoria (del siglo XV al XX, hasta su traslado al Convento de Jesús), el hospital estuvo condicionado por la situación sociopolítica, económica y científica predominante en la época; por lo que en años posteriores las consecuencias de la guerra de Germanías (1519-1523), el descenso de la población y la disminución de la prosperidad en la ciudad comprometieron su adecuado funcionamiento, al igual que el de otras instituciones minoritarias destinadas al socorro de pobres y enfermos.

En 1512 el Consejo de la ciudad de Valencia, por orden de una sentencia arbitral dictada por Fernando II de Aragón, determinó la unificación de todas estas instituciones para ampliar su cobertura médica y reducir los gastos en asistencia hospitalaria, creándose el Hospital General aunado al existente *Hospital d'Innocents, Folles i Orats*. El nuevo edificio siguió un esquema panóptico que había surgido al norte de Italia, constituido por dos enfermerías que contaban con una planta en forma de cruz griega, dos pisos de altura y una cúpula en el medio, permitiendo la entrada de iluminación natural al interior y el control visual, desde el espacio central, de todas las salas, divididas a su vez según su género y patología (fig. 2). No obstante, los espacios destinados a albergar a los pacientes mentales siguieron siendo los mismos durante la construcción del Hospital General conservándose las estructuras materiales iniciales, caracterizadas por sus dimensiones reducidas y la falta de planificación coherente en su conjunto, debido en gran medida a que las obras se realizaban de manera fragmentaria en función de las necesidades y los recursos económicos disponibles, provocando así que estuviesen marginados en relación con la escala y amplias dimensiones de las naves del edificio próximo reservado a atender a otro tipo de enfermos.

**Fig. 2**  
Plano del Hospital General de 1749.  
(1) Cuadra de Fiebres  
(2) Cuadra del "Mal de Siment" (o enfermedades de transmisión sexual)  
(3) Iglesia  
(4) Casa de las locas  
(5) Casa de los locos  
(6) Casa y Huerto del Vicario



Profundizando en la configuración de las primeras estancias destinadas a la atención psiquiátrica, se señala que su desarrollo estuvo dirigido hacia la constante compartimentación, para maximizar su capacidad, y al aislamiento del mundo exterior, incluyendo la restricción de su conexión con el Hospital General. Adicionalmente, se estableció una marcada clasificación de los pacientes, "(...) Por un lado se agrupaban aquellos considerados como curables, que recibían tratamiento con fines curativos, y por otro los incurables. Estos recibían alojamiento y eran controlados para evitar conflictos en las calles." (Fernández Vázquez, 2015, p. 112). Aparte de las salas habitacionales, separadas por género, por grado de trastorno y, en ciertos casos, por el estatus social; se originó una zona de reclusión, conformada por celdas o *gàbies* para el control y corrección disciplinaria de las conductas.

"Los dos pabellones para locos, el de hombres y el de mujeres, tenían una planta cuadrada, con patio interior central al descubierto, al que daban las distintas habitaciones o celdas. Estas celdas estaban sobre los pórticos y se piensa que eran individuales. Tenía cada una ventana con reja de hierro para poder recibir la ventilación y luz necesarias. (...) Los pabellones de locos tenían dos pisos y normalmente se diferenciaban entre habitaciones o *cambres* para los locos normales y celdas o *gàbies* para los locos furiosos." (Gómez-Ferrer Lozano, 1995, p. 27). El resto de las dependencias auxiliares como los baños, la cocina, la panadería, la lavandería, la bodega, la despensa de la huerta, las enfermerías de mujeres y hombres, los guardarropas de mujeres y hombres, los aposentos del *Hospitaler* (máximo responsable de la institución escogido entre sus administradores) y su familia, y los aposentos del Mayordomo o *Clavario* se disponían de igual manera en la planta baja de la parcela.

Las siguientes reformas realizadas en las áreas del hospital continuaron buscando la división de los espacios y la reclusión de los enfermos a finales del siglo XVII y durante el siglo XVIII, puesto que su capacidad estaba siendo insuficiente para cubrir la demanda imperante de sus servicios.

Conforme a la descripción realizada por Livianos Aldana y Císcar Vilata (2006) sobre las características de estas áreas, la *casa de los locos* se distribuía en una planta en forma de cuadrilátero irregular de aproximadamente doscientos cincuenta metros cuadrados, en cuya planta baja se ubicaba la casa del *Hospitaler*, o *Padre de los locos*, y diferentes dependencias que abarcaban la mitad del terreno; el resto lo ocupaban las celdas y el pasillo de acceso a las mismas, que se comunicaba además con la huerta

cercada y las zonas comunes de alrededor de cien metros cuadrados. En el primer nivel se ubicaron los dormitorios individuales y colectivos. Separado de este conjunto se localizaba una segunda sección de celdas, la cocina principal, un cuarto anexo y una pequeña oficina, con una superficie estimada de ciento veinte metros cuadrados. En cambio, la *casa de las locas* contaba con una planta de forma cuadrangular, de aproximadamente cuatrocientos metros cuadrados y un acceso desde la calle interior del Hospital, paralelo a la muralla. La planta baja de la residencia se distribuía en la casa de la *Madre de las locas*, esposa del *Hospitaler*, la oficina, la cocina principal y estancias para las dementes pacíficas al lado de una fila de celdas; en el primer nivel se organizaban los dormitorios individuales y colectivos. Luego se construyó seguidamente una segunda sección de celdas, sobre las cuales se encontraba una sala común que poseía una superficie de trescientos metros cuadrados. Junto al conjunto estaba un patio cercado de aproximadamente ciento veinticinco metros cuadrados comunicado con la lavandería, los corrales y la carnicería. Por la necesidad de mejorar las condiciones sanitarias de los enfermos, se construyeron cuartos comunes de servicios higiénicos o baños, divididos para mujeres y hombres, en el terreno comprendido entre la *casa de los locos* y la *casa de las locas*, que anteriormente servía como depósito de leña.

La estética y el acondicionamiento interior de ambas casas eran austeros. Las paredes en zonas comunes, habitaciones y celdas eran blanqueadas frecuentemente con cal; los suelos solían estar revestidos con baldosas y las ventanas de cristal se aseguraban con barrotes y pestillo. Para iluminar las estancias se colocaban lámparas de aceite o faroles de vidrio dentro de hornacinas atadas con cadenas y cerradas bajo llave para prevenir incidentes; mientras que la calefacción se daba por medio de braseros de cobre, madera o ladrillo (fig. 3).

El mobiliario general era básico y consistió en arcas de madera de pino o nogal utilizadas para guardar la ropa y el pan del día, una mesa redonda de madera de pino como auxiliar para la cocina, bancos de madera y escasas sillas de madera con el asiento y el respaldo de cuerda tejida para las zonas comunes y, como elementos decorativos, numerosos cuadros con imágenes religiosas. Asimismo, la mayoría de las habitaciones presentaba similitudes en su equipamiento, contaban con dos camas hechas sobre planchas de madera, en las cuales se colocó un jergón rústico de paja o esparto y por encima un colchón, comúnmente, de lana, un par de sábanas y una manta; ofreciendo la posibilidad de que tanto el jergón como el colchón pudiesen colocarse en el suelo en

caso de necesitar una cama complementaria dentro del mismo dormitorio. Varias de estas camas fueron reemplazadas por camas de hierro con sus tablas correspondientes años después.

Con respecto a las celdas o *gàbies*, consistieron en pequeños cuartos de cuatro metros cuadrados, aunque de menores dimensiones en algunos casos, con acabados en obra de albañilería y cuyo acceso se daba a través de un marco de madera con dos barrotes traveseros sobre el que se instalaba una reja tejida de hierro con cerrojo. En su interior, las paredes también se encontraban blanqueadas con cal; los suelos de las jaulas y pasillos estaban pavimentados, la iluminación se realizaba con lámparas de aceite colocadas en los corredores, y la ventilación se daba por medio de pequeñas ventanas, con reja de alambre tejido y cerradura, que se comunicaban con la calle exterior. El único mobiliario reconocido dentro de las celdas eran las camas con listones de madera, sirviendo al paciente para dormir, sentarse y comer. En el pasillo opuesto al corredor de acceso a las jaulas se encontraba otro pequeño pasillo, de aproximadamente un metro de ancho, que se denominaba *callizo para la administración de las cadenas*, que podía funcionar para alargar o acortar las cadenas que se colocaban con el fin de limitar los movimientos de los reclusos.

El Hospital General funcionó como complejo sanitario hasta 1960, año de inauguración del Hospital Provincial en la Avenida del Cid, actualmente Hospital General Universitario de Valencia. Este hecho produjo el derribo del antiguo centro desapareciendo la iglesia, la farmacia y la facultad de medicina. Sin embargo, antes de la demolición de la enfermería en 1963 fueron declaradas las obras que aún se encontraban en pie como Monumento Histórico Artístico Nacional y en 2007 como Bien de Interés Cultural. Hoy en día, en la antigua enfermería se encuentra instalada la Biblioteca Pública de Valencia, donde aún se puede apreciar el estilo renacentista en los restos arquitectónicos del conjunto original.

**Fig. 3**  
Vivienda de los locos en el  
Hospital de los Inocentes  
(1920-1930).



- Hospital Real de *Bethlem*, Reino Unido

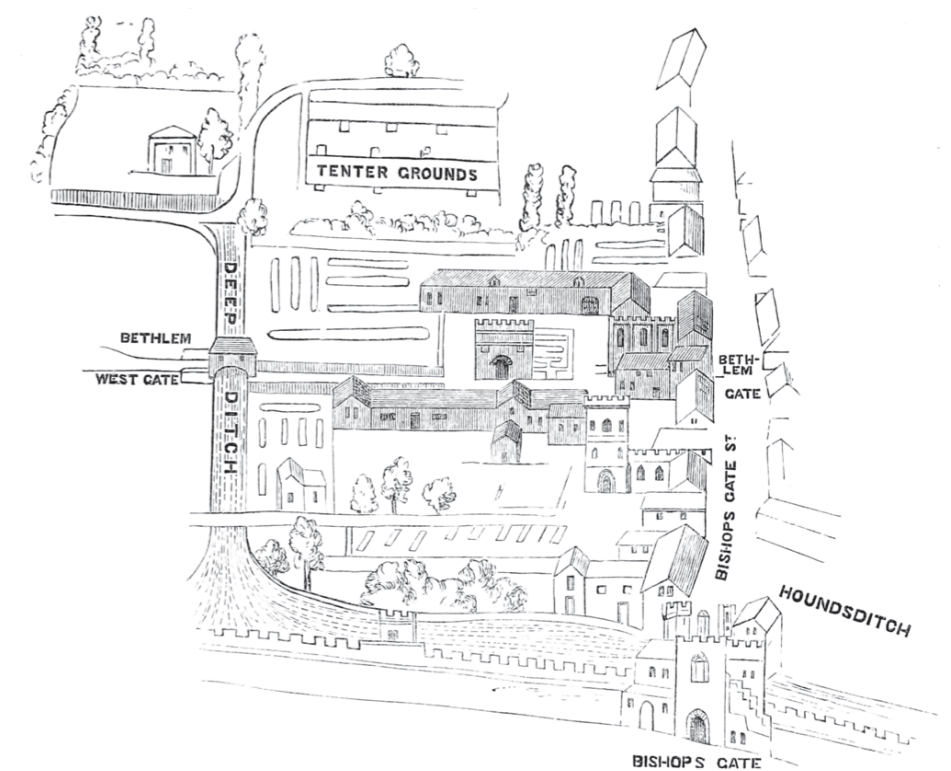
Originalmente con el nombre de *St. Mary of Bethlehem* representa el hospital más antiguo para el tratamiento de los trastornos mentales en Gran Bretaña, siendo actualmente un centro psiquiátrico del Servicio Nacional de Salud (en adelante NHS, por sus siglas del inglés *National Health Service*). "En Londres, el Hospital de *Bethlehem*, fundado en 1247, reclama haber sido el sanatorio mental. Comenzó a recibir a pacientes psiquiátricos en 1377 pero, a diferencia del Hospital de Inocentes de Valencia, no impartió tratamiento especializado para los enajenados hasta finales del siglo XV." (Barrios Flores, 2002, cit. en Fernández Vázquez, 2015, p. 107).

Como los primeros hospitales de la Edad Media, el Hospital Real de *Bethlem* era principalmente una institución más religiosa que médica, sirviendo al principio como sitio de descanso para los peregrinos de la *Orden de la Estrella de Belén* (en inglés, *Order of the Star of Bethlehem*), de la cual tomó su nombre, y para los pobres o indigentes. El nombre *Bethlem*, con sus innumerables variantes, de las cuales la más notoria es *Bedlam*, es una corrupción de *Bethlehem* y comenzó a usarse temprano en la historia del priorato (Allderidge, 1971, p. 1537). En 1337 se convirtió en hospital y gradualmente fue recibiendo enfermos mentales cuarenta años después sin embargo, no fue hasta el siglo XV cuando se consolidó como un hospital psiquiátrico.

A lo largo de su historia ha contado con varias ubicaciones en función de las condicionantes económicas y sociopolíticas en las que se encontró envuelto. A comienzos del siglo XVI se ubicaba en Bishopsgate (en la actual estación de Liverpool Street) y los planos que se poseen del hospital muestran un terreno con escasas edificaciones en piedra, una iglesia y un jardín, en un estado de conservación que asoma precariedad (fig. 4). La parcela de Bishopsgate del hospital era, de menos de dos acres, pequeña y sencilla. El sitio consistía en un patio amurallado rectangular en medio del cual se encontraba una capilla. Frente a esto, y organizados contra la pared norte del patio, estaban los edificios principales de *Bethlem*. Era un conjunto compacto e incluso, después de algunas reconstrucciones postmedievales, el sencillo edificio de una sola planta contenía solo una docena de celdas para sus pacientes; adjunto a estos había una cocina, alojamiento para el personal y un patio de ejercicios (Chambers, 2019, *Humble Beginnings*, § 4).

El primer cambio de localización, desde Bishopsgate hacia

Fig. 4  
Plano del primer Hospital de *Bethlem*.



Moorfields (ocupada hoy por Finsbury Circus) fue motivada por diversas razones. Por un lado, la disolución de las casas religiosas y la dispersión de las órdenes devotas que las dirigían, perdiendo su estatus monástico e impidiendo que se continuara atendiendo a los pobres de la ciudad. Mientras que la posterior adquisición de su control por parte del alcalde, los concejales y los ciudadanos de Londres, así como de su administración en manos del Gobierno de Bridewell, a partir de 1557 y hasta la introducción del NHS, ocasionó su modificación a una institución con dos funciones, la de ser una prisión para la reclusión de los desordenados y la de formación de aprendices que, tras varias reformas en el siglo XIX, surgió como escuela de medicina que se trasladó finalmente a Wormley, Surrey como *King Edward's School*. Y, por último, en 1674 la decisión por parte de su gestión sobre la insuficiencia de las condiciones y capacidad de la casa que albergaba el hospital que, hasta ese momento, sólo podía atender a un máximo de sesenta pacientes por sus reducidas dimensiones y la antigüedad de sus estructuras, donde además aquellos *lunáticos*, como se les llamaba en ese entonces, considerados como violentos y peligrosos permanecían encadenados al suelo o las paredes de las estancias.

Así es como en 1675 se trasladó a un nuevo edificio diseñado por el científico, filósofo, ingeniero y arquitecto inglés Robert Hooke, en una parcela a las afueras de la ciudad que daba a London Wall y miraba hacia el norte sobre Moorfields (fig. 5). Con una



capacidad inicial de ciento veinte pacientes, sufrió posteriores ampliaciones que permitieron recibir a más de doscientos cincuenta pacientes en los años siguientes. Estas modificaciones surgieron a raíz de la preocupación del psiquiatra holandés Paul Vincent sobre los métodos para el cuidado de los enfermos mentales, ahora llamados *pacientes* en lugar de *lunáticos* a partir de 1700, y su reclamo por la pérdida de la "condición humana" de muchos de ellos, por lo que se generó la apertura de alas diferenciadas para *curables* e *incurables* de 1725 a 1734. En un inicio su diseño, francés en espíritu y palaciego en concepto, fue muy admirado por la Corte de Gobernadores, por los conocedores y por el público en general; pero su elegante exterior desmentía la vida interior, y el período de ocupación de Moorfields debe pasar a la historia como el más lamentable en la historia del hospital (Allderidge, 1971, p. 1539).

Hooke diseñó un edificio bilateralmente simétrico compuesto por una estructura central, flanqueada por dos bloques de largas salas definidas por frontones centrales. Un corredor se desarrollaba a lo largo del edificio, con celdas a un lado, permitiendo una suave brisa a través de los pasillos. Los críticos admiraron el pasillo ventilado ya en 1676, lo que ofrece una clara evidencia de que los cuidadores creen que el aire fresco era curativo. Hooke mejoró el saneamiento en *Bethlem* al incluir cisternas en todos los pisos (excepto en la parte superior) y ubicar letrinas al aire libre en cada extremo del patio (Yanni, 2007, p. 18). No obstante, detrás de todas estas mejoras arquitectónicas, los maltratos a los pacientes, la reclusión en cuartos oscuros y la restricción de alimentos aún siguieron caracterizando el hospital; y

**Fig. 5**  
El Hospital de Bethlem (Bedlam) en Moorfields, Londres.

dichas connotaciones negativas lo llevaron a obtener el nombre de *Bedlam* con el que siguió conociéndose en las siguientes generaciones.

Además, su rápida edificación (entre 1674 y 1675) fue lograda por medio de la omisión de muchos de los criterios y de las técnicas básicas de construcción, por lo que en cien años de actividad ya estaba empezando a desmoronarse. La elección del sitio había sido desafortunada, ya que formaba parte de la antigua zanja de la ciudad, que en realidad era un pozo de basura de larga acumulación. No se habían proporcionado cimientos, lo que alentó aún más el hundimiento; los ladrillos eran de mala calidad, las vigas eran demasiado cortas, las paredes no estaban debidamente construidas y el techo era demasiado pesado. A principios del siglo XIX, ningún piso permanecía nivelado, ninguna pared en posición vertical, y el frente, según el informe del arquitecto, ondulado fuera de línea e inclinado al norte y al sur según la dirección en la que se había asentado (Allderidge, 1971, p. 1540).

Por lo tanto, ocurre su segundo desplazamiento a St. George's Fields, Southwark, en un edificio construido entre 1812 y 1815, cuyo diseño estuvo a cargo del topógrafo inglés James Lewis. Su diseño resultó de la adaptación de tres proyectos premiados por un concurso publicado a nivel nacional para el diseño del nuevo Hospital de *Bethlem*, con los cambios sugeridos por la experiencia profesional y el conocimiento sobre las necesidades del hospital que poseía el topógrafo. El proyecto final comprendía una serie de edificios de estilo neoclásico que contaban con un sótano y tres plantas de altura, de aproximadamente ciento ochenta metros lineales paralelos a Lambeth Road y un pórtico de acceso central con seis columnas de estilo dórico (fig. 6). Se planteó la

**Fig. 6**  
Hospital de Bethlem en St. George's Fields, 1828.



ubicación de habitaciones para pacientes con incontinencia en la planta sótano a fin de facilitar el cambio de los jergones de paja sobre los cuales dormían; el resto de las habitaciones en las plantas superiores se encontraban distribuidas de acuerdo al género, y las dependencias del equipo médico, como la enfermería, las oficinas administrativas y los dormitorios del personal, se organizaban en un bloque central que servía para controlar a los pacientes femeninos en el ala oeste y masculinos en el ala este, como ocurrió en el anterior hospital en Moorfields. A su vez, en cada galería que atravesaba estas alas se encontraba solo un cuarto sanitario con un inodoro, un lavabo y una zona de baños fríos.

Existieron algunas disconformidades con respecto al acondicionamiento del hospital relacionados con el sistema de calefacción por vapor, instalado únicamente en el sótano para los dormitorios de los asistentes médicos; la ausencia de escaleras separadas para cada una de las galerías que dificultaba la clasificación de los enfermos y la falta de acristalamiento de las ventanas en los pisos superiores, dejadas así para asegurar una entrada directa de ventilación natural a los dormitorios más, sin embargo, exponiendo a los pacientes a las ráfagas de aire frío y oscuridad en las noches.

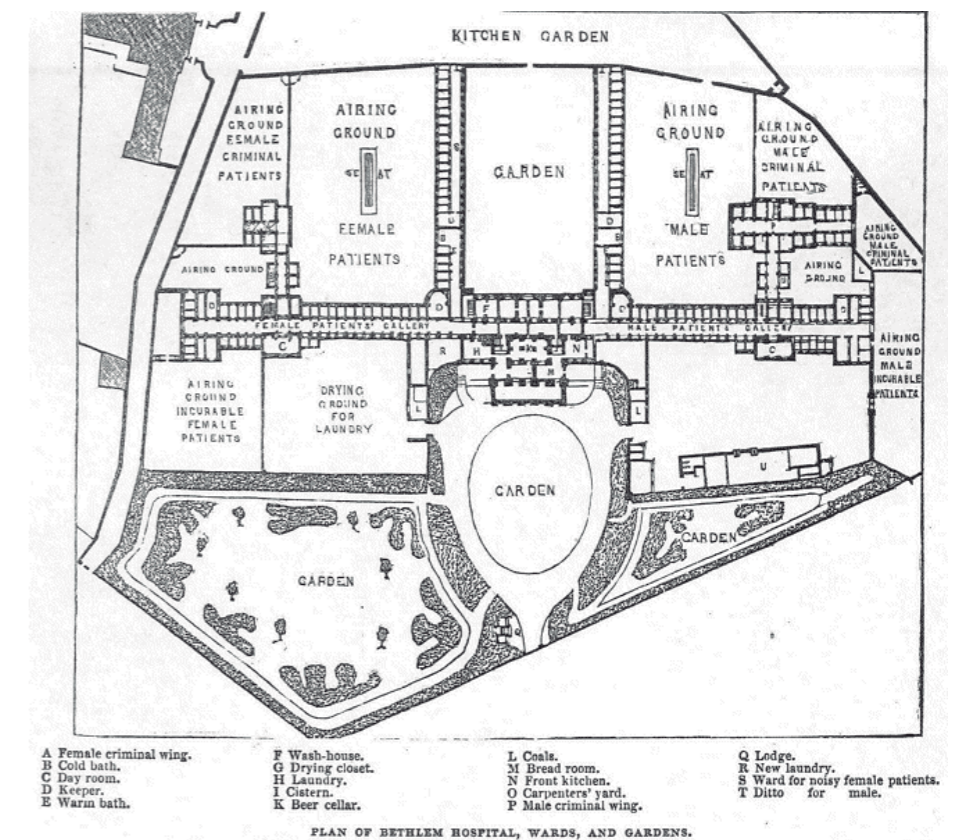
Una característica del nuevo hospital fue la provisión de bloques separados para acomodar a los llamados *pacientes lunáticos criminales*. Bethlem había recibido pacientes de vez en cuando por orden del gobierno durante más de un siglo, pero el intento de asesinato de George III por parte de James Hadfield en 1800 y los cambios en la ley consiguientes a este caso habían puesto en relieve la necesidad de un establecimiento separado (Allderidge, 1971, p. 1540). La construcción de este complemento, así como la manutención de los reclusos, fueron financiadas en su totalidad por el Estado, y albergó primeramente a cuarenta y cinco hombres y quince mujeres; requiriendo una posterior ampliación del bloque penal masculino para aumentar su capacidad a treinta cautivos más en 1835.

En ese entonces también fue necesaria una ampliación total de la institución, puesto que la capacidad de las salas ordinarias estaba congestionándose, y se contrató al arquitecto inglés Sydney Smirke con la petición de aumentar a casi el doble el número de las estancias para el alojamiento y proporcionar talleres de trabajo para los pacientes masculinos y lavanderías para el empleo de las pacientes femeninas considerando conservar la simetría del alzado frontal. Por ello, se proyectaron bloques laterales en cada extremo de la fachada y dos bloques largos con galerías a lo largo del jardín

en la parte trasera. Se erigieron talleres y cobertizos de almacenamiento en los patios delanteros, pero el bloque administrativo en el centro del edificio quedó con una vista sin obstáculos de los jardines frente al hospital que habían sido agrandados por el desvío hacia el norte de Lambeth Road (London County Council, 1955, cap. 9, § 11), logrando de esta forma que la capacidad al culminar la etapa de expansiones alcanzara los trescientos sesenta y cuatro pacientes (fig. 7). Smirke fue el encargado además de diseñar la cúpula cubierta de cobre que caracteriza la edificación, construida entre 1844 y 1846 con la intención de agrandar la capilla que se encuentra debajo y que primitivamente estaba cubierta por una cúpula baja.

Con el nombramiento y la labor del doctor inglés William Charles Wood como primer oficial médico residente en 1852, se fue mejorando gradualmente el acondicionamiento del edificio tratando de alcanzar, en la medida de lo posible, las comodidades y un ambiente similar al que los pacientes tenían en sus hogares. Pasada la Primera Guerra Mundial (1914-1918), los gobernadores decidieron la construcción de un nuevo hospital dentro de un entorno más rural y comunicado con la naturaleza, por esta razón ocurrió su último cambio de ubicación hacia un suburbio de Croydon, de doscientos acres de espacio verde, en Monks Orchard,

**Fig. 7**  
Plano del Hospital de Bethlem en St George's Fields.  
Bloque penal femenino (A)  
Baños de agua fría (B)  
Sala de día (C)  
Guardian (D)  
Baños de agua caliente (E)  
Lavatorios (F)  
Armario de secado (G)  
Lavandería (H)  
Cisterna (I)  
Bodega de cerveza (K)  
Cuarto de brasas (L)  
Sala de pan (M)  
Cocina delantera (N)  
Patio de carpintería (O)  
Bloque penal masculino (P)  
Almacén (Q)  
Cuarto de ropa nueva (R)  
Sala para pacientes femeninas ruidosas (S)  
Sala para pacientes masculinos ruidosos (T)





Addington, Surrey. La parte central y las galerías traseras del viejo hospital en Southwark ahora albergan el Museo Imperial de la Guerra desde 1936, ya que las alas laterales fueron derribadas por las bombas de 1940, 1941 y 1944. Quizá sea apropiado que un edificio ocupado durante tantos años por hombres y mujeres con problemas mentales ahora se use para albergar exhibiciones de esa gran locura de nuestro propio tiempo, la guerra. (London County Council, 1955, cap. 9, § 15).

El nuevo edificio fue proyectado por los arquitectos ingleses Charles Ernest Elcock y John Alford Cheston, iniciándose las obras en 1928 para su inauguración en 1930; a su vez supuso un alejamiento radical de los grandes edificios que lo habían precedido y un contraste directo con el estilo de casa de campo preferido para los asilos del condado. Los pacientes fueron alojados de acuerdo con la naturaleza de sus síntomas, con edificios separados para pacientes *inquietos* y *tranquilos*, así como para *convalecientes*. Además de las salas, había edificios separados para la administración, el tratamiento y el alojamiento del personal. El estilo de los edificios era relativamente modesto, pero había toques elegantes: el edificio administrativo tenía una gran escalera de mármol y una sala de comités con paneles, y las ventanas de la capilla fueron encargadas a *Morris & Co.* (Northwood, 2014, p. 1628). El actual Hospital de *Bethlem* (fig. 8) forma parte de *South London and Maudsley NHS Foundation Trust* (SLaM), junto con el Hospital Maudsley de Camberwell; y a su vez trabaja en conjunto con el Instituto de Psiquiatría *King's College London*, y las fundaciones *Guy's and St. Thomas' NHS* y *King's College Hospital NHS*, representando un líder mundial de investigación en el campo de la salud mental, a la par de albergar un reconocido departamento de terapia ocupacional activa y, desde 2015, el Museo de la Mente en el edificio administrativo que expone el trabajo artístico de los pacientes del hospital a lo largo de los años.



**Fig. 8**  
Vista del edificio principal del actual Hospital Real de Bethlem.

## 2.1.2. América

- Hospital de San Hipólito, México.

Fue edificado a partir de 1567 en un terreno anexo a la ya existente ermita dedicada a San Hipólito de 1521 en San Juan de Ulúa (ubicada en el presente cruce de la Avenida Hidalgo y el Paseo de la Reforma, en Cuauhtémoc, Ciudad de México) y "(...) fue una de las instituciones novohispanas destinadas a ejercer la caridad. Esta fundación constituyó el origen de la red hospitalaria de los Hipólitos y, al mismo tiempo, fue una parte medular de esta orden religiosa." (García García, 2017, p. 7). Se instauró por iniciativa de fray Bernardino Álvarez Herrera, quien perteneció a dicha orden del Mártir San Hipólito de la Caridad y se dedicó durante la madurez de su vida a ayudar a los más necesitados fundando posteriormente una serie de hospitales en Puebla, Oaxtepec, Veracruz y Acapulco. "La ubicación de cada uno de los hospitales concuerda con rutas de transporte y comercio en Nueva España. No se trata de una localización casual, sino estratégicamente pensada por su fundador. Los beneficiados, además de los enfermos, fueron comerciantes y viajeros que pasaban por esos caminos." (García García, 2017, p. 44). Cabe destacar que al igual que el templo, el hospital fue construido de manera progresiva con el paso del tiempo.

El Hospital de San Hipólito gradualmente se concentró en brindar alojamiento y cuidados exclusivos a los dementes como expresión de la caridad practicada, sin ofrecer en un principio una atención médica especializada para tratar su enfermedad mental pero sí cubriendo la necesidad de aislarlos de la sociedad y brindarles apoyo. Es considerado el primer hospital de carácter psiquiátrico establecido tanto en México como en Hispanoamérica y fue mejor conocido por su dedicación a los hombres dementes, ya que guiados por lo establecido en sus estatutos "(...) esta Orden religiosa desde sus inicios como hermandad no tuvo rama femenina, y las enfermeras tampoco ingresaron al hospital, (...) lo que sí aceptaron fue limosna que algunas mujeres piadosas pedían en nombre de esta institución." (García García, 2017, p. 75).

La consolidación de este edificio pasó por un amplio proceso puesto que comenzó con sus funciones antes de obtener las autorizaciones correspondientes para su construcción. En

primer lugar, se planteó su fundación en un terreno donado por el comerciante Miguel de Dueñas y su esposa Isabel de Ojeda, localizado en el centro de la ciudad en 1566 (ocupado actualmente por un edificio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación). Allí se consiguió la creación de una institución primitiva conformada por una vivienda con varias habitaciones, reconocida como la casa madre donde se formó la Orden de los Hermanos de la Caridad, llamada después de los Hipólitos, y donde se protegía a los más necesitados. No obstante "como el terreno era muy pequeño decidió venderlo y más tarde, con ese dinero, consiguió un terreno de cuatrocientos pasos de marca mayor." (Cejudo Collera, 1994, p. 18). En búsqueda de mejorar las condiciones de los espacios para poder cubrir las crecientes necesidades de los enfermos y ofrecerles las medidas apropiadas para su atención, Álvarez Herrera solicitó la licencia a finales de 1566 para erigir lo que resultó en el hospital final adosado al templo de la congregación religiosa (fig. 9) a fray Alonso de Montúfar, quien fue arzobispo de México en ese momento.

Esta segunda ubicación, en el barrio de San Juan de Moyotlán, se trató de una amplia parcela con afluencia de canales de agua en su interior y terrenos favorables para el establecimiento de una huerta que servía para el autoconsumo y el intercambio comercial característico del barrio donde se implantó. Una localización más estratégica que además promovió el trato de los internos según las creencias y conocimientos de su tiempo, más religiosos que médicos, propios de la orden de los Hipólitos. "Al contar con su propia huerta, merced y pilas de agua, habitaciones para hospedería, caballerizas, entre otras, hizo de él un verdadero

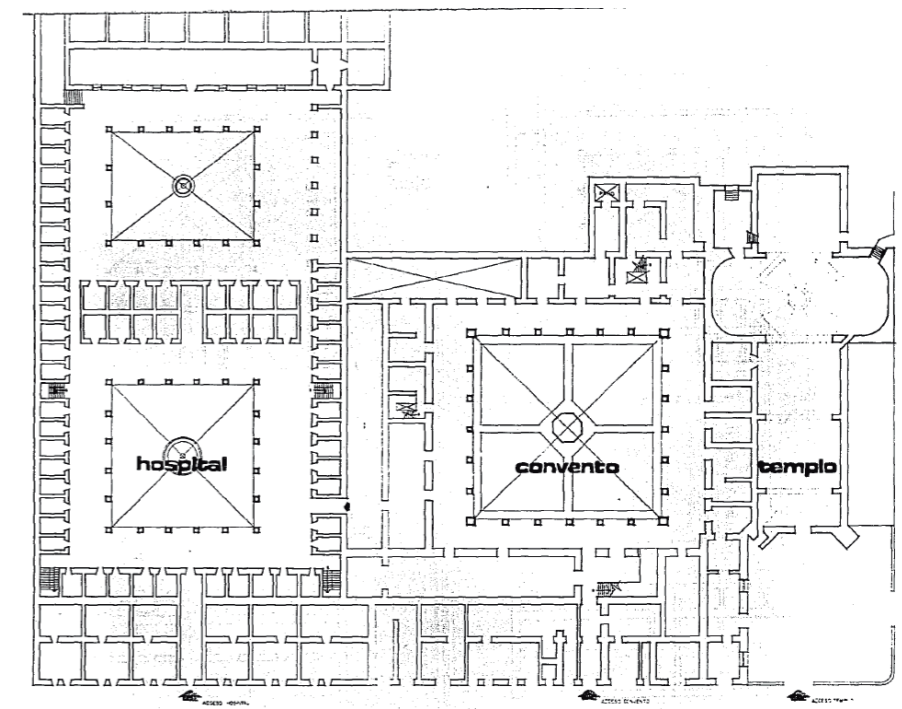


Fig. 9  
Templo de San Hipólito.

sitio para el *hospitium* además de cumplir con la función de atención a enfermos, ya fueran ancianos, convalecientes o en su caso específico, locos." (García García, 2017, p. 66).

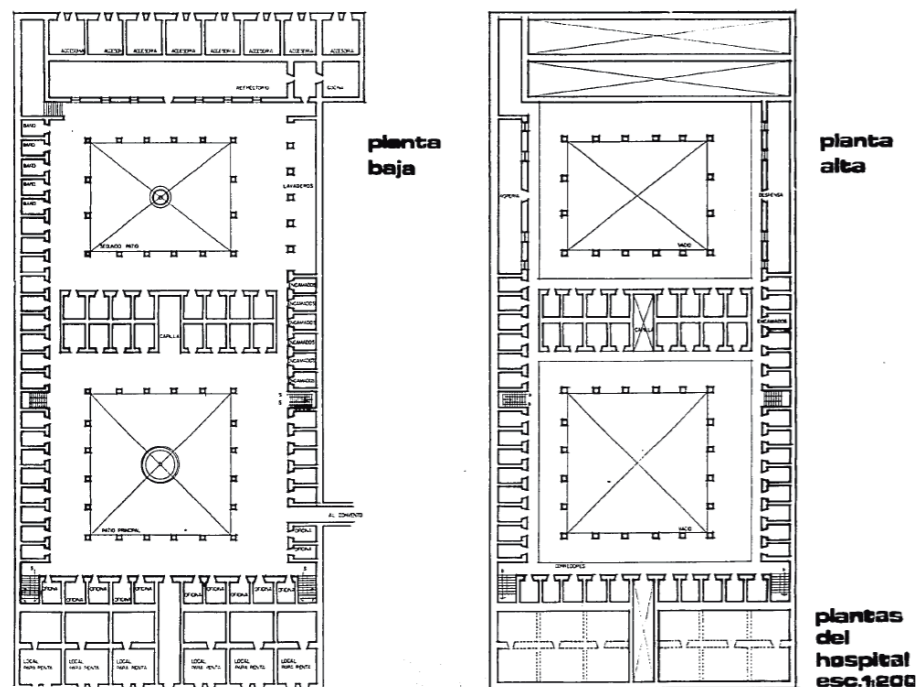
Es así como con sus planes ratificados por la iglesia y el estado, Álvarez procedió a construir un edificio en el sitio de San Hipólito (fig. 10). Rápidamente se construyeron instalaciones temporales de adobe y pronto se comenzó a trabajar en un edificio más sólido de piedra y argamasa. (Martín, 1976, p. 10). En la nueva estructura, los enfermos mentales "(...) cuando estaban sosegados llevaban vida de comunidad, paseando por patios y huertas, comiendo y durmiendo en salas comunes. Sólo los furiosos, durante sus ataques, eran recluidos en 'jaulas y bretes' para que no se dañasen a sí mismos ni a los demás." (González Mariscal y de González Mariscal, 2014, p. 678). En los inicios de su funcionamiento, al hospital se le calificó y mantuvo un carácter general, "(...) en él se recibían a los convalecientes de los hospitales del Amor de Dios, de la Concepción y de las Bubas; a los ancianos, a los locos, 'inocentes' o dementes que vagaban por las calles, a los sacerdotes decrepitos, a multitud de niños que se les enseñó a leer y a escribir; a los españoles que desembarcaban sin recursos, a los enfermos de todos los padecimientos, excepto a los leprosos y los antoninos." (Patlán Martínez, 2000, p. 187). Además del alojamiento y la alimentación a los internos, por medio de un comedor común público o *refectorio* se le proporcionaba comida a aquellos que no contaban con los medios para obtenerla, como clérigos pobres o personas mayores y discapacitadas.

Fig. 10  
Planimetría de conjunto San Hipólito.



De acuerdo con la tesis de maestría en restauración de monumentos y sitios históricos de Cejudo Collera (1994), el programa de áreas del hospital se encontraba organizado tomando como pauta dos grandes patios porticados con fuentes, jardines y una capilla como elemento central entre ambos patios, rematando el eje principal del conjunto. Dichos patios funcionaban como áreas de esparcimiento, favorecían la ventilación e iluminación natural de la edificación y ayudaban a regular la temperatura. Desde el acceso se distribuían las oficinas administrativas y de recepción de enfermos, espacios de uso flexible que de acuerdo con las necesidades de capacidad podían tratarse como habitaciones. Alrededor de los patios se ubicaban las enfermerías y en la parte posterior del edificio, se contaba con el refectorio, la cocina, las despensas comunes, los baños, los lavaderos y un cementerio (fig. 11).

Conjuntamente, para describir algunos de los espacios arquitectónicos del hospital, numerosas fuentes toman como referencia los documentos que componen el "Testimonio de las licencias y constituciones del Hospital de Pobres y Convalecientes de México fundado por Bernardino Álvarez" en el repositorio del Archivo General de Indias en Sevilla (en adelante AGI); donde para su construcción "se infiere que tendrá una planta baja y otra alta, en la primera por construirse doce aposentos de los cuales, 'ciertas salas' fueron para los 'pobres de todos géneros' y dos están claramente destinados a 'los locos' (...) En la planta alta tres cuartos en 'más de dos mil y tantos pies de largo', aproximadamente 70 m de



**Fig. 11**  
Plantas del Hospital de San Hipólito.

largo, correspondían a las enfermerías, celdas y aposentos." (García García, 2017, p. 67). Asimismo, acerca del comedor común o *refectorio*, de índole pública, en el AGI se indica que se trató de "una oficina que medía 130 pies de largo y 23 pies de ancho, así como cinco mesas cuyas medidas para cada una eran 27 palmos de largo y 3 palmos de ancho. (...) Sobre cada mesa colgaba un epitafio que daba destino a los convalecientes, los locos, y otros que acuden a comer" (García García, 2018, p. 219). Lo que demuestra la clara diferenciación con la que se procuraba manejar a los pacientes psiquiátricos en relación con los demás internos, así como la distribución de las dependencias auxiliares que brindaban apoyo a los mismos alrededor de los patios (fig. 12).

Durante el siglo XVIII, como consecuencia de un grave incendio, el hospital requirió una reedificación; "(...) su necesidad social se hizo evidente y a mediados del siglo se reconstruyó por orden real bajo nuevos cánones, cambiándose su distribución de salas comunitarias a salas más reducidas y numerosas y a cuartos individuales y celdas, (...) dotándolo de espacios dedicados al contacto con la naturaleza y al trabajo de los enfermos y aunque ni en México ni en España se generaron normativas para preservar los derechos humanos de los locos, como ocurrió en Francia, su manejo fue más humano y tuvo mejor presupuesto para llevar a cabo sus funciones." (Bernal Sagahon, 2011, pp. 371-372). Con aportaciones del Ayuntamiento el nuevo edificio se inauguró en 1777, contaba con una sola planta y se agregaron áreas complementarias en la fachada para que a través de su alquiler

**Fig. 12**  
Patio del Hospital de San Hipólito.



representaran un medio de sustento para el propio hospital y le permitieran contar con autonomía económica. En este caso, las oficinas auxiliares, las enfermerías y demás espacios de esparcimiento se distribuyeron entorno a los patios y jardines con fuentes de agua. Y, posteriormente, los frailes de la Orden construyeron sus habitaciones sobre las áreas anexas, completando la fachada cuyo lenguaje correspondía al estilo barroco del templo, tan característico en la arquitectura de Ciudad de México para aquella época.

Sin embargo, “la Independencia, los trastornos políticos, las guerras intestinas en el país, y el uso de los recursos y las instalaciones del hospital para diferentes fines, provocaron que su funcionamiento fuera afectado. (...) El gobierno con el erario en bancarota, tuvo que sostener los hospitales que años antes lo hicieron por sí mismos. En consecuencia durante mucho tiempo el gobierno no sólo fue incapaz de construir, sino ni siquiera conservar todos los establecimientos hospitalarios, los fondos, y los bienes administrados por las órdenes religiosas.” (Patlán Martínez, 2000, p. 191). Por ende, a partir de que el Estado asumiera la administración del hospital en 1821, al no poseer la experiencia necesaria para su gestión y al colocar la estabilidad política y social como prioridad por sobre la salud, éste se volvió completamente dependiente de la beneficencia pública, la cual por sus limitaciones no fue suficiente para cubrir las demandas en aumento.

En los años siguientes, entre 1846 y 1880, y debido a las repercusiones de los acontecimientos históricos que estaba presentando México, el Hospital de San Hipólito pasó por varias transiciones pero sin perder su esencia; de hospital general, a hospital militar, a hospital municipal, a centro de enseñanza del Colegio de Medicina, a hospital de sangre, a cuartel y, finalmente, tras diferentes reformas realizadas en el segundo nivel que incluyeron la construcción de una fuente con lavaderos, la rehabilitación de las celdas, la edificación de nuevas salas para *convalecientes* y para *alborotadores*, una enfermería, un anfiteatro anexo y una capilla para fomentar el culto a la religión católica; recuperó su carácter de manicomio nacional, siendo administrada ahora por el equipo médico, hasta 1880. Momento en el cual ya otras ciudades estaban comenzando a proyectar hospitales o departamentos especializados para cumplir con dicha labor.

A partir de esta década se evidenciaba cada vez más las muestras de deterioro del hospital, por lo que su director, el Dr. Sebastián Labastida, reportó que se requerían nuevos espacios para el tratamiento de los pacientes mentales que, por ser mayoría,

también estaban siendo internados en la sala reservada para los indigentes. Dicha sala presentaba “dos series de celdas unas al nivel del patio y otras altas; pero todas estrechas, bajas de techo sin ventilación y de tal manera que más bien pudieron llamarse calabozos.” (Labastida, cit. en Ramos Velázquez, 2015, p. 276). En contraste con las salas destinadas a epilépticos y distinguidos conformadas por “una serie de alcobas de techos altos, separadas por muros y cerradas con rejas de madera, las cuales se abren a un salón que también sirve de dormitorio” (Labastida, cit. en Ramos Velázquez, 2015, p. 276). Es así como inclusive los pacientes tuvieron que compartir celdas por parejas o por grupos, considerándose peligroso para la integridad de muchos de ellos.

“A finales del siglo XIX las instalaciones del hospital se encontraron muy deterioradas, pero el gobierno no hizo reparaciones o reformas porque estaba proyectando el Manicomio General, por lo que continuó prestando servicio. (...) El hospital tendría capacidad para doscientos pacientes siempre y cuando se reparara el primero y segundo piso, pero con frecuencia registró sobrepoblación que tuvo grandes consecuencias en diversos aspectos y por ellos constantemente había déficit de espacio, ropa, medicinas, alimentos, atención, vigilancia y seguridad para el paciente.” (Patlán Martínez, 2000, p. 208). Por ello su actividad se mantuvo hasta principios del siglo XX, cuando el proyecto modernizador nacional del gobierno de Porfirio Díaz promovió la construcción de nuevas calles y avenidas que afectaron el terreno donde se localizaba el conjunto hospitalario, así como la inauguración del Manicomio General de la Castañeda en una hacienda pulquera del antiguo pueblo de Mixcoac, lo que terminó eclipsando su funcionamiento y provocó su clausura en 1910, habiendo prestado servicio durante más de tres siglos. En 1996 se inició un proceso de restauración del conjunto abandonado con fondos públicos y privados a cargo del Instituto Nacional de Bellas Artes, convirtiéndose en un salón para eventos sociales.

- Hospital McLean, Estados Unidos.

Fue fundado en 1811, resultado del esfuerzo organizado por el reverendo John Bartlett y un grupo de ciudadanos pudientes originarios de Boston, debido a su preocupación por el creciente número de personas con enfermedades y sin hogar, en Charlestown (más tarde Somerville), Massachusetts, Estados Unidos; y logrado a través de un estatuto otorgado por la Legislatura de Massachusetts para la *Massachusetts General Hospital Corporation* o Corporación del Hospital General de Massachusetts. Desde el inicio de sus

funciones, dicha corporación procuró tratar las enfermedades físicas y mentales destinando una instalación independiente para cada una; llevando a cabo la recaudación de fondos entre 1812 y 1816 para completar la construcción de los edificios del conjunto hospitalario e inaugurarse en 1818. El Hospital McLean es reconocido como uno de los primeros hospitales psiquiátricos de dicho país y pionero del concepto de *comunidad terapéutica*.

Se erigió alrededor de una antigua mansión, propiedad de Joseph Barrell, que se convirtió en el edificio administrativo y vivienda del superintendente del hospital y su familia, por la rehabilitación a cargo del arquitecto estadounidense Charles Bulfinch y su asistente Alexander Parris, quienes además se encargaron del diseño de las alas adicionales que funcionaron como alojamiento para los pacientes (fig. 13). La división del Hospital General de Massachusetts destinada a los pacientes mentales tuvo primero el nombre de asilo para locos y siguiendo las reformas de tratamiento que se originaron en Francia con el Dr. Philippe Pinel y en Inglaterra con el cuáquero William Tuke, el asilo siguió los principios de *tratamiento moral*, tanto en la elección del entorno campestre como en la atención a sus pacientes (McLean Hospital, s/f, § 3). Más adelante, en 1826 recibió el nombre de *Asilo McLean para locos* en honor a uno de sus primeros y más grandes benefactores, John McLean; que evolucionó con el paso del tiempo a Hospital McLean por el surgimiento de puntos de vista más científicos en relación con la salud mental.

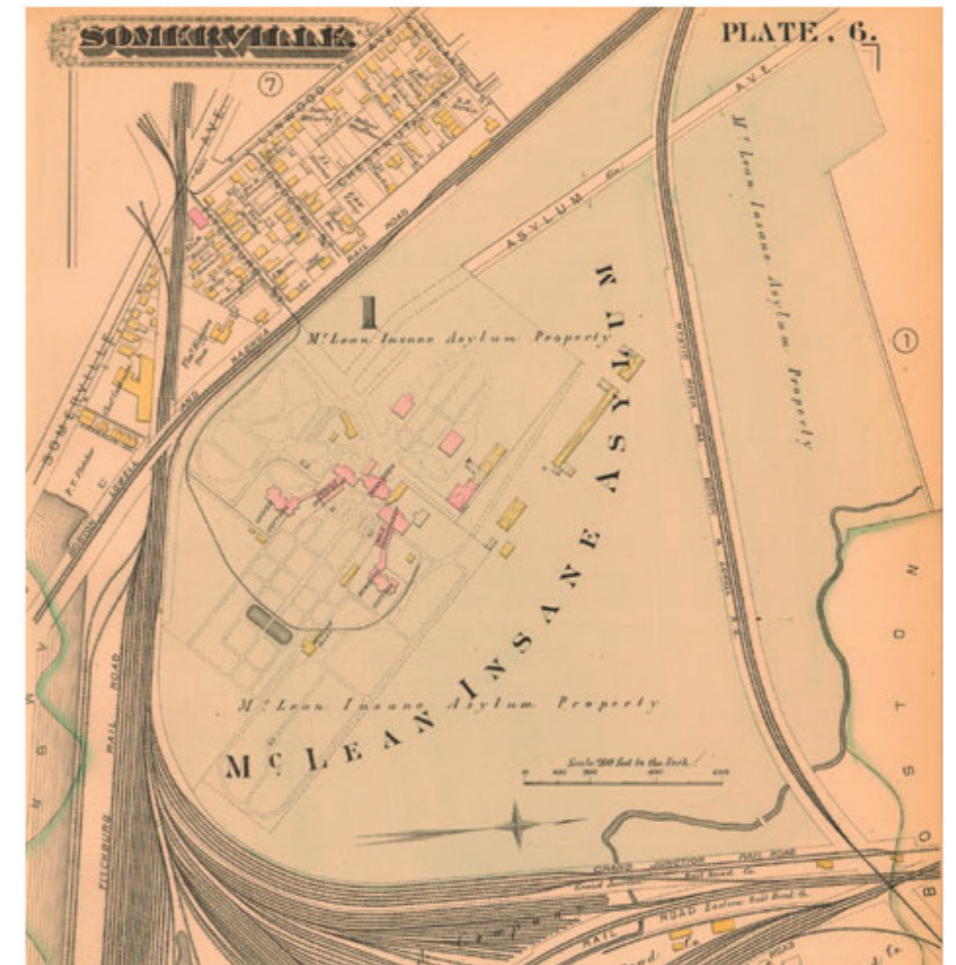
Entre 1840 y 1860, debido a la expansión de sus estructuras, el aumento del número de pacientes y la modificación de las vías ferroviarias circundantes que terminaron invadiendo el terreno; el hospital fue perdiendo progresivamente la tranquilidad que



**Fig. 13**  
Asilo McLean para locos.

caracterizaba su entorno y que se consideraba esencial en el tratamiento de los trastornos mentales (fig. 14). Consecuencia de esto, a partir de 1872 el Comité de Fideicomisarios sobre Nuevos Sitios para el Asilo solicitó el estudio de un sitio que fuese propicio para la edificación de un nuevo hospital a cargo del renombrado arquitecto paisajista estadounidense Frederick Law Olmsted (quien se había encargado de la proyección de parques urbanos conocidos como el *Central Park*, el *Collar Esmeralda* de Boston y el *Prospect Park*) y al ingeniero civil local Joseph Curtis, quien continuó participando en el desarrollo del edificio y el paisaje hasta su finalización. En 1875 el Comité adquirió un terreno de 107 acres, aproximadamente 43,30 ha, en Waverley Oaks Hill en Belmont, Massachusetts, que se declara insuperable en calidades adecuadas y atractivas. Al determinar el plan de construcción, el objetivo principal que se tuvo en cuenta ha sido asegurar que el Hospital McLean en el nuevo lugar no solo mantenga la posición que ha ocupado hasta ahora, sino que traiga 'todas las mejoras de la medicina moderna a la mente enferma' (*The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A. - NCBI, 1894, p. 247*); ocurriendo el traslado de los pacientes a dicho terreno veinte años después, en 1895.

**Fig. 14**  
Mapa del Asilo McLean para locos en Somerville, Massachusetts.



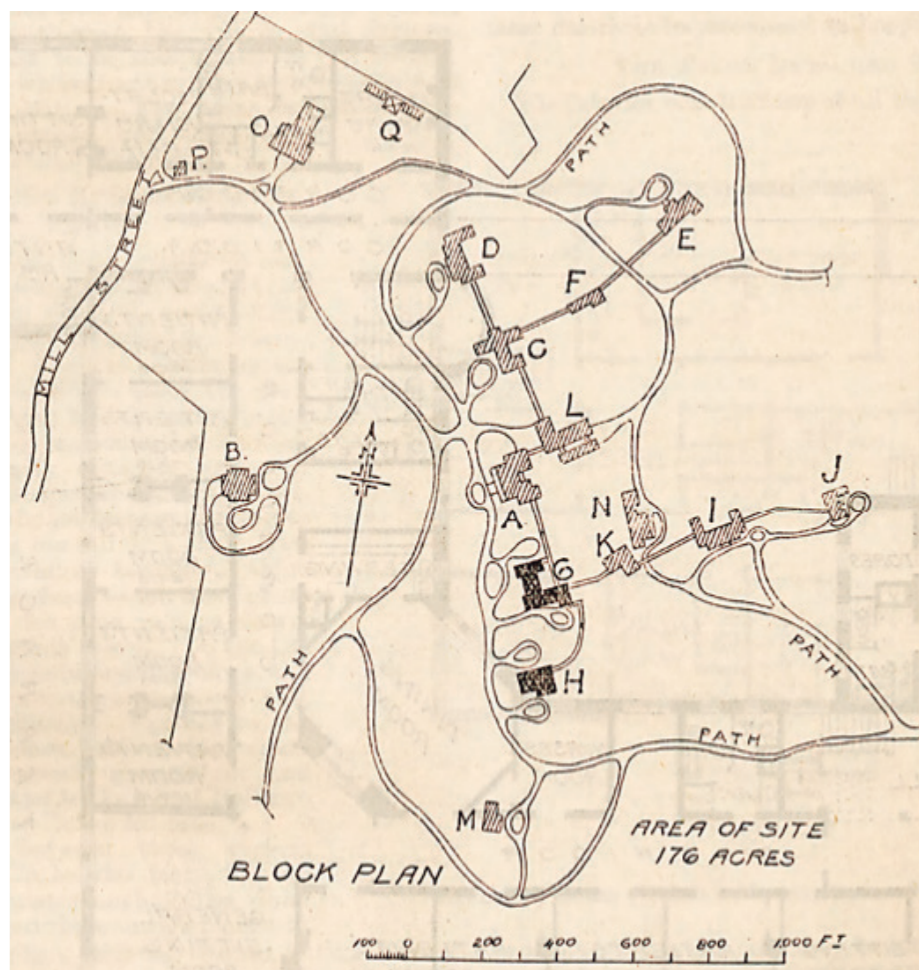
La parcela escogida presentaba una superficie irregular, elevándose su parte central entre cuarenta y cinco y sesenta metros sobre el nivel de la entrada y con pronunciadas pendientes en sus límites este, oeste y sur (fig. 15). En esta parte central se erigió el conjunto de edificios principales con vistas hacia el suroeste y con protección de los vientos provenientes del norte y del este gracias a la vegetación alta que se encontraba detrás en una superficie aún más elevada. La otra mitad de la propiedad estaba cubierta por un denso bosque que se extendía principalmente hacia el este y el sur, siendo preferido por su potencial tranquilizador al generar senderos y áreas de reunión inmersos en la naturaleza con influencias curativas para los enfermos. Olmsted creía que el efecto más poderoso de la naturaleza se producía mediante un proceso inconsciente. Adaptó estas ideas para teorizar sobre la influencia de hermosos paisajes en la mente y concluyó que la tierra era una fuerza para el bien, suavizando las asperezas de la humanidad. Creía, como muchos, que el funcionamiento de una mente sana no era tan diferente. El hecho de que la influencia ambiental fuera inconsciente sugería que podía operar incluso en aquellos que aparentemente habían

perdido la razón. La influencia sutil y positiva de la naturaleza en las personas sanas se podía aplicar a las personas enfermas, y era una mejora para las personas sanas que podía ser una cura completa para los enfermos (Yanni, 2007, p. 9).

Para la planificación del conjunto arquitectónico, tanto el superintendente D.M. Edward Cowles como los Fideicomisarios acordaron que las instalaciones deben desarrollarse y construirse de acuerdo con un *plan de cabañas*, que requería la construcción de varias cabañas donde los pacientes individuales recibieran atención, alrededor de un gran edificio administrativo. Según el Dr. Cowles, el plan de la cabaña tenía la intención de crear un efecto residencial, en lugar de institucional, para los pacientes (McLean Hospital, s/f, § 6). Para ese entonces, ya contaba con la primera escuela de enfermería psiquiátrica en Estados Unidos (fundada en 1882) y fue el primer hospital en instaurar laboratorios para el estudio de la influencia de los factores biológicos sobre los trastornos mentales (a partir de 1888), estableciendo la investigación científica entorno a la patología, la psicología, la microbiología y la química.

Por no tratarse de la adaptación del asilo a una edificación preexistente, como ocurrió en el anterior sitio de Charlestown, se procedió a organizarlo en una serie de villas o mansiones, situadas a ambos lados de los edificios administrativos, cada una de las cuales se construirá según un diseño diferente, y estará situada en los terrenos de manera que le dé un aspecto independiente. Este sistema promueve una sensación hogareña y de comodidad en la mente de los pacientes, lo que en muchos casos tiende a acelerar su recuperación (*The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A. - NCBI, 1894, p. 248*). El aspecto de cada villa destinada para el alojamiento de los pacientes mentales, en cuanto a materialidad y estilo arquitectónico empleado, siguió con esta óptica doméstica diferenciándose de otras infraestructuras hospitalarias de la época que agrupaban todos los usos de su programa de áreas en un gran edificio, lo cual les otorgaba un carácter más institucional. Sin embargo, a pesar de percibirse como obras separadas, las mismas se encontraban comunicadas a nivel de sótano por un camino bajo cubierto de vegetación asimilando ser un muro de jardín común con una altura de metro y medio.

Muchos detalles del interior de las villas fueron similares entre sí. El cerramiento de los pasillos y salones principales se dio por medio de muros de ladrillo, mientras que la tabiquería entre las habitaciones en algunos casos fue de ladrillo y en otros de bloques de terracota. Los suelos y techos poseían un acabado enlucido y el



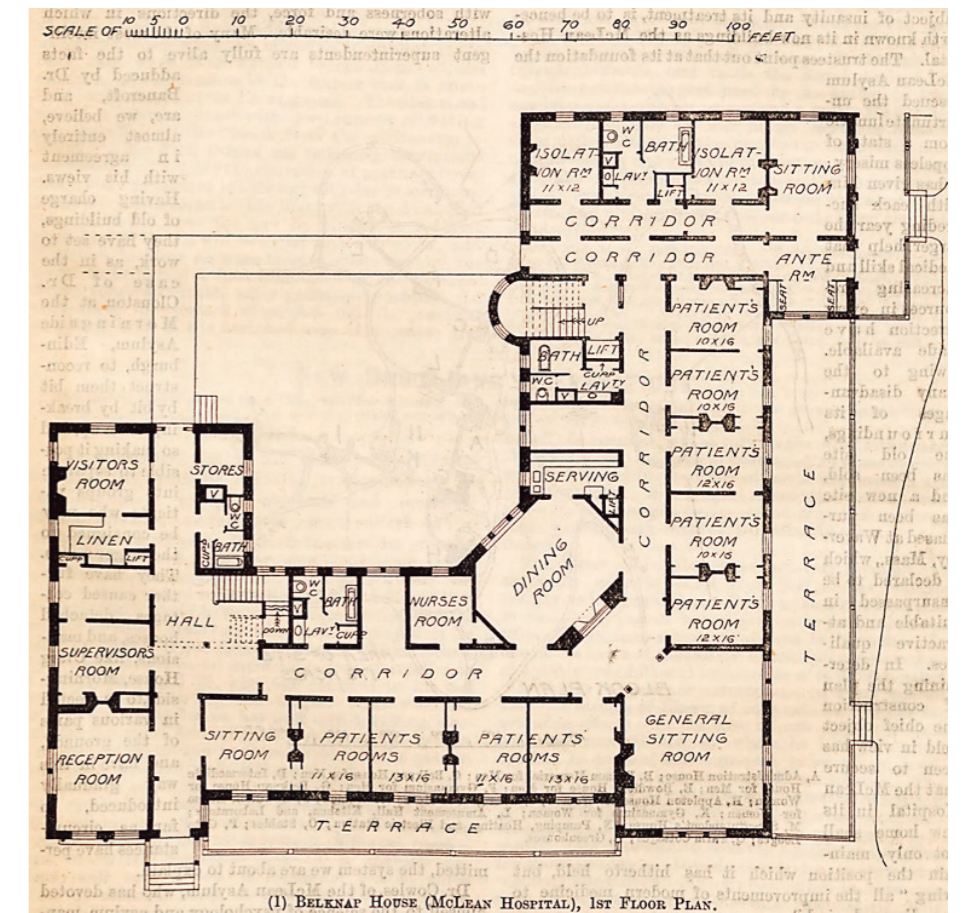
**Fig. 15**  
 Planimetría de conjunto del Hospital McLean en Waverley Oaks Hill, Belmont.  
 (A) Administración  
 (B) Monumento Upham para hombres  
 (C) Belknap House (hombres)  
 (D) Casa intermedia para hombres  
 (E) Bowditch House (hombres)  
 (F) Gimnasio para hombres  
 (G) Belknap House (mujeres)  
 (H) Appleton House (mujeres)  
 (I) Casa intermedia para mujeres  
 (J) Bowditch House (mujeres)  
 (K) Gimnasio para mujeres  
 (L) Sala recreativa, cocina y laboratorio  
 (M) Casa del Director  
 (N) Estación de bombeo, calefacción y electricidad  
 (O) Establos  
 (P) Portal de acceso  
 (Q) Casas de campo

enrasado de los muros era de terracota porosa, lo que formaba una cámara de aire dentro de la pared, aportándole a las estancias la cualidad de insonoras y a prueba de incendios. Las ventanas, generalmente con grandes cristales en el nivel inferior, son un elemento que se trató de manera diferenciada de acuerdo con el género de los pacientes; aquellas designadas para las pacientes femeninas sólo estaban cubiertas por pantallas de tela metálica, en cambio, en aquellas donde se internaban pacientes masculinos, los marcos de las ventanas eran reforzadas con rejas por motivos de seguridad. En las fachadas, también con ladrillos a cara vista, se encontraban una serie de balcones de hierro ornamentales protegidos con toldos.

Estas construcciones estaban completamente iluminadas con electricidad y las instalaciones sanitarias se repartían mediante una red vertical de tuberías conectada con la torre principal de agua, que servía de suministro en cada nivel. Los cuartos de baño y los lavatorios contaban con acabados en mármol y listones con azulejos, dotándoles de estilo moderno. En cuanto a la distribución de las áreas, los pasillos solían ser utilizados más como circulación que como espacio de reunión y confluían en amplias salas de estar con rincones para tomar el sol y chimeneas. La mayoría de las habitaciones estaban proyectadas de manera que pudiesen usarse individualmente o por grupos pequeños según fuese necesario.

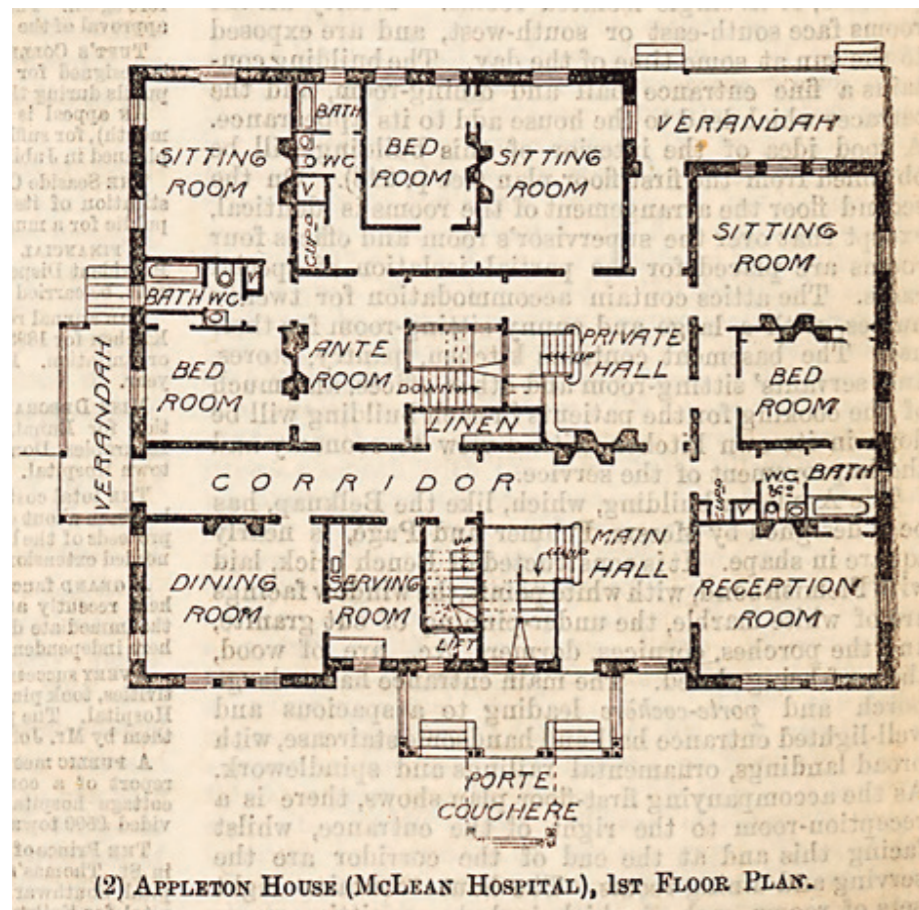
Dos de las villas más relevantes por su diseño fueron *Belknap House* y *Appleton House*, obra de la firma *Fehmer and Page*, del arquitecto germano-estadounidense Carl Fehmer y el arquitecto estadounidense Samuel Francis Page; correspondientes al ala donde residían las mujeres internas. La planta de la *Belknap House* (fig. 16) tenía forma de letra L, con dos entradas, una al frente orientada al sur, la otra en el extremo este del ala sureste. Esta disposición, con dos escaleras, divide la casa en cuatro secciones distintas en cada uno de los pisos; a su vez, cada sección tenía un baño y otros cuartos de servicio necesarios. El edificio contenía un hermoso vestíbulo de entrada y comedor. En el segundo piso la disposición de los cuartos era idéntica, excepto que sobre el cuarto del supervisor y oficinas se encontraban cuatro cuartos para el aislamiento parcial de casos especiales. Los áticos albergaban alojamiento para veinte enfermeras, con un amplio y soleado salón para su uso. El sótano contenía la cocina, la despensa, los almacenes, la sala de servicio y otras oficinas. (*The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A. - NCBI, 1894, p. 250*).

**Fig. 16**  
Plano de *Belknap House*  
(primer nivel).



Por otro lado, para la *Appleton House* (fig. 17) los arquitectos plantearon una forma casi cuadrada; la entrada principal contaba con un gran pórtico que conducía a un espacioso e iluminado zaguán. A la derecha de la entrada había un recibidor, mientras que frente a éste y al final del pasillo se ubicaban los salones de servicio y el comedor. La casa contenía ocho conjuntos de habitaciones, cada uno de las cuales incluía una sala de estar, dormitorio, lavatorio privado, ducha e inodoro. Todas las habitaciones estaban diseñadas para permitir que las enfermeras las inspeccionaran directa y fácilmente desde los pasillos o, en cambio, cada suite tenía la posibilidad de ser aislada, de modo que cada habitación cuando estuviese ocupada por un paciente perturbado pudiera ser separada de los pasillos por un vestíbulo intermedio y así estar más allá de la audiencia de los otros pacientes. Los áticos poseían alojamiento para una enfermera jefe y un equipo de dieciséis enfermeras, mientras que la cocina, las oficinas del servicio y las tiendas se ubicaban en el sótano. (*The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A. - NCBI, 1894, p. 250*).

Hasta 1944, el Hospital McLean funcionó como una comunidad casi autosuficiente ya que poseía una granja operativa



**Fig. 17**  
Plano de Appleton House  
(primer nivel).

que permitía producir la mayoría de los alimentos necesarios para su sustento, además de talleres de herrería y tapicería. La carencia de ingresos suficientes y los constantes cambios en la industria de atención médica provocaron que en 1990 se redactara la venta de parte del terreno para el desarrollo de infraestructuras de usos mixtos, como viviendas y comercios, para la ciudad de Belmont. Luego de varios debates para preservar varios de los espacios abiertos originales pensados por el arquitecto Frederick Law Olmsted, se finalizó el trato y comenzó con su construcción en 2005. El resto del terreno fue incluido en el Registro Nacional de Lugares Históricos en 2003.

### 3. RELACIONES ENTRE DISEÑO Y TERAPIA

La evolución histórica de las instituciones psiquiátricas, esbozada con anterioridad, ha demostrado que el enfoque dado al proceso de sanación ahora está determinado, especialmente a partir de finales del siglo XX, por la imperante búsqueda de optimizar, no sólo la prestación de los servicios médicos, sino también de mejorar las medidas de asistencia, prevención y concientización dirigidas a una población mundial que se encuentra cada vez más propensa de padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Bajo esta perspectiva, donde se persigue dotar de un mayor sentido de humanidad y respeto por cada individuo a los sistemas, servicios y entornos relacionados con la salud, germina una corriente denominada humanización en los cuidados. La humanización está generando constantes transformaciones en la percepción que se tiene sobre los pacientes, más allá de sólo representar una enfermedad a la cual tratar, estimándose como seres humanos poseedores de pensamientos, sentimientos y emociones particulares que requieren respuestas personalizadas acordes con sus expectativas al vivenciar el espacio hospitalario, sobre todo cuando su salud mental es la que se encuentra más vulnerada.

Asimismo, y gracias al surgimiento de esta corriente, se ha renovado el énfasis en el potencial terapéutico que tiene el diseño orientado al usuario de dicho espacio hospitalario para alcanzar y/o agilizar su recuperación; puesto que, basándose en el refuerzo de la sensación de confort, autonomía y dignidad a través de elementos y esquemas arquitectónicos propicios para otorgarle calidad al entorno, puede ayudar a hacer posible el restablecimiento de su sentido de bienestar completo, indispensable a su vez para lograr un estado pleno de salud. Es así como se ha incrementado la presencia de los términos humanización y bienestar dentro de los lineamientos del diseño hospitalario durante los últimos años, razón que conlleva a la exploración de sus definiciones a continuación.



### 3.1. HUMANIZACIÓN Y BIENESTAR: CONCEPTOS, PROPÓSITOS Y VARIABLES

#### 3.1.1. Aproximaciones al concepto de humanización

De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, en adelante RAE, la humanización se refiere a la “acción y efecto de humanizar o humanizarse” y, por su parte, humanizar incluye dos significados, tanto “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”, como “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Su origen etimológico proviene de raíces latinas, cuyos componentes léxicos están formados por la conjugación de *humānus* (aquello originario de la tierra), *-izāre* (convertir en) y el sufijo *-ción* (acción y efecto).

Por su parte, Amador López (2017, p. 304) define la humanización como “un desarrollo basado en la resiliencia y construcción de valores en pro de experiencias positivas, comportamientos saludables y soporte social”. Además, otros autores sostienen que “(...) humanizar constituye el compromiso ético de reconocer la integralidad del ser humano, por tanto, humanizar los servicios de salud implica mantener una mirada holística del ser humano, sin desconocer la responsabilidad de cada sujeto; así, el usuario deberá ser copartícipe del mejoramiento de su salud, como sujeto autónomo y responsable de este proceso.” (Carlosama et al., 2019, p. 247).

Este término nace a raíz de constatar que los constantes avances tecnológicos implementados en los centros asistenciales conllevaron a generar espacios desmedidamente tecnificados, esterilizados y fríos, afianzados con un trato médico-paciente cada vez más impersonal, y discrepantes con los usuarios multisensoriales y vulnerables ante los estímulos externos a los que estaban destinados atender; lo que tuvo como consecuencia la percepción de un entorno ajeno, poco receptivo y estresante, con repercusiones poco favorables para su estado de salud.

Por consiguiente, la atención humanizada en el ámbito hospitalario “se enfoca en visualizar la necesidad y el sentido humano de manera sistémica y multidimensional, (...) crear valor y significado en el paciente y los actores para que construyan una percepción positiva durante su experiencia con el servicio médico” (Sierra Pérez, 2021, pp. 51-54); y, de esta forma, establece una relación empática de igual a igual, centrada en la persona y sus necesidades, buscando reafirmar su dignidad, independencia y sano desenvolvimiento. Siguiendo con estas premisas, en su

aplicación al contexto del diseño interior, “(...) hablar de humanizar algunos ambientes supone partir de una idea, cómo debería vivir el ser humano para realizarse plenamente como tal. (...) Y, en este sentido, la arquitectura hospitalaria debe comportarse como un agente pasivo, un tercer cuidador para el paciente que se encuentra ingresado.” (Saval Segura, 2022, p. 70), aunado a los cuidados recibidos por sus familiares y el equipo médico, que lo acompañan durante su estadía en dichos ambientes.

Si bien, en un principio el paciente es el foco central en la toma de decisiones, también se ponen en consideración esas relaciones interpersonales que se llevan a cabo en torno al mismo, identificando las medidas para aumentar la calidad de vida de todos los usuarios que forman parte del sistema sanitario y que son responsables por igual en su sanación. “(...) En varios países se han desarrollado políticas que reconocen que la humanización no solo tiene que ver con la persona enferma, sino también con su familia y con el personal sanitario y administrativo de las instituciones de salud.” (Carlosama et al., 2019, p. 247). Como lo reafirman Ceballos Casas y Caicedo Bucheli (2020, pp. 22-23), “una de las estrategias de humanización de los servicios de salud es el trato humanizado hacia los familiares y acompañantes de los pacientes, quienes deben considerarse no solo como ‘aliados’ en el cuidado, sino como personas que requieren apoyo”; además “(...) desde el personal que permite el ingreso a las instalaciones de los centros de salud (portería, vigilantes, seguridad) pasando por el personal de aseo, administrativos, auxiliares de enfermería y demás profesionales de la salud tienen que ver con el proceso de humanización hacia los pacientes y sus familias.” (Ceballos Casas y Caicedo Bucheli, 2020, pp. 22-23).

Desde la experiencia del entorno hospitalario como contenedor material concebido para la recuperación del ser humano, su diseño también requiere “establecer el contexto cultural y físico del usuario, a fin de favorecer una percepción humanizada del establecimiento y promover un proceso de identificación del usuario con los símbolos, los mensajes, y los significados que el aspecto de la edificación le puede comunicar” (Cedrés de Bello, 2000b, Introducción, párr. 4). De igual manera, se evidencia que otros de sus componentes, más que estéticos; como la accesibilidad, la capacidad de adaptación del espacio, la zonificación y la clara comunicación entre las áreas públicas, semipúblicas y privadas, entre otros, ejercen una importante influencia en el desarrollo de las complejas funciones cotidianas dadas en su interior y en la satisfacción de las diferentes necesidades que puedan presentarse.

En conclusión, la infraestructura humanizada puede entenderse como aquella que, a través del diseño integral, ofrece la reflexión de cada realidad como un todo en la definición de sus características y elementos de composición, tales como iluminación, color, sonido, temperatura, ventilación, contacto con la naturaleza y equipamiento; promoviendo así tanto la calidad del hábitat, como la sensibilización de los distintos actores que intervienen en la atmósfera asistencial, en virtud de activar una estimulación positiva que contribuya en el mejoramiento de la salud del ser humano, su comunidad y su sociedad.

“A lo largo de las décadas pasadas, se ha comparado a menudo la arquitectura con la ciencia y se han hecho esfuerzos para científicar sus métodos e incluso convertirla en ciencia pura. Pero la arquitectura no es una ciencia. Sigue siendo el gran proceso sintético de combinación de miles de funciones humanas definidas, y sigue siendo *arquitectura*. Su propósito sigue consistiendo en armonizar el mundo material con la vida humana. Hacer más humana la arquitectura significa hacer mejor arquitectura y conseguir un funcionalismo mucho más amplio que el puramente técnico.” (Aalto, 1977, pp. 28-29).

### 3.1.2. Aproximaciones al concepto de bienestar

Para referirse al término bienestar, resultante de la composición de las palabras *bien* y *estar*, la RAE establece su definición como el “conjunto de las cosas necesarias para vivir bien”, o el “estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”. Etimológicamente, sus componentes surgen del latín *bene* (referente a lo que es bueno) y *stare* (estado o modo de ser).

Duarte y Jiménez (2007, p. 305) conciben por bienestar “el sentir de una persona al ver satisfechas todas sus necesidades en materia fisiológica y psicológica, en el presente, así como contar con expectativas alentadoras que le sustenten su proyecto de vida. Los anhelos a futuro, y la posibilidad de poderlo realizar en el inmediato, corto y mediano plazo, son de vital importancia en dicho sentir.” Mientras que para Valdés (1991, pp. 69-70) dicho concepto presenta un carácter mixto, ya que para su consecución “(...) se combinan características de dos tipos diferentes: por un lado, características que aluden a circunstancias exteriores de la

persona (...) y por otro lado, características que aluden a la posesión de ciertos estados internos de la persona o estados de ánimo considerados como valiosos. (...) Tal parece, en efecto, que al atribuir bienestar a una persona nos fijamos tanto en qué tan bien está desde el punto de vista exterior o material como en qué tan bien se encuentra anímica o interiormente.”

Al igual que ocurre con la humanización, el bienestar es un concepto que posee un enfoque dinámico y holístico, abarcando múltiples aspectos del ser, tanto internos o subjetivos, puesto que implica factores emocionales que incluyen la felicidad, la satisfacción con la vida, o los grados de afectividad; como externos, vinculados con su crecimiento personal, el desarrollo de habilidades y aptitudes para el logro de objetivos propios, o el mantenimiento de relaciones sociales positivas; por lo que para abordarlo asertivamente se debe considerar no sólo la dimensión del individuo sino de todo el sistema con el cual interactúa.

En relación con lo expuesto, Caan (2011, p. 76) afirma que mientras el instinto de supervivencia obliga a los humanos a encontrar los medios para vivir, alcanzar un estado de bienestar promueve la eficiencia, la productividad y la satisfacción en toda la sociedad. Esta condición óptima eleva el comportamiento humano, inspirando a las personas a hacer y ser mejores, debido a que cuando las personas experimentan bienestar, se unen con más dignidad y un sentido de orgullo dentro de su entorno diseñado. En consecuencia, el poder lograr por medio de la arquitectura la creación de atmósferas, en este caso vinculadas a la atención psiquiátrica, cuya prioridad se concentre en la experiencia emocional de los usuarios, identificando los elementos estresores del ambiente con la intención de contrarrestar el efecto que puedan ejercer sobre los mismos, adquiere vital importancia en la actualidad.

A fin de determinar algunos de los propósitos y variables principales relacionados a los conceptos antes mencionados, se toma en consideración estudios como el de Douglas y Douglas (2005), en el cual se exploran las percepciones de los pacientes sobre el diseño de las instalaciones pertenecientes a *Salford Royal Hospitals NHS Trust (SRHT)*, en Gran Manchester, Reino Unido; y se definen un conjunto de indicadores generales que permiten valorar futuros diseños destinados a la atención médica. Los resultados de la investigación apuntan a la importancia de un conjunto común de percepciones de los pacientes sobre los entornos construidos en el hospital. Estos son: un sentido de espacio personal; un ambiente acogedor; un entorno que satisfaga las necesidades de los

visitantes; buen diseño físico en términos de usabilidad, accesibilidad y controlabilidad; acceso a áreas externas que promuevan una sensación de normalidad; entornos de apoyo para una comunicación eficaz entre los pacientes, el personal y los familiares; e instalaciones para la recreación y el ocio. Las percepciones de los pacientes sobre el entorno una vez que ingresaron en la sala estaban influenciadas por factores que afectaban el funcionamiento normal de su estilo de vida, como su capacidad para comer y dormir; sentimientos de seguridad o inseguridad y la situación derivada de la cantidad de privacidad y dignidad que les permitía el diseño de la sala (Douglas y Douglas, 2005, pp. 271-272). Con ello, se procede a exponer aquellos que parecen ser más concernientes al diseño de espacios humanizados en los centros de salud mental, encaminados a su vez a garantizar el bienestar de los pacientes psiquiátricos, su núcleo de apoyo y equipo médico asistencial.

### 3.1.3. Propósitos

Desde el punto de vista arquitectónico, el enfoque general de la humanización en infraestructuras hospitalarias está basado principalmente en el objetivo global de promover una buena salud mental, conociendo que el componente psicológico resulta decisivo en el proceso de recuperación ante la enfermedad. Esto es posible mediante la creación de entornos que respalden y respondan a las necesidades de sus diferentes usuarios; permitan la ejecución de los procedimientos médicos sin dificultades, y garanticen la suficiente calidad espacial que induzca el sentido de bienestar deseado. Los espacios al servicio del hospital no solo comunican y representan su contenido de salud, sino que también brindan estímulos que inciden en el bienestar psicológico del usuario, satisfaciendo sus necesidades de humanización (Pellitteri y Belvedere, 2014, p. 226).

De ahí que el diseño puede interpretarse como la mediación entre una experiencia interior (dentro del espacio y dentro de nosotros mismos) y el mundo exterior. Nuestro entorno físico es tangible solo a través de la lente de la percepción humana. El cerebro interpreta estímulos en bruto, recopilados a través de nuestros sentidos, y a partir de esto formulamos nuestra realidad (Caan, 2011, p. 38). Debido a esto, sus propósitos pueden resumirse, a grandes rangos, en: preservar un sentido de independencia en el

paciente psiquiátrico dentro de los límites de su estancia; atenuar los sentimientos de miedo o incertidumbre en relación con la enfermedad padecida o con la imagen institucional e impersonal asociada a los hospitales; regular entre la sensación de aislamiento, la necesidad de interacción social y el deseo de espacio propio; suscitar la percepción de confort y la familiaridad con el entorno; así como también, incorporar elementos físicos que incidan de manera positiva durante su sanación; siendo descritos más adelante.

#### - La autonomía

Para todo paciente, especialmente para el paciente psiquiátrico, la supresión de su rutina cotidiana cuando ingresa a un centro hospitalario puede representar un hecho traumático e influir negativamente sobre su estado de salud mental, al añadirle estrés por la aparente pérdida total de su libertad, muchas veces durante un tiempo impreciso, desencadenando así el posible rechazo y/o brote de comportamientos agresivos.

Un gran número de evidencias científicas indica que los humanos tienen una fuerte necesidad de control y la necesidad relacionada de autoeficacia con respecto a los entornos y las situaciones que se les presentan. Muchos estudios han encontrado que la falta de control está asociada con consecuencias negativas tales como depresión, pasividad, presión arterial elevada y funcionamiento reducido del sistema inmunológico. Las situaciones o condiciones que son incontrolables suelen ser aversivas y estresantes (Ulrich, 1991, p. 100). "El principal problema psicológico a resolver es la mitigación del sentimiento de separación del resto de la vida a la que se pertenece. Junto a esto está la condición de enfermedad, de dolor y de sufrimiento. Por otro lado es necesario entender el uso errado del concepto de normalidad en el que se basan muchas soluciones arquitectónicas; se debe sustituir el concepto de normalidad por aquel de pluralidad, en el sentido de aceptar al usuario en condiciones distintas de salud, enfermedad, infancia, vejez e incapacidad." (Cedrés de Bello, 2000a, Calidad espacial, § 4).

Ante este escenario la necesidad de mantener o retomar el control sobre su vida cobra una mayor relevancia tanto para quien padece de la enfermedad, como para quienes lo acompañan de cerca en su padecimiento. De acuerdo con lo investigado por Douglas y Douglas (2005, p. 272) el conservar un sentido de independencia es un factor significativo para los individuos bajo cuidado médico y los grupos involucrados en su estudio. Por lo

tanto, es conveniente que los pacientes y sus familiares puedan hacer uso de los espacios ambulatorios de forma autónoma con acondicionamientos que permitan el movimiento, con privacidad acústica y visual durante sus conversaciones con el personal de salud o durante los procedimientos de terapia; e, igualmente, se debe contar con espacios adecuados para conversaciones y asistencia psicológica con facilidades para lavarse las manos y guardar bajo llave sus pertenencias (Bosia *et al.*, 2016, p. 35).

En consecuencia, y siguiendo las premisas derivadas de la atención humanizada, lo que ha surgido como una prioridad en el cuidado de la salud es brindarle opciones al paciente, un concepto que es fundamental para la psicología ambiental, puesto que la creencia de que dar control a los pacientes puede influir en sus resultados médicos está creciendo. Dos formas de cambiar el papel tradicional del paciente y aumentar la sensación de control del mismo en el entorno hospitalario son aumentar su libertad de elección de los rituales diarios y permitirle el acceso a la educación y la información (Devlin y Arneill, 2003, pp. 672-673). Además de los pacientes, las enfermeras y demás personal sanitario experimentan estrés y, a menudo, agotamiento porque su trabajo se caracteriza por un bajo control y una alta responsabilidad (Shumaker y Pequegnat, 1989, cit. en Ulrich, 1991, p. 100). Este problema puede verse agravado por entornos de trabajo mal diseñados que, por ejemplo, carecen de salas o áreas de descanso y, así, reducen la sensación de control al dificultar escapar brevemente de las demandas laborales (Ulrich, 1991, p. 100).

Es en este punto donde la humanización juega un papel esencial en el diseño interior, el cual busca orientarse hacia la diversificación de las posibilidades para los usuarios, a fin de otorgarle la sensación de libertad dentro de un estado momentáneo de reclusión; tomando en consideración aspectos como la posibilidad de tener un contacto físico o visual controlado con el ambiente exterior, de personalizar el espacio habitacional o de regular componentes básicos del acondicionamiento como la iluminación, la ventilación, el ruido y la distribución interior (fig. 18).



**Fig. 18**  
Habitación personalizada con vistas controladas al exterior.

- La seguridad

Al respecto Caan (2011, p. 66) reflexiona que la seguridad puede interpretarse como tener paz mental o un sentido de confianza que le permite a alguien ser libre y sin impedimentos. Un entorno seguro es algo más que seguro. No solo está libre de peligros; permite que las personas se relajen y realicen sus actividades con confianza, sin preocupaciones. Ir más allá de satisfacer las necesidades funcionales básicas para brindar comodidad y estética requiere una comprensión profunda de la naturaleza humana y un conocimiento sólido del diseño.

Asimismo, en términos generales, la búsqueda humana de seguridad ha tomado otra forma: la necesidad de confiar. Para sentirse seguras, las personas quieren saber que son miembros valiosos de su comunidad. Esto requiere diseñar intencionalmente para facilitar el acceso y la movilidad para todas las personas independientemente de su género, edad, situación económica, nacionalidad, capacidad o educación. Al crear un clima de igualdad, permite que los miembros de la comunidad sean mejores versiones de sí mismos (Caan, 2011, p. 160).

A lo largo de la literatura, la seguridad y la protección se han extendido sobre todos los usuarios de las instalaciones sanitarias, incluidos los pacientes, el personal y los visitantes. Los subtemas que emergen abarcan el análisis y la distribución espacial, la propensión a la violencia, el hacinamiento, el estrés ambiental, la calidad de la atención médica, la gestión de riesgos, la seguridad de las enfermeras, las prácticas seguras, y las estrategias de prevención y evaluación (Akinluyi *et al.*, 2020, p. 9).

Como se ha podido observar, la enfermedad mental y, por tanto, el entorno establecido para su tratamiento, han estado envueltos por grandes estigmas que provocan su constante asociación con el sufrimiento y el aislamiento permanente; proporcionándole al ambiente hospitalario una imagen negativa condicionada por respuestas humanas naturales como el miedo o la incertidumbre. Debido a esto, dicho ambiente “debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones, especialmente en aquellos casos donde los pacientes y sus familiares estén atravesando momentos difíciles” (Cedrés de Bello, 2000b, Criterios de diseño, § 2).

Siendo la seguridad uno de los aspectos que pueden abordarse a través de la arquitectura de los espacios a proyectar y

que, en consecuencia, contribuye a afianzar la tranquilidad de los usuarios; resulta necesario proporcionar un ambiente con mayor calidez y menos institucionalidad que permita reducir la sensación de temor hacia las instalaciones hospitalarias de las que hacen uso. Esto es posible priorizando por ejemplo la facilidad de orientación del paciente, la creación de áreas públicas y privadas apropiadamente iluminadas e identificadas, y la selección de materiales o acabados que resulten confortables (fig. 19).

También, como identificó Reiling (2007, cit. en Akinluyi *et al.*, 2020, p. 10) algunos principios e estrategias de diseño, como instalaciones de reducción de ruido, adaptabilidad y flexibilidad de los espacios, visibilidad de los pacientes, estandarización o automatización donde sea posible, disminución de la fatiga del personal, acceso inmediato a la información, cercanía a los puntos de servicio, minimización de transferencias/traspasos de pacientes y diseño en torno a eventos precarios; influyen directamente en la garantía de la seguridad percibida sin comprometer la calidad de la atención médica.



**Fig. 19**  
Pasillo hospitalario con identificación gráfica, iluminación apropiada y esquinas redondeadas.

#### - La privacidad

En muchos casos, la mejoría de una persona vulnerada se encuentra influenciada por las relaciones interpersonales que surgen o se mantienen durante su internamiento hospitalario. Por un lado, es crucial evitar en el paciente el sentimiento de abandono o soledad que puede acarrear el hecho de un ingreso a un centro de salud, puesto que la falta de apoyo emocional podría derivar hacia estados de depresión severa agravando su condición mental previamente debilitada. Y por otro lado, la capacidad de mantener el equilibrio entre la socialización activa, ya sea con familiares,

personal a cargo del cuidado u otros pacientes; y el resguardo de la intimidad de cada individuo, de manera que no se vea infringido su espacio personal.

Acerca de esto Cedrés de Bello (2000a, Calidad espacial, § 5) enfatiza que “los espacios sobre los cuales mayormente recae la investigación, son aquellos espacios de contacto entre el hombre enfermo y las personas que por diferentes razones lo rodean, caracterizándose por el contraste entre el deseo de soledad y la necesidad de comunicarse.” Es así que tanto “el ambiente físico como el tamaño de los espacios deben proveer adecuados niveles de privacidad (...) a fin de aminorar las impresiones que puedan perturbar psicológicamente a los pacientes y sus familiares, e impedir su recuperación, tranquilización y progreso.” (Cedrés de Bello, 2000b, Criterios de diseño, § 3-4).

Entonces, en el diseño interior, la privacidad es la capacidad de identificarse como individuo dentro del contexto de un entorno más amplio. Es tanto una medida experiencial como espacial. Representa la división entre nuestro yo interior y nuestra existencia más allá de los límites de nuestra propia mente y cuerpo. El cumplimiento exitoso de la privacidad permite que el individuo se desempeñe de manera óptima en cualquier entorno, privado o público, donde pueda sentir su posición en relación con la humanidad (Caan, 2011, pp. 73-75).

Para Ulrich *et al.* (2018, p. 56) la densidad social es un gran indicador de la medida en que la arquitectura de la sala psiquiátrica facilita o dificulta la capacidad de los pacientes, al moverse entre diferentes áreas, para regular las relaciones y el tamaño del grupo de habitaciones, acceder a la privacidad y evitar factores estresantes. Concluyendo que esto implica la importancia de proporcionar un amplio espacio por paciente en áreas de asientos compartidos y salas de actividades para aportar distancias de espacio personal más grandes de lo que presumiblemente muchos pacientes necesitan. Las sillas móviles en contraste con las fijas facilitan la regulación del espacio personal, promueven una interacción interpersonal positiva y pueden reducir el comportamiento agresivo en los espacios comunes de las instalaciones psiquiátricas (Baldwin, 1985; Holahan, 1972; Sommer y Ross, 1958, cit. en Ulrich *et al.*, 2018, p. 56).

En vista de ello, para brindar realmente apoyo al ser humano, el espacio físico y el espacio social han de ser flexibles y negociables. El elemento clave es que el individuo debe tener propiedad y control sobre su espacio y otros no deben poder

invadirlo sin un acuerdo previo (Douglas y Douglas, 2005, p. 272). Estas consideraciones son aplicables dentro del área habitacional y en las áreas comunes donde los pacientes realizan sus actividades cotidianas e interactúan con otros para conservar la sensación de normalidad (fig. 20).



**Fig. 20**  
Salas con mobiliario adaptable a distintos grados de privacidad.

- El confort perceptual

El confort simboliza un concepto intrínseco del ser humano y suele estar relacionado a la sensación de comodidad, física y mental, con respecto a su ambiente circundante, generando en el mismo estados anímicos estimados como positivos, que van desde la satisfacción o placer hasta la tranquilidad o desahogo. Dicho confort resulta de la percepción de un entorno agradable para el usuario y se encuentra en constante interacción con los apartados anteriormente descritos: “la autonomía”, “la seguridad” y “la privacidad”.

Es así como “las características del ambiente físico pueden influenciar directamente en el comportamiento y el bienestar del usuario. Las diferencias psicológicas individuales son modificadoras importantes de la percepción y evaluación ambiental.” (Cedrés de Bello, 2000b, Percepción del ambiente, § 1). Con ello se entiende que la experiencia propia del paciente y las expectativas preconcebidas que posea acerca del entorno hospitalario le permitirán recibir los estímulos ambientales y determinar aquellos que le sean de agrado o desagradado, contribuyendo a mejorar su capacidad de afrontar adversidades o, en su caso concreto, la enfermedad que padece.

Al respecto, Pallasmaa aboga por la naturaleza

multisensorial de la percepción humana y cómo ésta condiciona la calidad arquitectónica para cada individuo. “Las cualidades del espacio, de la materia y de la escala se miden a partes iguales por el ojo, el oído, la nariz, la piel, la lengua, el esqueleto y el músculo. La arquitectura fortalece la experiencia existencial, el sentido de cada uno de ser-en-el-mundo, y esto constituye fundamentalmente una experiencia fortalecida del yo.” (Pallasmaa, 2006, p. 43). De esta manera se resalta el carácter subjetivo que posee el término confort, resultante de la experiencia humana, la percepción individual y los parámetros físicos propios del espacio.

Según Caan (2011, pp. 67-68), al igual que todos los elementos de diseño, la comodidad tiene tanto un significado interno, del modo en que lo experimenta una persona, como una medida externa legible. Operando en los dos extremos del espectro, la comodidad literal obtenida a través de condiciones físicas satisfactorias: controles para iluminación, acústica y temperatura adecuadas; materiales, colores y texturas estimulantes; escala y proporciones apropiadas del espacio, combinadas con la comodidad percibida, como la sensación de seguridad, optimismo, valor e importancia, pueden motivar a las personas a desempeñarse a niveles óptimos (fig. 21).

Además, en este punto, se toma en cuenta no sólo al paciente sino a sus acompañantes y al personal que día a día presta el cuidado médico, puesto que “la infraestructura es un aspecto que debe programarse para alcanzar un fin, el de mejorar la calidad de atención de los pacientes y mejorar la calidad de los espacios donde se desenvuelven los prestadores de esa atención.” (Cedrés de Bello, 2000b, Efectos nocivos y riesgos , § 4); lo cual significa

**Fig. 21**  
Interiorismo con elementos en tonos cálidos y acabados agradables enfocados a los usuarios.



que los requerimientos funcionales, técnicos y psicosociales del diseño cobran igual importancia para la obtención del confort perceptual en los diferentes actores del entorno hospitalario.

- La apropiación y la noción de hogar

El apartado previo, el "confort perceptual", está supeditado además por la familiaridad que el usuario sienta en los espacios que forman parte de su nueva realidad cotidiana durante el internamiento. Por lo que se busca evocar la impresión de un *segundo hogar*, un ambiente que resulte acogedor y seguro, con la menor cantidad de elementos estresantes o discordantes que puedan alterar su estado de tranquilidad.

Si bien, "una exposición continua a un ambiente particular cambia gradualmente los niveles de adaptación de una persona hacia las condiciones de ese ambiente, adaptándose con el tiempo a ambientes indeseables en un principio, una vez que se tornan familiares." (Cedrés de Bello, 2000b, Percepción del ambiente, § 4); el diseño de espacios humanizados fomenta que este proceso de adaptación se lleve de la manera más orgánica posible brindando la posibilidad de incorporar elementos personales, especialmente en el espacio habitacional, alejándose así de la imagen fría, aséptica o extremadamente medicalizada del hospital que es abrumadora para la mayoría de los pacientes, promoviendo así la aceptación de su nuevo entorno.

Douglas y Douglas (2005, p. 275) afirman que los pacientes requieren entornos que apoyen un estilo de vida normal y hogareño, así como el funcionamiento familiar. Requieren diseños que apoyen la privacidad y la dignidad, la propiedad del territorio, las necesidades de accesibilidad y los movimientos de traslado a través de espacios públicos y de transición; concordando de esta forma con lo expresado en el artículo de Huntsman y Bulaj (2022, p. 2) donde reconocen que la vivienda es un determinante importante de la salud humana, ya que brinda múltiples oportunidades para transformar los espacios interiores residenciales en entornos terapéuticos.

La tendencia a generar familiaridad dentro de las infraestructuras hospitalarias en los últimos años, difuminando los límites entre habitación residencial y habitación hospitalaria para crear una estética menos institucional, es también resaltada por Martin *et al.* (2015, p. 1007), exponiendo que los edificios de atención médica contemporáneos manifiestan modelos de diseño

desarrollados para hoteles, centros comerciales y hogares. Estas características de diseño son congruentes con las formas neoliberales de subjetividad en las que los pacientes se constituyen como consumidores y ciudadanos responsables.

El hecho de afianzar la noción de hogar viene acompañado del derecho que poseen los usuarios de apropiación del espacio, aunque se trate de algo temporal, e implica que los mismos no sólo tengan la potestad de modificar o personalizar el espacio habitado, sino que también puedan controlar ciertas características físicas o tengan la posibilidad de un contacto cercano con espacios exteriores que promuevan su exposición a la naturaleza.

Para entender la apropiación como concepto, Vidal Moranta y Pol Urrútia (2005, p. 286) precisan que "los procesos que implican el fenómeno de la apropiación del espacio suponen una forma de comprender y explicar cómo se generan los vínculos que las personas mantienen con los espacios, bien como 'depósitos' de significados más o menos compartidos por diferentes grupos sociales; bien como una categoría social más, a partir de la cual se desarrollan aspectos de la identidad; bien como tendencias a permanecer cerca de los lugares, como fuente de seguridad y satisfacción derivadas del apego al lugar."; por lo que subtemas como el apego, el sentido de pertenencia y la identificación con el lugar son considerados parte del comportamiento vital de las personas.

En este sentido, las características de diseño que permitan a los pacientes controlar o personalizar sus habitaciones apoyarán el manejo del estrés y ayudarán a disminuir el comportamiento agresivo. Los ejemplos de características que se supone que mejoran el control en los dormitorios incluyen ventanas que se pueden abrir parcialmente, iluminación controlable y oportunidades de personalización (Andrade y Devlin, 2015; Ulrich, 1991, cit. en Ulrich *et al.*, 2018, p. 57).

- La reconexión y la sanación

Como ya ha sido expuesto, el entorno hospitalario tiene la facultad de jugar un papel fundamental en los procesos cognitivos, afectivos y relacionales de los distintos usuarios; y los lineamientos de diseño en torno a la humanización de los espacios que lo conforman apuntan hacia lograr la reconexión del paciente (consigo mismo, con la sociedad y con lo que lo rodea) y, eventualmente, su sanación.

“Si queremos que la arquitectura tenga un papel emancipador o sanador en lugar de reforzar la erosión del significado existencial, debemos reflexionar sobre la multitud de caminos secretos por los que el arte de la arquitectura está unido a la realidad cultural y mental de nuestro tiempo.” (Pallasmaa, 2006, p. 33).

Referente a ello, Cedrés de Bello (2000a, Efectos terapéuticos del ambiente, § 2) reflexiona “en este ámbito debemos considerar los aspectos psicológicos del reporte entre el hombre y el ambiente circundante, de manera que el sentimiento de alienación del enfermo puede estar acentuado o limitado por la obra arquitectónica. Si le reconocemos a la arquitectura valores de lenguaje, es por lo que debemos reconocerle su carácter persuasivo y psicológico, que no solo denuncian la función, sino también estimulan y en cierta forma inducen.” Actualmente es un hecho establecido que tanto la calidad del espacio como el contexto en los edificios de salud afecta los resultados de la atención médica y que el diseño arquitectónico de las instalaciones de salud es un elemento esencial del proceso de curación (Bosia et al., 2016, p. 33).

Para Mubayed y Aldea (2020, p. 1065) “el hospital no debería convertirse en un establecimiento estancado apartado de la vida social. Al contrario, debería ser lugar en el que curar y rehabilitar al enfermo tanto física como mentalmente, preparándole para los posibles cambios que pudieran derivarse de la enfermedad con la que ingresó.” Por lo tanto, la proyección de ambientes terapéuticos supone la cobertura de las necesidades básicas, de los complejos requerimientos funcionales y de una experiencia positiva para los usuarios en su interior. Un entorno de curación con aspectos físicos apropiados contribuye indirectamente a los resultados de los pacientes, como una estadía más corta, menos estrés, mayor satisfacción de los pacientes y otros (Ulrich et al., 2004, cit. en Akinluyi et al., 2020, p. 7).

“En definitiva, no podemos saber el coste en términos de bienestar físico y equilibrio psicológico de un diseño descuidado y privado de sentido; pero si sabemos que la arquitectura nunca es neutral, o bien es sanadora, o bien es nociva. (...) Si tomamos en cuenta principios de salud al diseñar nuestros espacios serán más humanos.” (Carbonell Miró, 2017, 13:09).

Por una parte, la reconexión implica establecer de nuevo el vínculo de la persona enferma con estados plenos de armonía o equilibrio, a nivel interior y con el mundo del que forma parte. Para

lograr este propósito se destaca la relevancia del contacto con la naturaleza y otros elementos distractores positivos del entorno físico relacionados con la percepción de la luz, el aire fresco, el ruido y los aromas, especialmente para tratar de mitigar la sensación de aislamiento que el paciente mental puede desarrollar. De acuerdo con Caan (2011, p. 51), la experiencia del espacio es, posiblemente, no solo visual; en cambio, la visión actúa en concierto con otros sentidos. El olfato, el sonido, la temperatura y el tacto alteran y cambian nuestra percepción del espacio. Todos contribuyen a nuestra comodidad y bienestar, además alcanzan elementos de nuestra psique y memoria que no pueden ser alcanzados por sensaciones puramente visuales.

Diversos estudios analizados en la investigación de Ulrich (1991, p. 103) indican que para las personas estresadas, las influencias restauradoras de ver la naturaleza implican, entre otras respuestas, estados de ánimo más positivos, cambios favorables en los niveles de actividad en diferentes sistemas fisiológicos, y niveles moderadamente altos de atención sostenida. Igualmente Huntsman y Bulaj (2022, p. 2) señalan que los beneficios de la conexión con la naturaleza incluyen relajación, alivio del estrés, presión arterial y frecuencia cardíaca más bajas, disminución del dolor crónico, mejora en el funcionamiento cognitivo, aumento de las emociones positivas y reducción de la fatiga, la agresión y la tristeza.

Mientras que, por otra parte, una de las interpretaciones internacionalmente aceptadas sobre la curación (o sanación), abarca un proceso único y profundamente personal de cambiar la actitud, los valores, los sentimientos, las metas, las habilidades y los roles de uno. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y aportadora, incluso con las limitaciones que provoca la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida a medida que crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (Anthony, 1993, cit. en Sangiorgi et al., 2019, p. 310).

“En el contexto de la salud mental, igualmente 'recuperación' denota un proceso de reclamación de la propia vida, hacerse cargo de las opciones propias y salir de la posición de pasividad y victimización que suelen implicar las principales enfermedades mentales, particularmente si conllevan tratamiento involuntarios, estigmatización u opresión total. Desde esta perspectiva, la recuperación significa un cambio hacia el control sintomático de la enfermedad para tener una vida plena 'de diseño propio' (que contemple trabajo, amigos, relaciones sexuales, entretenimiento,



afiliación política, implicación espiritual, y otros aspectos de una vida completa y estimulante).” (Gordon y Beresin, 2018, p. 6).

Puesto que un principio parece devenir del otro, “los arquitectos deben sostener ese potencial de auto-sanación del paciente a través de la influencia de los ambientes que diseñan. (...) Se debe combinar el arte de diseñar con el arte de curar para formar una sinergia.” (Cedrés de Bello, 2000a, Efectos terapéuticos del ambiente, § 2). Siguiendo esta línea, algunas pautas generales de diseño planteadas por van den Berg (2005, p. 54) incluyen instalar sistemas de ventilación que permitan un suministro generoso de aire fresco, proporcionar acceso visual a la naturaleza, emplear plafones que absorban el sonido en las áreas interiores de mayor tráfico, guardar especial cuidado con la entrada de iluminación natural y el uso de lámparas que imitan la luz del día en los edificios, e incluir vegetación dentro de las instalaciones hospitalarias, entre otros (fig. 22).



**Fig. 22**  
*Incorporación de la naturaleza potenciando el contacto interior-exterior.*

### 3.1.4. Variables

La exitosa consecución de cada uno de los propósitos anteriores depende asimismo de la consideración de diversas variables vinculadas directamente con el usuario; siendo clave determinar tanto la tipología de los pacientes como los requerimientos particulares que cada tratamiento conlleva, y, a la vez, reconocer que no todos los criterios de diseño pueden resultar beneficiosos por igual para dichos usuarios. Este hecho dota de un mayor grado de complejidad la definición de las estrategias arquitectónicas de humanización y bienestar, sin embargo, ayuda a aterrizar lo que teóricamente se tiene como objetivo central: contribuir en la sanación mediante el diseño de ambientes terapéuticos.

Seguidamente se enuncian aquellas variables que ejercen una gran influencia para el presente estudio, como son: la tipología de enfermedad o trastorno mental diagnosticado y el tratamiento prescrito; el período de estancia del paciente, ya sea a corto o largo plazo, o durante un tiempo indefinido; la edad y condición física con la que se cuenta previamente; al igual que el grado de comunicación entre los distintos actores del entorno hospitalario, es decir, entre el componente médico, el paciente y sus familiares o amigos.

#### - Tipología de enfermedad mental y tratamiento

Conforme a lo reportado por la OMS (2022, p. 3), “en todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres.” Adicional a esto se señala que “la esquizofrenia, que afecta a aproximadamente uno de cada doscientos adultos, es una de las principales preocupaciones: en sus estados agudos es el más perjudicial de todos los trastornos mentales.” (OMS, 2022, p. 3).

“Hay diferentes tipos de trastornos mentales que van desde trastornos bipolares y depresivos, pasando por trastornos disociativos, sexuales y de estrés hasta trastornos paratíficos [sic]

y de personalidad.” (Mubayed y Aldea, 2020, p. 1064). Dichos trastornos presentan un conjunto de características diferenciales que demandan espacios y condiciones ambientales específicas para su atención; por consiguiente, para diseñar un equipamiento de salud mental apropiado se ha de establecer una compatibilidad entre el funcionamiento estándar propio de las instalaciones asistenciales y las actividades que los pacientes puedan llevar a cabo en cada una de sus áreas, acordes con su diagnóstico y evolución durante el período de estancia.

En muchos casos, a pesar de que los pacientes psiquiátricos ingresan en los centros de salud mental esperando por un examen y valoración iniciales, algunos casos son trasladados directamente a las salas de terapias. Por ello, “hay que tomar en cuenta que un hospital psiquiátrico deberá contar con las siguientes áreas médicas: Consulta Externa, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Laboratorio, Terapias, Hospitalización y, a su vez, estas áreas se subdividen dependiendo de la enfermedad psiquiátrica, ya que, para cada una, existe un tratamiento, entorno y espacio diferente” (Martin, 2012, cit. en Mubayed y Aldea, 2020, p. 1065), lo que delimita así las herramientas que deben implementarse en la proyección de las mismas.

“Actualmente existe una gran variedad de tratamientos para los trastornos mentales que generalmente combinan el uso de psicofármacos con la psicoterapia en sus distintas modalidades: individual, grupal, familiar, etc., así como programas de cursos psicoeducativos para los pacientes y sus familiares.” (Collazos, 2007, p. 77). Tomando como referencia la clasificación propuesta por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, en adelante DSM-5, se definen veintidós tipos de trastornos mentales en conjunto con los tratamientos principales correspondientes según su categoría, resumidos en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
Tipología y tratamientos de los trastornos mentales.

Tipo de trastorno mental	Tratamiento	
Trastorno del desarrollo neurológico	Discapacidades intelectuales Trastornos de la comunicación Trastorno del espectro del autismo Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Trastorno específico del aprendizaje Trastornos motores Trastornos de tics Otros relacionados	Terapia farmacológica Terapia no farmacológica: - Intervención conductual - Apoyo psicosocial - Rehabilitación neuropsicológica - Estimulación de habilidades
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastorno esquizotípico (de la personalidad) Trastorno psicótico breve Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo: - Tipo bipolar - Tipo depresivo Trastorno psicótico: - Con delirios - Con alucinaciones Catatonía Otros relacionados	Terapia farmacológica Terapia cognitiva Intervención familiar Terapia de cumplimiento
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	Trastorno bipolar Episodio maniaco Episodio depresivo Trastorno ciclotímico Otros relacionados	Terapia farmacológica Psicoterapia Terapia cognitiva Terapia electroconvulsiva Intervención familiar
Trastornos depresivos	Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo Trastorno de depresión mayor Trastorno disfórico premenstrual Otros relacionados	Terapia farmacológica Psicoterapia Terapia cognitiva-conductual
Trastornos de ansiedad	Trastorno de ansiedad por separación Mutismo selectivo Fobia específica Trastorno de ansiedad social (fobia social) Trastorno de pánico Agorafobia Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos Otros relacionados	Terapia farmacológica Psicoterapia Terapia cognitiva-conductual Meditación

**Tabla 1 (Continuación)**

Tipología y tratamientos de los trastornos mentales.

Tipo de trastorno mental	Tratamiento
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno dismórfico corporal Trastorno de acumulación Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello) Trastorno de excoriación (dañarse la piel) Trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos Otros relacionados
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	Terapia farmacológica Psicoeducación Grupo de apoyo Terapia cognitiva-conductual Terapia de aversión
Trastornos disociativos	Trastorno de apego reactivo Trastorno de relación social desinhibida Trastorno de estrés postraumático Trastorno de estrés agudo Trastornos de adaptación Otros relacionados
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	Trastorno de identidad disociativo Amnesia disociativa Despersonalización/desrealización Otros relacionados
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	Trastorno de síntomas somáticos Trastorno de ansiedad por enfermedad Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) Trastorno facticio Otros relacionados
Trastornos de la excreción	Trastorno de síntomas somáticos (ocasional) Psicoterapia Terapia cognitiva-conductual Terapia familiar
Trastornos del sueño-vigilia	Terapia farmacológica (ocasional) Psicoterapia Terapia cognitiva-conductual Terapia familiar
	Terapia cognitiva-conductual Terapia familiar Terapia de relajación y técnicas de respiración Biorretroalimentación
	Terapia cognitiva-conductual (ocasional) Fototerapia Terapia cognitiva-conductual Terapia de control del estímulo Restricción del sueño Terapia de relajación y técnicas de respiración

**Tabla 1 (Continuación)**

Tipología y tratamientos de los trastornos mentales.

Tipo de trastorno mental	Tratamiento
Disfunciones sexuales	Eyacuación retardada Trastorno eréctil Trastorno orgásmico femenino Trastorno del interés/excitación sexual femenino Dolor genito-pélvico/penetración Deseo sexual hipoactivo masculino Eyacuación prematura (precoz) Otros relacionados
Disforia de género	Terapia cognitiva-conductual Terapia de sensaciones placenteras Terapia sexual (individual, en pareja o de grupo)
Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	Disforia de género: - En niños - En adolescentes o adultos Otros relacionados
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	Terapia de reconocimiento Terapia conductual Terapia hormonal Cirugía
Trastornos neurocognitivos	Trastorno negativista desafiante Trastorno explosivo intermitente Trastorno de la conducta Trastorno de la personalidad antisocial Píromanía Cleptomanía Otros relacionados
	Terapia farmacológica (ocasional) Tratamiento psicosocial Terapia familiar Tratamiento de comorbilidades
	Trastornos relacionados con: - Alcohol - Cafeína - Cannabis - Alucinógenos - Inhalantes - Opiáceos - Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos - Estimulantes - Tabaco - Otras sustancias Juego patológico
	Atención integral Programas con pasos establecidos Hospitalización parcial Desintoxicación
	Síndrome confusional por: - Intoxicación por sustancias - Abstinencia de sustancias - Medicamentos - Otra afección médica - Etiologías múltiples Otros relacionados
	Terapia farmacológica Tratamiento anti-hipertensivo Neurorretroalimentación

**Tabla 1 (Continuación)**

Tipología y tratamientos de los trastornos mentales.

Tipo de trastorno mental	Tratamiento
<b>Trastornos de la personalidad</b> Grupo A: - Paranoide - Esquizoide - Esquizotípica Grupo B: - Antisocial - Límite - Histriónica - Narcisista Grupo C: - Evasiva - Dependiente - Obsesivo-compulsiva Otros relacionados	Terapia farmacológica Psicoterapia Asistencia social Programas de tratamiento hospitalario y a domicilio
<b>Trastornos parafilicos</b> Voyerismo Exhibicionismo Froteurismo Masoquismo sexual Sadismo sexual Pedofilia Fetichismo Travestismo Otros relacionados	Terapia farmacológica Psicoanálisis Terapia cognitiva-conductual Terapia multidisciplinar (biológica, psíquico-relacional y social)
<b>Otros trastornos mentales</b> Especificado No especificado	
<b>Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos</b>	
<b>Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</b> Educación familiar Grupo de apoyo primario Maltrato, abuso y negligencia: - Infantil o adolescente - Adulto (por parte del cónyuge o pareja) Problemas educativos y laborales Problemas de vivienda y económicos Entorno social Delincuencia o interacción con el sistema legal Servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico Otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales Historia personal Acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria Incumplimiento del tratamiento médico	Psicoterapia Terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma Terapia familiar Hipnosis Tratamiento humanista

En la ya mencionada investigación de Mubayed y Aldea (2020) se analizan un conjunto de estrategias y criterios para la intervención arquitectónica del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, en Zulia, Venezuela; y también se recogen una serie de recomendaciones hospitalarias relacionadas con su arquitectura, determinadas por la combinación de lo reglamentado en la Gaceta Oficial del país para tal fin y las normativas emitidas por la OMS; de acuerdo con los tipos de trastornos mentales más comunes y tratados dentro del psiquiátrico, los cuales se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2**

Cuadro comparativo entre enfermedad y normativa.

Enfermedad mental	Recomendación hospitalaria según Gaceta Oficial y OMS
Ansiedad	1. Sus habitaciones deben tener vista al paisaje.* 2. Los espacios deben contar con luz natural y artificial respectivamente.** Debe haber atenuadores de la misma y que cambien de color. 3. La existencia de colores en las luces son estímulos que pueden producir excitación o sosiego.
Esquizofrenia	1. Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad. 2. Retirar objetos y estructuras que puedan utilizarse en conductas autodestructivas. 3. Disminuir los estímulos del medio ambiente siempre que sea posible. 4. Eliminar elementos arquitectónicos de tipo carcelario. 5. Colores tenues y neutros para un mayor confort y tranquilidad.
Distimia	1. El espacio y la dotación de mobiliario y equipos debe garantizar la privacidad y confidencialidad de las intervenciones terapéuticas. 2. Eliminar los colores grises y los tonos oscuros u opacos del ambiente. 3. Fomentar las actividades simples colocando a los pacientes a realizar actividades recreativas y ubicarlos cerca de jardines y ventanales aunque no más de un piso de altura.
Obsesivo compulsivo	1. Procesar emociones y pensamientos a través de terapia individual en un consultorio. 2. Proporcionar sensación de comodidad adecuando el ambiente para que coexistan varias personas juntas. 3. Ambiente de relajación y educación acerca del tema relacionado con su obsesión.
Trastornos de estrés	1. En las salas tranquilas lo mejor es instalar paredes con curvas suaves. 2. Colores claros y hasta calefacción para crear un ambiente relajante que incluye asientos acogedores. 3. Se debe utilizar materiales fácilmente lavables, pisos antideslizantes.

\*Un estudio realizado por Ulrich, R. (1991) demostró que aquellos pacientes que se encontraban con vistas a un paisaje necesitaron menos analgésicos y menos días para ser dados de alta.

\*\*La luz es necesaria para mantener los relojes biológicos, y estos son un centro fundamental de bienestar que controlan importantes sistemas hormonales y nerviosos.

En este orden de ideas, se puede concluir que las características del diseño que le ofrezcan a los pacientes psiquiátricos multiplicidad de opciones, adaptadas a su tipo de trastorno y dentro de un entorno de control supervisado, alejándose de la aplicación de modelos tipo que para otro tipo de pacientes pueden parecer ser más funcionales; logran significar para ellos un refuerzo positivo de su capacidad de afrontamiento de la enfermedad, fomentando una percepción de calma y libertad que ayuda a combatir los problemas de comportamientos agresivos o emociones negativas recurrentes. De este modo, los espacios deben ser amplios y flexibles, capaces de adecuarse a los protocolos de tratamiento particulares, incorporando mobiliario especializado y equipos de monitorización para tal fin.

#### - Período de estancia

Teniendo claro que cada trastorno psiquiátrico y cada tratamiento requiere condiciones ambientales singulares, otro factor influyente corresponde al plazo de tiempo en el cual, de acuerdo con su diagnóstico, el paciente deberá vivenciar el entorno hospitalario. En muchos casos, por contar con una salud mental vulnerada, este tipo de pacientes experimentan con mayor intensidad lo que significa el internamiento médico. Se trate de un período de estancia a corto o a largo plazo e, inclusive, por un tiempo indeterminado; el hecho del aislamiento de sus formas de vida habituales y la distancia de lo que consideran como su hogar puede desatar importantes niveles de ansiedad y estrés, lo que se suma al estado mental debilitado que ya poseen.

El cambio de rutina, el establecimiento de nuevos horarios para alimentación, sueño y/o visitas, así como el verse rodeados de personas diferentes o con otra tipología de enfermedad mental constantemente; también ejercen un peso sobre las decisiones de diseño a implementar para que dichas condicionantes se lleven a cabo de la manera más receptiva y favorable orientada hacia el usuario.

El estudio realizado por de Paiva y Jedon (2019, p. 3) propone que los efectos de la arquitectura no sólo dependen de las características físicas del espacio. El tiempo y la frecuencia de ocupación tienen un papel clave en cómo el espacio puede afectar a las personas, y son fáciles de medir y controlar. Ambos son elementos estratégicos para ayudar a entender la relación *arquitectura-individuo*. Partiendo de este punto, las pautas arquitectónicas para la humanización también valoran cómo los

espacios construidos estimulan al usuario centrándose en sus efectos a corto o largo plazo de acuerdo con el tiempo de exposición a los mismos, con las actividades que se realizan en cada uno y con la experiencia personal/social propia del usuario.

Así se plantean tres tipos principales de combinaciones: exposición a corto plazo con efectos a corto plazo; exposición a largo plazo con efectos a largo plazo; y exposición a corto plazo con efectos a largo plazo. Por un lado, los impactos inmediatos ocurren como una reacción rápida a los estímulos arquitectónicos. No requieren necesariamente ninguna interacción física con el medio ambiente, solo percibirlo a través de los sentidos; especialmente la vista, el oído, el olfato y el tacto; es suficiente para evocar tales impactos inmediatos (de Paiva y Jedon, 2019, p. 4). De este modo, el manejo estratégico de ciertos elementos como las proporciones; la altura del techo, las formas, las texturas, los colores, la iluminación, la temperatura, los sonidos o los olores; puede emplearse en búsqueda de evocar respuestas emocionales que conlleven a una percepción positiva del entorno hospitalario. Esto puede aplicarse más allá de los espacios destinados a atender al paciente agudo, también a aquellos que son habitados ocasionalmente por su núcleo de apoyo y el equipo médico rotativo.

Por otro lado, los casos de pacientes crónicos que requieren una estancia prolongada en este ambiente asistencial, recibirán del mismo constantes estímulos resultantes de su interacción y, consecuentemente, efectos a largo plazo que pueden perdurar estando fuera del mismo. El cerebro es adaptable y tiene la capacidad de cambiar en términos de cómo se estimula o no; por lo tanto, los espacios que se visitan repetidamente durante mucho tiempo pueden ayudar a inducir cambios en el cerebro. Una arquitectura que evoque respuestas emocionales intensas coadyuva a las personas a estar atentas al momento presente y al espacio mismo. También puede aumentar tanto la formación de la memoria como de sus recuerdos; y, como resultado, puede facilitar la orientación (de Paiva y Jedon, 2019, p. 5). Esto es posible a través de la creación de entornos enriquecidos en estímulos, que a su vez sigan un patrón o equilibrio, puesto que las instalaciones hospitalarias deben planificarse como un todo, relacionando espacios netamente técnicos, como consultorios o salas de terapias que fomenten el enfoque y la concentración en los procedimientos, con espacios más interactivos como las salas de visitas o jardines internos para los pacientes y sus familiares, o las salas de descanso para el personal.

En paralelo, la exposición a corto plazo con efectos a largo

plazo puede relacionarse con posibles factores estresantes en el ambiente, que conducen a altos niveles de excitación psicológica con efectos permanentes, incluso después de un corto tiempo de ocupación; tales como la ubicación y la accesibilidad a los baños, la presencia de espacios para la privacidad y la socialización, una adecuada señalización que favorezca la orientación, entre otros. Asimismo, los diseños pobres, monótonos y estériles pueden tener varias consecuencias que van desde el aburrimiento hasta la falta de actividad física e interacción social. En cambio, los entornos arquitectónicos que ofrecen estimulación cognitiva, social y física pueden ayudar a prevenir muchas enfermedades físicas y mentales, evitar el estrés y mejorar los procesos de aprendizaje y memoria (de Paiva y Jedon, 2019, p. 6).

#### - Edad y condición física

Parte de los propósitos de la humanización encuentran además como determinantes la edad del paciente y la condición física que lo acompaña; puesto que, comúnmente dentro de cualquier instalación hospitalaria, los grupos más vulnerables y que requieren de características espaciales específicas son los pacientes pediátricos, que incluyen edades desde la infancia hasta la adolescencia, y los pacientes geriátricos, individuos a partir de los setenta y cinco años en adelante.

Resulta certero que, a medida que el ser humano va envejeciendo, sus necesidades y percepciones van cambiando; y esto ocurre en el paciente psiquiátrico, en líneas generales, dependiendo de su madurez, la capacidad de comprensión sobre su estado de salud, el grado de autonomía que manifiesta y/o cualquier otro condicionante asistencial que deba ser atendido, adicional a su trastorno mental.

En el caso del paciente pediátrico, al encontrarse en pleno período de crecimiento, donde un adecuado desarrollo físico, intelectual y emocional es clave para la proyección de su bienestar futuro; la arquitectura debe poder introducir estímulos seguros pero interesantes que hagan más llevadero su internamiento, a la vez que le permitan obtener las herramientas necesarias para entender su padecimiento y afrontar las situaciones que lo rodean. "(...)El propio proceso de desarrollo implica mayor plasticidad y por ende mayor adaptabilidad y receptividad a ser influenciado por él. Un entorno que promueve la salud mental es aquel que proporciona seguridad, respeto y amor para que los jóvenes desarrollen un concepto positivo de sí mismos y un trato similar con los demás; la

estabilidad suficiente para que sepan qué esperar de su entorno; consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus acciones, y, finalmente, oportunidades de crecimiento." (Benjet, 2009, p. 237).

Acorde con ello, cada vez más entornos hospitalarios agregan alternativas para la ocupación del tiempo de estancia del paciente pediátrico fundamentadas en un carácter lúdico que disminuyen la impresión de ambiente amenazador y desconocido, convirtiéndolo en uno atractivo y respetuoso hacia su condición (fig. 23). Algunos ejemplos son el uso de materiales semitransparentes entre las zonas de admisión y tratamiento que permiten una visión matizada de las actividades llevadas a cabo en su interior antes de entrar, lo cual reduce en ellos la aprehensión o el miedo que puedan asociar con lo inexplorado; la incorporación de revestimientos que disminuyan el sonido del equipamiento médico, las conversaciones del personal o los gritos de otros pacientes en estado de crisis, con el fin de evitar perturbaciones indeseadas; el juego estratégico con patrones de colores en el suelo para delimitar zonas personales seguras mientras se encuentran en el proceso de integración con la comunidad; la selección de mobiliario acolchado que aporta superficies más cómodas y previenen autolesiones; la integración de elementos de seguridad no carcelarios con el fin de evitar los sentimientos de reclusión; entre otros.

De modo similar, resulta importante la organización de áreas complementarias, como pueden ser las salas tranquilas, donde la disposición de paredes ligeramente curvas con tonalidades claras, de iluminación ajustable por el usuario, y de asientos individuales o grupales adaptables a sus necesidades de socialización son

**Fig. 23**  
Ambientes con carácter lúdico para pacientes pediátricos.



recomendables para brindar un ambiente relajante; o, por el contrario, las salas de actividades sensoriales, donde la combinación de módulos para hacer ejercicios, estaciones de escritura y sistemas de videojuegos o entretenimiento se emplean para motivar la creatividad y el movimiento.

Ahora bien, en las habitaciones se sugiere el manejo de módulos de iluminación y temperatura regulables; asientos en las ventanas con vista a la naturaleza, escritorios individuales con posibilidades de personalización, y el establecimiento de zonas de transición entre el dormitorio y las áreas comunitarias, identificadas con patrones en el suelo o con asientos en forma de media luna, que otorgan al personal médico la opción de interactuar con el paciente en lugar de salir de su espacio privado, facilitando el contacto y la convivencia.

En el caso del paciente geriátrico, el envejecimiento trae consigo otras condicionantes como el deterioro cognitivo y sensorial, la pérdida de su autonomía, o la comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más trastornos en paralelo. "La vejez va acompañada, inevitablemente, de pérdidas físicas y mentales, así como de autoinsuficiencias económicas, afectivas y de compañía, lo cual influye en la calidad de vida del adulto mayor" (Rosales Rodríguez *et al.*, 2014, p. 62); e, igualmente, lo vuelve más propenso a desarrollar graves niveles de depresión o ansiedad, que le desmotivan y obstaculizan durante su proceso de recuperación.

La salud física se vuelve entonces un factor añadido a considerar, ya que, "con respecto a la capacidad funcional, las personas mayores con algún tipo de limitación tienen mayor probabilidad de presentar trastornos mentales (con predominio de los trastornos del estado de ánimo, sueño y ansiedad) por el hecho de requerir mayor apoyo para interactuar en su medio debido a desajustes biopsicosociales que actúan como estresores emocionales." (Vega García *et al.*, 2009, p. 249).

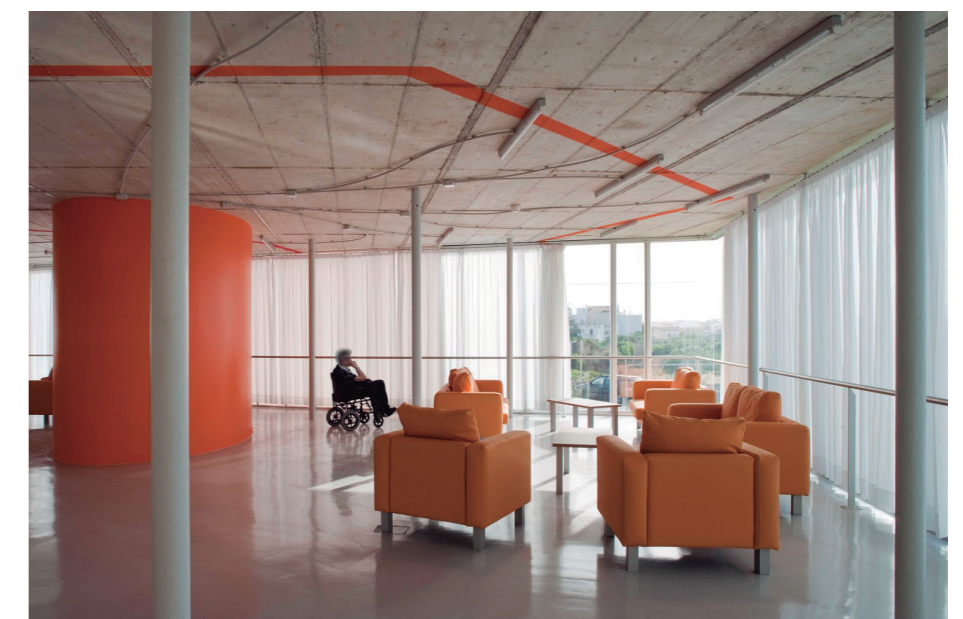
En consecuencia, los lineamientos para el diseño de las áreas destinadas al paciente geriátrico han de entender la disminución de la capacidad de movimiento, la cognición, la visión y la resistencia que el usuario envejecido presenta; y ofrecerle ambientes amplios sin mobiliario intrusivo o incómodo, donde se puedan desplazar con facilidad en andadores o sillas de ruedas en caso de ser necesario; cercanos con los puntos de enfermería para optimizar los tiempos de atención, además de espacios propicios para la socialización y realización de actividades que promuevan el trabajo en grupo, tanto entre los propios adultos mayores como con

sus cuidadores, con la intención de posicionarlos en un rol activo y lo más autónomo posible frente a las expectativas que puedan tener sobre esta etapa de su vida (fig. 24).

A diferencia de los pacientes pediátricos, la aplicación de muchas tonalidades claras o neutras en los espacios para los pacientes geriátricos pueden producirles confusión, debido a que por la degeneración de su capacidad de visión necesitan hasta tres veces más contraste para ubicarse en el ambiente y localizar los objetos próximos, teniendo como consecuencia una eventual pérdida de memoria. Igualmente, en términos de iluminación se deben evitar la emisión de destellos brillantes y los accesorios complejos para su regulación, disminuyendo las probabilidades de agobio o de caídas. Y, en cuanto a las salas grupales de terapia, es común la inclusión de una sala de reminiscencias, donde se apliquen al diseño elementos del pasado que despierten recuerdos positivos.

Como la experiencia espacial para este tipo de pacientes se torna más sensorial que intelectual, otras de las sugerencias de diseño que destacan son el disponer de una planta arquitectónica sencilla, cuya distribución evada los pasillos sin salida o zonas sin delimitar; emplear un revestimiento para el suelo, interior y exterior, que brinde una superficie uniforme apta para los recorridos; contar con señales visuales identificativas que contengan símbolos de fácil comprensión y elementos de aislamiento acústico para atenuar la sobreestimulación de los pacientes; así como también facilitar una abundante entrada de luz natural que mejore la visibilidad de los espacios.

**Fig. 24**  
Ambientes diáfanos con puntos contrastantes de color para pacientes geriátricos.



## - Comunicación médico-paciente-núcleo de apoyo

“Una relación médico-paciente eficaz puede resultar más fundamental para obtener resultados en psiquiatría (debido a los límites indefinidos entre las enfermedades que sufren los pacientes y la propia identidad de éstos) que en otras especialidades médicas. En psiquiatría, más que en la mayoría de las ramas de la medicina, da la sensación de que, cuando un paciente está enfermo, hay algo erróneo en la propia persona como un todo, en lugar de que esta 'tenga' o sufra una enfermedad concreta. Nuestro lenguaje agrava este sentido de imperfección o deficiencia en la enfermedad psiquiátrica. (...) Este lenguaje junto con el estigma persistente unido a la enfermedad mental en nuestra cultura, amplifica la sensación de recelo ante el riesgo de vergüenza y humillación que pueden experimentar los pacientes en cualquier interacción médico-paciente.” (Gordon y Beresin, 2018, p. 1).

“La estigmatización a la que se enfrenta una persona con un problema de salud mental puede influir en las diferentes etapas de la atención médica. Si bien el paciente inicia un tratamiento, el estigma de saberse 'enfermo mental' puede impedirle tener un acercamiento y dar continuidad a la ayuda que un médico de cualquier sistema de atención puede ofrecer.” (Vargas Huicochea y Huicochea Gómez, 2011, p. 713). Adicionalmente, “la poca efectividad en la comunicación, las actitudes de superioridad y la minimización de los síntomas por parte del personal hacen que la relación entre los profesionales de la salud y el paciente se torne hostil” (Ekman y Krasner, 2017, cit. en Ceballos Casas y Caicedo Bucheli, 2020, p. 23). Motivos por los cuales resulta imprescindible afianzar un sentido de seguridad y confianza hacia la atención hospitalaria, como ha sido mencionado con anterioridad, y esto es posible además a través del asentamiento de una comunicación asertiva entre el equipo médico, el paciente psiquiátrico y su núcleo de apoyo, trátase de familiares o amigos, que representan sus principales acompañantes o cuidadores. “La familia es considerada uno de los sistemas más importantes para el desarrollo del ser humano, está presente a lo largo de su vida y por tanto es el soporte ante las crisis vitales. Es así como ante un diagnóstico o proceso de enfermedad, no solo es el paciente quien se ve afectado, sino que es la familia en conjunto quien sufre un desajuste ante la nueva situación.” (Ceballos Casas y Caicedo Bucheli, 2020, p. 21).

“La importancia de una buena comunicación personal-paciente estriba en que favorece la adherencia al tratamiento y la

satisfacción con la atención” (Hall y Roter, 2012, cit. en Sevillano-Triguero y Estrada Arráez, 2021, p. 7). Dicho proceso comunicativo es particular y complejo, aún más en el caso de los trastornos mentales, puesto que requiere del médico empatía y comprensión, no sólo de las conductas o sintomatología manifestadas por el paciente, sino también de las percepciones que su entorno social e historia personal han ayudado a conformar acerca de su propia enfermedad, a la par de las experiencias previas que posea con otros profesionales de la salud mental. “La evidencia empírica sugiere que los pacientes están más satisfechos con aquellos psiquiatras que, si bien no comparten sus percepciones, al menos entienden sus experiencias y sensaciones.” (Callan 1998, cit. en Vargas Huicochea y Huicochea Gómez, 2011, p. 714).

“El proceso clínico de la relación médico/paciente se compone de una serie de *intercambios* con diferentes orientaciones cognoscitivas; en cierta forma, es un proceso comunicativo en el que hay una traducción de diferentes lenguajes que articulan la enfermedad como una experiencia cultural.” (Vargas Huicochea y Huicochea Gómez, 2011, p. 713). Por ende, los lenguajes involucrados en la explicación de su diagnóstico, sus implicaciones y sus métodos de tratamiento, han de ser expresados de manera comprensible y accesible para todos los actores involucrados, es decir, paciente y núcleo de apoyo, con el fin de afianzar una alianza terapéutica.

En líneas generales, estos lenguajes pueden ser clasificados en un lenguaje verbal característico del diálogo médico-paciente-familia; y en un lenguaje no verbal propio del entorno hospitalario que conlleva una carga comunicacional, positiva o negativa, dirigida al usuario. “El hospital y sus variantes, presenta metalenguajes diversos: el olor a medicamentos incluida la anestesia, la atmósfera impoluta, los uniformes y vestimentas, los parlantes que llaman a los médicos o que alertan sobre su propio mundo, las relaciones visibles ante los pacientes de médicos entre sí, de enfermeras, los símbolos de laboratorio y sus exámenes, la arquitectura y construcción de los espacios para los equipos de rayos X, tomógrafos, las camas hospitalarias y los colores de sus menajes, encierran metalenguajes escondidos. Hospitales generales o especializados tienen sus propios signos y símbolos.” (Vega-Delgado, 2018, pp. 169-170). Es así como, en cierta medida, el diseño interior puede contribuir a mejorar la interlocución, introduciendo signos y símbolos favorables para el diálogo.

La proximidad y proporción de las salas de consultas, que



han de ser percibidas como espaciosas y acogedoras por medio del uso de tonalidades cálidas en el interior, y la exposición de la información netamente indispensable en los muros evidencian esta premisas. “Se ha encontrado que los pacientes ofrecen más información delicada y mantienen más contacto visual cuando el entorno es amplio” (Okken *et al.*, 2013, cit. en Sevillano-Triguero y Estrada Arráez, 2021, p. 9). Para fomentar el contacto entre el personal y el paciente a través de la interacción, se ha de atender la disposición y dimensiones del mobiliario (fig. 25); puesto que “en general, las mesas circulares son preferidas por los usuarios y más seguras para niños y personas mayores (Dazkir y Read, 2012, cit. en Sevillano-Triguero y Estrada Arráez, 2021, p. 8). Igualmente, “el tamaño del escritorio que habitualmente se encuentra en las consultas debe ser lo suficientemente ancho (al menos de un metro) como para permitir que tanto el personal como el paciente puedan ajustar su espacio personal en función de sus necesidades: reduciéndolo, al acercarse, o ampliándolo, al alejarse. La decoración con elementos artísticos también facilita la comunicación con pacientes pediátricos.” (Ullán y Beliver, 2021, cit. en Sevillano-Triguero y Estrada Arráez, 2021, p. 8).



**Fig. 25**  
Sala de consulta con mobiliario de líneas redondeadas y decoración minimalista.

## 3.2. INTERIORISMO HOSPITALARIO DE SALUD MENTAL CONTEMPORÁNEO

### 3.2.1. Nuevas perspectivas sobre la salud mental

En los últimos años, el modelo de atención relacionado con la salud mental ha presentado transformaciones desde una orientación hospitalaria (o de internamiento) hacia una más comunitaria (o domiciliaria), que varían de acuerdo con el tipo y la gravedad de patología presentada. Esto es debido a la visibilidad y el reconocimiento que se le está dando, surgiendo entonces nuevos espacios para tratar los distintos trastornos que un desbordado sistema de salud pública se encuentra limitado de atender. La transformación cultural guiada por la humanización de las prácticas y de la gestión de los servicios de salud se fundamenta en una actitud ética de respeto por el ser humano, de acogida como huésped, de comprensión del paciente como ciudadano y no sólo como consumidor temporal de un servicio de salud (Fortes, 2011, cit. en Caulliraux y Meiriño, 2015, p. 323).

Algunos de estos espacios se han podido conformar como centros de día, para brindar soporte social, o, por otro lado, a través de grupos y conexiones interpersonales en los que recibir o dar apoyo; siendo así un punto intermedio entre el hospital y el hogar, de encuentro con profesionales médicos y otros pacientes psiquiátricos, evitando la estigmatización que la idea de internamiento aún hoy conlleva. “En todos los niveles de la atención de salud, los servicios de apoyo entre iguales aportan un nivel adicional de apoyo en el que las personas aprovechan sus propias experiencias para ayudarse mutuamente, intercambiando conocimientos, ofreciendo apoyo emocional, creando oportunidades de interacción social, ofreciendo ayuda práctica o participando en la promoción y la sensibilización.” (OMS, 2022, p. 9). Igualmente, se presenta la domiciliación como modelo asistencial de cuidados sanitarios y sociales prestados en la propia residencia del individuo cuando se considera que las condiciones particulares que posee su entorno son el lugar idóneo para abordar sus procesos de recuperación.

“Dado que los factores que determinan la salud mental son multisectoriales, las intervenciones destinadas a promover y proteger la salud mental también deben llevarse a cabo en múltiples sectores. Y cuando se trata de prestar atención de salud, también es necesario un enfoque multisectorial porque las personas con trastornos mentales suelen necesitar servicios y apoyos que no se

limitan al tratamiento clínico.” (OMS, 2022, p. 2). Por tanto, la recuperación psiquiátrica está integrando el contacto con entornos favorables y espacios diseñados para permitir el apoyo en la comunidad; y es aquí donde la arquitectura debe incorporar un enfoque biopsicosocial, intercultural y multidisciplinario para dar una respuesta más acorde a los problemas de salud mental que, con cada vez más frecuencia, se manifiestan en la sociedad. En lo sucesivo, nace la idea de la cualidad terapéutica del espacio para el paciente mental o arquitectura curativa, donde las características funcionales, formales y espaciales del entorno construido, tales como la iluminación, la ventilación, las dimensiones, los accesos, el contacto interior-exterior, la permeabilidad, entre otros; pueden influenciar positivamente en su estado de bienestar y, en consecuencia, su sanación.

### 3.2.2. Características generales y elementos de composición

La investigación en torno a la psicología ambiental y otros campos de estudio sugieren que un modelo conceptual con el objeto de diseñar instalaciones psiquiátricas para reducir el estrés y la agresión debe incluir de manera prominente características ambientales que permitan a los pacientes buscar privacidad, regular las interacciones interpersonales, evitar factores estresantes y experimentar la reducción del estrés con distracciones positivas como, por ejemplo, la naturaleza (Ulrich *et al.*, 2018, p. 54). Por consiguiente, para diseñar y/o adaptar el interiorismo hospitalario de salud mental a los fines de la humanización primero se ha de comprender cuáles son estas características del entorno que tienen más probabilidades de optimizar el bienestar físico, mental y emocional del usuario; siendo expuestos a continuación:

#### - Iluminación (natural y artificial)

La luz representa un componente dinámico, cuyas transformaciones, muchas veces determinadas por fenómenos propios de la naturaleza, van alterando completamente nuestra percepción sobre el mundo que nos rodea, proporcionando a su vez una variedad de valores estéticos, funcionales y/o simbólicos a los espacios que habitamos. La iluminación pretende así la adecuación del nivel de luz necesario para las actividades llevadas a cabo en

dichos espacios; por tanto, “la manipulación física de la luz conlleva, de alguna manera, a una manipulación psicológica y fisiológica del usuario que habitará el espacio, la luz ya sea natural o artificial subordina al hombre fisiológicamente y psicológicamente, por ello la necesidad de precisar adecuadamente el tipo de entrada o fuente de la luz, para definir uno u otro tipo de espacio según su uso y disfrute.” (Citati *et al.*, 2015, p. 11).

Igualmente, la arquitectura ha de ser configurada de manera que presente un equilibrio entre la luz y la sombra, como recurso utilizado para la delimitación o enriquecimiento visual de los volúmenes, los objetos y las texturas que forman parte del espacio; y que, además, condicionan comportamientos y sensaciones humanas (de intimidad o privacidad, de desconfianza o miedo, de serenidad o calma, entre otros).

En los entornos hospitalarios, las personas no solo prefieren la luz natural porque es más agradable que la luz artificial, sino que también tienden a creer que la luz del día es beneficiosa para la salud. La luz del día tiende a ser más brillante y tiene un espectro de colores más equilibrado que la mayoría de las fuentes de luz artificial (van den Berg, 2005, p. 40). Por añadidura, proporciona un contacto más cercano con el entorno de vida exterior y satisface las necesidades visuales tanto de los pacientes como del personal (Robbins, 1986, Edwards *et al.*, 2002, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 10).

Entre los pacientes, la iluminación natural (incluida la luz solar brillante de la mañana) mejora los ritmos circadianos (al afectar la producción y regulación de melatonina) y tiene un efecto positivo en el metabolismo de la vitamina D (Ampt *et al.*, 2008; Figueiro *et al.*, 2006; Joseph, 2006a; McColl *et al.*, 2001, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 9). Mientras que, en cuanto al personal médico, esta iluminación se ha asociado con la reducción del estrés, la optimización del rendimiento en la ejecución de sus tareas cotidianas y la disminución de errores (Joseph, 2006a; Ulrich *et al.*, 2008; Alimoglu *et al.*, 2005; Cohen *et al.*, 2009; Ulrich *et al.*, 2004, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 10).

En cambio, la iluminación artificial presenta otros matices puesto que, por un lado, la disposición de luz artificial brillante es comúnmente empleada sobre las superficies de trabajo y en las áreas donde el personal realiza tareas críticas con el fin de aminorar la tasa de errores en la dispensación de medicamentos, aumentando la seguridad del paciente (Buchanan *et al.*, 1991; Ulrich *et al.*, 2008, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 12) así como manteniendo

estados de alerta y concentración en su labor; y, por otro lado, en la mayoría de los espacios de interacción, como ocurre en las salas de consulta, las personas se sienten más cómodas hablando y hablan durante más tiempo con una iluminación tenue que con una brillante (Ulrich *et al.*, 2008, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 12).

Ahora bien, la exposición prolongada a una iluminación de alta intensidad, sea natural o artificial, se ha asociado con la pérdida de un estímulo importante para mantener el funcionamiento normal las veinticuatro horas (Joseph, 2006a, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 12). Esto indica que ciertas propiedades de la iluminación como el nivel de intensidad, la tonalidad y la distribución pueden ejercer una influencia en los estados de ánimo y el rendimiento de los usuarios. En virtud de ello, cuando se considera el diseño de un nuevo entorno de atención médica (o la modificación de uno existente), es importante reconocer los efectos de la cantidad y el tiempo de exposición de la luz en diferentes grupos de usuarios, brindando opciones que permitan controlar la iluminación (Salonen *et al.*, 2013, p. 12).

#### - Ventilación (natural y mecánica)

Así como es de importante para la salud del ser humano la capacidad de respirar adecuadamente, la ventilación constituye el sistema que permite la renovación del aire en el interior de los espacios habitados; asegurando adicionalmente la salubridad, debido al control de la humedad, el moho, las partículas de suciedad y los ácaros provenientes del polvo; y propiciando el acondicionamiento térmico. En el ámbito asistencial general, es un factor de sumo cuidado para impedir la transmisión de virus o bacterias que atenten contra la salud de los pacientes, los visitantes y el equipo médico. La ventilación puede mejorar la salud de las personas de varias maneras: proporcionando aire para respirar, eliminando y diluyendo los contaminantes interiores, agregando o eliminando humedad y calentando o enfriando el ambiente interior (van den Berg, 2005, p. 41).

Si bien, en la proyección de los centros hospitalarios, se han de tener presentes las regulaciones específicas existentes en cuanto al control y mantenimiento de los aires acondicionados para tales infraestructuras a fin de garantizar la asepsia; también el conseguir una circulación de aire continuo a través de la ventilación cruzada, sin la intervención de factores mecánicos, puede generar grandes beneficios para la oxigenación y descontaminación del ambiente, garantizando la calidad del aire interior mediante

sistemas híbridos. En circunstancias normales, los sistemas de ventilación natural y mecánica que permiten una gran cantidad de aire fresco en los edificios de atención médica son preferibles a los sistemas de aire acondicionado (van den Berg, 2005, p. 43).

Cabe destacar que el flujo de aire mediante una ventilación cruzada es producido por la diferencia existente en la presión del aire y de temperatura, donde el aire caliente sube mientras que el aire frío desciende, y que puede verse influenciado por las características de los vientos dominantes locales (velocidad, frecuencia y dirección), por la humedad relativa presente, por la radiación solar y/o por la disposición de las aberturas en los edificios.

Según la guía de la OMS, la decisión de utilizar ventilación mecánica o natural para el control de infecciones debe basarse en las necesidades, la disponibilidad de los recursos y el costo del sistema para proporcionar el mejor control que contrarreste los riesgos. Sin embargo, es importante señalar que la ventilación natural se ve fácilmente afectada por el clima exterior y/o el comportamiento de los ocupantes, y es adecuada para climas cálidos y templados, pero no para climas húmedos (Walker, 2012; OMS, 2009, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 6), por lo que el sistema de ventilación debe planificarse según las características físico-ambientales de cada zona.

#### - Temperatura (confort térmico)

El confort térmico es un término relacionado con la sensación de comodidad o satisfacción que presentan los usuarios con respecto a las condiciones térmicas percibidas en el ambiente donde desarrollan sus distintas actividades. Dicho de otra manera, es la ausencia de cambios abruptos en la temperatura (frío o calor) del espacio interior con el cual interactúan, y esto es resultado de múltiples factores, como son: las condiciones del clima exterior, la entrada de corrientes de aire, las preferencias personales, el metabolismo y/o el nivel de actividad física del habitante.

A pesar de perseguir la generación de una serie de parámetros estándar con los que la mayoría de las personas podrían sentirse cómodas; diferentes grupos de usuarios dentro del mismo entorno hospitalario pueden preferir diferentes temperaturas para su comodidad debido a los diferentes niveles de actividad y agudeza, edad, vestimenta y duración de la estadía en la sala (Wu, 2011; Hwang *et al.*, 2007; Wong *et al.*, 2009, cit. en

Salonen *et al.*, 2013, p. 6).

Para los pacientes el confort térmico se ha asociado con estados de ánimo estabilizados, mejor calidad y cantidad del sueño, reduciendo el desvelo, y, consecuentemente, menor duración de la estancia en los hospitales (Hwang *et al.*, 2007, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 5). Por el contrario, para el personal esta característica del entorno se encuentra enlazada a su rendimiento laboral y productividad en la medida que regula los niveles de ansiedad o agotamiento. Dado que los profesionales sanitarios deben realizar numerosas tareas complejas, el estrés térmico y la incomodidad tienen el potencial de provocar un aumento de los errores y la irritabilidad, teniendo un efecto perjudicial en la atención del paciente (Wu, 2011, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 6).

A manera de conseguir una temperatura interna regulada, o confort térmico requerido, en estas instalaciones asistenciales, se han de tomar en cuenta distintas soluciones constructivas en el diseño, tanto interior como exterior, que van desde el aislamiento en las fachadas; la selección de los materiales; la distribución de las puertas y las ventanas que impida la aparición de puentes térmicos; la implantación del edificio en función de la incidencia solar y los vientos dominantes; hasta la ventilación acorde con las funciones que alberga.

#### - Control acústico

Como los centros de salud son infraestructuras diseñadas para recibir y alojar un gran flujo de usuarios a lo largo del día, en ellos se puede producir una notable contaminación sónica que puede repercutir en el cumplimiento óptimo de los procesos generales y regulares llevados a cabo en su funcionamiento, si no se toman las medidas afines para su control. El ruido excesivo en los hospitales puede ser generado por tres tipos de fuentes: el personal y otras pacientes; el equipo hospitalario; o el diseño ambiental y acústico (Milette y Carnevale, 2003, cit. en van den Berg, 2005, p. 44).

De ahí que el control acústico conlleva la minimización en la transmisión de los ruidos, ya sea que provengan del exterior para que apenas sean percibidos o completamente disipados en el interior, o, en cambio, que aquellos generados en el interior de los espacios no salgan con la misma intensidad al exterior; por tanto adquiere mayor relevancia cuando se desea promover una buena comunicación entre el personal médico, el paciente y su núcleo de

de apoyo; e, igualmente, afianzar un ambiente de calma para su recuperación.

“Al desplazarnos por los espacios arquitectónicos producimos variados sonidos con nuestras voces y actividades, pues al tocar paredes, cristales, puertas, barandillas, pisos, etc., producimos 'ritmos' y 'melodías' que deben ser adecuadamente planificados. La arquitectura responde acústicamente a la presencia humana, como si fuese un socio en un diálogo auditivo.” (Citati *et al.*, 2015, p. 24).

Diversos estudios han demostrado que entre los pacientes, el control acústico mediante el uso de acabados, como plafones de alto rendimiento que absorben el sonido, o mediante características arquitectónicas, como habitaciones individuales y pasillos cortos, reducen el estrés psicológico y fisiológico; optimizan la calidad del sueño en los pacientes; propician una mejor comunicación entre personal médico, pacientes y familiares al garantizar la privacidad y la confidencialidad; disminuyen la frecuencia cardíaca y respiratoria; aminoran la confusión o desorientación; así como acortan el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria, entre otros (Bayo *et al.*, 1995; Beyea, 2007; Biley, 1994; Chaundhury *et al.*, 2006; Evans *et al.*, 1987; Grumet, 1993; Hagerman *et al.*, 2005; Hilton, 1985; Johns Hopkins University, 2005; Johnson, 2001; Joseph, 2010; Joseph *et al.*, 2007b; Mazer, 2006; Slevin *et al.*, 2000; Ulrich *et al.*, 2008; Yinnon, *et al.*, 1992, cit. en Salonen *et al.*, 2013, pp. 6-7).

Algunos de los espacios en los cuáles se hace gran énfasis para la creación de un entorno acústico confortable son los espacios públicos con alto tráfico de usuarios, tales como la recepción, los pasillos, las salas de espera y las salas de visitas; en los que resulta favorable el manejo de materiales especiales que absorban las ondas sonoras y que eviten su molesta propagación; estos incluyen el enmascaramiento del sonido a través de paneles acústicos, paredes de altura completa, puertas insonorizantes y ventanas de cristal de alto rendimiento que impidan la entrada de ruido. Correlativamente, es conocida la incorporación de sonidos relacionados con la naturaleza, para complementar el tratamiento en determinados pacientes debido a su carácter relajante y evocativo. “Se puede otorgar sonidos al espacio mediante fuentes externas como jardines y estanques; o mediante el empleo de materiales que generen sonidos al entrar en contacto con el usuario; siendo siempre las formas espaciales, el volumen y los materiales los que modelen el sonido e incidan en la percepción sonora.” (Citati *et al.*, 2015, p. 24).

#### - Contacto con la naturaleza

Según varios autores, la evolución ha hecho de la naturaleza una fuente innata de fascinación y restauración para estimular a las personas a buscar el contacto con entornos naturales no amenazantes que contienen recursos y oportunidades necesarios para la supervivencia (van den Berg, 2005, p. 24). Durante siglos, diversas sociedades, culturas y prácticas religiosas/espirituales han expuesto que el ser humano posee una conexión innata e intrínseca con la naturaleza, e incorporar elementos naturales en la arquitectura puede ayudar a crear atmósferas que sean más propicias para la salud y el bienestar; brindando mecanismos adicionales, como el fomento de la actividad física al aire libre y del apoyo mediante la interacción social con la comunidad, lo que, a largo plazo, también mejora la experiencia general del usuario.

Tratándose de ambientes hospitalarios, la evidencia de los estudios realizados sugiere que la presencia de la naturaleza en estos ambientes (ya sea a través de jardines interiores y exteriores o vistas de la naturaleza desde las ventanas) no solo reduce el estrés y mejora el estado de ánimo, sino que también aumenta la satisfacción del paciente y la familia tanto con el proveedor de atención médica como con la calidad general de la atención (Cooper-Marcus *et al.*, 1995; Whitehouse *et al.*, 2001, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 11). Es así como son cada vez más reconocidos los efectos que la naturaleza posee sobre las distintas dimensiones de la salud humana, influenciando desde la condición psicológica y emocional, ayudando a conservar un mayor sentido del significado y propósito de vida; la función cognitiva para llevar a cabo las actividades cotidianas; hasta los procesos fisiológicos, como la regulación de la presión arterial, la disminución de la agitación del sistema nervioso y el funcionamiento adecuado del sistema inmunitario; claves en la recuperación de todo paciente psiquiátrico.

Las vistas al mundo exterior contribuyen a generar una sensación de normalidad en los pacientes y tiene una influencia positiva durante su estancia en el ambiente hospitalario (Ampt *et al.*, 2008; Devlin *et al.*, 2003, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 11). De igual manera, las ventanas con vistas a la naturaleza brindan una perspectiva de los cambios de luz y del clima, otorgando familiaridad, orientación con respecto al tiempo transcurrido y distracción positiva (Edwards *et al.*, 2002; Joseph, 2010, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 11), factores que resultan importantes no sólo para los pacientes, sino también para el personal médico que vivencia el espacio asistencial durante largas jornadas de trabajo, y

requiere de oportunidades de desahogo o escape ante el estrés que supone el entorno clínico.

Sumado a lo anterior, la creación de jardines en centros de salud, con su variedad de cualidades terapéuticas y estéticas, puede ayudar a mantener un control micro climático; reducir el ruido exterior, purificar el aire, disminuir la escorrentía de aguas pluviales, o aportar un valor económico al ofrecer la posibilidad de cultivo de alimentos. "El desarrollo tecnológico en la actualidad permite emplear la vegetación tanto en la forma de jardines horizontales o verticales; fuera, dentro o sobre las construcciones, lo que facilita enormemente su empleo en un mundo donde el espacio es una de las preocupaciones fundamentales." (Citati *et al.*, 2015, p. 32).

#### - Color

El color se ha descrito como una sensación visual subjetiva producida por la luz, y la percepción del mismo depende de la composición cromática de la luz, el material de la superficie y la edad o salud de los ojos del espectador (Tofle *et al.*, 2003; Steffy, 2002; Crone, 1999, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 13). El color tiene una capacidad inherente para transmitir mensajes, proporcionando información codificada que traducimos, consciente o inconscientemente. Es así como puede atraer la atención, brindar información y transmitir emociones (Serra Lluich, 2019, p. 116).

En muchos referentes arquitectónicos, el color ha constituido una herramienta utilizada en el diseño para la producción de un código visual que describa la función del espacio habitado y/o permita a sus habitantes ubicarse rápidamente dentro del mismo. La disposición de los colores en la arquitectura puede mejorar el rendimiento de los usuarios. Un buen nivel de iluminación, reproducción cromática de los rayos de luz y contraste de color son necesarios para ayudar a la legibilidad visual de una habitación de modo que los observadores puedan orientarse fácilmente, reconocer los diferentes elementos de la habitación y concentrarse en las tareas (Serra Lluich, 2019, p. 94).

Existen impresiones perceptivas comprobadas vinculadas a las aplicaciones de color que pueden afectar la experiencia y el rendimiento de las personas. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que ciertos colores pueden evocar una sensación de amplitud o confinamiento en entornos particulares. Sin embargo, la

percepción de amplitud es causada por la oscuridad o el brillo del color y se ve muy afectada por los efectos de contraste, particularmente las distinciones de brillo entre los objetos y su fondo (Tofle *et al.*, 2003; Young, 2007, cit. en Salonen *et al.*, 2013, pp. 13-14). En paralelo, se ha demostrado experimentalmente que el color afecta el nivel de fatiga que percibe el sistema visual; los tonos rojos acentúan la fatiga, mientras que los azules la alivian. El ojo humano está mejor adaptado para lidiar con condiciones de observación cambiantes que con un estímulo de color fijo durante un período de tiempo prolongado. Cuanto mayor sea la superficie, mayor será la fatiga, por lo que es especialmente importante comprender los efectos de un color al elegirlo para un área grande. (Serra Lluch, 2019, pp. 94-96).

Debido a sus efectos para captar y dirigir la atención del individuo, así como para modificar la percepción formal e incluso térmica que tiene del espacio, en los entornos médicos es considerado para desviar las connotaciones negativas y aliviar el estrés que la imagen del hospital suele generar en los pacientes; ofreciéndoles de esta manera un entorno atractivo, legible, accesible y respetuoso con su estado de salud. En cuanto a sus cualidades emocionales, se ha estudiado que nuestra propia composición fisiológica y psicológica en el momento de interacción con el color, provoca cambios en el estado de ánimo y las emociones, lo que luego pensamos que está asociado con la respuesta emocional del color en sí (Fehrman *et al.*, 2004, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 13). Ello demuestra que el color por sí solo no contiene desencadenantes emocionales inherentes, no obstante, al impactar en la manera en cómo el usuario interpreta, se mueve y se relaciona con su espacio, si puede ejercer cierta influencia sobre el componente mental del mismo.

#### - Pavimentos y superficies (materialidad)

“La ejecución de la obra arquitectónica exige un apropiado conocimiento y estudio de las cualidades intrínsecas de los materiales, pues estos serán quienes entrarán en contacto estrecho con el usuario, transmitiendo todas sus cualidades positivas y negativas, dotando con ello al espacio de un carácter determinado.” (Citati *et al.*, 2015, p. 32). Aparte de sus características estéticas, la materialidad en los pavimentos y las superficies deben garantizar el apropiado desarrollo de las actividades o los usos dados en los centros de salud, adaptándose así a las especificaciones de su programa arquitectónico. Es conocido que la selección de los revestimientos para suelos y otros

materiales que cubren las superficies interiores tiene un papel clave cuando se realiza una limpieza adecuada para reducir las infecciones que se propagan por contacto en las instalaciones de atención médica (Salonen *et al.*, 2013, p. 14).

En relación con los pavimentos o suelos, es ideal la implementación de un material homogéneo, antideslizante y resistente, debido al alto tráfico de pacientes, visitantes y equipo médico asistencial, con un acabado opaco o mate que evite el reflejo molesto de luces indirectas. Para los falsos techos, se sugiere que sean lo más continuos posible, especialmente en las habitaciones, y que presenten la capacidad de ser registrables o estancos. En cuanto a los revestimientos en paredes y otras superficies, han de ser duraderos y seguros, evitando que los pacientes psiquiátricos puedan utilizarlos para hacerse daño a sí mismos o a otros, lo cual también es aplicable en la selección del mobiliario interior, procurando que sea suave y acogedor.

En este orden de ideas, se pueden sintetizar los principios que se han de tomar en cuenta para la definición de la materialidad del ambiente asistencial en: la seguridad, el confort y la estimulación sensorial. “En general puede decirse que cada material en particular, posee su propio lenguaje visual, su propia sensación luminosa y sensación cromática (tonalidad, claridad, luminosidad, saturación), además de contar con sus propios patrones decorativos intrínsecos que van a responder a su composición. Dependiendo de la naturaleza de cada una de estas características visuales podrán ser aprovechables para atribuir a los espacios cualidades sensoriales tanto utilitarias como estéticas comunicativas.” (Citati *et al.*, 2015, p. 33). Los materiales texturizados o con patrones pueden ayudar a estimular el sentido del tacto, mientras que los colores brillantes o con diseños llamativos pueden estimular el sentido de la vista, y una combinación de ambos con los reflejos propios de la iluminación generan resultados dinámicos y atractivos para los usuarios, induciendo en ellos efectos psicológicos particulares.

#### - Mobiliario (disposición y ergonomía)

El mobiliario representa la extensión más literal y directa de nosotros mismos en el espacio. Aparte de sus elementos estilísticos, nos apoya fisiológica y psicológicamente. Un edificio es un espacio inamovible, por el contrario, los resultados del diseño, como los muebles, son extensiones directas de la forma humana y son, o deberían ser, móviles o adaptables por nosotros y

para nosotros en el espacio (Caan, 2011, pp. 48-51).

En toda infraestructura hospitalaria, el mobiliario ha de cumplir con una serie de requisitos específicos para satisfacer las necesidades de los pacientes y permitirle al personal médico la correcta ejecución de sus funciones. Al tratarse de un centro de salud mental, el mobiliario debe ser funcional y sencillo, sin elementos que causen distracciones o desencadenen un estrés adicional. Su disposición debe ser tal que no sobrecargue el espacio y facilite una buena circulación, ya sea de personas o de equipo médico; y ergonómicamente, debe poder adaptarse a las necesidades de cada área, desde las habitaciones hasta las salas de terapia y recreación. En este punto también intervienen otros elementos como el uso de colores y texturas suaves que contribuyan a producir un ambiente percibido como tranquilo y acogedor.

Dentro de las áreas más públicas, la distribución flexible del mobiliario que soporte variaciones de tamaño en función de los grupos sociales, por edad o por tipo de trastorno, y que apoye la privacidad, tanto acústica como visual, puede favorecer la interacción del paciente con la comunidad y mejorar el comportamiento o adhesión a las rutinas. Por su parte, para el equipo médico, la disposición adecuada de los muebles se ha asociado con una disminución de los errores de medicación (al proporcionar muebles configurables para crear una sensación de privacidad a fin de minimizar las distracciones visuales y las interrupciones por ruido) y una mayor eficacia, eficiencia y comunicación (al ofrecer muebles que son fácilmente ajustables a las necesidades ergonómicas de cada trabajador y hechos con materiales que absorben el sonido) (Malone *et al.*, 2011, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 15).

#### - Distribución interior y tipología de espacio

En el ámbito hospitalario, la distribución interior ha de ser cuidadosamente planificada a fin de proporcionar un ambiente funcional, seguro y confortable, que incentive la socialización, la actividad física y el seguimiento de las diferentes terapias; puesto que una organización inadecuada de los espacios puede generar pérdidas significativas en la calidad de atención médica, aumentar la sensación de aislamiento y, por ende, disminuir la calidad de vida tanto de los pacientes psiquiátricos como del personal a cargo de sus cuidados.

Por lo tanto, un diseño ideal de las salas médicas está asociado con la cantidad de caminatas realizadas por el personal de enfermería, la oportunidad de conversaciones de pasillo (transferencia de conocimientos e interacción social), la observación fácil o difícil de los pacientes, y el acceso a ventanas e iluminación natural (Shepley, 2002; Sturdavant, 1960; Trites *et al.*, 1970; Ampt *et al.*, 2008, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 7). Adicionalmente se ha investigado que, en torno a ellas, los pasillos deben ser lo más cortos posible para reducir el ruido y la desorientación, especialmente entre las personas de avanzada edad internadas (Karlin *et al.*, 2006, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 8).

En este contexto, y de acuerdo con las investigaciones realizadas por el psiquiatra inglés Humphry Osmond y el psicólogo ambiental estadounidense Robert Sommer, los espacios hospitalarios pueden ser de dos índoles de acuerdo con sus efectos sobre el comportamiento e interacción de los usuarios (Hall, 1972, pp. 133-138). En primer lugar, existen los espacios *sociófugos* que promueven un desplazamiento lineal y monótono, obstaculizando o impidiendo la socialización. Estos espacios pueden incluir pasillos largos y mal iluminados, áreas de espera frías o zonas exteriores sin protección contra el viento y la lluvia; donde el usuario suele mantener un comportamiento pasivo y aislado que debilita su capacidad de relacionarse.

Por el contrario, se encuentran los espacios *sociópetos* que por su configuración inducen a las personas a colocarse cómodamente unas en frente de otras, conservando las distancias de un espacio interpersonal aceptables y favoreciendo su interacción. Estos espacios pueden incluir áreas verdes, zonas de estar acondicionadas o áreas de juego y actividades; donde el usuario puede desarrollar un comportamiento más activo que lo lleva a comunicarse y colaborar con otros. De igual manera, en el caso del personal de atención médica, varios estudios recomiendan la provisión de áreas para que se comunique y se relaje. Al promover la comunicación del personal, se puede suscitar el intercambio de información y el trabajo en equipo, lo que se cree que afecta la seguridad y un servicio de atención médica más efectivo (Johnson *et al.*, 2004; Joseph 2006c, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 9).

#### - Legibilidad del espacio y orientación

La legibilidad y la orientación son conceptos aplicados al diseño de espacios, relacionados con la sencillez, la coherencia y la

comprensión intuitiva de los mismos. Resultan particularmente indispensables en entornos complejos, como los hospitales, donde los pacientes y los visitantes pueden encontrarse ansiosos o confundidos, necesitando así una guía visual para moverse de manera efectiva por el espacio.

El correcto desplazamiento espacial es una parte importante de la función de un edificio y brinda a los ocupantes una sensación de control sobre su situación. En el ámbito a menudo desconocido, intrínsecamente complejo y estresante de los entornos de atención médica, la orientación se vuelve más crítica y complicada (Carpman *et al.*, 1993, cit. en Salonen *et al.*, 2013, p. 17). Un espacio legible es aquel que es fácil de entender y seguir, sin causar confusión o ansiedad en los pacientes, lo cual es esencial para orientarse, aminorar la sensación de confinamiento y promover la percepción de un entorno seguro que evite el brote de comportamientos agresivos.

Del mismo modo, puede mejorar la calidad de la atención médica puesto que reduce el tiempo de búsqueda de las habitaciones, oficinas o salas de terapias; optimizando los recursos y el flujo de trabajo del personal asistencial. También, al tener una comprensión clara de la distribución del espacio por parte de todos los actores involucrados, se pueden crear ambientes colaborativos, de interacción y de tratamiento más eficaces, lo que, consecuentemente, puede potenciar la calidad de vida y recuperación de los pacientes.

Es por ello que el objetivo principal de la legibilidad y la orientación radica en que los pacientes puedan identificar fácilmente dónde están y cómo llegar a los diferentes espacios dentro del centro de salud en los que llevan a cabo su día a día, como son su habitación o las salas de terapias. Esto puede lograrse, por ejemplo, con el juego planificado de colores, texturas y materiales para diferenciar cada área; por medio de una señalización clara y comprensible, como mapas e íconos de dirección; destacando áreas clave a través del manejo de la iluminación interior; o incorporando puntos de referencia que pueden ser piezas de arte, esculturas o espacios abiertos como patios y jardines.

### 3.2.3. Estrategias de humanización y bienestar en el interiorismo hospitalario de salud mental

Como ya ha sido señalado, los investigadores en las disciplinas del diseño del paisaje y la arquitectura enfatizan que las personas son sensibles y receptivas a la información ambiental que reciben del entorno construido y brindan información útil sobre la necesidad de planificar un diseño humano receptivo (Douglas y Douglas, 2005, p. 266). Dentro de los ambientes destinados a la atención de trastornos psiquiátricos, se ha comprobado en diversos estudios que un diseño deficiente se relaciona con efectos negativos para la salud mental, desde una mayor ansiedad o confusión; alteraciones de los ciclos de sueño y actividad, aumento de la necesidad de medicación, hasta un incremento de las tasas de delirios.

“Un hábitat humano bien diseñado activa el potencial espiritual y crea múltiples vías para su expresión.” (Cedrés de Bello, 2000b, Introducción, párr. 7); por lo que se puede concluir que, si se pretende una sociedad con individuos saludables, ha de rodeárseles de espacios físicos saludables que tengan la capacidad de incitar o inhibir comportamientos determinados, se adapten a las condiciones socioculturales propias de cada uno, y los estimulen en la búsqueda de la recuperación de su salud.

A raíz del análisis realizado previamente en el apartado, “características generales y elementos de composición del interiorismo hospitalario de salud mental”, es posible determinar entonces algunas de las principales estrategias de diseño interior aunadas a la humanización y el bienestar que son comúnmente aplicadas en el planteamiento de estos espacios psiquiátricos, con el fin de dotarles de cualidades terapéuticas; así como también definir el conjunto de criterios para la selección de los casos de estudio que serán desarrollados más adelante. Dichas estrategias de diseño interior se sintetizan a continuación:

- Crear entornos dignos

Como la enfermedad mental ha sido asociada históricamente con la manifestación de comportamientos irracionales o poco comunes, se ha procurado la localización remota de los centros para su atención médica en las afueras de las ciudades. Sin embargo, y especialmente luego de la introducción



de la psicofarmacología y de otras formas de tratamiento, muchos pacientes psiquiátricos no demuestran tales comportamientos, aunque si mantienen un sentimiento de exclusión social aunada a una imagen negativa, tanto de sí mismo como del entorno donde será atendido. Por ende, tienen el derecho de contar con instalaciones menos estigmatizadas, diseñadas a medida de la atención médica y vinculadas a su ambiente comunitario, que generen en ellos expectativas positivas y esperanzadas sobre los servicios que recibirán.

Los seres humanos nos comportamos principalmente como los que nos rodean esperan que lo hagamos. Esto también se aplica a las personas con enfermedades mentales (Lundin, 2009, p. 44), debido a que presentan una imperante necesidad de seguridad y, generalmente, de sentirse acompañados en sus circunstancias. Además del personal médico y de los visitantes, el espacio físico representa otro acompañante, que puede complementar u obstaculizar sus distintos procesos en la evolución de la enfermedad mental.

La creación de entornos dignos conlleva así el cuidado y el fácil mantenimiento en todos los detalles interiores al momento de diseñar. Una instalación limpia, segura y bien planificada puede inspirar confianza en los pacientes, sus familias y en la comunidad en general. También puede mejorar la moral del personal médico y aumentar la atracción de talentos al sector de la salud mental, puesto que promueve un cambio en la imagen y percepción de los centros psiquiátricos.

#### - Evitar el estigma institucional

La institucionalización, es decir el ingreso de una persona en una institución asistencial, puede llevar a la estigmatización y a la percepción errónea de que los pacientes psiquiátricos son peligrosos o incurables. Se ha trabajado en la deconstrucción de este modelo, en favor de un enfoque más centrado en el paciente y en su recuperación, a manera de producir entornos terapéuticos y acogedores para los mismos basados en la imagen de normalidad.

Lo normal es lo reconocible y familiar. Es el lado normal, el saludable, de los pacientes el que debe alentarse y apoyarse. Las habilidades que las personas han perdido o nunca han tenido deben desarrollarse para que el paciente no recaiga en la apatía (Lundin, 2009, p. 44). Esta imagen de normalidad puede transmitirse al controlar los factores estresantes o recordatorios negativos de la

enfermedad mental, como pueden ser los elementos de tipo carcelario, ya sean puertas cerradas, candados, alarmas o rejas en las ventanas; que procuran prevenir posibles lesiones o autolesiones.

Ciertos pacientes tienen un bajo nivel funcional y habilidades sociales inadecuadas. Siendo así, es fundamental establecer rutinas para actividades tan cotidianas como el aseo personal, la lavandería, la limpieza y la cocina, brindándoles soluciones espaciales funcionales y agradables (Lundin, 2009, p. 45), que a su vez estimulen sensorialmente la interacción. Sumado a ello, para los casos que requieren un período de estancia prolongado, también pueden introducirse en los espacios personales, como las habitaciones, ciertos elementos decorativos o mobiliario pequeño propios de los pacientes, con los cuales se incrementa de manera favorable la apropiación y la noción de hogar.

#### - Generar una atmósfera permeable controlada

En los centros asistenciales, una atmósfera percibida como abierta y libre permite a los pacientes sentirse más conectados con el mundo exterior y tener un mayor sentido de libertad; no obstante, la actividad psiquiátrica implica una constante intersección de las perspectivas de asistencia y de seguridad. (Lundin, 2009, p. 47), por lo que demanda ciertas condicionantes de control, visual y físico, que aminoren en la medida de lo posible las asociaciones con la coerción, el abuso de autoridad o la violencia. De esta manera, se trata de evitar recordar constantemente a los pacientes su situación o la amenaza potencial que se considera que constituyen (Lundin, 2009, p. 45).

El deseo de dar al paciente una identidad propia y la posibilidad de elegir, por ejemplo, entre la reclusión y la sociabilidad, se une a la necesidad del personal de conocer el paradero de los pacientes. La atención psiquiátrica tiene elementos de coerción, inevitablemente (Lundin, 2009, p. 46), sobre todo ante aquellos casos que puedan atentar contra el sentido de seguridad, tanto de otros pacientes y del personal, como de sí mismo a través de conductas autodestructivas.

En este contexto, la configuración espacial que propicie la interacción directa y activa entre los distintos actores del sistema asistencial, de modo que tanto pacientes como cuidadores puedan observarse y ser observados, respaldándose mutuamente; la

proyección de amplias áreas flexibles que puedan particionarse o cerrarse de acuerdo con los niveles de control requeridos; el uso de ventanales que posibiliten comunicación visual constante; o la creación de patios y jardines cerrados que sirvan como desahogo y escape al aire libre sin salir del recinto hospitalario, representan algunos lineamientos a seguir en el diseño de centros de salud mental. Adicionalmente, otro punto a considerar es la posibilidad de hospedar a los pacientes con las enfermedades más graves en pabellones especiales, de modo que otros pabellones puedan mantenerse completamente abiertos (Lundin, 2009, p. 49).

#### - Motivar la interacción social

La socialización y el aislamiento selectivo se establecen como un requisito previo básico para una recuperación rápida (Lundin, 2009, p. 51). Para los pacientes psiquiátricos el desarrollo de habilidades sociales y comunicacionales pueden resultar útiles para su reintegración en la sociedad, por tanto, el percibir un ambiente amigable, empático y de apoyo mutuo es indispensable para alcanzar el bienestar emocional.

Cabe destacar que el elemento social debe intensificarse progresivamente, pero, por supuesto, dependiendo de las circunstancias individuales. El diseño del entorno físico, en consecuencia, debe sustentar la ampliación gradual de la esfera personal del paciente (Lundin, 2009, p. 51), desde su espacio íntimo, que comienza en la cama de su habitación, hasta el espacio público, escenario de relación con visitantes u otros pacientes; con el objetivo de aclimatarse a un contexto social cada vez más grande.

La reclusión es un concepto que también se puede utilizar cuando los arquitectos hablamos de los espacios comunes. Allí debemos dar forma al espacio, o dar forma a espacios dentro del espacio, haciendo pequeños nichos o zonas de estar de carácter variado donde el individuo pueda tomar asiento (Lundin, 2009, p. 52), como zonas de descanso protegidas e íntimas al margen de las zonas públicas; regulando de esta manera su necesidad de interacción o de privacidad, para evitar sentir invasiones en su espacio personal. Asimismo, se ha de procurar el planteamiento de pasillos anchos, con áreas libres de desahogo para evitar aglomeraciones, y de varias rutas alternativas que les permitan a los pacientes evitar el contacto social si no es deseado en el momento.

Por su parte, la socialización puede ser suscitada diseñando

espacios diáfanos que posibiliten el flujo de personas y el intercambio visual; disponiendo mobiliario confortable y ergonómico que invite a los grupos a establecer conversaciones o incorporando la tecnología y medios de comunicación para que los pacientes mantengan una conexión con su núcleo de apoyo fuera del centro de salud.

#### - Afianzar la independencia de los pacientes

Tal como se indicó anteriormente, es notable la necesidad imperante del ser humano por tener el control de su entorno inmediato. En el paciente psiquiátrico dicho control puede aportar un mayor sentido de autoeficacia en su vida diaria, promover el fortalecimiento de sus relaciones interpersonales y de su capacidad para afrontar situaciones difíciles, así como reducir el requerimiento de supervisión o cuidado constante, liberando los recursos y el personal para asistir a otros pacientes con necesidades más apremiantes.

El sentido de autonomía puede alcanzarse principalmente en el espacio habitacional, puesto que ofrece importantes oportunidades para la privacidad, el refugio y la recuperación, y en él las preferencias del paciente son primordiales. La habitación debe diseñarse y amueblarse de modo que sea adecuada para algo más que descansar y dormir. Tal vez con un espacio para escribir, un sillón y espacio para que algunos individuos se sienten alrededor de una mesa. La cama debe colocarse de manera que el paciente pueda mirar por la ventana, incluso si esto significa que el personal no puede ver la cara del paciente directamente cuando ingresa a la habitación (Lundin, 2009, p. 57).

También se destaca que el paciente tenga la posibilidad de abrir la ventana y/o de regular aspectos del acondicionamiento interior de su habitación, como las luces, la temperatura y los protectores solares motorizados, tomando en consideración que no representen factores desestabilizadores para su equilibrio emocional o peligrosos con los que puedan atentar contra sí. El control de la iluminación y la calefacción, por ejemplo, debe ser posible por medios simples, para no causar irritación. Si los rociadores y las rejillas de ventilación se diseñan de manera más discreta, se reducirá el riesgo de reacciones de personas en estados psicóticos o maníacos (Lundin, 2009, p. 58).

- Ofrecer acceso al exterior

Diversos estudios han comprobado que la exposición a la naturaleza puede reducir los niveles de cortisol, la hormona del estrés, y aumentar la liberación de endorfinas, sustancias químicas del cerebro productoras en el cuerpo de sensaciones de bienestar y felicidad. Al estar en contacto con la naturaleza, el ser humano logra una mayor conciencia del momento presente, reflexionando sobre su conexión con la vida y consigo mismo.

Para el paciente mental, dentro de su contexto de internamiento, ofrecerle un acceso al espacio exterior natural, puede significar un alivio de su sensación de encierro y un incremento en las posibilidades de realizar actividades físicas al aire libre. De igual manera, las vistas a la naturaleza, ya sea desde las habitaciones individuales, áreas sociales o incluso los pasillos de circulación, contribuyen con la percepción de la noción de hogar.

Un diseño que incorpore el uso de materiales naturales en las superficies o revestimientos, como madera, piedra, cuero o lino; además de la proyección de jardines interiores, áreas verdes accesibles, fuentes de agua, iluminación natural y vistas al paisaje; son fundamentales para dotar al paciente mental de los beneficios propios del clima exterior, la vegetación y los sonidos característicos de la naturaleza.

A grandes rasgos, el compendio de estas estrategias de humanización y bienestar asienta las bases para que, por medio del diseño interior, se logre el equilibrio de la multiplicidad de demandas que todo entorno de atención psiquiátrica presenta, e, igualmente, para aportar soluciones que respondan a las particularidades en cada proyecto. Siendo así parte de los criterios que se tomaron en consideración en el presente trabajo investigativo para la recopilación de los casos contemporáneos de centros de salud mental a analizar, de acuerdo con los lineamientos de diseño afines.

## 4. CASOS DE ESTUDIO

### 4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Con el objetivo de comprender la aplicación de las estrategias de diseño interior expuestas previamente en casos de arquitectura dedicada a la atención de trastornos psiquiátricos, se establecieron cuatro criterios cualitativos para su selección:

- La adaptación al lugar, no sólo en términos de implantación según condicionantes físico-ambientales específicas, sino también como respuesta a las sensibilidades y perspectivas propias que cada cultura ha desarrollado con el transcurso del tiempo para abordar el tema de la salud mental.
- La consideración humanista por disminuir la cronificación de las enfermedades mentales, indistintamente de su tipología o el rango etario de los pacientes.
- Los testimonios expresados por pacientes, familiares y personal asistencial a cargo sobre la infraestructura hospitalaria.
- El reconocimiento en el ámbito del diseño que estos casos hayan obtenido.

Además, otros tipos de criterios que se han aplicado son:

- Un criterio cronológico: recopilando referentes contemporáneos, es decir, ubicados en el siglo XXI.
- Un criterio geográfico: procurando una dispersión territorial para conseguir una visión generalizada de las respuestas arquitectónicas en distintas zonas geográficas.
- Un criterio disciplinar: eligiendo obras de la autoría de firmas o profesionales con cierto prestigio en el campo de la arquitectura; o proyectos objeto de difusión en publicaciones especializadas.
- Un criterio instrumental: sujeto a la disponibilidad de documentación suficiente para su análisis (memorias, planos, fotografías, entre otros).

De esta manera, se puede discernir si la dominación y el aislamiento del enfermo mental, habituales en los primeros modelos asistenciales estudiados, siguen siendo conceptos reminiscentes hoy en día en los proyectos de diseño o, por el contrario, en qué medida se han logrado transformar para la configuración de entornos terapéuticos con mayor pertinencia al usuario.

## 4.2. ANÁLISIS DE CASOS DE ESTUDIO

Para el análisis de los casos se ha determinado un estudio comparativo detallado en función de tres tipologías espaciales. Se trata de espacios siempre presentes en el entorno asistencial psiquiátrico enfocados, respectivamente, a usuarios con características diferenciales; los cuales son:

- Espacios de recuperación (enfoque paciente): considerando especialmente la habitación, individual o compartida, que simboliza el entorno personal del paciente psiquiátrico, en el que éste puede satisfacer sus necesidades de privacidad, autonomía y refugio.
- Espacios de socialización (enfoque núcleo de apoyo del paciente): como la recepción, donde ocurre el primer contacto al ingresar a un centro de salud mental; o las salas de visita, en las cuales se llevan a cabo las interacciones de los pacientes con sus familiares, amigos u otros pacientes.
- Espacios de asistencia (enfoque equipo médico): tomando en cuenta el consultorio, salas de diagnóstico y/o la estación de enfermería, desarrollándose en estos la relación con el personal asistencial en virtud del proceso de recuperación de la salud mental.

La evaluación de la calidad de dichos espacios es argumentada con apoyo en el material planimétrico y fotográfico propio de sus autores o de catálogos digitales de arquitectura como *ArchDaily*, así como también documentación complementaria de proveedores o colaboradores de los proyectos; a partir de los cuales se realiza una descripción de las estrategias de humanización y bienestar encontradas para cada tipología espacial basadas en la distinción de sus componentes principales, y así finalmente recapitular en un cuadro comparativo los lineamientos comunes entre los casos.

### 4.2.1. Caso de estudio centro y norte de Europa: Hospital Psiquiátrico Vejle



**Fig. 26**  
Hospital Psiquiátrico Vejle.

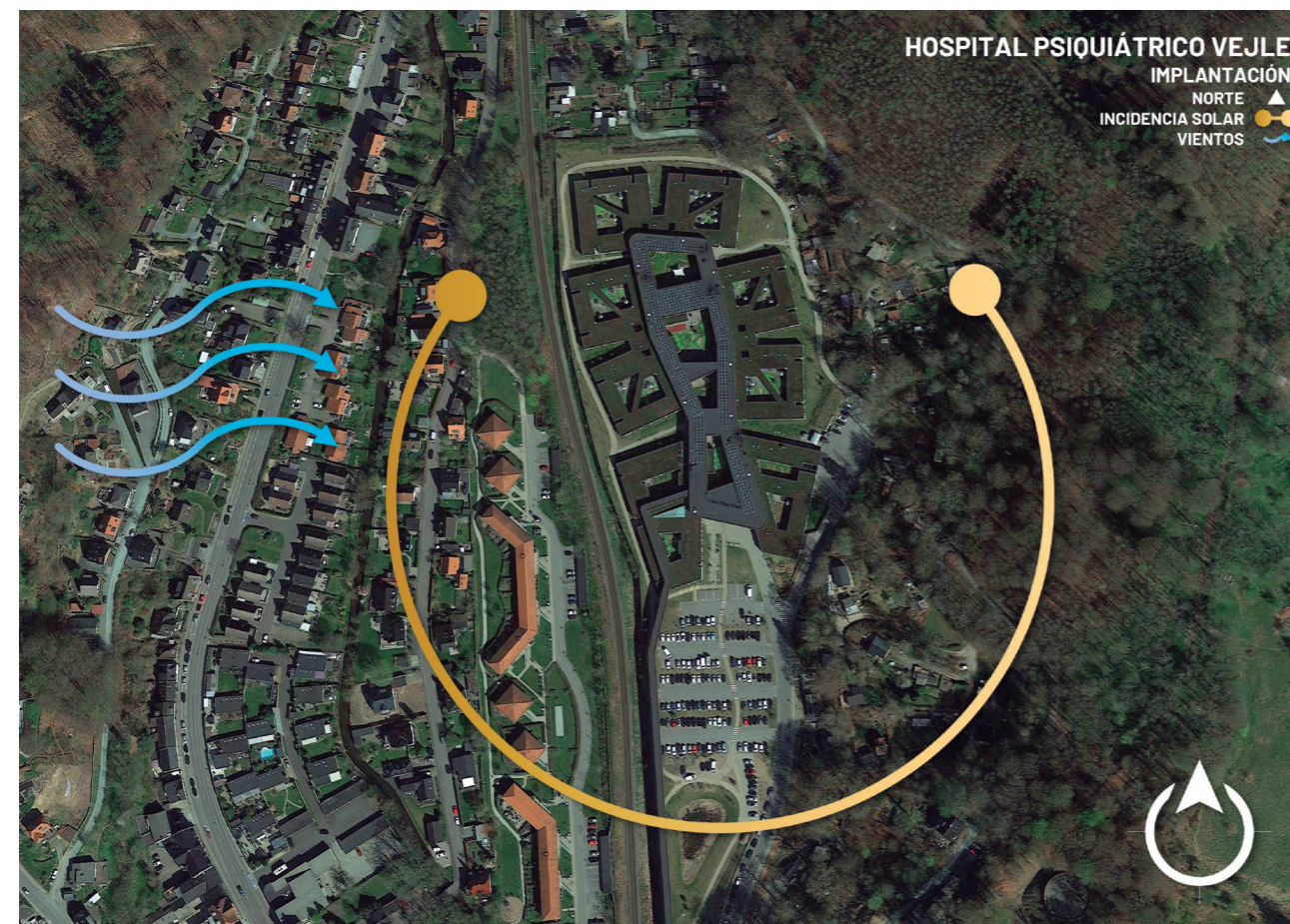
La selección del hospital psiquiátrico en Vejle, Dinamarca, radica en que su diseño resultó de un estrecho diálogo tanto con el cliente (Región Administrativa del Sur de Dinamarca) como con los pacientes psiquiátricos que serían trasladados a dicho centro. El estudio de Arkitema Architects desarrolló el encargo como parte de un proyecto PPP (*Public-Private Partnership*, o Asociación Público-Privada), centrándose en las necesidades de los usuarios para generar el mejor entorno médico posible que brindase apoyo al tratamiento de pacientes con condiciones complejas de comportamiento requirientes de hospitalización y le permitiese al personal atender los diferentes casos con mínimas medidas de coerción.

Desde su apertura, el hospital ha registrado una reducción del 50% de las restricciones físicas y es ampliamente reconocido por su arquitectura curativa. Esto se puso de manifiesto cuando el hospital ganó la categoría de Diseño de Salud Mental en los Premios Europeos de Diseño Sanitario 2018 (*European Healthcare Design Awards 2018*) en competencia con edificios de salud mental de todo el mundo (ArchDaily, 2018, § 1). La idea principal fue generar una atmósfera promotora de la actividad física, cuya estética interior se alejase de la imagen institucionalizada y diese una impresión más hogareña. Esto fue posible garantizando una abundante entrada de

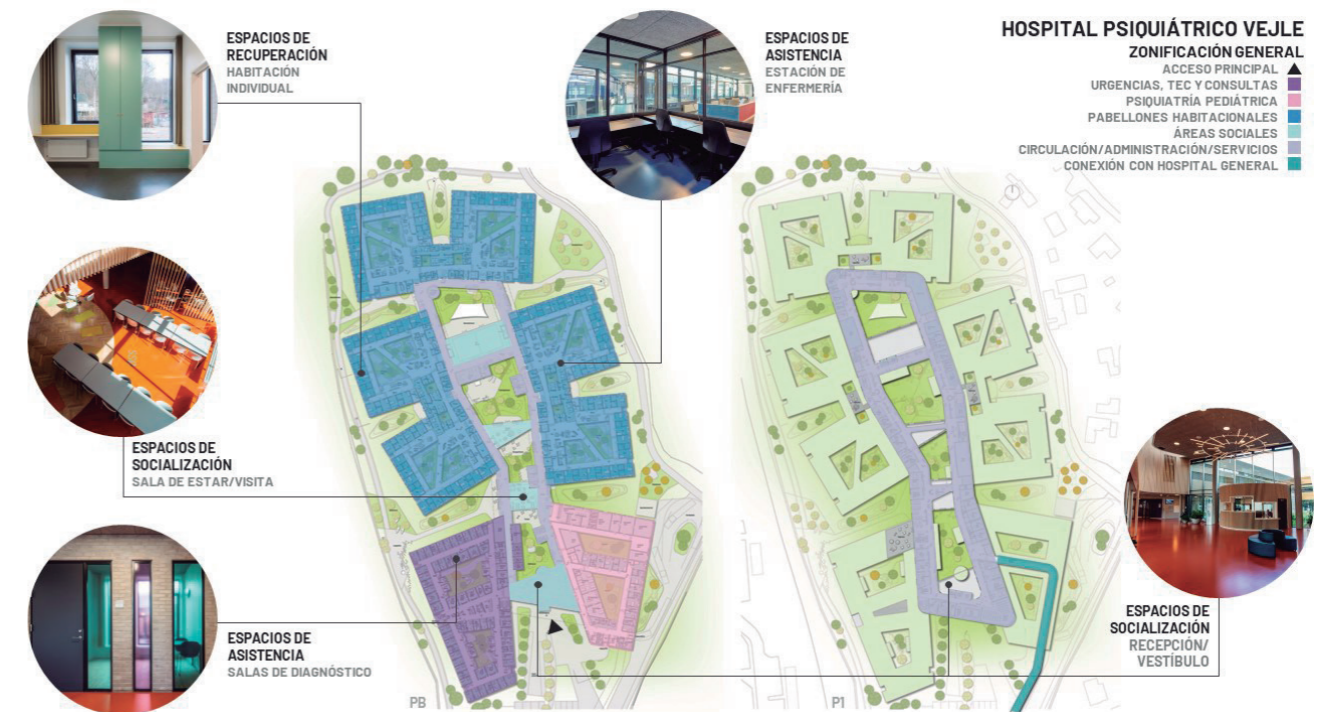
luz natural en todo el hospital, fomentando el contacto con la naturaleza, generando transparencias que facilitarían una visión general de las salas, y una distribución de los espacios bien planificada que disminuyera los tiempos de circulación o las posibilidades de desorientación.

El hospital está situado suavemente en la base de una ladera cubierta de bosques. El diseño del plano se compone de unidades de construcción de mampostería cuadradas más pequeñas que se tuercen entre sí, lo que permite prolongar la naturaleza circundante en los espacios entre los edificios. El conjunto rompe la escala, se fusiona con el paisaje y, por lo tanto, se adapta al entorno (ArchDaily, 2018, § 5). La implantación del proyecto se da siguiendo el eje norte-sur, lo que deja las fachadas más largas en el este y oeste para recibir la mayor incidencia solar a lo largo del día, así como también el flujo de vientos predominantes en dirección oeste (fig. 27).

De este modo, el edificio está compuesto por dos niveles cuyo desarrollo, principalmente horizontal, se organiza en forma de un anillo central quebrado alrededor del cual se anexan un conjunto



**Fig. 27**  
Implantación Hospital Psiquiátrico Vejle.



**Fig. 28**  
Zonificación general del Hospital Psiquiátrico Vejle, con la tipología de espacios para el análisis.

de ocho volúmenes poligonales que, a su vez, poseen patios internos. Dicho anillo funciona como pauta y contenedor de las áreas administrativas, de servicio y de traslado discreto de los pacientes a los pabellones habitacionales, dando así una fachadas claramente jerarquizadas (ArchDaily, 2018, § 4). Los dos primeros volúmenes a cada lado del acceso están destinados a la recepción de urgencias, la sala de terapias electroconvulsivas (TEC) y al ambulatorio de psiquiatría pediátrica, mientras que el resto de las piezas adosadas contienen noventa y un habitaciones para los pacientes psiquiátricos (fig. 28).

Esta distribución se caracteriza por otorgar un entorno verde ya que el paisaje se dibuja justo entre los edificios y los patios, permitiendo vistas al exterior desde todos los espacios interiores. Además propicia el fácil acceso a las diferentes actividades o áreas sociales comunes, como las salas sensoriales, las salas de conversación, las instalaciones del gimnasio y el polideportivo con mucha luz natural (Arkitema, s/f a, § 3). Al encontrarse próximo al Hospital General de Vejle, se conectan en el nivel superior por medio de una pasarela, con una longitud de doscientos metros de largo, que posibilita la colaboración entre el departamento de psiquiatría y el hospital somático.

- Espacios de recuperación: La habitación individual
- Las habitaciones individuales del hospital psiquiátrico en

Vejle cuentan con muros ortogonales y escala doméstica (aprox. 2,60 m); cada una comunicada con un cuarto de baño privado de características formales similares y con dimensiones que pueden representar una tercera parte de la unidad habitacional. Tanto el techo como las paredes de la habitación son de color blanco, el cual refleja completamente los rayos de luz, proyectando un mayor espacio visual y contribuyendo a aminorar la sensación de confinamiento o aprisionamiento en el paciente. Por su parte, los suelos de linóleo grisáceo oscuro Artigo Granito (G308) aportan una superficie uniforme y resistente de acabado mate que disminuye el reflejo de luces indirectas, a la par que posibilita el control del ruido interior, debido a que proporciona un buen aislamiento acústico.

Se deja libre la pared de conexión con el baño a través de una amplia puerta corredera con armazón, también blancos, evitando el uso de manillas o bisagras que puedan ser desinstaladas y empleadas como elementos de autolesión. Este mismo criterio es considerado para los techos que, en lugar de ser registrables, muestran una superficie continua. En cuanto a las ventanas, con perfilaría de aluminio negro y sistema de riel para cortinas color gris, se disponen de dos tipos: un ventanal angosto fijo, es decir, sin posibilidad de apertura relacionado con un *nicho de lectura*, y una ventana de un solo paño oscilobatiente vinculada con un escritorio. Con respecto al cuarto de baño, presenta de igual manera el techo blanco, en combinación con un revestimiento cerámico blanco en paredes y suelo, lo cual aporta la percepción de amplitud. A su vez, se ubica un ventanal angosto fijo, con perfilaría de aluminio negro y de menor anchura en comparación con los del dormitorio, dotándolo de una entrada de luz controlada.

En contraste con los tonos neutros de la envolvente, los acentos de color se dan en el mobiliario, donde las partes móviles como las puertas del armario presentan un tono turquesa claro, mientras que las superficies fijas o de apoyo como el escritorio y el *nicho* poseen un tono amarillo cálido (fig. 29).

Debido a la presencia de las ventanas en todas las estancias se aprovecha la mayor entrada de luz natural posible en un clima que se mantiene generalmente frío o nublado durante gran parte del año. La iluminación artificial, como ocurre en las demás áreas del hospital, se da a través de focos empotrados en el techo para evitar elementos colgantes dentro del espacio habitacional que puedan resultar intrusivos. Adicionalmente, en estas salas se integra la terapia de luz de colores, o *cromoterapia*, con controles regulables por el usuario, cuyos resultados terapéuticos van desde la recuperación de la calma, la disminución de los estados

depresivos y la preservación de un ritmo circadiano natural para el personal y los pacientes (fig. 30). Se incorporan algunas luminarias complementarias, como un aplique de pared ubicado al lado de la cama y una lámpara de mesa para el escritorio.

**Fig. 29**  
Materialidad en habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle.



**Fig. 30**  
Iluminación regulable en habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle.

El ingreso de ventilación natural al dormitorio también puede ser controlada por el paciente mediante el control de apertura de las ventanas oscilobatientes en caso de ser necesario; y, en cambio, la ventilación mecánica se distribuye por un sistema de conductos ocultos a nivel del techo, cuyas rejillas se encuentran discretamente incorporadas al mismo. De acuerdo con la ubicación de las habitaciones, las ventanas además pueden ofrecer vistas del paisaje de Vejle o de los patios internos de cada pabellón, dándoles igual importancia a todos los pacientes en cuanto a la posibilidad de un contacto visual directo con la naturaleza, necesario en su tratamiento.

Con respecto al mobiliario, en cada dormitorio se cuenta con una tipología combinada de mesa (escritorio), contenedor (armario) y asiento (*nicho de lectura*) fijos, anexos a una de las paredes donde se ubican las ventanas. Siguen un estilo minimalista, de superficies lisas y líneas sencillas, con colores planos y sin ornamentación. Es importante resaltar que dicho mobiliario abarca toda la extensión de la pared con la que se encuentra vinculado, de un lado a otro y de suelo a techo, cumpliendo la función de un muro equipado y dejando el resto del espacio habitacional disponible para la disposición de la cama y/o de algún asiento adicional o mesa auxiliar, del mismo estilo. El sistema para la calefacción es dado por la presencia de un radiador horizontal de color blanco empotrado en la misma pared, debajo del escritorio (fig. 31).



**Fig. 31**  
Mobiliario en habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle.

Para el cuarto de baño, se presume que las piezas sanitarias siguen los lineamientos de seguridad y sencillez aplicados en los demás elementos que componen el núcleo de la habitación, resultando en un conjunto de lavabo, inodoro y ducha básicos, sin cortinas o mamparas, del mismo color blanco que el acabado cerámico en suelo y paredes (fig. 32).

**Fig. 32**  
Cuarto de baño de la habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle.



- Espacios de socialización: La recepción y las salas de visita

La recepción y el vestíbulo de acceso conforman un área a doble altura (aprox. 5,20 m), cuya envolvente de paredes redondeadas y el juego de diferentes planos revestidos con listones de madera clara que permiten una entrada de luz natural controlada y una visual general matizada, componen un espacio de captación extenso pero a la vez abordable para el usuario. En cuanto a la sala de visita, el espacio presenta una combinación de una altura doméstica central (aprox. 2,60 m), debido a la circulación presente en el nivel superior, con una doble altura (aprox. 5,20 m) hacia sus laterales, relacionándose así con la ubicación de los ventanales que dotan de transparencia y amplitud, mientras que le ofrece al usuario la posibilidad de ubicarse donde se sienta más cómodo o protegido. Presenta una forma mayormente ortogonal en comparación con el vestíbulo, sin embargo, se repite el manejo de los planos con listones de madera para delimitar parcialmente la sala, separándola de las circulaciones perimetrales, y vinculado ambas estéticas interiores.

Asimismo, dichos listones de madera clara dispuestos en forma de celosía garantizan un adecuado control acústico y, por tratarse de un material típico de los países escandinavos, crean una

atmósfera percibida como fresca, acogedora y coherente para los usuarios; en contraste con las paredes color marfil y los suelos de linóleo rojizo Artigo Granito (G367), de aspecto jaspeado, que poseen propiedades antibacterianas, antiestáticas, antideslizantes y de alta resistencia apropiadas para el alto tráfico de este tipo de espacios; así como con los paneles acústicos grises Troldekt en los techos, los ladrillos de tonalidad gris que recubren gran parte de los pasillos y las columnas circulares de hormigón que conforman la estructura (figs. 33 y 34). La combinación de colores y la decoración artística del centro estuvo a cargo de la artista danesa Signe Guttormsen, quien además agregó en el suelo algunos acentos en otra escala de colores y señalización para hacer referencia a las funciones o departamentos del centro, favoreciendo así la orientación (fig. 34).

Los numerosos ventanales utilizados alrededor de las circulaciones y en los patios internos de los pabellones (fig. 35), además de permitir la entrada de luz en ambos niveles, contribuyen a crear visibilidad desde los espacios interiores y exteriores para todos, lo que, entre otras cosas, tiene un impacto positivo en la gestión de conflictos (Arkitema, s/f a, § 3). Stence Guldager, arquitecto y director creativo sénior de Arkitema Architects, expresa: "Dentro del edificio, hemos usado mucho vidrio, principalmente para brindarles a los pacientes y empleados una buena visión general, lo que les brinda tranquilidad. Destacan las puertas oscuras, lo que entre otras cosas facilita encontrar el



camino rápidamente. El hecho de que los marcos y los perfiles sean los mismos tanto para las partes clasificadas como para las no clasificadas da una expresión consistentemente armoniosa y tranquila" (Guldager, s/f, cit. en SKANDI-BO A/S, 2018, § 1). Al tratarse de un hospital psiquiátrico, también se incluyen vidrios de seguridad en los lotes y zonas de seguridad, los cuales pueden ser manipulados en el sistema de control de acceso y cierre de las puertas (SKANDI-BO A/S, 2018, § 2).

**Fig. 34**  
Materialidad en sala de visita del Hospital Psiquiátrico Vejle.



**Fig. 35**  
Transparencia en sala de visita del Hospital Psiquiátrico Vejle.





Como se ha mencionado con anterioridad, la distribución de los ventanales alrededor de los espacios de socialización, las circulaciones y los patios internos asegura una adecuada entrada de luz natural a lo largo del día. De igual manera, la disposición de tragaluces, como ocurre en el área de recepción y el vestíbulo, posibilita la entrada de luz cenital indirecta (fig. 36). La iluminación es complementada por medio de focos empotrados en los techos acústicos, con una temperatura de color que se ubica entre un tono ligeramente cálido y un tono neutro (entre los 3000 °K a 4000 °K) y que se puede asimilar a la luz solar del mediodía, para crear una atmósfera íntima y acogedora. Cabe resaltar la incorporación de una gran lámpara de araña colgante, de estilo geométrico, diseñada especialmente por Guttormsen para este proyecto, que por su jerarquía representa un elemento artístico referencial en la ubicación del módulo de recepción.

Por una parte la apertura de las puertas de cristal, abatibles y correderas, posibilita el acceso del flujo de aire natural al interior. Por otra parte, se intuye que el sistema de ventilación mecánica se cubre con el falso techo registrable de paneles acústicos. Gracias a que el estudio de Arkitema procuró integrar el proyecto del hospital con la naturaleza circundante, la visibilidad generada con la transparencia de los espacios también comunica físicamente el

**Fig. 36**  
Iluminación natural en  
vestíbulo del Hospital  
Psiquiátrico Vejle.



interior con el exterior, ofreciendo un acceso directo a los patios, senderos y áreas de actividades al aire libre, disponibles en cada uno de los módulos.

El mobiliario existente en estos espacios es básico y con estética atemporal. En la recepción y el vestíbulo se encuentran pocos asientos, en su mayoría con un tapizado acolchado en tonos grises (asientos individuales) o en tonos más resaltantes (asientos colectivos). Los asientos individuales constan de una estructura metálica y se encuentran vinculados con mesas redondas, también con base metálica, conformando un conjunto de dos sillones y una mesa auxiliar. Los asientos colectivos están formados por piezas modulares circulares, que pueden agruparse o separarse según los requerimientos de los usuarios (fig. 37).

En las salas de visita, se organizan distintos grupos de mesas y asientos, la mayoría cuenta con un tono blancuzco y con estructura metálica, en algunos dejada a la vista y en otros pintada de blanco o negro. Estos asientos cuentan con mayor ligereza y la posibilidad de ser apilados para su almacenamiento o traslado a otras áreas. La forma de las mesas varía en función de la cantidad de sillas con las que se agrupan, siendo redondas para grupos reducidos (de dos a tres usuarios) o rectangulares para grupos más grandes (de cuatro usuarios en adelante). Además, se distribuyen radiadores horizontales de color blanco en el perímetro de los espacios y los pasillos de circulación; y la señalética general implementada consiste en placas metálicas de acero inoxidable que indican el nombre de cada zona junto con flechas de dirección (fig. 38).



**Fig. 37**  
Mobiliario en vestíbulo del  
Hospital Psiquiátrico Vejle.



**Fig. 38**  
Mobiliario en sala de visita del Hospital Psiquiátrico Vejle.

- Espacios de asistencia: El consultorio y la estación de enfermería

Los espacios destinados a consultorios o salas de diagnósticos, al igual que los espacios de recuperación, están compuestos por paredes ortogonales y cuentan con una escala doméstica (aprox. 2,60 m); no obstante, en su mayoría se encuentran delimitados por tramos de paneles de vidrio que posibilitan su comunicación visual con el pasillo de circulación, e incluso en algunos casos se emplean paneles de colores semitransparentes que brindan una visión matizada del interior de la sala disminuyendo la incertidumbre o el miedo antes de ingresar, a la par que les dota de cierta amplitud. Al lado del acceso, trátase fuera o dentro de la sala, se incorporaron *nichos* con la intención de crear un espacio más íntimo dentro del espacio más grande donde el equipo médico tenga la posibilidad interactuar de manera más cercana con el paciente cuando éste desee estar aislado (fig. 39).



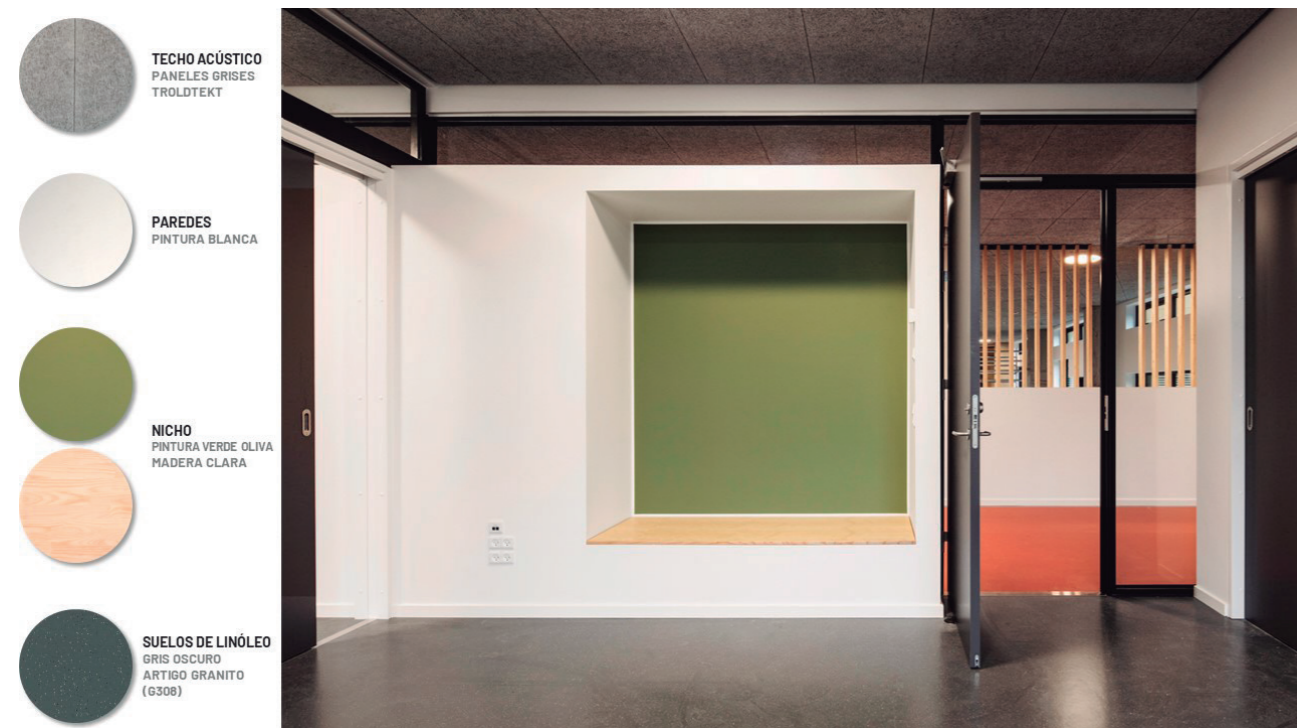
**Fig. 39**  
Paneles semitransparentes y nichos en consultorios del Hospital Psiquiátrico Vejle.

Por su parte, las estaciones de enfermería, localizadas en cada uno de los pabellones habitacionales, están conformadas por módulos rectangulares cuyo cerramiento se da por medio de paneles de vidrio en dos o tres laterales para mantener la visibilidad sobre los dormitorios y áreas sociales; siendo en la pared completa de fondo donde generalmente se organiza el mobiliario contenedor, el equipo de monitoreo de seguridad y un lavabo para la higiene del personal (fig. 40).

**Fig. 40**  
Estación de enfermería del Hospital Psiquiátrico Vejle.



Las paredes con acabado blanco hacen que esta tipología espacial sea similar a las habitaciones, con la diferencia de que el techo se encuentra revestido con paneles acústicos grises Troldekt (al igual que los espacios de socialización) y para los suelos, en algunos consultorios se modifica el uso del linóleo grisáceo oscuro Artigo Granito (G308), por un laminado de madera clara. Las puertas de acceso son acero de seguridad en color gris oscuro Saku Metall y las ventanas de diversas dimensiones, con sistema de riel para cortinas color amarillo crema, son combinadas entre paños fijos y paños oscilobatientes según su disposición; ambos elementos cuentan con perfiles de aluminio negro. Los *nichos* conforman el elemento contrastante de color, identificando de acuerdo con su tono la función o la zona a la que pertenece cada sala de consulta, en combinación con una tabla hecha de madera clara tratada que indica a los usuarios la superficie para el asiento individual o colectivo (fig. 41). En la estación de enfermería, siguen siendo empleados los suelos de linóleo gris, el color blanco en la pared de servicio y el techo acústico. Sin embargo, todas las puertas con las cuales se comunica son de cristal abatibles y están enmarcadas por perfiles en aluminio negro al igual que los paneles que conforman su envoltorio (fig. 42).



**Fig. 41**  
Materialidad en consultorio del Hospital Psiquiátrico Vejle.



**Fig. 42**  
Materialidad en estación de enfermería del Hospital Psiquiátrico Vejle.

En estos espacios, la iluminación natural se da directamente por las ventanas en las fachadas e indirectamente por los tramos de paneles de vidrio que sirven como separación de las circulaciones y demás espacios de socialización. Los focos empotrados son un recurso que se vuelve a utilizar para garantizar una adecuada iluminación artificial interior, también de una tonalidad ligeramente cálida a neutra (entre los 3000 °K a 4000 °K), propicia para zonas de gran actividad o que requieren de altos niveles de concentración para la ejecución de tareas, y, en el caso de las estaciones de enfermería, con la posibilidad de ser regulables a través de los controles incorporados al sistema de monitoreo por pantallas. Igualmente, el personal médico puede controlar, por medio de la apertura de las ventanas oscilobatientes, la entrada de ventilación natural en las salas. Y esto se complementa, como ocurre en el caso de los espacios de socialización, con el sistema de ventilación mecánica tras el falso techo acústico registrable (fig. 43).

**Fig. 43**  
Iluminación en área de consultorios del Hospital Psiquiátrico Vejle.

Así como en las salas organizadas en planta baja se presenta una comunicación visual con el exterior; del mismo modo, desde el primer nivel se tiene una visual de la ladera de bosques y de las



cubiertas verdes con plantas de especies Sedum, apropiadas para el ajardinamiento extensivo por su poco peso y bajos costes de mantenimiento (fig. 44).

Aparte de los nichos incrustados al lado de las puertas de acceso, el mobiliario del consultorio es el mismo que el empleado en la sala de visita con la diferencia de que las sillas en este caso son de color negro, tanto en las superficies de asiento y respaldo como en la base metálica estructural; esto a manera de diferenciarlas y darle pertenencia con la sala en la que corresponde. Usando el mismo tipo de asiento para el profesional de salud mental y para el paciente se mantiene una equidad entre ambas partes y un contacto más cercano. Para la enfermería, el mobiliario sigue los lineamientos de simplicidad y funcionalidad presentes en el resto de los muebles que equipan el centro; aquí el personal cuenta con un conjunto de escritorios con sobre hecho en madera clara y estructura metálica negra, sillas regulables giratorias en tapicería de tela negra y base con ruedas, lámparas de mesa auxiliares, muebles contenedores negros, un lavabo y las pantallas de monitoreo. Como en los dormitorios, para garantizar el confort térmico interior, los radiadores horizontales blancos de la calefacción se encuentran empotrados en una de las paredes (fig. 45).

**Fig. 44**  
Cubiertas verdes del Hospital Psiquiátrico Vejle.



**Fig. 45**  
Mobiliario en estación de enfermería del Hospital Psiquiátrico Vejle.

“Los espacios amplios, luminosos y abiertos me hacen sentir segura. Es una libertad fantástica que obtienes como paciente. Estás aquí y te cuidan. Pero todavía hay algunas cosas de las que puede encargarse uno mismo.” (Paciente anónimo, s/f, cit. en Arkitema, s/f b, § 1).

“Es un excelente lugar para trabajar y, de hecho, un lugar seguro para trabajar. Me han dado más posibilidades para mi desarrollo personal y para lo que puedo hacer con mis pacientes. Y siento que eso hace que todo lo que hago sea un poco mejor” (Sørensen, s/f, cit. en Arkitema, s/f a, § 1).

#### 4.2.2. Caso de estudio Europa mediterránea: Centro Médico Psicopedagógico de Osona



**Fig. 46**  
Centro Psicopedagógico de Osona.

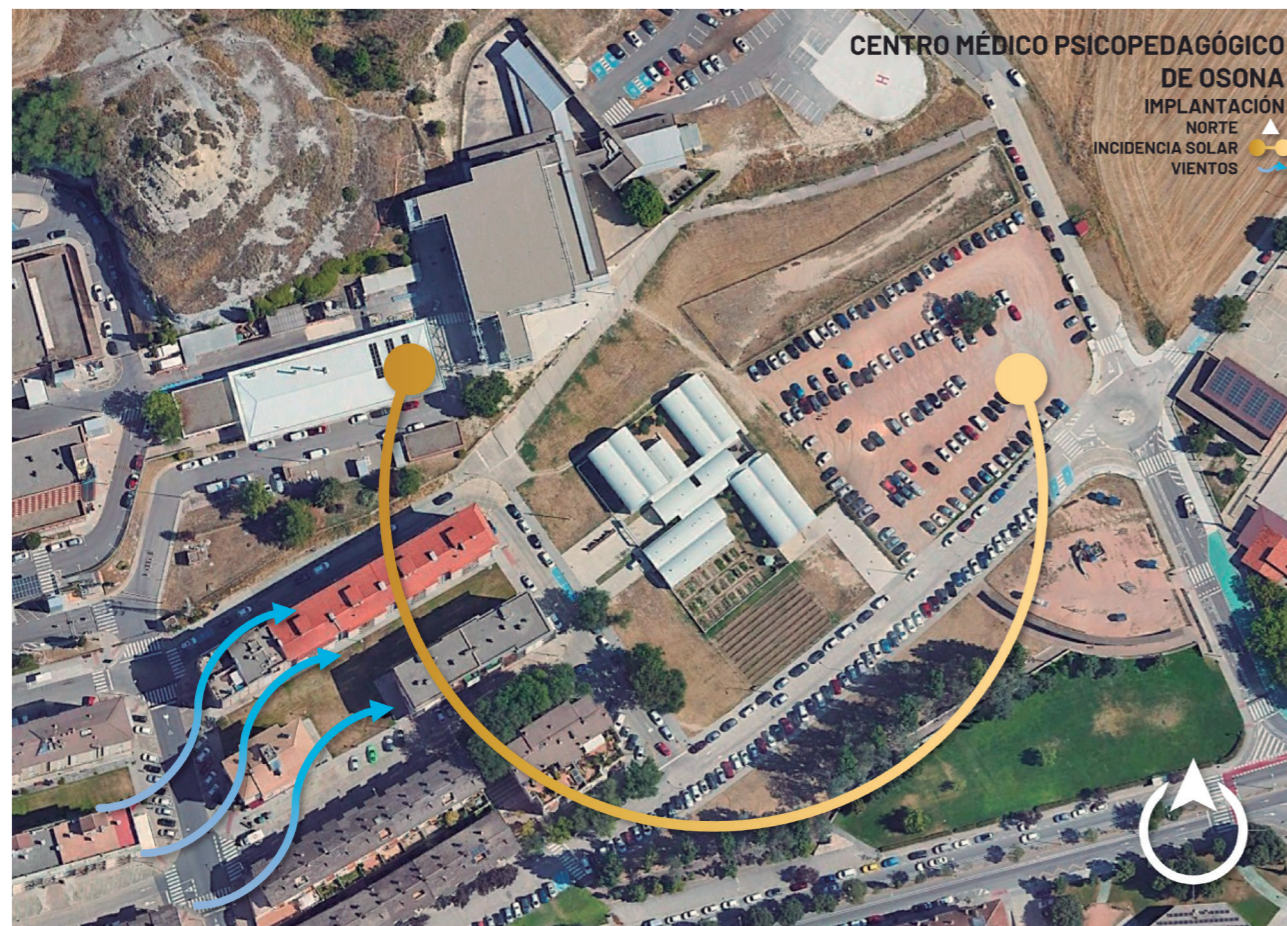
Si bien el Centro Psicopedagógico de Osona en Vic, Barcelona, no cuenta con el componente habitacional como el referente arquitectónico anterior, se toma en consideración a fin de contraponer su modelo integrado con base comunitaria para la atención de la salud mental, puesto que se trata de un *centro de día psiquiátrico*, recurso asistencial intensivo, de tiempo definido, que no implica el internamiento hospitalario completo y contribuye a la reinserción de los pacientes en su comunidad. Para lograr la conformación de este proyecto, el equipo de Comas-Pont Arquitectos conversó durante dos años con especialistas en psiquiatría y pacientes, usuarios de otras instituciones, a manera de condensar sus requerimientos en cuanto a la asistencia sanitaria, laboral y social en un mismo edificio. Es por ello que dicho centro se concibió como un taller de rehabilitación y reinserción laboral, combinando servicios para personas con trastornos mentales, comunicacionales, adicciones y/o sin hogar; creando así un programa funcional flexible que generara a largo plazo el menor coste de mantenimiento posible.

Ha recibido numerosos reconocimientos relacionados con la sostenibilidad y la construcción, resaltando en los premios NAN 2018 como la obra española con mejor eficiencia energética y el Premio del Panorama de Obras 2018 en la XIV Bienal Española de

Arquitectura y Urbanismo; así como también con el diseño arquitectónico, destacando como obra finalista en los Premios FAD 2017, categoría Arquitectura, cuya valoración del jurado expresó: "Se reconoce una estrategia clara en el uso de la técnica constructiva y la identificación de la gestión energética relacionada con el uso de este edificio que se autorregula termodinámicamente. Es además un excelente proyecto donde se resuelve, integra y sistematiza la relación estructura-compartimentación-materialidad modularmente, lo cual logra significar a la vez los espacios y usos. La cubierta abovedada maximiza el volumen interior minimizando el impacto de las fachadas, con una estructura metálica que culmina en un techo ligero ventilado, a la vez que resuelve el discurso de la materialidad de una manera natural y directa, sin alardes ni excesos." (Jurado Premios FAD, 2017, cit. en Arquin-FAD, 2017, § 1).

Con una ubicación en la periferia de Vic junto a las principales instituciones de salud y rodeado por el parque Miquel Albó, el centro se implanta en un terreno de aproximadamente 2230 m<sup>2</sup>, donados por el Ayuntamiento de la ciudad, que cuenta con una topografía irregular por la cual se priorizó la adaptación de la obra a través del mínimo movimiento de tierras y su vinculación con parcelas para el cultivo. Se configura por medio de la repetición de un módulo estructural del mismo ancho y longitud variable, para posibilitar la estandarización del proceso constructivo. La disposición de las fachadas más largas hacia el noreste y suroeste, además de recibir la mayor incidencia solar en el área de huertos, permiten captar los vientos predominantes de la zona, que cuentan con variaciones estacionales leves en el transcurso del año, proviniendo del oeste, en otoño-invierno, y del sur, en primavera-verano (fig. 47).

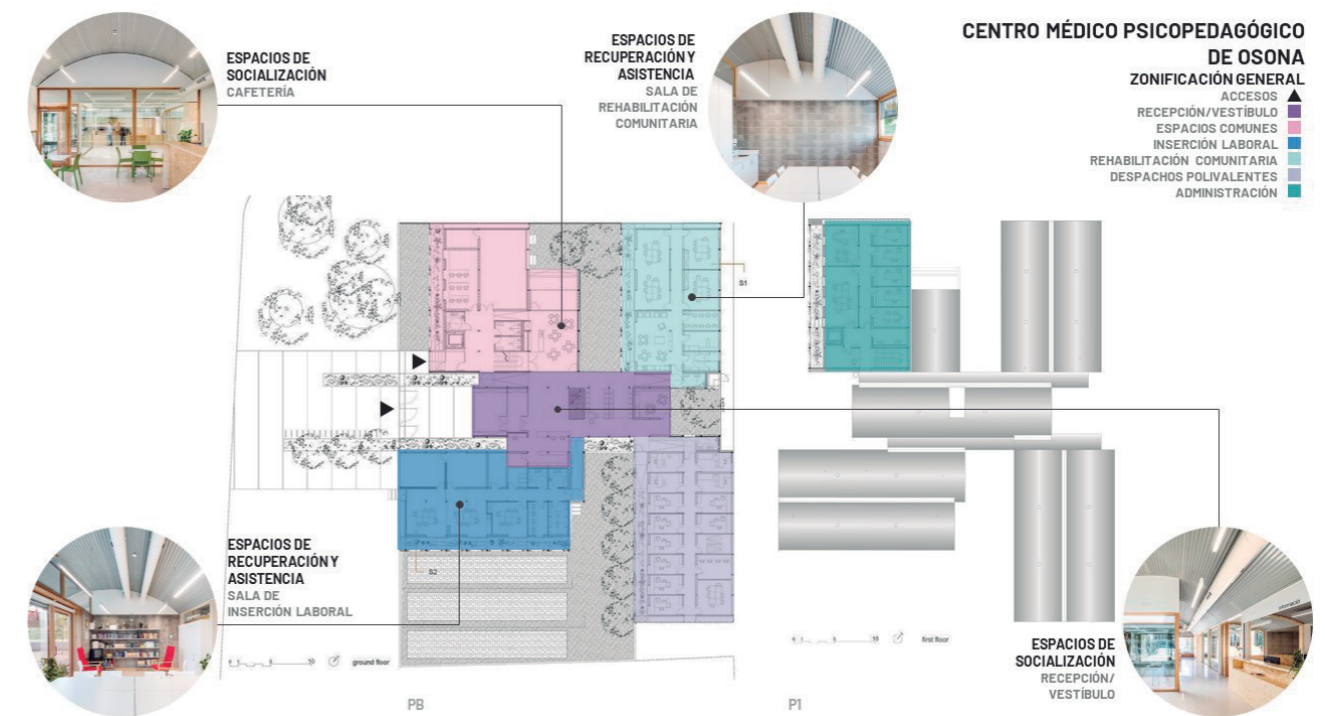
Como se puede apreciar la obra cuenta con dos niveles de altura y una pequeña planta semisótano, no obstante, el desarrollo de su programa de áreas se lleva a cabo esencialmente en el nivel de planta baja con el objetivo de facilitar la movilidad de los diversos usuarios y afianzar el vínculo interior-exterior. Está compuesta por una serie de pabellones abovedados, de planta rectangular y cada uno con una función específica, dispuestos en torno a un volumen central que representa la pauta, donde se encuentra el acceso principal y a partir del cual surgen los ejes perpendiculares y paralelos que organizan la composición. Estos pabellones se distribuyen respetando los desniveles originales del terreno y son separados entre sí por los huertos empleados como terapia de rehabilitación para los pacientes y pequeños jardines. "Los espacios intersticiales entre el acceso y los pabellones



perimetrales son ocupados por las rampas de conexión.” (ArchDaily, 2020, § 3). Estas características formales, aunadas a la percepción exterior de una única envolvente y el manejo de dos escalas en todo el conjunto, le otorgan la apariencia de un vecindario bien planificado y con identidad propia.

Desde el espacio central de acceso, en el cual se encuentran la recepción y vestíbulo de espera, se distribuyen el resto de los servicios que ofrece el centro médico psicopedagógico: rehabilitación comunitaria, despachos polivalentes donde se realizan terapias de lenguaje, inserción laboral con vinculación a los huertos, y espacios compartidos que incluyen una cafetería con productos de proximidad (*BioArtCafè*) y una sala de usos múltiples. Cada uno de estos pabellones posee un núcleo de aseos dimensionados según las normativas de accesibilidad. En la primera planta, que cuenta con acceso independiente, se ubican las oficinas de gerencia y administración (fig. 48).

**Fig. 47**  
Implantación Centro Psicopedagógico de Osona.



**Fig. 48**  
Zonificación general del Centro Psicopedagógico de Osona, con la tipología de espacios para el análisis.

- Espacios de recuperación y asistencia: pabellones de rehabilitación comunitaria e inserción laboral

Para este caso de estudio se establece una tipología espacial híbrida, relacionando los espacios de recuperación con los de asistencia, en los cuales se encuentra explícito el enfoque del vínculo paciente-equipo médico. Formalmente, están compuestos por la sucesión de pórticos rectangulares metálicos con 6 metros de luz y modulados cada 2,40 m, cubiertos con bóvedas de cañón ligeras y ventiladas. En su interior se maneja una escala doméstica (aprox. 2,60 m), sin embargo, la sección abovedada permite aumentar el volumen interior percibido con la mínima superficie de fachada. Algunas de estas salas presentan la posibilidad de compartimentación en función de las actividades y de los grupos a atender, lo que acentúa la flexibilidad de los espacios.

La cubierta abovedada está compuesta por una doble capa de chapas corrugadas de acero lacado, color gris en el interior y blanco en el exterior, con varias capas aislantes intermedias de lana de roca. Las paredes han sido construidas con bloques huecos de hormigón liso dejados a la vista hasta donde comienzan las bóvedas, a partir de los cuales se emplean vidrios laminados blancos opacos para completar las divisiones superiores de los espacios, garantizando la seguridad, el aislamiento acústico y térmico, y la fácil limpieza. Los suelos con pavimento de terrazo color marfil, brindan una superficie uniforme y resistente, apta para

el alto tráfico. Otros elementos como la estructura metálica, los ductos de ventilación y las luminarias son de color blanco a manera de unificarse con el techo. Estos materiales, acabados y las instalaciones expuestas le confieren una imagen de estilo industrial que contrasta con la calidez de las carpinterías y zócalos de madera de pino, y los detalles en corcho natural empleados en todo el centro.

Los espacios de rehabilitación comunitaria cuentan con ventanas oscilobatientes con rejas de acero galvanizado hacia la fachada norte y tramos de paneles de vidrio Climalit, o vidrios dobles con cámaras aislantes, que dan hacia los pasillos del pabellón, favoreciendo además la distribución indirecta de la luz (fig. 49). Mientras tanto, los espacios de inserción laboral poseen amplios ventanales fijos y puertas de cristal abatibles con un sistema de persianas enrollables blancas, que se comunican con los *porches invernaderos* en la fachada sur, y que poseen cerramientos practicables de cortinas de PVC transparentes con protección ultravioleta, haciendo la función de colchón térmico. Al albergar usos más flexibles, representan espacios de mayor apertura cuya compartimentación se da por medio de paneles de madera clara plegables o con el mobiliario de almacenamiento que, en gran parte, también son de color blanco, combinados con algunos en colores contrastantes como el rojo (fig. 50).

Como la intención de los arquitectos fue producir un



**Fig. 49**  
Materialidad en sala de rehabilitación comunitaria del Centro Psicopedagógico de Osona.

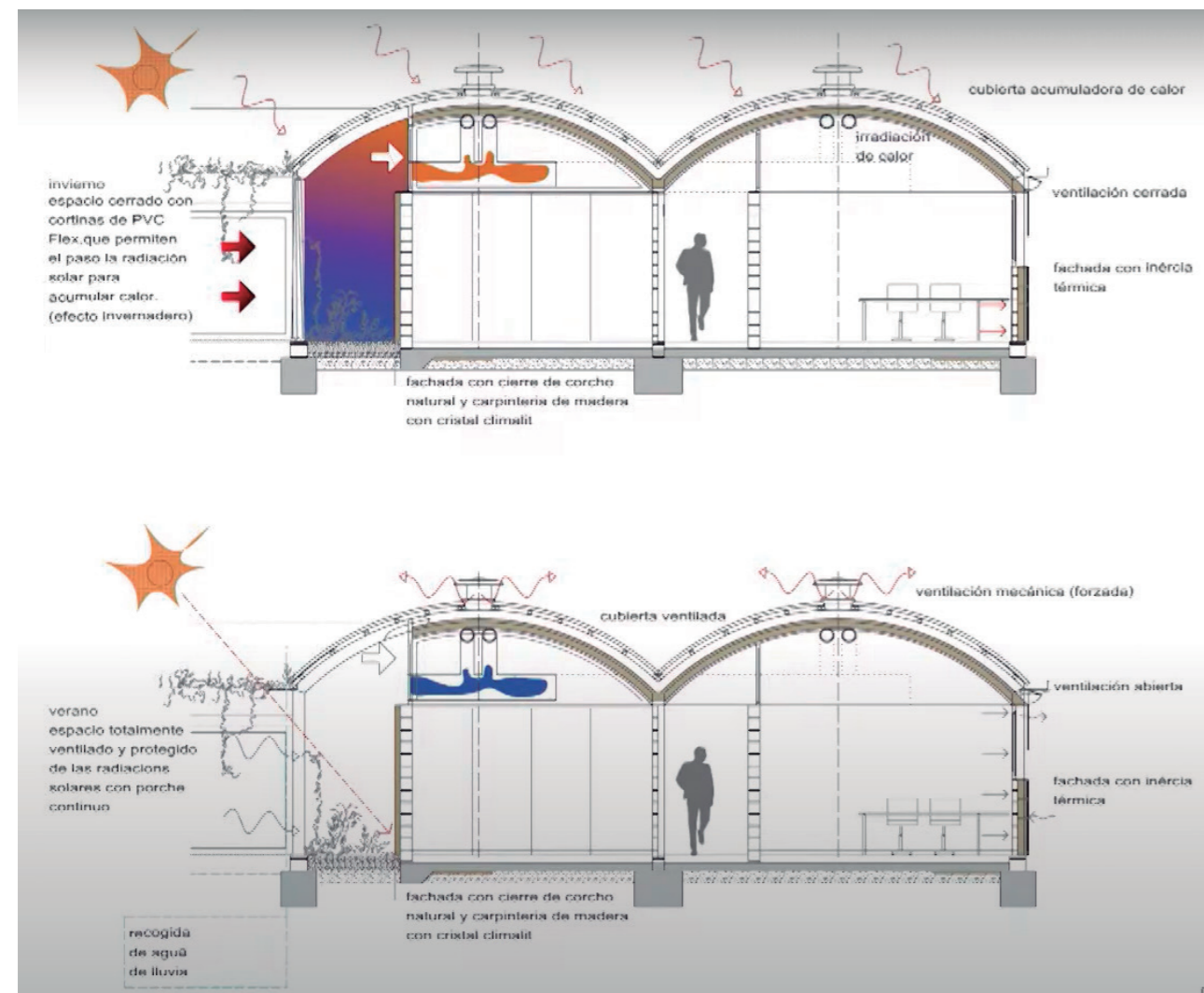


**Fig. 50**  
Materialidad en sala de inserción laboral del Centro Psicopedagógico de Osona.

ambiente sosegado, con los ventanales y mamparas interiores prima la transparencia en las estancias lo que posibilita una constante entrada de luz natural, directa e indirectamente. La iluminación artificial se dispone a través de luminarias colgantes de aluminio blanco con luz LED, las cuales presentan una temperatura de color neutra (4000 °K), semejante a la luz solar del mediodía, y que propicia estados humanos de actividad acordes con las terapias a realizar en estas salas.

Conviene enfatizar que los cerramientos varían según su orientación, adecuando así el espesor de los muros y los aislamientos empleados. Hacia el norte, así como en el interior, los muros son de 10 cm pero estos poseen capas de 15 cm de manta de lana mineral para lograr el aislamiento y conformar una fachada con mayor inercia térmica. Por su parte, en la fachada sur, aparte de los *porches invernaderos*, los muros cuentan con un espesor de 20 cm y un revestimiento exterior de láminas de corcho natural aislantes.

Se incorporó en los pabellones un sistema bioclimático adaptable a la demanda energética de acuerdo con su ocupación y el clima templado exterior, caracterizado por veranos secos e inviernos suaves, tanto en las cubiertas como en los cerramientos (fig. 51). Por ello “la sección del techo permite ventilar la cámara de aire en verano y cerrarla en invierno para conservar el calor e irradiarlo hacia el interior con unos mecanismos automatizados.” (ArchDaily, 2020, § 6). “Lo mismo pasa en las fachadas Sud, un



porche lineal de 1,5 m de profundidad realiza la función de colchón térmico gracias al efecto invernadero. Estos espacios tienen un cierre practicable basado en cortinas de PVC que se pueden cerrar en invierno para acumular calor (introducido en el interior a través del sistema de ventilación) o abrirlo en verano dejando el porche como elemento de protección solar.” (ArchDaily, 2020, § 7)(fig. 52). El empleo de la naturaleza en los procesos terapéuticos ha sido clave para la concepción del proyecto, por lo que desde todas las salas se mantiene un contacto, visual y físico, con los espacios naturales intermedios y exteriores de los pabellones.

En las salas de rehabilitación comunitaria se muestra un conjunto de mobiliario sencillo y de color blanco, compuesto por mesas rectangulares de estructura metálica con ruedas para facilitar distintas configuraciones; sillas apilables de base metálica, armarios con puertas y un mueble bajo con fregadero (fig. 53). La idea de usar las mismas mesas y asientos que en otras salas

**Fig. 51**  
Esquema del sistema bioclimático del Centro Psicopedagógico de Osona.

**Fig. 52**  
Sistema de cerramiento en la fachada sur del Centro Psicopedagógico de Osona. del centro asistencial deviene de mantener una equidad entre pacientes y equipo médico, favoreciendo su interacción, e, igualmente, propiciar los desplazamientos de este tipo mobiliario desde un pabellón a otro cuando las actividades así lo requieran.

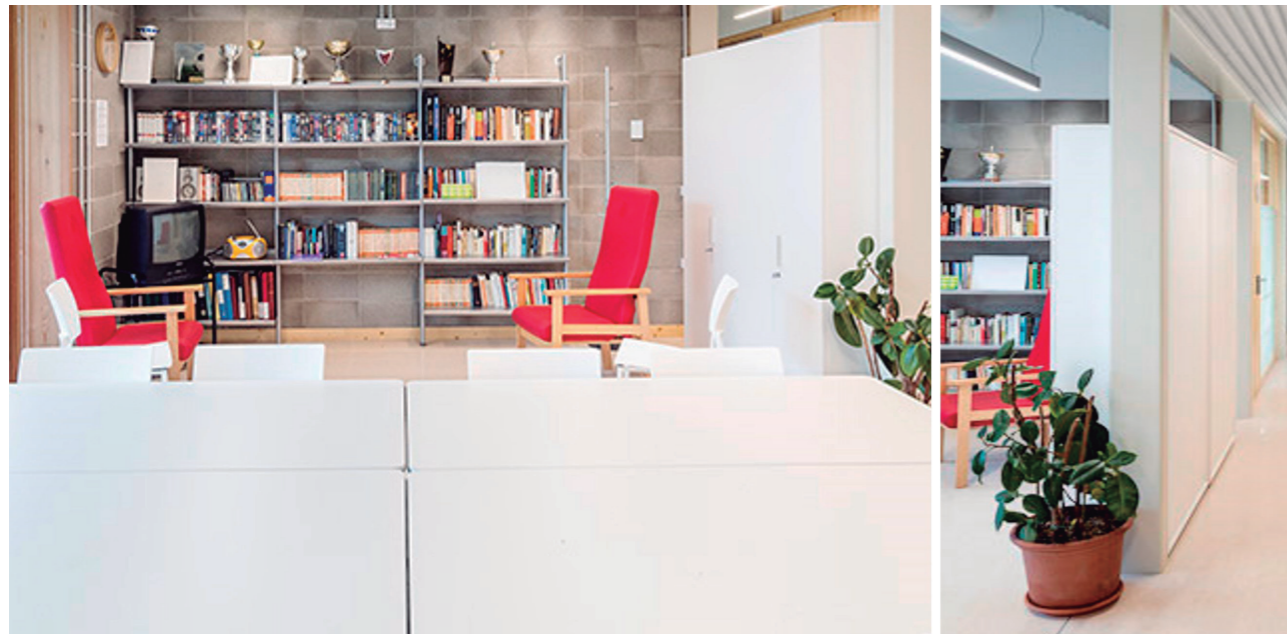


**Fig. 53**  
Mobiliario en sala de rehabilitación comunitaria del Centro Psicopedagógico de Osona.



En las salas de inserción laboral, destinadas a albergar grupos más grandes, también se dispone de la misma tipología de mobiliario funcional, pero agregando una mayor capacidad de almacenamiento por medio de estanterías y armarios para las herramientas o artículos empleados durante las terapias, así como equipos de sonido y televisión vinculadas a asientos acolchados con respaldo alto, aptos para un descanso momentáneo (fig. 54).

**Fig. 54**  
Mobiliario en sala de inserción laboral del Centro Psicopedagógico de Osona.



En cuanto a la señalética, como la que se implementó en todo el centro, ha sido diseñada con la participación de los propios pacientes, por lo que consiste básicamente en dibujos o figuras grabadas sobre placas metálicas de acero inoxidable, rápidamente reconocibles, y enfatiza el sentido de pertenencia de los usuarios con los espacios de los que hacen uso.

- Espacios de socialización: pabellones de recepción y espacios compartidos.

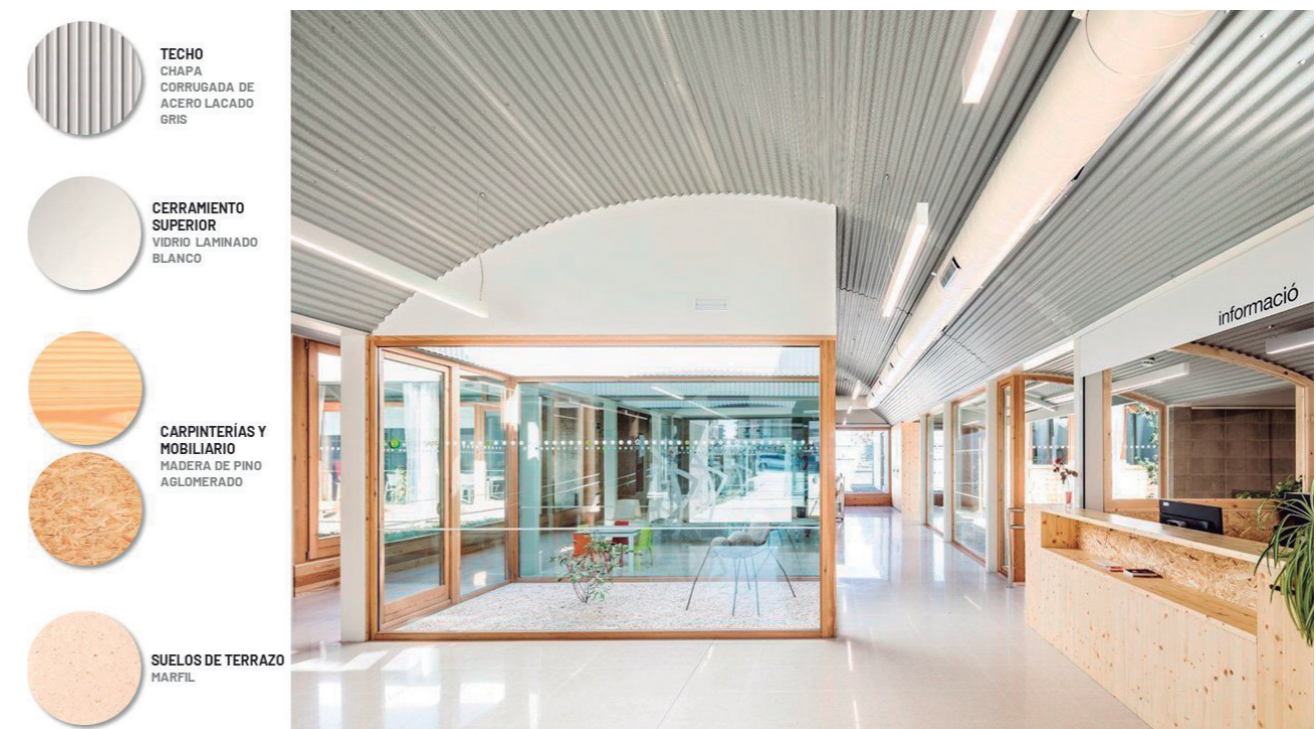
Aun cuando en los espacios de recuperación y asistencia antes descritos también existe la posibilidad de interacción social, se clasifican aparte aquellos espacios que conforman la recepción y las zonas comunes puesto que, por tratarse de un centro médico abierto a la ciudadanía, es aquí donde los pacientes pueden establecer relaciones espontáneas, fuera del ámbito de la terapia ocupacional, tanto con sus familiares y amigos como con la comunidad visitante. Además, cabe mencionar que en la sala de usos múltiples se realizan frecuentemente eventos de difusión sobre la labor del centro y la desestigmatización de las

enfermedades psiquiátricas, lo que permite acercar más a la sociedad con temas de salud mental.

Estos pabellones comparten las mismas características morfológicas siendo volúmenes de planta rectangular formados por una estructura metálica con un ancho de 6 metros y una longitud que varía en función del módulo de 2,40 m. Sus techos son abovedados y ligeros, confiriéndole al interior una escala doméstica (aprox. 2,60 m) que se ve potenciada por el manejo de las transparencias a través de mamparas de vidrio y un pequeño jardín interior que funciona a modo de tragaluz, permitiendo así la máxima visibilidad de las distintas áreas dentro y fuera del centro. En las circulaciones se toman en cuenta anchos de pasillo apropiados y rampas para el movimiento de usuarios con sillas de ruedas.

Las cubiertas ventiladas están compuestas por láminas corrugadas de acero lacado con capas aislantes intermedias; los suelos de terrazo en tono marfil, las paredes de bloques de hormigón huecos lisos y los cerramientos superiores de vidrio laminado blanco traslúcido son materiales que se repiten en esta tipología espacial, así como también la estructura, los ductos y las luminarias colgantes en color blanco. No obstante, en la recepción, los cerramientos se dan esencialmente por amplios ventanales de paños fijos y las divisiones interiores por mamparas de cristal Climalit, con doble o triple acristalamiento aislante y carpintería en madera de pino (fig. 55), recurso que se utiliza también en la

**Fig. 55**  
Materialidad en la recepción del Centro Psicopedagógico de Osona.



conformación del mobiliario del punto de información y en la barra de servicio de la cafetería. La comunicación con el exterior se realiza por medio de puertas de cristal abatibles, con marcos en madera y tiradores metálicos. La intención de los arquitectos fue usar para el interiorismo materiales naturales, reciclados, de bajo mantenimiento, que, al mismo tiempo, aportasen calidez y familiaridad. La uniformidad en la estética de estos espacios es contrastada con acentos de color presentes en los asientos plásticos del área de la cafetería, de tono verde y algunas plantas como elementos decorativos puntuales (fig. 56).

Al igual que en los demás pabellones, la luz natural ingresa y se expande por todas las estancias gracias a la transparencia y la distribución de los espacios intermedios. Las luminarias colgantes de aluminio blanco con luz LED se disponen en secuencia para suplementar los requerimientos de iluminación, aportando una tonalidad neutra (4000 °K). El sistema energético con extractores autorregulables por los usuarios posibilita el ingreso de la ventilación natural, necesaria en temporada de verano, siendo complementado por los aleros creados en torno a los ventanales para su protección. Así junto a los criterios de estandarización destacan en la selección de los componentes del interiorismo, "los criterios de sostenibilidad han sido esenciales durante todo el proceso de construcción. La Certificación Energética sitúa el edificio en la categoría 'A', la más eficiente." (ArchDaily, 2020, § 8).

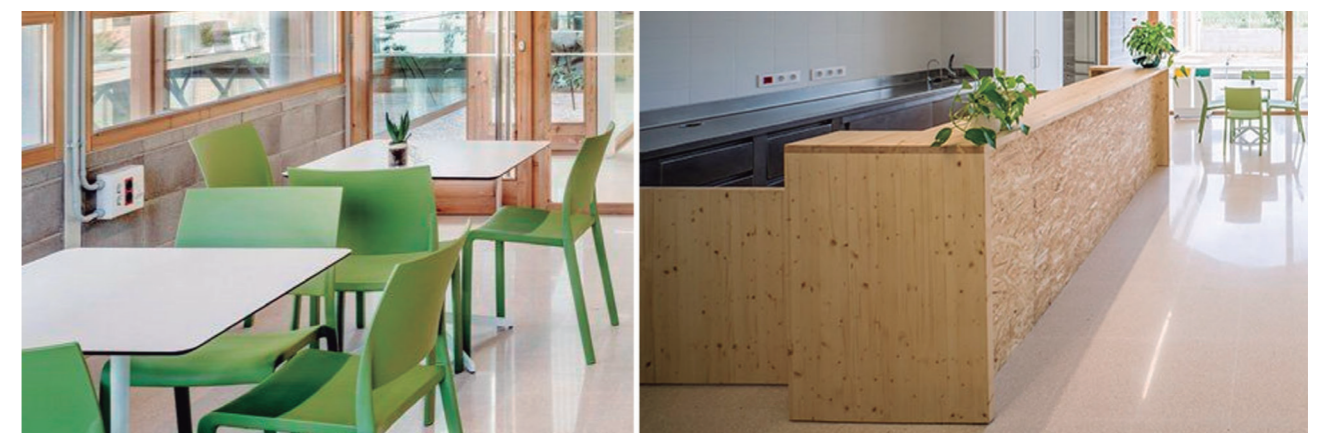
**Fig. 56**  
Materialidad en la cafetería del Centro Psicopedagógico de Osona.



El punto de información de la recepción se configura por un mobiliario fijo a modo de barra de atención y escritorio, hechos en madera clara y tableros de aglomerado; complementándose en la zona de espera con bancadas en madera clara de estructura metálica blanca como asiento colectivo y una pequeña mesa cuadrada con asientos individuales coloridos para usuarios infantiles (fig. 57).

En la cafetería, la barra de servicio se compone también por la combinación de madera y aglomerado; en cambio, las mesas cuadradas blancas y las sillas apilables verdes constituyen un mobiliario ligero, fácil de desplazar y almacenar (fig. 58). Las figuras que conforman la señalética implementada en estos espacios fueron de igual manera diseñadas por los mismos pacientes del centro; por una parte, está aplicada en vinilo sobre las mamparas de cristal, y por otra, sobre placas metálicas de acero inoxidable, dispuestas de manera que puedan ser identificadas rápidamente (fig. 59).

**Fig. 57**  
Mobiliario en la recepción del Centro Psicopedagógico de Osona.



**Fig. 58**  
Mobiliario en la cafetería del Centro Psicopedagógico de Osona.



**Fig. 59**  
Señalética del Centro Psicopedagógico de Osona.

#### 4.2.3. Caso de estudio extremo oriente asiático: Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica



**Fig. 60**  
Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.

El centro infantil de rehabilitación psiquiátrica en Hokkaido, Japón, constituye una interpretación distinta a lo que un centro de salud mental tradicionalmente se concibe. A manera de volúmenes cúbicos dispersos, como si de bloques de juguete se tratase, se generan multiplicidad de espacios y recorridos flexibles que enriquecen la experiencia de los usuarios, pacientes infantiles hasta los doce años en este caso, agregando un componente lúdico y exploratorio. La geometría peculiar del conjunto, la ambigüedad ambiental estratégica y la polivalencia de cada área según las actividades que se requieran realizar; le han valido el reconocimiento en 2007 del Premio de Arquitectura Kenneth F. Brown, con Mención Honorífica, y en 2008 del Gran Premio Instituto de Arquitectura Japonés.

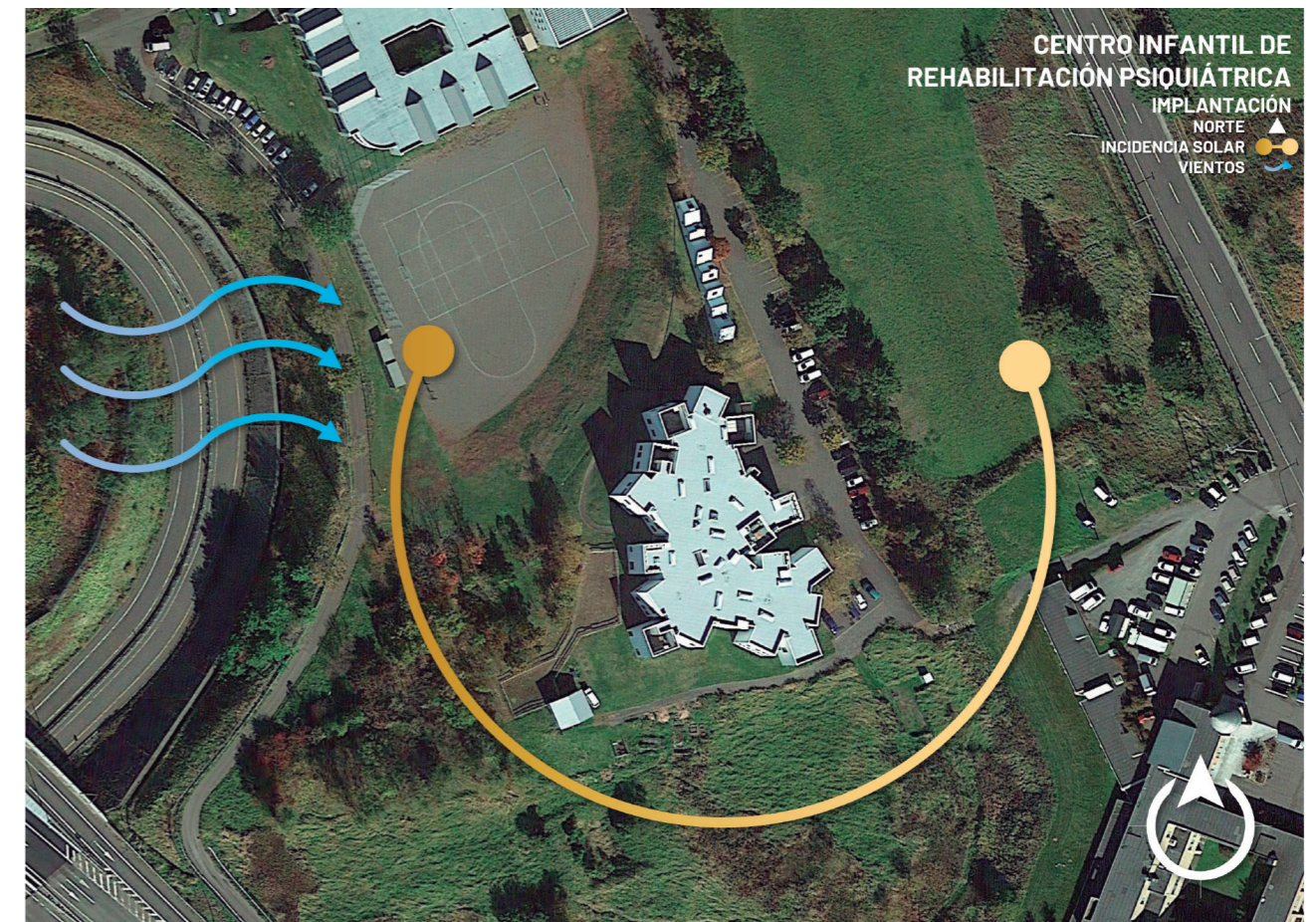
La idea generadora de dicho proyecto surgió a raíz del diálogo entre los médicos y el arquitecto sobre la tipología de espacios que resultan apropiados para quienes padecen enfermedades mentales y, además, al observar a los niños jugar con cajas durante una visita a una instalación similar en las primeras investigaciones de diseño de este edificio. Al hacer ensamblajes en respuesta a situaciones o materiales inmediatamente disponibles en lugar de seguir un plan general o predefinido, los niños parecían captar intuitivamente las cualidades de complejidad y ambigüedad,

ingredientes que Fujimoto considera subyacentes al atractivo de los espacios urbanos tradicionales (Domus, 2007, § 3).

En una entrevista que se le realizó para la revista AA: *l'Architecture d'Aujourd'hui*, Fujimoto explica: "Los médicos y yo tratamos de evitar ese tipo de espacio sistemático y crear espacios más diversos donde las personas puedan elegir por sí mismas. La proporción de diversidades y relaciones era bastante importante (...) Desde el principio pensé que un pasillo largo y recto no estaba bien. Me imaginé viviendo en un hospital así... no es cómodo: tu habitación da al pasillo, si sales todos te pueden ver. Traté de hacer algo diferente, pero al mismo tiempo también estaba interesado en una especie de nuevo orden o nueva geometría. No usar un orden fuerte, como un eje épico, sino crear una secuencia (...) Sentí que este tipo de composiciones complejas y orgánicas podrían tener algunas posibilidades." (Kofler, 2014, § 2-5). Es así como la configuración arquitectónica del centro le permite a los niños apropiarse de los espacios con mayor libertad y espontaneidad, a fin de hacerlos sentir cómodos con el entorno asistencial, lo que contribuye a su recuperación progresiva.

Este conjunto de volúmenes similares independientes, contruidos en hormigón armado, se adapta a una parcela de 14590 m<sup>2</sup> con topografía irregular por medio de algunos desniveles interiores, rotándose ligeramente unos con respecto a otros y generando una sucesión de planos desiguales que proyectan sombras en fachada. Se disponen de esta manera las fachadas más largas hacia el este y el oeste para recibir la mayor incidencia solar en un clima templado con cielos principalmente nublados a lo largo del día. Asimismo, esta implantación permite captar los vientos predominantes de la zona que provienen del oeste y aprovechar las visuales del contexto natural enmarcadas por los propios volúmenes (fig. 61).

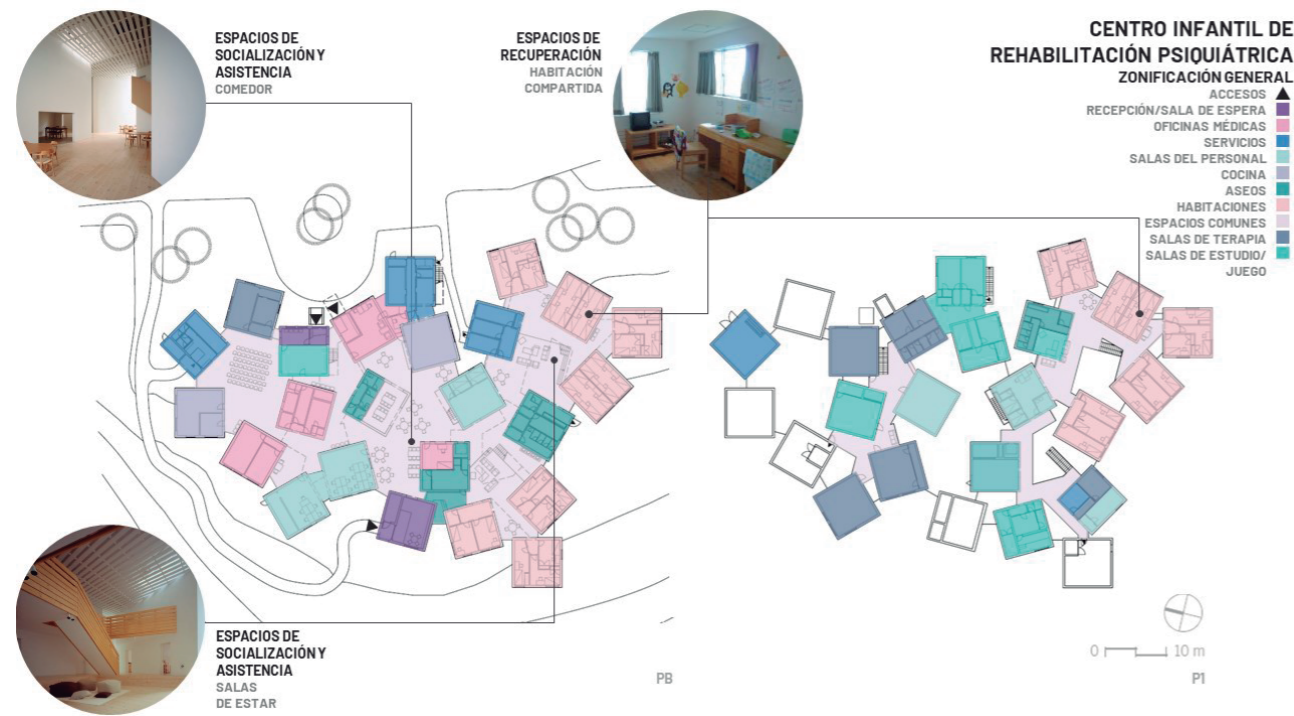
Con una capacidad de ocupación de hasta cincuenta pacientes infantiles, el esquema general está compuesto por "una serie de veinticuatro cubos blancos de dos plantas, casi de idéntico tamaño, que parecen haber sido esparcidos al azar (...) Las funciones que requieren privacidad, silencio u ocultación, como dormir, bañarse y asearse, las salas de consulta y reunión y el almacén, se sitúan en los cubos. Otras actividades, sobre las que se constituye la vida social de la comunidad y que movilizan sus efectos terapéuticos, tienen lugar en los espacios que se generan entre los propios cubos, y en ocasiones los interpenetran." (Worrall, 2009, p. 12). La obra se puede interpretar entonces como una pequeña urbe donde los volúmenes independientes con dos plantas



**Fig. 61**  
Implantación Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.

de altura representan las casas, mientras que las áreas intermedias de una planta con doble altura constituyen espacios tipo plaza o patio; sin embargo, la carencia de una jerarquía clara y las constantes relaciones dadas entre ambas espacialidades, permiten a los pacientes decidir si tomar como centro su escenario personal o el escenario común; brindándoles paralelamente la intimidad del hogar y la variedad de la ciudad.

Se plantean varios accesos diferenciados: al oeste para los pacientes residentes del centro, al este para el personal y los pacientes externos, y al norte un acceso de servicio; complementados con otros accesos secundarios controlados. Los bloques que contienen los dormitorios se organizan hacia el sur; las salas de estar, vestuarios, núcleos de aseos, cocina y comedor para los pacientes, salas del personal y parte de las oficinas médicas se encuentran en la parte central; mientras que el resto de las oficinas, sala del director, sala de asesoramiento, cocina y comedor para el personal, biblioteca, almacén y un espacio de usos múltiples son ubicados hacia el norte (fig. 62).



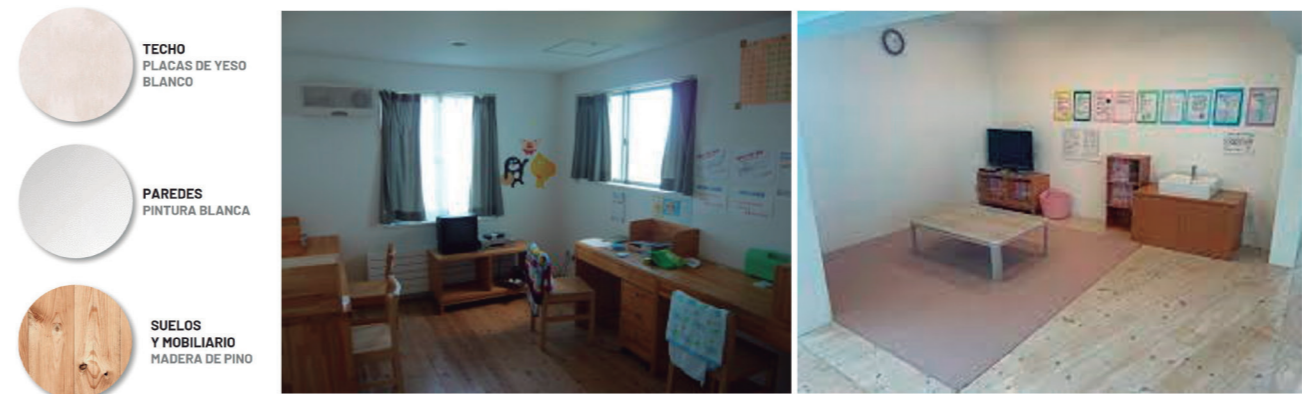
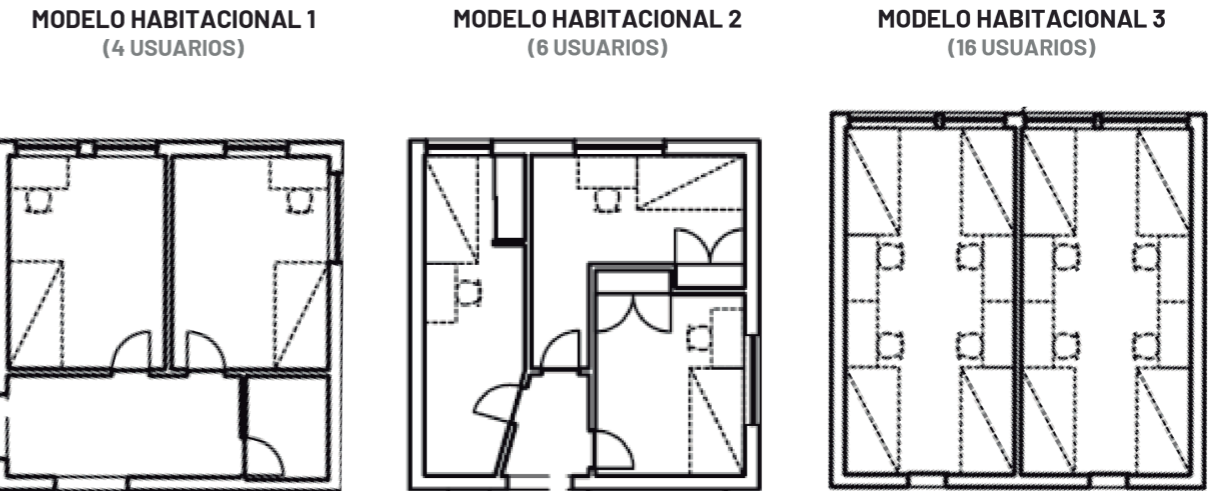
**Fig. 62**  
Zonificación general del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica, con la tipología de espacios para el análisis.

- Espacios de recuperación: La habitación compartida

Los bloques destinados a los dormitorios del centro infantil se caracterizan por presentar una misma planta arquitectónica pero con ligeras modificaciones en su distribución interior que dan como resultado tres modelos diferenciados. En ellos se forman espacios de muros ortogonales, techos planos y escala doméstica (aprox. 2,60 m), cuyas dimensiones varían en función de la cantidad de usuarios a albergar, siendo todas habitaciones compartidas (fig. 63).

Compartiendo la materialidad presente en todo el centro asistencial, los muros de hormigón armado cuentan con un acabado de resina acrílica de poliuretano en color blanco, otorgando una superficie lavable, resistente y que refleja la luz natural filtrada, lo que da la sensación de amplitud a las estancias. Además, los compartimientos interiores están acondicionados para ser a prueba de fuego y absorbentes del ruido. Los suelos están revestidos con madera contrachapada estructural y madera de pino, de uso común en Japón; y, a su vez, debajo de la losa de hormigón poseen aislamiento de poliestireno con película a prueba de humedad. En las habitaciones de la planta baja, los techos se conforman por la losa de hormigón armado con acabado en pintura de resina acrílica blanca; en cambio, las habitaciones ubicadas en la primera planta tienen un falso techo de placas de yeso pintadas con el mismo acabado acrílico. Las puertas correderas blancas y las

**Fig. 63**  
Modelos habitacionales del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.



**Fig. 64**  
Materialidad en salones de estudio y juego del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.

ventanas correderas de aluminio están enmarcadas con madera de pino pintada. Al no contar con imágenes del interior de las habitaciones, se toman como referencia fotografías de otros espacios ubicados dentro de los bloques como son los salones de estudio y de juegos, ya que según la sección constructiva del proyecto poseen iguales terminaciones materiales (fig. 64).

Cada habitación cuenta con al menos una ventana, a través de la cual se aprovecha la entrada de luz solar, especialmente en las fachadas situadas hacia el sur, así como también la ventilación natural. Por su parte para la iluminación artificial, con el fin de evitar elementos colgantes invasivos en el espacio, se emplean focos LED empotrados, con una temperatura de color neutra (4000 °K); e, igualmente, se ha ocultado el sistema de ventilación mecánica tras el falso techo. Las condiciones climáticas hacen de Hokkaido una de las regiones más frías de Japón, con una temperatura media máxima de 12 °C al día, por lo que el aislamiento térmico de la obra resulta fundamental para lograr el confort de los usuarios en su interior, adaptándose las capas aislantes en paredes, suelos y techos antes mencionadas. Puesto que los cubos se encuentran girados en diversos ángulos, se obtienen múltiples

perspectivas del paisaje circundante, asegurando un acceso visual directo con la naturaleza, fundamental para el proceso de recuperación y el desarrollo de los pacientes infantiles.

La planimetría muestra un conjunto de mobiliario básico para los dormitorios, constituido por una cama litera tradicional, un escritorio y una silla, hechos en madera de pino, cuya cantidad se duplica en el tercer modelo habitacional. A pesar de no ser muebles fijos, la configuración de las estancias no permite variedad de distribuciones. Las posibilidades de personalización del espacio pueden apreciarse tanto en estos espacios más privados contenidos en los bloques como en aquellos más públicos de mayor apertura.

- Espacios de socialización y asistencia: salas de estar y comedor

En el análisis de este caso se determina una tipología híbrida de espacios de socialización con los de asistencia, puesto que, por tratarse de una comunidad infantil, es en éstos donde se requiere una mayor supervisión por parte del personal médico y en los cuales los pacientes establecen interacciones fundamentales en su proceso de recuperación, tanto con otros pacientes residentes como con los visitantes, afianzando el vínculo paciente-núcleo de apoyo-equipo médico. Dicha tipología espacial, definida entre los volúmenes, cuenta con una geometría irregular, cubiertas inclinadas, pequeños desniveles y una doble altura (aprox. 5,20 m), enfatizando el carácter público de estas zonas que, al ser variables de acuerdo con los requerimientos específicos de las rutinas, pueden representar áreas de paso, de captación o de permanencia. Cabe resaltar que, como ocurre en el comedor, aparecen extensiones de estos espacios en las intersecciones con los cubos, a modo de *nichos*, que "son lugares de pequeña escala, donde los niños pueden estar y esconderse, al tiempo que comparten el área común... El estar aislado o estar en relación con los otros se convierten en actividades compatibles" (El Croquis, 2009, p. 38).

Como ha sido mencionado, tanto para el comedor como para las salas de estar, se establecieron los mismos materiales: paredes con pintura acrílica blanca y aislamiento interno de espuma de poliuretano; suelos de madera de pino con acabado acrílico, sistema de calefacción por suelo radiante y aislamiento de poliestireno con película a prueba de humedad; y techos pintados con resina acrílica blanca, cubiertos por lamas de madera MDF en color blanco suspendidas creando varios planos inclinados, detrás

de las cuales se ocultan los ductos de instalaciones y los focos de luz. Estas cubiertas también cuentan con aislamiento de espuma de poliuretano y, sobre el comedor, se ubica un tragaluz practicable. En las aberturas intersticiales producidas por la composición de los bloques, se disponen planchas de vidrio flotado, de suelo a techo, que, aparte de caracterizarse por ser un buen aislante térmico, tiene una elevada transmisión de la luz natural y ofrece una claridad visual que enfatiza la relación interior-exterior del proyecto, difuminando así los límites del cerramiento. Las escaleras y pasarelas que rodean estos espacios cuentan con barandillas hechas en madera de laurel japonés, cubiertas con placas de madera de pino barnizadas. Adicional a sus propiedades de aislamiento acústico y resistencia al desgaste, la elección de este tipo de madera como elemento protagonista en el interiorismo se justifica por el profundo vínculo de Japón con la carpintería (figs. 65 y 66).

Con estos elementos se propone un ambiente que no es sobreestimulante, al evitar el uso de patrones o mobiliario especialmente colorido como se suele usar en muchos centros asistenciales infantiles, pero, a la vez, se plantean espacios espontáneos que despiertan el interés de los niños y el deseo de recorrerlos.

Gracias al manejo de las grandes planchas de vidrio flotado, la iluminación natural es un componente constante en el proyecto,

Fig. 65  
Materialidad en comedor del  
Centro Infantil de  
Rehabilitación Psiquiátrica.





**Fig. 66**  
Materialidad en salas de estar del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.

entrando homogéneamente en estos espacios comunes y propiciando estados de actividad o socialización en los niños (fig. 67). Para la iluminación artificial, al estar los techos completamente cubiertos con lamas de madera, se instalaron focos de luz entre las ranuras de 10 cm, que aportan un tono entre ligeramente cálido a neutro (entre los 3000 °K a 4000 °K); de esta manera se logró que fuese lo menos perceptible posible y se produjera un buen contraste. En el exterior, la luz se derrama fluidamente desde el interior, lo que crea una apariencia cálida e impresionante del edificio (Sirius Lighting Office, 2006, § 1); con lo que, a su vez, se obtiene de noche el efecto opuesto al dado durante las horas de luz solar (fig. 68). En las salas de estar, se complementa la iluminación con focos LED orientables instalados en el borde inferior de las pasarelas.

El ingreso de aire natural a estas áreas se facilita con la apertura de las puertas abatibles y correderas de los accesos, mientras que los ductos que conforman la ventilación mecánica se encuentran cubiertos por los techos con retícula de lamas de MDF. La permeabilidad controlada entre los volúmenes posibilita una continua conexión visual interior-exterior, lo que fortalece su integración con el contexto natural inmediato.

El mobiliario propuesto para estos espacios es de estilo nórdico. Al estar realizados en madera clara crean una atmósfera cálida y natural contrastante con el blanco de las paredes y el

**Fig. 67**  
Iluminación natural del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.



techo. Están dimensionados de acuerdo con la escala infantil y siguen los criterios de sencillez que rigen la materialidad del proyecto, para provocar en los niños su uso y apropiación. Para el comedor, se seleccionan conjuntos de mesas redondas con cuatro asientos en las zonas más abiertas y concurridas, evitando así posibles golpes por esquinas pronunciadas; mientras que, en los nichos, por ser espacios más privados o tranquilos, se disponen mesas rectangulares con cuatro asientos. No obstante, este mobiliario puede desplazarse o agruparse según las actividades que se deseen realizar (fig. 69).

**Fig. 68**  
Iluminación artificial del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.



Para las salas de estar, además de asientos similares a los presentes en las áreas del comedor, se combinan asientos redondos tipo puf en una paleta de tonos tierra, concordante con el color de la madera, así como sofás enfrentados que promueven un ambiente de interacción o juego. Se vincula discretamente con un área de lavado, externo al bloque donde se localizan los aseos, que consiste en un mesón bajo equipado con cuatro lavamanos, espejos, dispensador de papel para secar las manos y papelera (fig. 70). Puede notarse que la señalética implementada en el centro infantil consiste en señales de plástico fabricadas en polipropileno y que indican las salidas de emergencia mediante flechas de dirección.



**Fig. 69**  
Mobiliario en comedor del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.



**Fig. 70**  
Mobiliario en salas de estar del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica.

#### 4.2.4. Caso de estudio estadounidense: Cherry Hospital



**Fig. 71**  
Cherry Hospital.

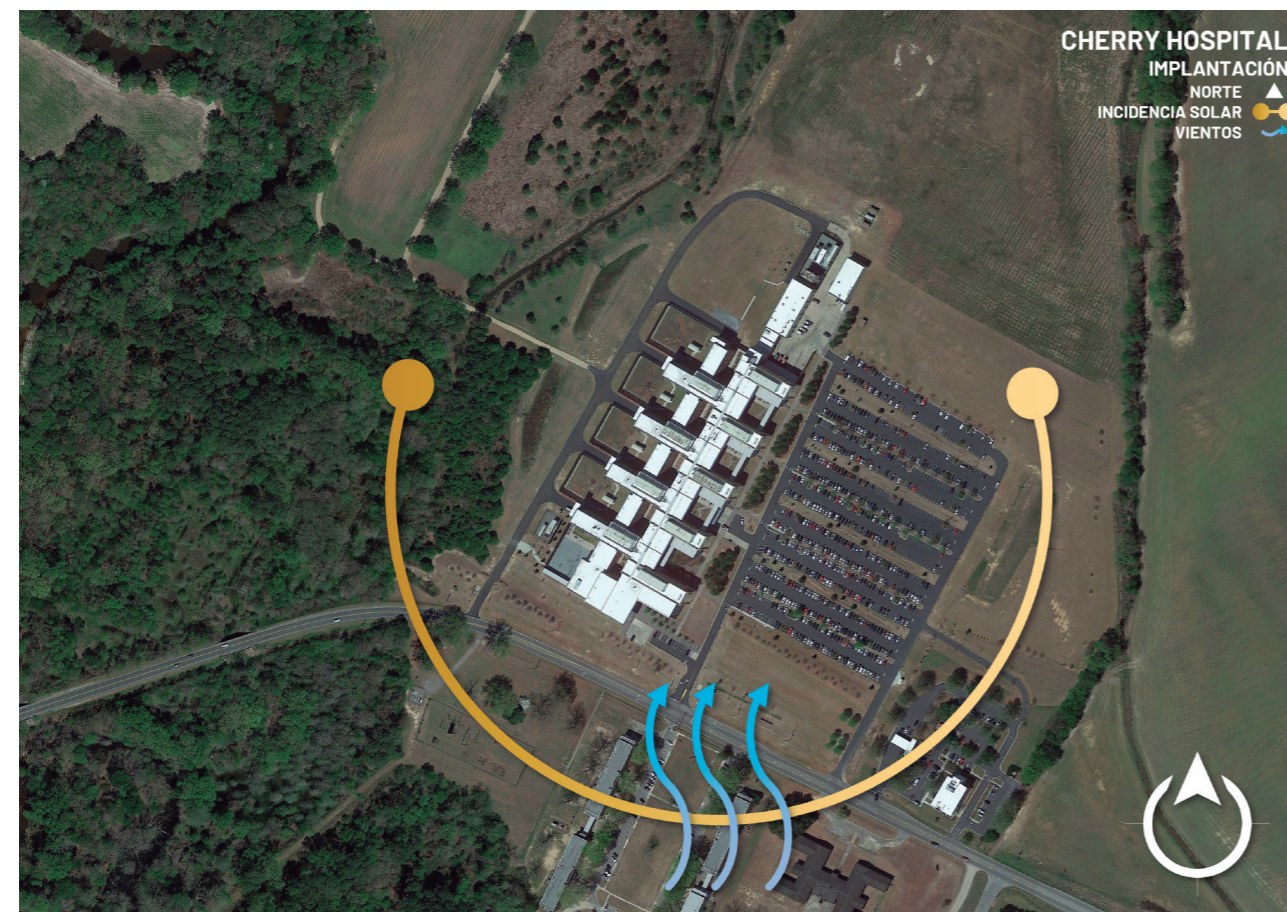
El *Cherry Hospital* ubicado en Goldsboro, Carolina del Norte, Estados Unidos, adopta un esquema arquitectónico alejado de aquellos antiguos modelos comunes en este país, como se pudo observar con el estudio de los antecedentes históricos, donde se separaban las diferentes poblaciones de pacientes psiquiátricos en edificios dispersos de un gran campus. Ofrece bajo un mismo techo servicios de salud mental dirigidos al adolescente, adulto y adulto mayor, incluyendo el diagnóstico, tratamientos integrales y terapias individuales, grupales, conductuales, ambientales, ocupacionales y recreativas. El tratamiento en el hospital se enfoca en la terapia de salud mental que permite a los pacientes reconocer y hacer frente a la rutina de la vida cotidiana; para estos pacientes, imitar actividades diarias comunes como ir al trabajo o visitar un parque puede ser un desafío importante. El diseño de *Cherry Hospital* aborda esto al acentuar las transiciones entre los componentes programáticos mediante el uso de materiales, escala, luz natural y modulación de las condiciones espaciales (ArchDaily, 2017, § 1).

Para su conceptualización, los arquitectos de Perkins&Will consideraron la incorporación de elementos autóctonos de la zona a fin de despertar el imaginario colectivo y el sentido de pertenencia en sus usuarios. Este enfoque produce una



composición formal similar a los íconos cotidianos y las texturas que se ven en toda la región: la modulación del campo agrario, las imágenes de los graneros de tabaco como objetos dentro de un paisaje y la dimensión de los surcos en el campo, estableciendo paralelismos con los elementos repetitivos y regulares del proyecto (ArchDaily, 2017, § 2). Este característico diseño, manejando un juego espacial de escalas por medio de la fragmentación de los volúmenes, resultó en su nominación a los Premios de Diseño 2016 del Instituto Americano de Arquitectos de Carolina del Norte (American Institute of Architects North Carolina o AIANC), en la categoría Institucional.

Localizado en el centro de las llanuras costeras rurales del este de Carolina del Norte, el edificio se implanta en una topografía regular siguiendo un eje suroeste-noreste, lo cual dispone las fachadas más largas hacia el sureste, a fin de recibir la máxima entrada de luz natural de la mañana en las salas de tratamiento, y hacia el noroeste, protegiendo las unidades habitacionales de una incidencia solar directa, a la vez que les ofrece visuales del entorno natural circundante. De igual manera, los vientos predominantes del sur son aprovechados para la ventilación natural cruzada a través del volumen longitudinal jerárquico de la obra (fig. 72).



**Fig. 72**  
Implantación Cherry Hospital.



**Fig. 73**  
Zonificación general del Cherry Hospital, con la tipología de espacios para el análisis.

Con tres niveles de altura y una capacidad para albergar hasta trescientos doce pacientes psiquiátricos, la estrategia formal del programa de construcción sigue la narrativa de una *calle principal* de un pueblo pequeño como un medio para enraizar aún más el hospital en la cultura de sus habitantes. Las habitaciones de los pacientes están relacionadas con los vecindarios residenciales, las áreas de tratamiento con los edificios cívicos, el programa recreativo con las tiendas a lo largo de la calle principal y los patios con los parques del vecindario (ArchDaily, 2017, § 3). Dicha calle principal constituye el volumen pauta con grandes circulaciones interiores que organizan las demás áreas en volúmenes perpendiculares de menor tamaño y, a partir de las cuales, se generan jardines intermedios elevados como sitios de reunión al aire libre (fig. 73).

Este programa repetitivo en varios módulos cuenta además con clínica médica, laboratorio, departamentos dentales y de radiología, gimnasio y sala de ejercicios, biblioteca, barbería, sala de cosmetología, y comedor que conforman la principal zona de actividades. Como parte de un complejo sanitario, se encuentra comunicado a un hospital general por medio de una vía rápida, a su vez, conectada con la vía hacia ciudad, dotando de buena accesibilidad al proyecto.

- Espacios de recuperación: La habitación individual y compartida

Los volúmenes residenciales del *Cherry Hospital* cuentan con habitaciones individuales o compartidas con una espacialidad estándar, es decir, tomando en consideración las medidas mínimas necesarias trátase de uno o dos pacientes por dormitorio. Con muros ortogonales y escala doméstica (aprox. 2,60 m), cada habitación se encuentra relacionada con un cuarto de baño privado, también de dimensiones estándar, representando la mitad del espacio habitacional.

Los bloques de hormigón que conforman las paredes están pintados con un tono marfil al igual que el techo que, por ser un color claro, aporta cierta amplitud espacial a las estancias disminuyendo la sensación de encierro en los pacientes. En contraste, los suelos y zócalos de terrazo color gris, con una larga vida útil por su resistencia al desgaste, y las carpinterías en madera con acabado barnizado buscan reemplazar la imagen institucional por una más hogareña. La ventana con un solo paño oscilobatiente de vidrio templado posee perfilaría metálica y un sistema de persianas blancas exteriores controlable por el usuario, y la comunicación con el baño se da a través de una puerta batiente de madera, cortada en ángulo a fin de evitar conductas autolesivas por intentos de colgarse de su parte superior (fig. 74).

Este cuidado por los detalles constructivos que promueven un entorno seguro es valorado además en la incorporación de bisagras, manillas y mecanismos de bloqueo antiataduras, instaladas en todas las demás áreas del centro asistencial. La característica antiatadura se refiere al diseño que imposibilita su uso para la colocación o soporte de cuerdas, haciendo que éstas se deslicen por la superficie sin encontrar un punto de apoyo. Por su parte, el cuarto de baño tiene un acabado con mosaicos de azulejos cerámicos en tonos grises, de suelo a techo, y el mismo suelo de terrazo gris presente en la habitación, sin embargo, no cuenta con ventana hacia el exterior, siendo dependiente del sistema de ventilación mecánica. Cabe mencionar que el mobiliario de almacenamiento existente, también de madera barnizada, parece encontrarse fijo a la envolvente, lo que reduce las posibilidades para distintas configuraciones dentro del dormitorio.

En un clima templado generalmente cálido como el de Goldsboro, la entrada de luz solar matizada y del flujo de aire natural puede aprovecharse por medio de las ventanas, existentes en todas las habitaciones, que dan hacia los patios elevados intermedios del



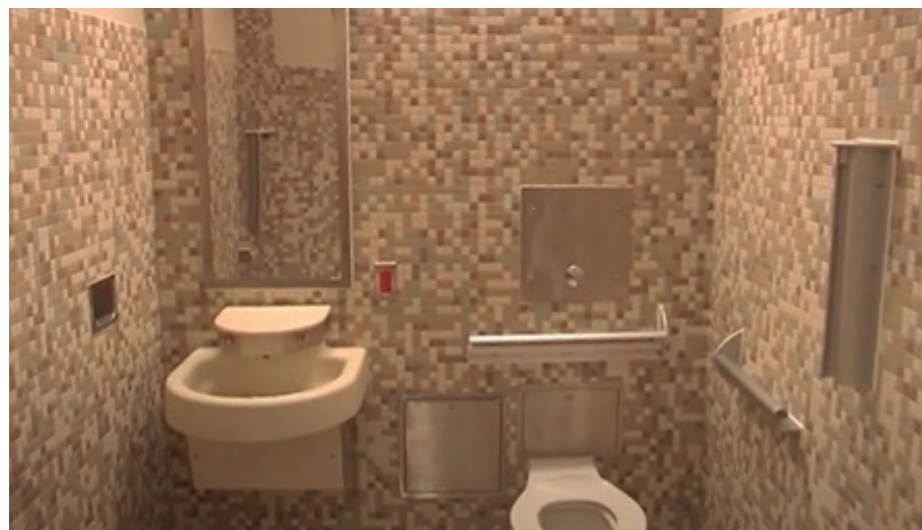
Fig. 74  
Materialidad en habitación individual del Cherry Hospital.

proyecto o hacia el paisaje que lo rodea, ofreciendo de esta manera comunicación visual directa con la naturaleza a los diferentes pacientes por igual. Para la iluminación artificial se emplean focos LED empotrados a fin de evitar lámparas colgantes que puedan ser intrusivas o usadas como medio de autolesión. La temperatura de color manejada en estas luces se ubica en un tono ligeramente cálido (3000 °K), apropiado para crear un ambiente acogedor y propiciar el descanso. A su vez, las instalaciones de ventilación mecánica se distribuyen en los pasillos de las unidades habitacionales ocultas tras el falso techo registrable, cuyas rejillas se integran en los accesos de los dormitorios y los cuartos de baño.

Como ha sido mencionado, el mobiliario fijo consiste en un mueble modular con repisas a modo de estantería, con algunos compartimientos cerrados bajo llave para resguardar artículos personales, duplicándose en las habitaciones compartidas, y cuya parte superior es un plano inclinado por medidas de seguridad. Se muestran dos tipologías de camas para los pacientes: una cama con base tipo *box* de polipropileno gris, que aporta seguridad, fácil limpieza y resistencia; y una cama hospitalaria eléctrica, con barandillas laterales móviles, ruedas giratorias para facilitar el desplazamiento, y la capacidad de ajustar la postura y la altura mediante un mando (fig. 75). Las piezas sanitarias que equipan el cuarto de baño, un conjunto de lavabo, inodoro y ducha en color blanco, siguen los lineamientos de seguridad que son aplicados en

los demás elementos del dormitorio, con la instalación de barandillas y manillas antiataduras (fig. 76).

**Fig. 75**  
Mobiliario en habitación compartida del Cherry Hospital.



**Fig. 76**  
Cuarto de baño de la habitación del Cherry Hospital.

- Espacios de socialización: Las salas de espera y las salas de visita

Las salas de espera y de visita presentan características

formales similares; su escala ligeramente más alta que la doméstica (aprox. 3,00 m), su envolvente de muros ortogonales con un amplio ventanal en uno de sus laterales y/o su compartimiento por medio de mamparas de cristal, permiten la constante interacción interior-exterior, una percepción de amplitud visual y, a su vez, genera diferentes áreas de socialización dentro de un mismo espacio, donde los pacientes y su núcleo de apoyo tienen la potestad de decidir el lugar que mayor comodidad e intimidad les represente durante su estadía.

La materialidad está compuesta por un falso techo de paneles acústicos en color blanco, con tramos registrables en los pasillos que los rodean; muros enlucidos blancos y suelos con pavimento porcelánico gris mate, en las salas de espera (fig. 77), o muros enlucidos grises y suelos de terrazo con varios tonos de grises en las salas de visita (fig. 78), representando superficies uniformes aptas para el alto tráfico dado en esta tipología espacial. Es importante resaltar que el tratamiento de las fachadas en algunos de los bloques, un acabado con aplacado de piedra natural, es replicado en parte del interior de las salas de visita, enmarcando las circulaciones horizontales y verticales de la obra. Los vidrios implementados en las mamparas y ventanales cuentan con perfilera metálica gris y son de alta resistencia, adecuados para su instalación en centros psiquiátricos.

**Fig. 77**  
Materialidad en sala de espera del Cherry Hospital.

Durante el día la luz natural accede constantemente





mediante la disposición de dichos ventanales en torno a los espacios de socialización, las circulaciones y los patios elevados (fig. 79). Los componentes de la iluminación artificial están integrados al falso techo, siendo resistentes al vandalismo y combinando focos de luz con paneles rectangulares LED, que poseen una temperatura de color neutra (4000 °K) para producir estados de actividad y concentración. El flujo de la ventilación natural se produce por la apertura de las puertas de cristal abatibles de los accesos, mientras que se complementa con el



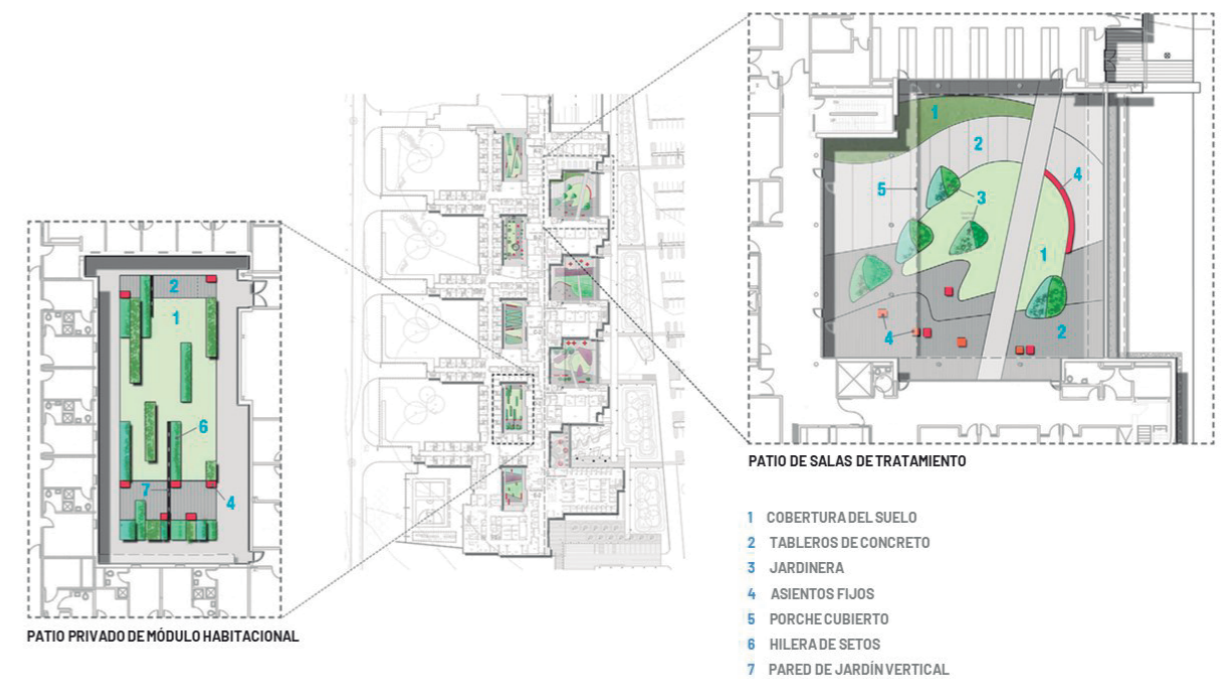
**Fig. 78**  
Materialidad en sala de visita del Cherry Hospital.

**Fig. 79**  
Iluminación natural en espacios de socialización del Cherry Hospital.

**Fig. 80**  
Patios del Cherry Hospital.



sistema de ventilación mecánica, cuyos ductos se reparten sobre el falso techo registrable. Para los arquitectos resultó clave lograr la transparencia, la luz y el contacto con la naturaleza a través del diseño, por lo que la vinculación de estos ambientes interiores con exteriores variados crea un entorno que fomenta la rehabilitación y el bienestar del paciente (Perkins&Will, s/f, p. 23). Al designar un paisajismo diferenciado a cada patio se promueve en los usuarios el sentido de orientación y la identificación de cada módulo dentro de un largo edificio cuyo exterior es reiterativo (figs. 80 y 81).



**Figura 81**  
Paisajismo en los patios del Cherry Hospital.

El mobiliario del hospital cuenta con la propiedad de ser sólido y/o suficientemente pesado a fin de dificultar su levantamiento para ocasionar daños, a la par de mantenerse en el tiempo. En las salas de espera se conforma por sillones individuales, con base estructural metálica, asientos y respaldo

acolchados, tapizados en una paleta de tonos tierra con patrones geométricos. Se organizan junto a mesas auxiliares rectangulares de madera, rodeando la mampara de cristal y enfrentándose unos con otros para propiciar la interacción. Se agregan otros muebles como un mostrador curvo en madera clara donde se ubica el personal de atención al público, entretenimiento a través de pantalla de TV, y plantas como elementos decorativos puntuales (fig. 82).



**Fig. 82**  
Mobiliario en sala de espera del Cherry Hospital.

En las salas de visita se establecen dos tipos de asiento, claramente diferenciados de un lado y otro de la mampara: uno colectivo compuesto por un sofá de dos plazas con base en madera oscura y tapicería en semicuerdo, dispuesto en fila junto a otros similares y mesas auxiliares redondas hechas en madera; y un asiento individual con base metálica, tapizado en tonos tierra, vinculado con una mesa rectangular, también de estructura metálica y de canto plástico biselado para evitar lesiones. Se adicionan a las paredes una pantalla de TV empotrada, y cuadros colgados magnéticamente con fotografías de la naturaleza de Carolina del Norte tomadas por el personal médico. Para la señalética, se integran en los techos carteles luminosos LED indicando la localización de las salidas de emergencia, y placas metálicas de acero inoxidable con el nombre de cada zona (fig. 83).



**Fig. 83**  
Mobiliario en sala de visita del Cherry Hospital.

- Espacios de asistencia: La estación de enfermería

Debido a la configuración en cruz de los bloques habitacionales, las estaciones de enfermería se ubican estratégicamente en sus intersecciones y están conformadas por módulos rectangulares con cerramientos en dos de sus laterales de mamparas de cristal y puertas abatibles acristaladas hacia los pasillos, manteniendo de este modo la visibilidad hacia los dormitorios y los espacios comunes. Tienen una escala doméstica (aprox. 2,60 m) y una pared completa de fondo sobre la cual se encuentra el equipo de monitoreo y el mobiliario de almacenamiento, necesario para la ejecución de sus labores.

Como ocurre con la materialidad de los espacios de recuperación, la pared de servicio y el falso techo acústico son de color marfil, en cambio, los suelos y zócalos en terrazo se presentan en pavimento de terrazo de un tono más claro. Tanto las mamparas de cristal, con base en paneles hechos de madera y perfiles metálicos grises, como las puertas de la envolvente cuentan con vidrio templado, garantizando la seguridad del personal médico. Incorporado a este cerramiento se ubica perimetralmente una barra alta de atención en porcelánico gris. El mobiliario de almacenamiento, que se encuentra fijo a la pared, consiste en cajones con puertas delanteras en MDF, con posibilidad de ser cerrados bajo llave, tiradores metálicos y encimera de porcelánico gris, por razones de durabilidad y fácil limpieza. Estos materiales se replican en los módulos contenedores superiores que se combinan con estanterías y que poseen rotulación identificadora (fig. 84).

Por su localización en el programa arquitectónico, carecen de ventanas comunicadas con el exterior, por lo que la iluminación natural de las estaciones se produce de manera indirecta a través de los tramos acristalados en torno a los patios internos y demás espacios de socialización. Esto es complementado por los focos LED empotrados en el falso techo y los gabinetes retroiluminados, que aportan una iluminación artificial suficiente sobre las superficies de trabajo, con una tonalidad ligeramente cálida a neutra (entre los 3000 °K a 4000 °K). Dichas características condicionan a su vez la dependencia de las estancias con el sistema de ventilación mecánica oculto por el falso techo registrable.

En cuanto al mobiliario, además del mueble contenedor antes descrito, se presentan un conjunto de escritorios rectangulares con sobre en MDF gris y estructura metálica, sillas regulables en tapicería de tela gris y base giratoria con ruedas, y ordenadores de sobremesa, además de accesorios de oficina como



**Fig. 84**  
Materialidad en estación de enfermería del Cherry Hospital.

bandejas y organizadores de archivos. Conviene resaltar que, en diversos puntos fuera de las estaciones, se integran a las circulaciones bancadas de madera, a modo de *nichos*, donde el personal médico puede leer o descansar momentáneamente con visuales hacia el entorno natural, o establecer interacciones con los pacientes, en un lugar que puede facilitarles cierta privacidad dentro de un entorno público (fig. 85). La señalética implementada es similar a la existente en los espacios de socialización. Para las salidas de emergencia se emplean carteles luminosos en el techo y para la distinción de cada módulo se fijan en las paredes placas metálicas grabadas de acero inoxidable.



**Fig. 85**  
Nichos en pasillos del Cherry Hospital.

#### 4.2.5. Caso de estudio australiano: Centro de Salud Mental Nepean



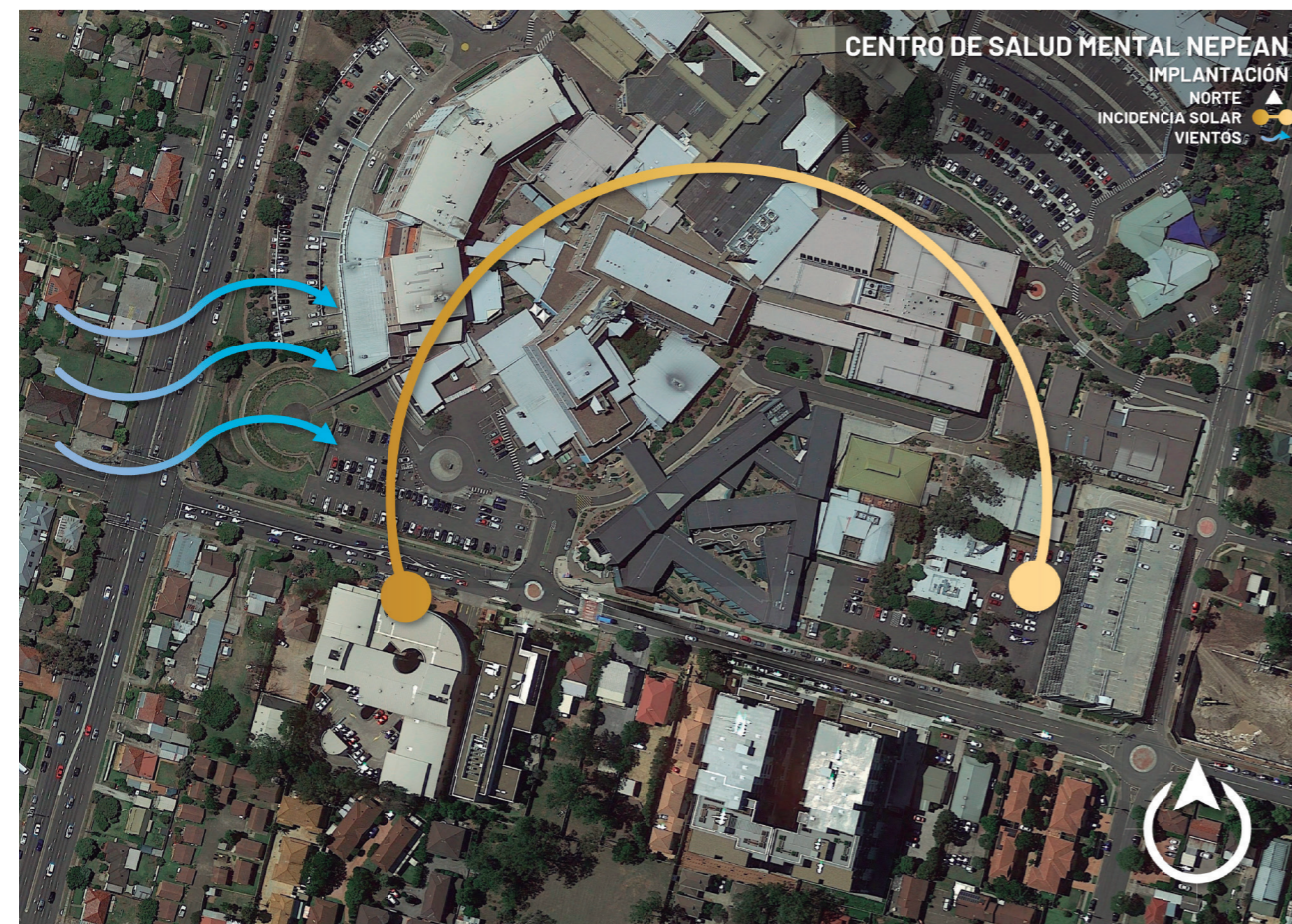
**Fig. 86**  
Centro de Salud Mental Nepean.

El Centro de Salud Mental Nepean en Penrith, Nueva Gales del Sur, Australia, es concebido como otro ejemplo de transformación de los entornos psiquiátricos tradicionales hacia atmósferas centradas en la recuperación mediante el diseño y la creación de un sentido de humanidad y propiedad (Wood Bagot, s/f, § 1). Inspirándose en la anatomía del cerebro humano que se encuentra contenido dentro del cráneo, el estudio de arquitectura ha diseñado el complejo asistencial con una robusta envolvente exterior, a modo de escudo, dirigida al dominio público; mientras que el interior sosegado e interconectado propicia la interacción entre usuario y paisaje. El duro exterior revestido con láminas de metal y vidrio se relaciona con los edificios adyacentes del hospital y contrasta con la sensación no institucional de los interiores y de los patios internos (Wood Bagot, s/f, § 1), los cuales cuentan con fachadas de paneles prefabricados pigmentados en verde con un patrón grabado de plantas de bambú, y, a su vez, por medio de las especies vegetales que componen el paisajismo, expresan crecimiento y regeneración con el paso del tiempo.

La relación visual interior y exterior; el abundante acceso de luz natural, el respeto por la escala humana, la definición de una circulación pública, semipública y privada legibles, y la vinculación con espacios recreativos al aire libre, fueron las principales

condicionantes que el equipo del proyecto y de la infraestructura de salud de Nueva Gales del Sur establecieron para la creación de un esquema que representara en los pacientes la noción de hogar y que evitase la confrontación o la intimidación en los mismos; dividiéndose así en tres unidades clínicas para la atención de casos agudos, de alta dependencia y de cuidado al adulto mayor, cada una con sus respectivos patios.

Insertado dentro del campus del existente Hospital Nepean, la propuesta forma parte del proceso de expansión de las antiguas instalaciones en diversas etapas. De acuerdo con su implantación, la fachada sur constituye la más pública y de menor altura a fin de corresponderse con el contexto residencial colindante; siendo las fachadas norte, este y oeste las que responden a la escala cívica de los edificios asistenciales próximos. La disposición de las fachadas más largas hacia el oeste y el este permite la protección de la incidencia solar directa del norte, al igual que el aprovechamiento de los vientos predominantes del oeste a través del volumen más alargado. La composición del centro está formulada para adaptarse a la topografía en pendiente de la parcela, estableciendo así una tipología de volúmenes fragmentados y patios escalonados (fig. 87).



**Fig. 87**  
Implantación Centro de Salud Mental Nepean.

Las unidades clínicas anteriormente mencionadas y que definen el programa arquitectónico se organizan en los bloques intermedios siguiendo un esquema de "V", donde los dormitorios se distribuyen a lo largo de los volúmenes diagonales mientras que las estaciones del personal médico se localizan en las intersecciones, facilitándoles la vigilancia y la visibilidad óptimas requeridas, y separando espacialmente las habitaciones de las áreas más públicas al oeste. Con tres niveles de altura posee una capacidad total de sesenta y cuatro habitaciones, de las cuales cuarenta y cuatro se destinan para casos agudos y de alta dependencia, y veinte son designadas para pacientes geriátricos, todas separadas de acuerdo al género; complementándose con un programa ambulatorio y salas de tratamiento dispuestos al este del conjunto. Se generan tres accesos diferenciados y unidos por una circulación pública interna en el volumen más alargado: acceso principal y vinculado por una vía peatonal con el recinto de salud contiguo al oeste; accesos peatonales secundarios al norte y el sur, y un acceso vehicular al sur (fig. 88).

**Fig. 88**  
Zonificación general del Centro de Salud Mental Nepean, con la tipología de espacios para el análisis.



- Espacios de recuperación: La habitación individual

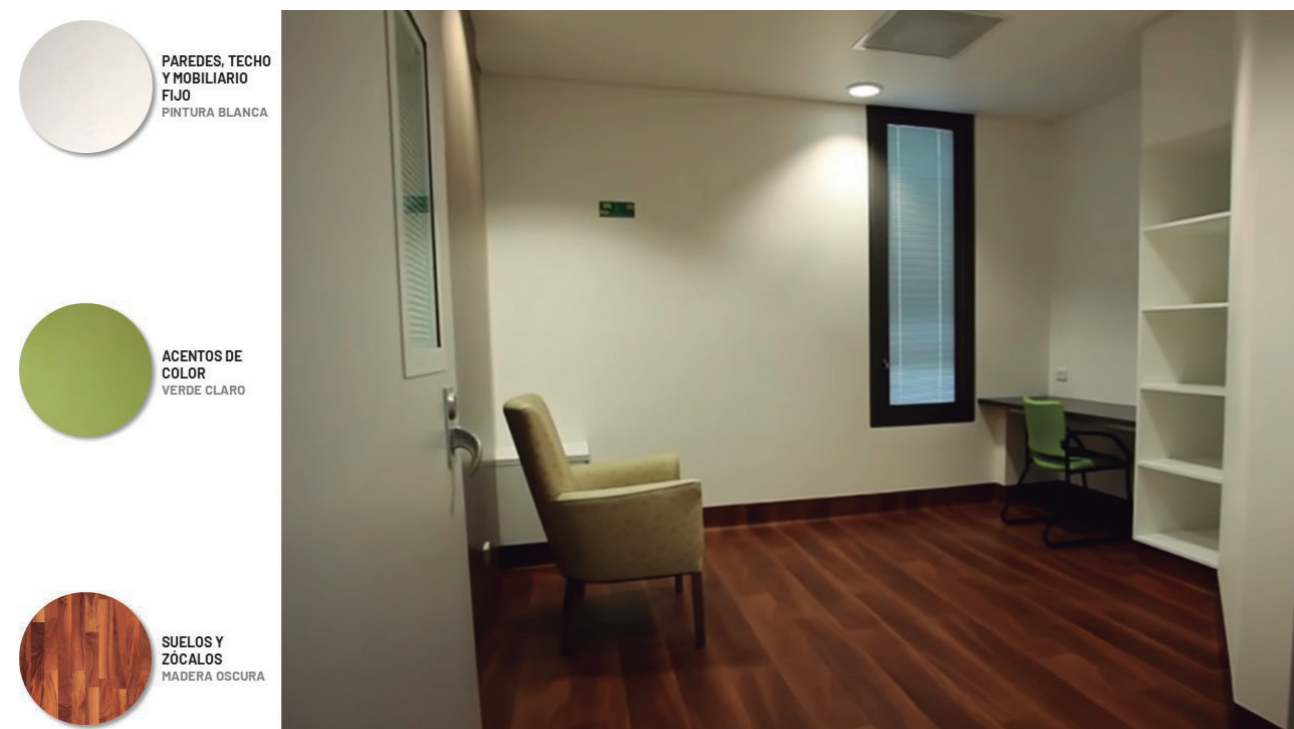
En líneas generales las habitaciones cuentan con una geometría ortogonal y una escala doméstica (aprox. 2,60 m); algunas poseen una comunicación directa a un baño privado en uno de sus muros laterales, y otras con baños compartidos en forma de

medio decágono cuyo acceso se da desde el pasillo de circulación central.

El techo y las paredes enlucidas son de color blanco, definiendo una superficie neutra donde se pueden reflejar homogéneamente los rayos de luz, y contribuyendo en la percepción de amplitud espacial en los pacientes. En contrapunto, los suelos de hormigón y los zócalos revestidos con laminado de madera oscura le aportan mayor calidez, disimula las imperfecciones ocasionadas por el constante uso, además de brindar sus propiedades como aislamiento acústico. El acceso a la habitación presenta una puerta batiente de acero de seguridad en color blanco, ventana plomada y manilla metálica antiatadura. Estas características son replicadas para la puerta batiente de ingreso al cuarto de baño, sin la ventana plomada. Con respecto a las aberturas, cada habitación posee al menos una ventana alargada con un solo paño oscilobatiente, perfilaría de aluminio negro y sistema ajustable de persianas blancas exteriores, cuyas visuales se dirigen hacia el paisajismo de los patios internos (fig. 89).

Para el baño, carente de comunicación con el exterior del edificio, se han diseñado techo y paredes también blancas en combinación con tramos pintados de verde claro, tonalidad que se repite en diversos elementos del complejo; en cambio, el suelo y los zócalos tienen un acabado en pavimento de terrazo gris oscuro.

**Fig. 89**  
Materialidad en habitación individual del Centro de Salud Mental Nepean.

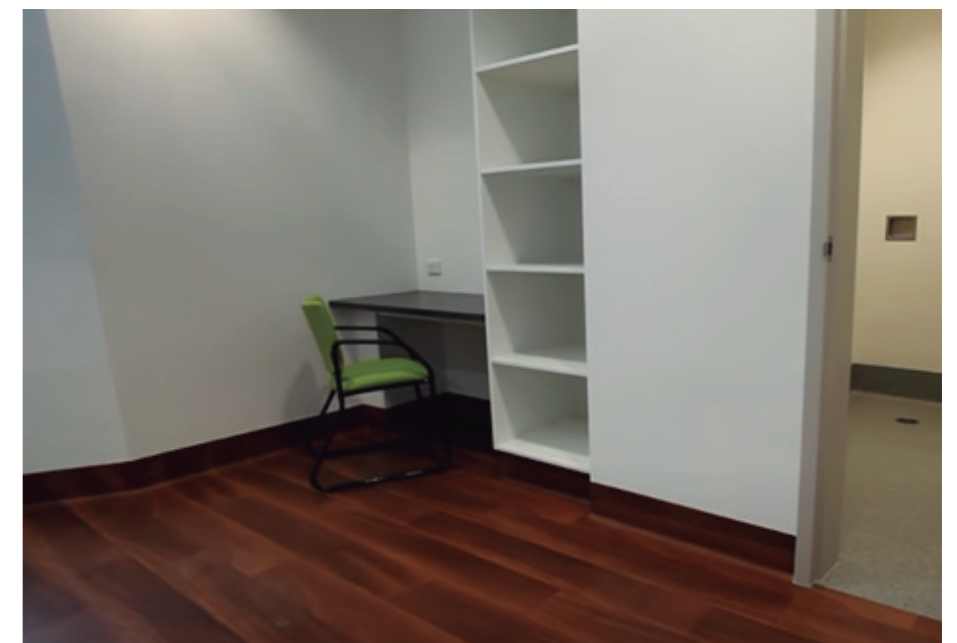


Por su configuración, la luz solar y la ventilación natural ingresan de manera matizada a las habitaciones por medio de las ventanas oscilobatientes de la envolvente, propiciando así condiciones de confort adecuadas para el clima templado y con una temperatura moderada del aire, propio de Penrith. Por propósitos de seguridad, los focos que proporcionan la iluminación artificial de una tonalidad ligeramente cálida (3000 °K), y las rejillas del sistema de ventilación mecánica se encuentran empotrados al techo, evitando elementos colgantes dentro de las estancias. La perspectiva de los patios y las áreas de recreación al aire libre tiene presencia en todos los dormitorios puesto que se entiende la importancia del contacto visual con la naturaleza como parte del tratamiento particular del paciente psiquiátrico.

El mobiliario fijo diseñado en cada habitación se compone de una mesa (escritorio), con sobre hecho en MDF gris oscuro, y un contenedor (repisas) de suelo a techo en color blanco, embebidos en una de las paredes laterales junto con el acceso al baño, y cuyas superficies lisas desprovistas de ornamentación le confieren un estilo minimalista. Dicho escritorio se vincula a una silla con asiento y respaldo en polipropileno de color verde claro, y base metálica negra. El resto del espacio queda disponible para la ubicación de la cama y otros muebles complementarios, como un sillón y una mesa auxiliar con cajones de almacenamiento, ambos en tonos claros (fig. 90).

El conjunto de piezas sanitarias que equipan el cuarto de baño sigue los lineamientos de sencillez y seguridad que se aplican

**Fig. 90**  
Mobiliario en habitación individual del Centro de Salud Mental Nepean.





en el acondicionamiento del núcleo habitacional, por lo que se instalan manillas y barandillas antiataduras en torno al inodoro y al lavabo, e, igualmente, se eliminan cerramientos como cortinas o mamparas para la ducha con el objeto de evitar accidentes (figs. 91 y 92).

**Fig. 91**  
Cuarto de baño de la habitación individual del Centro de Salud Mental Nepean.



**Fig. 92**  
Manillas de grifo antiataduras en el cuarto de baño.

- Espacios de socialización: La sala de visita

La sala de visita está relacionada directamente con la estación de enfermería, de muros con formas orgánicas; así pues, este espacio se encuentra definido geoméricamente por las circulaciones periféricas, que llevan a los bloques habitacionales del este y el sur, y a la recepción por el oeste. Cuenta con dos grandes ventanales hacia el exterior abiertos a los patios internos

del complejo, así como también una escala doméstica (aprox. 2,60 m).

Se repiten las paredes y el techo continuo blancos, color también empleado para cubrir las columnas circulares, en contraste con el verde claro aplicado en las paredes externas de la estación de enfermería. Los zócalos de estos muros tienen un acabado en pintura de resina acrílica negra, por su parte el suelo de hormigón cuenta con pavimento de terrazo en dos tonalidades de gris, una clara y una oscura, siguiendo patrones semicirculares que delimitan las zonas de interacción más activa o pasiva. Los perfiles de los ventanales y puertas acristaladas con vidrio templado, para garantizar la seguridad de los pacientes y sus visitantes, son de aluminio en color negro (fig. 93).

**Fig. 93**  
Materialidad en sala de visita del Centro de Salud Mental Nepean.



Gracias a dichos ventanales se logra una estrecha comunicación visual y funcional con el exterior, por lo que la luz solar y la ventilación natural son dos constantes en esta tipología espacial. Para suplementar los requerimientos de iluminación interior se distribuyen un conjunto de focos LED circulares con una temperatura de color neutra (4000 °K) y con diferentes dimensiones, los más grandes sobre los puntos de reunión y los más pequeños sobre los pasillos, empotrados al techo junto a las rejillas metálicas del sistema de ventilación mecánica. La intención de los arquitectos fue trasladar la flexibilidad y la fluidez de estas salas hacia los patios para que representaran por igual áreas de

socialización o reflexión introspectiva (fig. 94). Estos patios internos terapéuticos facilitan conectividad visual e involucran a los usuarios con un paisajismo que cambia por el paso del tiempo, lo que permite que la regeneración se vuelva visiblemente tangible (Wood Bagot, s/f, párr. 4). Asimismo, tomando en cuenta que el color y el aroma pueden estimular el proceso de curación, el paisajismo tiene un carácter familiar y orgánico con un tapiz de plantas más varios caminos serpenteantes, de acuerdo con el nivel de tratamiento de los respectivos patios (Woods Bagot, 2010, p. 14).



**Fig. 94**  
Patios del Centro de Salud Mental Nepean.

Referente al mobiliario, se agrupan dos tipos de asientos con tapizado acolchado en tonos tierra. Los asientos individuales consisten en sillas de estructura metálica pintada en color gris y reposabrazos en madera clara, vinculadas a mesas redondas con sobre hecho en madera clara y base metálica gris; o, en cambio, por sillones con patas en madera clara relacionados con sofás de dos plazas que presentan las mismas características, como asiento colectivo, y con mesas auxiliares redondas de madera clara. Estos muebles poseen un estilo básico y atemporal, ligeros y de fácil movilidad que permite diferentes configuraciones de acuerdo con los grupos de usuarios, o su desplazamiento a otras áreas cuando las actividades así lo requieran. Para la señalética se manejan carteles luminosos LED a nivel de techo indicando las salidas de emergencia del proyecto (fig. 95).



**Fig. 95**  
Mobiliario en sala de visita del Centro de Salud Mental Nepean.

- Espacios de asistencia: La estación de enfermería

Al ubicarse en las intersecciones de los volúmenes, la forma de este espacio sigue un diseño orgánico en los muros relacionados con las áreas de socialización, y ortogonal en los muros de fondo comunicados con las demás áreas destinadas al personal médico, dando como resultado una geometría irregular. La escala doméstica (aprox. 2,60 m) sigue siendo común para la estación de enfermería, la cual además cuenta con aberturas acristaladas que posibilitan la visibilidad tanto de la sala de visita como de los bloques habitacionales.

Para la materialidad también diseñaron paredes y techo blancos, así como suelo y zócalos con revestimiento en terrazo gris. Las mamparas de cristal de las aberturas, con vidrio templado, se disponen en la pared de formas curvas, al igual que ocurre con el mobiliario de escritorio fijo construido a medida en color blanco. La puerta batiente que comunica la enfermería con las circulaciones es de acero de seguridad en color gris (fig. 96).

Puesto que no cuentan con ventanas directas hacia el exterior del edificio, la luz natural accede de manera indirecta por medio de los tramos acristalados enfrentados a los ventanales que rodean los espacios de socialización y las circulaciones. Igualmente, los focos LED circulares integrados al techo, ubicados sobre las superficies de trabajo, permiten dotar de un grado de iluminación adecuada que, por su tonalidad neutra (4000 °K), promueve la actividad y la concentración para las funciones a realizar por el personal médico. Por su parte, la ventilación de estas estancias se encuentra supeditada al empleo de la ventilación mecánica a través de las rejillas incorporadas al techo.

Los criterios de simplicidad y funcionalidad, que son manejados para el resto del mobiliario encontrado en el proyecto, son aplicados para los muebles de la enfermería; los cuales están conformados por sillas regulables en tapicería de tela negra y base giratoria con ruedas, y ordenadores de sobremesa vinculados al escritorio fijo perimetral (fig. 97). Otros equipos de monitoreo y auxiliares, así como la señalética de placas metálicas grabadas de acero inoxidable, son dispuestos en los muros laterales y de fondo de la estación.

**Fig. 96**  
Materialidad en estación de enfermería del Centro de Salud Mental Nepean.



**Fig. 97**  
Mobiliario en estación de enfermería del Centro de Salud Mental Nepean.



### 4.3. CUADRO COMPARATIVO DE CASOS DE ESTUDIO

**Tabla 3**

Cuadro comparativo de casos de estudio.

		CASOS DE ESTUDIO					LINEAMIENTOS COMUNES
		Hospital Psiquiátrico Vejle	Centro Psicopedagógico de Osona	Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica	Cherry Hospital	Centro de Salud Mental Nepean	
		Vejle, Dinamarca	Vic, España	Date, Hokkaido, Japón	Goldsboro, Estados Unidos	Penrith, Australia	
TIPOLÓGIA ESPACIAL	<b>R e c u p e r a c i ó n</b>	Habitaciones individuales con cuartos de baño privados. Escala doméstica. Espacios ortogonales. Paredes y techo blancos. Suelo de linóleo gris. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Comunicación visual con la naturaleza. Calefacción por radiadores empotrados en pared. Mobiliario fijo (escritorio, armario y nicho de lectura) vinculado a ventanas. Piezas sanitarias básicas en cuarto de baño.	<b>Tipología híbrida (recuperación y asistencia)</b> Posibilidad de compartimentación espacial. Escala doméstica. Techo abovedado de láminas corrugadas de acero lacado. Paredes de bloques de hormigón vistos y divisiones superiores con vidrios laminados blancos opacos. Suelo de terrazo color marfil. Carpinterías y zócalos de madera de pino. Ductos de instalaciones expuestos. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Comunicación visual y funcional con la naturaleza; con porches invernaderos y huertos como terapia ocupacional. Mobiliario básico y de fácil desplazamiento. Señalética personalizada por los pacientes.	Habitaciones infantiles compartidas. Escala doméstica. Espacios ortogonales. Dimensiones reducidas. Paredes y techo blancos. Suelo de madera de pino. Aislamiento térmico en paredes, techo y suelo. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el equipo asistencial. Comunicación visual con la naturaleza. Mobiliario básico en madera de pino. Posibilidades de personalización.	Habitaciones individuales y compartidas con cuartos de baño privados. Escala doméstica. Espacios ortogonales. Paredes y techo en color marfil. Suelo y zócalos en terrazo gris. Luz y ventilación natural parciales. Comunicación visual con la naturaleza. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Mobiliario fijo de almacenamiento hecho en madera. Piezas sanitarias básicas en cuarto de baño. Elementos antiataduras.	Habitaciones individuales con cuartos de baño privados o compartidos. Escala doméstica. Espacios ortogonales. Paredes y techo blancos. Suelo y zócalos con laminado de madera oscura. Acetos de color verde claro. Luz y ventilación natural parciales. Comunicación visual con la naturaleza. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Mobiliario fijo (escritorio y contenedor) vinculado a pared lateral. Piezas sanitarias básicas en cuarto de baño. Elementos antiataduras.	Escala doméstica. Espacios ortogonales. Paredes y techos en tonos claros. Suelos oscuros en materiales resistentes y superficie continua. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Comunicación visual con la naturaleza. Mobiliario fijo de mesa y almacenamiento. Mobiliario complementario básico. Piezas sanitarias básicas en cuarto de baño con elementos antiataduras y carentes de mamparas o cortinas interiores.
	<b>S o c i a l i z a c i ó n</b>	Escala doméstica y dobles alturas. Espacios diáfanos. Techo acústico gris. Cerramientos parciales por celosía en madera clara. Suelo de linóleo rojo. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Transparencia por ventanales perimetrales. Comunicación visual y funcional con la naturaleza. Calefacción por radiadores periféricos. Mobiliario básico y atemporal, de fácil desplazamiento. Elementos artísticos referenciales. Señalética convencional.	Escala doméstica. Techo abovedado de láminas corrugadas de acero lacado. Paredes de bloques de hormigón vistos y divisiones superiores con vidrios laminados blancos opacos. Transparencia por mamparas acristaladas. Suelo de terrazo color marfil. Carpinterías y zócalos de madera de pino. Ductos de instalaciones expuestos. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Comunicación visual y funcional con la naturaleza. Mobiliario fijo hecho en madera de pino y aglomerado en la recepción y mobiliario básico y de fácil desplazamiento en cafetería. Señalética personalizada por los pacientes.	<b>Tipología híbrida (socialización y asistencia)</b> Doble altura y escala doméstica en nichos. Espacios diáfanos de geometría irregular. Techo cubierto por lamas de madera blanca. Paredes blancas. Suelo de madera de pino. Escaleras y pasarelas en madera de pino y laurel japonés. Sistema de calefacción por suelo radiante. Aislamiento térmico en paredes, techo y suelo. Iluminación natural constante. Ventilación natural parcial. Iluminación y ventilación artificial controlables por el equipo asistencial. Comunicación visual controlada con la naturaleza por planchas de vidrio flotado entre los volúmenes. Mobiliario básico en madera de pino. Señalética convencional.	Escala doméstica. Espacios ortogonales. Paredes y techo en tonos claros o grises. Aplacado de piedra natural para las circulaciones. Suelo en porcelánico o terrazo gris. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Compartimentación por mamparas acristaladas. Transparencia por ventanales perimetrales. Comunicación visual y funcional con la naturaleza. Mobiliario sólido y pesado. Señalética convencional.	Escala doméstica. Paredes y techo blancos. Suelo en terrazo gris. Acetos de color verde claro. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Transparencia por ventanales perimetrales. Comunicación visual y funcional con la naturaleza. Mobiliario básico y de fácil desplazamiento. Señalética convencional.	Escala doméstica y dobles alturas. Paredes y techos en tonos claros. Suelos en materiales resistentes. Materiales con propiedades de aislamiento acústico. Luz y ventilación natural presentes. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Transparencia por ventanales perimetrales. Comunicación visual y funcional con la naturaleza. Mobiliario básico y atemporal. Señalética convencional.
	<b>A s i s t e n c i a</b>	Escala doméstica. Espacios ortogonales. Techo acústico gris. Paredes blancas. Suelo de linóleo gris. Iluminación natural directa e indirecta. Ventilación natural parcial. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Visibilidad matizada por paneles de colores semitransparentes en consultorios. Visibilidad directa por mamparas acristaladas en estaciones de enfermería. Calefacción por radiadores empotrados en pared. Mobiliario tipo nicho en los accesos de los consultorios y mobiliario básico de oficina en estaciones de enfermería. Señalética convencional.	---	---	Escala doméstica. Espacios ortogonales. Paredes y techo en color marfil. Suelo y zócalos en terrazo gris. Iluminación natural indirecta. Ventilación natural parcial. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Visibilidad directa por mamparas acristaladas. Mobiliario básico de oficina. Mobiliario fijo de almacenamiento en MDF gris y módulos retroiluminados. Mobiliario tipo nicho en las circulaciones. Señalética convencional.	Escala doméstica. Espacios de geometría irregular. Paredes y techo blancos. Suelo y zócalos en terrazo gris. Iluminación natural indirecta. Ventilación natural parcial. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Visibilidad directa por mamparas acristaladas. Mobiliario básico de oficina. Mobiliario fijo perimetral (escritorio) construido a medida. Señalética convencional.	Escala doméstica. Paredes de servicio y techos en tonos claros. Suelos oscuros en materiales resistentes y superficie continua. Cerramientos con mamparas acristaladas que posibilitan la visibilidad directa a las unidades habitacionales. Iluminación natural indirecta. Ventilación natural parcial. Iluminación y ventilación artificial controlables por el usuario. Mobiliario básico de oficina y mobiliario fijo a medida (escritorio o nichos). Señalética convencional.

## 5. CONCLUSIONES

Con la presente investigación se ha planteado el objetivo general de estudiar el alcance de la *humanización*, desde la óptica del diseño interior en el ámbito de los servicios de asistencia médica. Sus principales aportes, como ha podido observarse en el análisis de casos contemporáneos, posibilitan la proyectación de propuestas que poseen el potencial de mejorar no sólo la consecución de los requerimientos funcionales y técnicos presentes en los entornos de atención psiquiátrica, sino que además pueden promover la sensación de *bienestar* en sus usuarios. Éste es, sin duda, un factor clave en los procesos de sanación que se confía que se lleven a cabo en estas infraestructuras, contemplando a los pacientes, su núcleo de apoyo y el personal sanitario por igual.

En cada cultura, el valor concedido a los aspectos perceptivos y terapéuticos ha ido incrementándose a lo largo de la historia. Hasta el punto de convertirse en el principal determinante en la evolución de los modelos iniciales, más relacionados con cárceles que con establecimientos sanitarios, para aproximarse a entornos con una imagen predominantemente doméstica y acogedora, conformando atmósferas de sanación donde más allá de vigilar y excluir, se busca cuidar y respetar al ser humano.

Asimismo, la perspectiva de las sociedades enfocada sobre la importancia de una adecuada salud mental y los trastornos que pueden llegar a afectarla sigue en constante transformación con el transcurso del tiempo y los avances tecnológicos. A ello se une que, de acuerdo con las cifras mundiales de la OMS (2022, pp. 2-3), la prevalencia de enfermedades psicopatológicas, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar o la esquizofrenia, continúa en aumento en las últimas décadas, aumentando su importancia tanto a nivel económico como social. Por tanto, la arquitectura, como envolvente contenedora de dicho ámbito de actividad y funciones asociadas, está y deberá seguir presentando a su vez notables modificaciones que, en mayor o menor medida, conllevan la comprensión de las necesidades intrínsecas del usuario y cómo la calidad del espacio que lo rodea influye sobre sus acciones y decisiones. Se genera así un lenguaje arquitectónico más reflexivo

y humano, donde la estrecha interacción *habitante-hábitat* resulta decisiva.

Esta relación entre lo interno y lo externo es fundamental para la naturaleza humana y, por ende, esencial para todo diseño. Se aborda mejor a través del espacio interior, cuyas propiedades y escala deben relacionarse con el cuerpo, la mente y el espíritu humanos. El interior que hemos establecido debe reconocerse no solo como una zona de interacción física sino también como una fuente de efectos psicológicos, sociales y emocionales (Caan, 2011, p. 38). En el transcurso del trabajo se han podido contemplar las principales características y elementos espaciales a través de los cuales es posible abordar la *humanización* y el *bienestar*, respaldando la autonomía, las interacciones sociales, los límites personales, el confort y la apropiación. Factores todos ellos que intervienen en el desenvolvimiento saludable de los seres humanos.

Cabe destacar que garantizar un apropiado grado de seguridad es, quizá, el común determinante en la configuración de los centros de salud mental desde el origen de esta tipología hospitalaria, existiendo una delicada línea entre proteger y coaccionar. Así pues, los componentes estructurales relacionados con la estabilidad de la integridad física de pacientes y personal sanitario deben pasar, en la medida de lo posible, desapercibidos, a fin de favorecer, en lugar de la contención forzosa, la capacidad de autocontrol en el paciente psiquiátrico. Por ello, no deben interferir en la generación de un ambiente tranquilizador, ya sea a través de la disminución de los elementos con connotaciones carcelarias o mediante la incorporación de equipamientos con propiedades antiataduras.

La pertinencia de todas las propuestas arquitectónicas estudiadas parten de la colaboración en su diseño de equipos multidisciplinares. Es decir, la consideración de puntos de vista entre arquitectos, profesionales en la rama de psiquiatría y pacientes que han hecho uso de otras instituciones similares. Se pretende, de esa manera, una coherencia entre el apoyo asistencial y las condiciones ambientales propicias creadas para prestar dicho apoyo, con las que no contaban previamente. Resulta necesario poner atención en el poder de la participación para el desarrollo de nuevos modelos adaptables a las exigencias y perspectivas socioculturales actuales en torno a la salud mental. Asimismo, a partir de esta investigación se puede deducir un compendio de recomendaciones a implementar en el ámbito proyectual, basadas en la comparación de los lineamientos comunes entre los casos

seleccionados y la información recopilada durante el proceso. De acuerdo con la categorización espacial correspondiente al enfoque de cada tipo de usuario, dichas recomendaciones han sido clasificadas para: espacios de recuperación (enfoque paciente), de socialización (enfoque núcleo de apoyo del paciente), y de asistencia (enfoque equipo médico). Adicionalmente, se presenta un apartado dedicado a los espacios exteriores e intermedios, debido a que, en numerosas ocasiones, se trata de un espacio de intersección que contribuye tanto a las tareas de recuperación como a las de socialización o asistencia.

#### - Espacios de recuperación

Los espacios de recuperación se encuentran conformados por las unidades habitacionales de uso individual o compartido. En ellos resulta aconsejable liberar las paredes y el techo de accesorios colgantes o intrusivos, configurándose por medio de un mobiliario básico y compacto; con focos de luz artificial empotrados y rejillas para sistemas de calefacción y/o ventilación mecánica integrados a nivel de techo, que dificulten su fragmentación o desmantelamiento con fines autolesivos. Este interior libre permite a su vez que existan posibilidades de personalización, fomentando la noción de hogar y su apropiación por parte de los pacientes.

Tanto el manejo de una escala doméstica, como el empleo de tonalidades neutras o poco saturadas para la envolvente (paredes y techo) en combinación con suelos oscuros, constituyen lineamientos comunes entre los casos de estudio. Los pavimentos suelen ser de acabado mate para impedir el reflejo constante de luces indirectas, en materiales resistentes aptos para el alto tráfico y con propiedades de aislamiento acústico. Además, se pudo apreciar que la paleta de colores empleada en estos espacios de recuperación permite la clara diferenciación entre elementos inmuebles y muebles, o entre componentes horizontales y verticales.

Por lo general, se prefieren muebles fijos al suelo y a la pared o de obra, con bordes romos y superficies continuas, que sirvan como mesa (escritorio) o contenedor (armario o repisas), tal es el caso de los dormitorios presentes en el Hospital Psiquiátrico Vejle en Dinamarca y en el Centro de Salud Mental Nepean en Australia. Conviene enfatizar la adaptación de mobiliario tipo *nichos* a los muros, dentro y fuera de las habitaciones, como recurso para brindar un *microespacio*, percibido como de mayor intimidad o

privacidad, donde el paciente y su cuidador pueden interactuar al margen de un espacio más amplio y aun así conservar la visibilidad del conjunto. En Vejle estos nichos se repiten para los espacios de asistencia, al igual que en el *Cherry Hospital*, en Estados Unidos, para las circulaciones. Otros muebles complementarios, ya sean asientos o mesas auxiliares, han de ser de material plástico, completamente tapizados y/o carentes de partes desmontables, así como de fácil mantenimiento y limpieza.

Se sugieren carpinterías de construcción sólida; por una parte, puertas correderas o batientes con manillas antiataduras, carentes de mecanismo de cierre desde el interior, y con apertura exterior para evitar la obstaculización de la entrada a las habitaciones del personal asistencial, contando igualmente con un vano protegido mediante cristal de seguridad que facilite las labores de observación y control de los pacientes psiquiátricos. Por otra parte, ventanas de un solo paño oscilobatiente con apertura controlada, cuyo sistema de persianas de cajón exterior contribuya a eliminar cortinas y barras que representen un posible riesgo para la seguridad del paciente o de otros usuarios. Se ha podido contrastar que en los referentes ubicados en zonas climáticas con temperaturas constantes más bajas, es decir, en el de Vejle, Dinamarca y en el Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica de Hokkaido, Japón, se cuenta con cortinas interiores en lugar de persianas; en cambio, para aquellos implantados en zonas climáticas templadas, como en el de Goldsboro, Estados Unidos y el de Penrith, Australia, se presenta lo contrario, demostrándose la adaptación de estos espacios a las condicionantes físico-ambientales particulares de su entorno y, probablemente, a los sistemas de control ambiental de uso más habitual por parte de la industria local.

El ingreso de la luz y la ventilación natural, además de una comunicación visual directa con la naturaleza, se vuelven aún más importantes dentro de esta tipología espacial. Incluso en el análisis singular del caso del Centro Psicopedagógico de Osona en España, referente que carece de habitaciones, son los recursos que tienen mayor presencia en la conformación de sus interiores. De igual manera, un desarrollo principalmente horizontal con una escala doméstica y cuyas circulaciones consideran usuarios con diferentes grados de movilidad; reduciendo las esquinas y los puntos ciegos que dificultan la vigilancia, y aminorando el uso de barreras arquitectónicas, son factores considerados fundamentales alrededor de estos espacios.

Por ello, es recomendable optar por configuraciones que

permitan conseguir unas visuales más acotadas y abarcables, especialmente en las circulaciones y los espacios ocupados por los pacientes; al tiempo que faciliten su relación con los controles de enfermería. Suele ser conveniente situar las habitaciones a ambos lados de los pasillos, agrupadas por edad, género o tipología de enfermedad mental en conjuntos pequeños, para conseguir un mejor grado de supervisión por parte del personal asistencial.

Otro factor importante, vinculado a la autonomía y al confort perceptual, es la regulación de componentes básicos del acondicionamiento interior por parte de los usuarios, como puede ser la iluminación artificial o la temperatura. En estas características, destaca el caso de Vejle, Dinamarca, entre los referentes analizados, puesto que en las habitaciones se encuentran integrados controles lumínicos vinculados a la terapia de luz de colores o *cromoterapia*, con la cual es posible tratar alteraciones en los estados anímicos y/o conservar el ritmo circadiano natural de los pacientes.

En cuanto a los cuartos de baño, también han de eliminarse los cerramientos de duchas por mamparas o cortinas, dejando libre el ambiente de objetos que puedan usarse como puntos de amarre. Este criterio de seguridad debe replicarse en el diseño de otros elementos, como grifos o apliques, que por su forma o altura dificulten comportamientos destructivos. Las piezas sanitarias básicas ancladas a los muros (lavabo, inodoro y ducha), que en la medida de lo posible sean compactas y sin tapones o cadenas, han de minimizar la conformación de recovecos en los cuales se puedan esconder objetos contundentes o no permitidos. La materialidad para las paredes y el suelo debe ser antideslizante, con un adecuado sistema de drenaje y de rápida limpieza. Para aquellos baños que sean de uso compartido, al igual que las unidades habitacionales, han de separarse por géneros, con el objeto de afianzar la privacidad y minimizar posibles eventos que comprometan la seguridad sexual; como ocurre en el referente de Penrith, Australia.

#### - Espacios de socialización

Los espacios de socialización incluyen la recepción, el vestíbulo, las salas de visita y otras zonas de uso común. Se considera adecuado el diseño de espacios diáfanos y rodeados por amplios ventanales con cristal de seguridad para permitir la continuidad visual interior-exterior, así como la vinculación funcional con algún patio o áreas recreativas al aire libre. La

materialidad que compone esta tipología espacial ha de caracterizarse por un alto grado de resistencia, rápida limpieza y fácil mantenimiento.

El juego entre escala doméstica y dobles alturas deberá plantearse estratégicamente para evitar abrumar al paciente o a su núcleo de apoyo durante su ingreso en el centro hospitalario. Este mismo principio ha de aplicarse en la elección de la paleta de colores para el interiorismo. Como se pudo observar en los referentes, predomina el uso de tonalidades neutras o poco saturadas en paredes y techo, y en algunos casos también a nivel del suelo. Sin embargo, la disposición de acentos de color, en una de las paredes o en parte del suelo y del mobiliario, suele utilizarse para indicar zonas determinadas del entorno asistencial, como la estación de enfermería o los puntos de reunión en las salas de visita, favoreciendo de esta manera el sentido de orientación de los pacientes psiquiátricos. Este recurso destaca en el caso de Vejle, Dinamarca, por la combinación de colores contrastantes y señalización en el suelo que permite identificar con facilidad los diferentes departamentos que lo conforman.

Una abundante entrada de luz solar, directa o indirecta, respalda la intención de generar una atmósfera menos comprimida y de aislamiento; afianzada a su vez por la comunicación visual y funcional con el entorno natural. Al tratarse de espacios con un concurrido flujo de usuarios, el control del ruido es esencial a través de los paneles en el techo o de los revestimientos absorbentes en las paredes y el suelo. Ciertamente, el uso de materiales naturales como la madera, en especial para paredes o cerramientos parciales, es predominante en las propuestas seleccionadas, no sólo por sus conocidas características de absorbente acústico, sino además por la imagen cálida y natural que ayuda a producir para el interiorismo, especialmente en los referentes de Vejle, Dinamarca; de Vic, España, y de Hokkaido, Japón.

Los techos, que en un principio parece preferible que sean continuos y no registrables, usualmente cuentan con tramos de paneles acústicos, los cuales deben disponer de una fijación que dificulte su manipulación por parte de los pacientes. Este principio debe aplicarse también en las rejillas para la ventilación mecánica a fin de evitar su uso como instrumento cortante. Si no se cuenta con un sistema de calefacción a través de suelo radiante, como ocurre en el caso de Hokkaido, Japón; deben elegirse radiadores carentes de bordes afilados y debe garantizarse su fuerte sujeción a las paredes y el suelo, tal es el caso de Vejle, Dinamarca. Igualmente, los componentes del acondicionamiento interior, como son la

iluminación artificial y la ventilación mecánica, deben contar con controles que posibiliten su regulación por parte del personal asistencial.

El mobiliario en estas zonas ha de ser suficiente para permitir la configuración de distintos grupos o actividades. Por esta razón está, generalmente, compuesto por asientos individuales (sillas o sillones) o colectivos (sofás), que sean cómodos y resistentes; y por mesas, en variedad de dimensiones o formas, que puedan desplazarse o juntarse con facilidad, ofreciendo diferentes grados de privacidad y respetando así el espacio personal de cada paciente. Adicionalmente, como ocurre con los muebles complementarios para las habitaciones, deben ser sólidos o estar contruados a manera que impidan su desmontaje o segmentación en piezas más pequeñas que puedan ser peligrosas. Es imprescindible la distribución de un sistema de videovigilancia en toda infraestructura destinada a atender trastornos psiquiátricos, sin embargo los puntos con cámaras han de estar dispuestos lo más discretamente posible, puesto que una disposición obvia y/o con protección antivandálica, pudiera ser contraproducente y desencadenar comportamientos destructivos indeseados.

Es recomendable el empleo de un sistema de doble puerta para los accesos principales, similar a los sistemas de seguridad aplicados en los bancos, que permita un control de apertura por parte del personal sanitario en lugar de una apertura a distancia, disminuyendo así el riesgo de fuga de los pacientes. Las demás puertas de paso, especialmente en las zonas de actividades, deben ser amplias, de construcción sólida y también de apertura controlada. En prevención de situaciones críticas igualmente se ha de contar con salidas de emergencia claramente identificadas, así como elementos para la prevención de incendios (alarma antiincendios, detectores de humo y extintores) en áreas bajo la supervisión y alcance de los profesionales de salud mental..

Se ha podido notar que los elementos decorativos son muy puntuales en esta tipología espacial. Algunos están relacionados con funciones informativas o con la señalética, y otros con simples fines artísticos, lo cual puede derivarse del lineamiento de evitar un entorno sobreestimulante o recargado de elementos innecesarios. No obstante, con ello se puede correr el riesgo de caer en atmósferas excesivamente monótonas sin rasgos distintivos, resultando perjudiciales por generar confusión, aburrimiento o sensación de pérdida en el paciente, por lo que conviene alcanzar un equilibrio o patrón en la creación de estímulos y puntos de

referencia. En este sentido, se acentúa además la intención de apropiación del espacio en referentes como el de Vic, España, donde la señalética fue creada con participación de los propios pacientes; y en el de Goldsboro, Estados Unidos, por la disposición de cuadros con fotografías del paisaje tomadas por el personal médico, lo cual aporta cierto sentido de identidad y pertenencia con el lugar habitado.

#### - Espacios de asistencia

Los espacios de asistencia abarcan las salas de consulta y las estaciones de enfermería. Es esencial una ubicación bien pensada dentro del programa arquitectónico que permita la máxima visibilidad y/o comunicación funcional con las demás áreas, en especial con las habitaciones y los espacios comunes de visita. Los consultorios, así como otros despachos destinados a los profesionales, han de presentar dobles accesos: uno relacionado con el ingreso principal a través del pasillo de circulación, y uno lateral hacia otro consultorio o sala semejante para el escape del personal médico en caso de que se presente un evento de agresión.

Al igual que en muchos de los espacios de recuperación y socialización, se suele optar por la combinación de tonalidades neutras o poco saturadas en la envolvente y de colores oscuros para los suelos. Ofreciendo una superficie continua, los suelos han de estar hechos en materiales resistentes, aptos para el alto tráfico y que posean propiedades de absorbente acústico. Para la espacialidad, además de contar con una escala doméstica, se sugiere que sea diáfana y esté escasamente amueblada. El mobiliario básico, preferiblemente de bordes redondeados y con asientos similares para pacientes y médicos, ha de tener una disposición que permita el desplazamiento sin obstáculos ante circunstancias críticas.

El control acústico y el acondicionamiento interior, a fin de garantizar tanto el confort perceptivo como un adecuado grado de privacidad, debe considerarse en la selección de los acabados en la envolvente y en la disposición de controles regulables por los usuarios, puesto que son claves para afianzar la relación médico-paciente-núcleo de apoyo.

Adicionalmente, el manejo de paneles acristalados semitransparentes hacia el pasillo exterior puede ayudar a mitigar la incertidumbre o ansiedad experimentada por los pacientes, ofreciéndoles una visual matizada de lo que ocurre en el interior de



las salas antes de entrar a las mismas; como puede apreciarse en las salas de consulta de la propuesta de Vejle, Dinamarca. Tanto en este referente, como en el de Goldsboro, Estados Unidos, destaca la incorporación de mobiliario tipo *nichos* al lado de los accesos de los consultorios y en las circulaciones entre los espacios de asistencia; proporcionando al personal sanitario puntos de interacción más privados con los pacientes, cuando éstos deseen estar aislados, y conservando aún la visibilidad con el resto.

En cuanto a las estaciones de enfermería, independientemente de la forma de su cerramiento, si se da a través de mamparas acristaladas han de contar con cristal de seguridad, y, del mismo modo, configurarse evitando esquinas o puntos ciegos que obstaculicen la supervisión de los pacientes. Como puntos de monitoreo deben concentrar el equipo tecnológico necesario para la vigilancia de cámaras, alarmas e intercomunicadores, cercanos a las puertas de acceso. Aunado a lo anterior, deben contar con áreas privadas vinculadas como sala de reuniones, aseo y zona de descanso del personal, indispensables para el correcto desempeño de sus labores cotidianas. Se pudo observar que suelen carecer de aperturas hacia el exterior de las edificaciones, lo que ocasiona su alta dependencia de los sistemas de iluminación artificial y ventilación mecánica. Sería estimable la posibilidad de un emplazamiento que permitiera contar con una entrada suficiente de luz y ventilación natural, así como visuales directas a la naturaleza, lo que aportaría potenciales beneficios para la calidad ambiental de dichos espacios.

#### - Espacios exteriores e intermedios

A lo largo de la presente investigación se ha podido comprobar que los espacios vinculados con el exterior ejercen una gran influencia sobre la condición psicológica y emocional de los seres humanos. Múltiples estudios han demostrado que la integración y el contacto del ser humano con la naturaleza propician diversidad de efectos terapéuticos, que van desde la regulación de ritmos circadianos; la consciencia del momento presente y del transcurso del tiempo, la liberación de endorfinas, el disfrute de estímulos perceptivos: sonidos, colores, texturas y aromas, entre otros. Dichos efectos se encuentran estrechamente relacionados con los propósitos de la *humanización* y el *bienestar*, como son la apropiación, la noción de hogar, la reconexión y la sanación.

Por tanto, resulta aconsejable ofrecer una comunicación

directa, visual y funcional, entre espacios interiores y exteriores del entorno asistencial psiquiátrico; e incluso, la generación de espacios intermedios como patios internos, jardines y galerías abiertas o semiabiertas. Los espacios intermedios, aparte de sus cualidades estéticas y beneficios terapéuticos, también pueden contribuir al mantenimiento de condiciones microclimáticas, la mitigación del ruido exterior, la purificación del aire o la aportación económica al ofrecer la posibilidad de cultivo de alimentos.

Cabe resaltar que este criterio resulta igual de importante tanto para los espacios de recuperación y de socialización, más enfocados a los pacientes y a su núcleo de apoyo, como para los espacios de asistencia, orientados al equipo médico; debido a que la presencia de la naturaleza mejora la experiencia general del usuario en cualquier ambiente hospitalario, otorgándole familiaridad, sensación de normalidad y distracción positiva.

La implantación de los referentes analizados, aparte de buscar su adecuación a condicionantes físico-ambientales, como la incidencia solar y los vientos predominantes en cada zona, permite el aprovechamiento de diferentes grados de apertura hacia el paisaje natural circundante, brindando constantes vistas al exterior desde la mayoría de las estancias interiores. Además, favorece la apropiación de estos espacios para la realización de diferentes actividades o como áreas sociales comunes complementarias.

Al encontrarse próximos a una extensa zona natural, en los casos de Vejle, Dinamarca y de Goldsboro, Estados Unidos, resultó fundamental lograr la transparencia, regular el acceso de la luz solar, y promover la accesibilidad al exterior, mediante la configuración de sus volúmenes para delimitar jardines internos. De igual manera, en Goldsboro destaca el manejo del paisajismo en los jardines para diferenciar la identidad de cada módulo en un edificio caracterizado por un largo desarrollo horizontal.

En Hokkaido, Japón, la configuración arquitectónica permite enmarcar las amplias visuales entre los volúmenes y a su vez, proporcionar una entrada homogénea de iluminación natural a los espacios comunes con el fin de fomentar estados de actividad y/o socialización. Por su parte, en Vic, España, la distribución de los pabellones origina espacios intermedios, donde se ubican diversos huertos que son empleados como áreas de terapia ocupacional para los pacientes, brindándoles oportunidades de rehabilitación social mientras aprecian la evolución de la vida de las plantas que cultivan, los cambios del clima y el paso de las estaciones.

A diferencia del resto de los proyectos analizados, el caso en Penrith, Australia, se encuentra implantado en un entorno más urbano que natural, por lo que se genera una conexión con la naturaleza a través de la proyectación de patios internos. Dichos patios propician la relación interior-exterior, permiten un abundante ingreso de luz natural en las estancias, y ofrecen espacios recreativos controlados al aire libre.

Como ya se ha reflexionado, el diseño interior resulta la mejor estrategia a través de la cual abordar la interacción entre el ser humano y el espacio que habita. El interior no es, según como se piensa ampliamente, el simple equipamiento de una habitación sino, más bien, la manifestación de todas las cualidades relativas a la ocupación humana del espacio (Caan, 2011, p. 40). Esto, aplicable a la tipología arquitectónica en la que se centra la investigación, condiciona que su normativa ha de estar abierta a continuas evaluaciones y actualizaciones, en virtud de considerar los múltiples agentes intervinientes en los procesos llevados a cabo en su interior y las diversas concepciones sobre la salud mental que cada sociedad elabora y conserva; pasando de ser los *lugares de la locura* a ser lugares donde la sanación y la reinserción del paciente psiquiátrico en su comunidad sea posible.

Si bien, muchos de los criterios comúnmente empleados se orientan en dirección a reducir el estigma institucional e interpretar los entornos hospitalarios como los de una vivienda; la complejidad de cada trastorno mental y de las condicionantes espaciales particulares para su tratamiento requieren que se eviten en lo posible las respuestas genéricas y/o estandarizadas. A su vez, se requiere valorar la factibilidad de su implantación y del equilibrio de inversión-eficiencia, puesto que pueden traer como consecuencia el encarecimiento de los recursos y, en algunos casos, reducir la accesibilidad y la asequibilidad de los servicios de salud mental para la comunidad.

Aunque la vinculación con el campo científico y los métodos investigativos basados en evidencias siguen intentando justificar cuantitativamente los efectos que los espacios diseñados tienen sobre el ser humano, existen aspectos claramente cualitativos sujetos a la interpretación propia de cada individuo, estudiados en la abundante documentación teórica que se ha manejado en relación con esta temática. No se ha de subestimar que las estrategias proyectuales implementadas en el diseño interior de hospitales psiquiátricos ejercen una relevante influencia en el comportamiento y la evolución de los pacientes. No obstante, por sí sola la atmósfera terapéutica creada no ayudará a su recuperación

si el componente médico y los servicios de salud prestados siguen replicando la coerción o el aislamiento de modelos asistenciales obsoletos del pasado. Muestra de ello la constituyen los testimonios más recientes publicados en plataformas digitales por pacientes usuarios de las infraestructuras seleccionadas en el análisis de casos que, aun cuando no hacen referencia directa a aspectos de ámbito arquitectónico, opacan los fines para los cuales su diseño fue concebido; poniendo en evidencia la imperante necesidad de reestructurar o diversificar estos modelos asistenciales para que evolucionen hacia un entorno más afín con la escala comunitaria y, por ende, más humano, sabiendo que la arquitectura y el diseño interior no son solo un *valor añadido*, sino que pueden jugar un *papel protagonista* en dicha transformación.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AALTO, A. (1977). *La humanización de la arquitectura*. Barcelona: Tusquets (ed. orig.: 1940).
- AKINLUYI, M., FADAMIRO, J., AYOOLA, H. y ALADE, M. (2020). "Efficacy of Architectural Space Design for Healing and Humanization in Lagos University Teaching Hospital, Nigeria" [Eficacia del diseño del espacio arquitectónico para la curación y la humanización en el Hospital Docente de la Universidad de Lagos, Nigeria] en *International Journal of Architecture and Urban Development*, Vol. 11(1), pp. 5-18. <<https://www.researchgate.net/publication/348163876>> [Consulta: 28 de abril de 2023].
- ALFIREVIĆ, Đ. y SIMONVIĆ-ALFIREVIĆ, S. (2020). "Parameters of spatial comfort in architecture" [Parámetros de confort espacial en arquitectura] en *Arhitektura i urbanizam*, Vol. 51, pp. 33-45. <<https://doi.org/10.5937/a-u0-26940>> [Consulta: 01 de mayo de 2023].
- ALLDERIDGE, P. (1971). "Historical notes on the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital" [Notas históricas sobre el Hospital Real de Bethlem y el Hospital Maudsley] en *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 47(12), pp. 1537-1546. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1749936/>> [Consulta: 24 de enero de 2023].
- AMADOR LÓPEZ, R. (2017). "Humanismo UN en salud. Pensamiento con sentimiento: de las moléculas a la estética, la ética y la moral" en E. DÍAZ AMADO (ed.): *La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- ARCHDAILY. (2008). *Children's Center for Psychiatric Rehabilitation / Sou Fujimoto Architects* [Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica / Sou Fujimoto Architects]. <<https://www.archdaily.com/8028/children%25e2%2580%2599s-center-for-psychiatric-rehabilitation-sou-fujimoto>> [Consulta: 09 de junio de 2023].
- ARCHDAILY. (2017). *Cherry Hospital / Perkins+Will* [Hospital Cherry / Perkins+Will]. <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 14 de junio de 2023].
- ARCHDAILY. (2018). *Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects* [Hospital Psiquiátrico Vejle / Arkitema Architects]. <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- ARCHDAILY. (2020). *Centro Médico Psicopedagógico / Comas-Pont arquitectos*. <<https://www.archdaily.co/co/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos>> [Consulta: 02 de junio de 2023].
- ARKITEMA. (s/f a). *Psychiatric Hospital in Vejle* [Hospital Psiquiátrico en Vejle]. <<https://www.arkitema.com/en/project/psykiatrisygehys-vejle>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- ARKITEMA. (s/f b). *Psykiatrisygehus Vejle* [Hospital Psiquiátrico de Vejle]. <<https://www.arkitema.com/dk/projekt/psykiatrisygehys-vejle>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- ARQUIN-FAD. (2017). *Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona* [Centro Médico Psicopedagógico de Osona] <<https://arquinfad.org/premifad/es/ediciones-anteriores/?edicio/2017/obra/8726/>> [Consulta: 02 de junio de 2023].
- ARTIGO. (2023). *Psychiatric hospital - Vejle* [Hospital Psiquiátrico - Vejle]. <<https://www.artigo.com/project/psychiatric-hospital-vejle/>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría. <<https://www.eafit.edu.co/ninos/redde laspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>> [Consulta: 05 de mayo de 2023].
- BENJET, C. (2009). "La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe" en J. J. RODRÍGUEZ, R. KOHN y S. AGUILAR-GAXIOLA (eds.): *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>> [Consulta: 04 de mayo de 2023].
- BERNAL SAGAHON, M. (2011). *El saber médico acerca de los enfermos mentales en el Hospital de San Hipólito de la Ciudad de México*. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. <<https://repositorio.unam.mx/contenidos/119358>> [Consulta: 22 de febrero de 2023].
- BLANCO, A. y DÍAZ, D. (2005). "El bienestar social: su concepto y medición" en *Psicothema*, Vol. 17(4), pp. 582-589. <<https://www.redalyc.org/pdf/727/72717407.pdf>> [Consulta: 10 de marzo de 2023].

- BOSIA, D., MARINO, D. y PERETTI, G. (2016). "Health facilities humanisation: design guidelines supported by statistical evidence" [Humanización de los establecimientos de salud: pautas de diseño sustentadas en evidencia estadística] en *Ann Ist Super Sanità*, Vol. 52(1), pp. 33-39. <[https://doi.org/10.4415/ANN\\_16\\_01\\_08](https://doi.org/10.4415/ANN_16_01_08)> [Consulta: 29 de abril de 2023].
- BUSCH, I., MORETTI, F., TRAVAINI, G., WU, A. y RIMONDINI, M. (2019). "Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review" [Humanización de la Atención: Elementos Clave Identificados por Pacientes, Cuidadores y Proveedores de Atención Médica. Una Revisión Sistemática] en *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, Vol. 12, pp. 461-474. <<https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>> [Consulta: 09 de marzo de 2023].
- CAAN, S. (2011). *Rethinking Design and Interiors. Human Beings in the Built Environment* [Repensando el Diseño y los Interiores. Seres humanos en el entorno construido]. Londres: Laurence King Publishing Ltd.
- CARBONELL MIRÓ, S. (2017). "¿Puede la arquitectura diseñarte?". TEDx Talks video, disponible en Youtube: <<https://youtu.be/tuFMxwOLlu0>> [Consulta: 05 de mayo de 2023].
- CARLOSAMA, D., VILLOTA, N., BENAVIDES, V., VILLALOBOS, F., HERNÁNDEZ, E. y MATABANCHOY, S. (2019). "Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura" en *Persona y Bioética*, Vol. 23(2), pp. 245-262. <<https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>> [Consulta: 09 de marzo de 2023].
- CAULLIRAUX, A. y MEIRIÑO, M. (2015). "The design thinking and the health services: the competitive differential through the humanization of patient experience" [El pensamiento de diseño y los servicios de salud: el diferencial competitivo a través de la humanización de la experiencia del paciente] en *Brazilian Journal of Operations & Production Management*, Vol. 12 (2), pp. 322-328. <<https://bjopm.org.br/bjopm/article/view/V12N2A11/BJOPMV12N2A11>> [Consulta: 15 de noviembre 2022].
- CEBALLOS CASAS, M. y CAICEDO BUCHELI, M. (2020). "La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas" en M. CEBALLOS CASAS y M. CAICEDO BUCHELI (eds.): *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. Cali: Universidad Santiago de Cali, Fundación Universitaria de Popayán. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8433694>> [Consulta: 09 de marzo de 2023].
- CEDRÉS DE BELLO, S. (2000a). "Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud" en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 23(1), pp. 19-23. Caracas. <[http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-04692000000100004&script=sci\\_arttext](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-04692000000100004&script=sci_arttext)> [Consulta: 13 de noviembre de 2022].
- CEDRÉS DE BELLO, S. (2000b). "Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios" en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 23(2), pp. 93-97. Caracas. <[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692000000200004&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000200004&lng=es&tlng=es)> [Consulta: 13 de noviembre de 2022].
- CEJUDO COLLERA, M. (1994). *Restauración y Adecuación del Ex-hospital de San Hipólito*. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. <<https://repositorio.unam.mx/contenidos/63832>> [Consulta: 22 de febrero de 2023].
- CENTRO JANE AUSTEN (2015). "Bethlem Royal Hospital" [Hospital Real de Bethlem] en *Jane Austen's Day: Bedlam's Beginnings*. <<https://janeausten.co.uk/es/blogs/uncategorized/bethlem-royal-hospital-in-jane-austens-day-bedlams-beginnings>> [Consulta: 25 de enero de 2023].
- CHAMBERS, P. (2019). *Bedlam: London's Hospital for the Mad* [Bedlam: el Hospital para Locos de Londres]. Gloucestershire: The History Press.
- CITATI, A., GIORDANO, P. y PORRAS, N. (2015). *La Arquitectura como Recurso para la Humanización de la Salud*. Tesis de Maestría. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza. <<http://www.fadu.edu.uy/sepep/tesis/la-arquitectura-como-recurso-para-la-humanizacion-de-la-salud/>> [Consulta: 10 de mayo de 2023].
- COLLAZOS, M. (2007). "Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007" en *Salud mental*, Vol. 30(2), pp. 75-80. <<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam072k.pdf>> [Consulta: 05 de mayo de 2023].
- COMAS-PONT (s/f). *Centro Médico Psicopedagógico de Osona. Osonament*. <<https://comas-pont.com/es/project/centro-medico-psicopedagogico-de-osona-osonament/>> [Consulta: 02 de junio de 2023].
- DELL'ACQUA, P. (s/f). "Desde el manicomio hacia los servicios salud mental en el territorio" en *IDEASS Italia, Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur*, pp. 1-16. <<https://www.ideassonline.org/public/pdf/BrochureTriesteESP2.pdf>> [Consulta: 16 de marzo de 2023].

- DEVLIN, A. y ARNEILL, A. (2003). "Health Care Environments and Patient Outcomes: A Review of the Literature" [Entornos de atención médica y resultados de los pacientes: una revisión bibliográfica] en *Environment and Behavior*, Vol. 35(5), pp. 665-694. <<https://doi.org/10.1177/0013916503255102>> [Consulta: 29 de abril de 2023].
- DE PAIVA, A. y JEDON, R. (2019). "Short- and long-term effects of architecture on the brain: Toward theoretical formalization" [Efectos a corto y largo plazo de la arquitectura en el cerebro: Hacia la formalización teórica] en *Frontiers of Architectural Research*, Vol. 8(4), pp. 564-571. <<https://doi.org/10.1016/j-foar.2019.07.004>> [Consulta: 04 de mayo de 2023].
- DOMUS. (2007). *Principle of relativity* [Principio de relatividad]. <<https://www.domusweb.it/en/architecture/2007/12/19/principle-of-relativity.html>> [Consulta: 09 de junio de 2023].
- DOUGLAS, C. y DOUGLAS, M. (2005). "Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators" [Mejoras centradas en el paciente en entornos construidos para el cuidado de la salud: perspectivas e indicadores de diseño] en *Health Expectations*, Vol. 8(3), pp. 264-276. <<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00336.x>> [Consulta: 27 de abril de 2023].
- DUARTE, T. y JIMÉNEZ, R. (2007). "Aproximación a la teoría del bienestar" en *Scientia et Technica*, Vol. 1(37), pp. 305-310. <<https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistaciencia/article/view/4107>> [Consulta: 10 de marzo de 2023].
- FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, A. (2015). "Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los Inocentes de Valencia" en *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), Año XIX, Vol. 41, pp. 106-113. <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.13>> [Consulta: 18 de enero de 2023].
- GARCÍA GARCÍA, M. (2017). *La fundación del Hospital de la Caridad de San Hipólito en la Ciudad de México, 1566-1572*. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. <<http://132.248.9.195/ptd2017/octubre/0767218/Index.html>> [Consulta: 10 de febrero de 2023].
- GARCÍA GARCÍA, M. (2018). "Testimonio de las licencias y constituciones del Hospital de Pobres y Convalecientes de México fundado por Bernardino Álvarez, traslado de 1572" en *Boletín de Monumentos Históricos*, Vol. 44, pp. 217-236. <<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/boletinmonumentos/article/view/15438>> [Consulta: 22 de febrero de 2023].
- GÓMEZ-FERRER LOZANO, M. (1995). *Arquitectura y arquitectos en la Valencia del S. XVI. El Hospital General y sus artífices*. Tesis Doctoral. Valencia: Universitat de València. <<http://hdl.handle.net/10550/38534>> [Consulta: 23 de enero de 2023].
- GONZÁLEZ MARISCAL, G. y DE GONZÁLEZ MARISCAL, J. (2014). "Hospitales para enfermos mentales en la Colonia" en *Salud Pública De México (1960)*, Vol. 2(3), pp. 675-684. <<https://salud-publica.mx/index.php/spm/article/view/4382>> [Consulta: 10 de febrero de 2023].
- GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, J. y RAMOS, T. (2016). "Relación Médico-Paciente en el contexto de la demencia" en *Revista Médica Clínica Las Condes*, Vol. 27(3), pp. 357-362. <<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.06.009>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].
- GORDON, C. y BERESIN, E. (2018). "Relación médico-paciente" en T. A. STERN, M. FAVA, T. E. WILENS y J. F. ROSENBAUM (eds.): *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica* (2ª Edición). Barcelona: Elsevier España, S.L.U. <<https://books.google.es/books?id=NdzQDwAAQBAJ&printsec=front-cover&hl=es#v=onepage&q&f=false>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].
- HALL, E. (1972). *La dimensión oculta*. México D.F.: Siglo Veintiuno.
- HEATHERWICK, T. (2022). "The Case for Radically Human Buildings". TED Talks video, disponible en Youtube: <<https://youtu.be/bhb0P5GGpys>> [Consulta: 15 de mayo de 2023].
- HUNTSMAN, D. y BULAJ, G. (2022). "Healthy Dwelling: Design of Biophilic Interior Environments Fostering Self-Care Practices for People Living with Migraines, Chronic Pain, and Depression" [Vivienda Saludable: Diseño de Ambientes Interiores Biofílicos Fomentando Prácticas de Autocuidado para Personas que Viven con Migraña, Dolor Crónico y Depresión] en *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 19(4), pp. 1-16. <<https://doi.org/10.3390/ijerph19042248>> [Consulta: 02 de mayo de 2023].
- KOFLER, A. (2014). "The diversities of the unexpected" [Las diversidades de lo inesperado] en AA: *l'Architecture d'Aujourd'hui*. <<https://www.larchitecturedaujourd'hui.fr/aa-interview-sou-fujimoto-andreas-kofler-2/?lang=en>> [Consulta: 09 de junio de 2023].
- LIVIANOS ALDANA, L. y CÍSCAR VILATA, C. (2006). *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia, Delegación de Cultura. Servicio de Publicaciones.

- LONDON COUNTY COUNCIL (1955). "Bethlem Hospital (Imperial War Museum)" [Hospital de Bethlem (Museo Imperial de la Guerra)] en *Survey of London: St George's Fields (The Parishes of St. George the Martyr Southwark and St. Mary Newington)*, Vol. 25, pp. 76-80. <<http://www.british-history.ac.uk/survey-london/vol25/pp76-80>> [Consulta: 24 de enero de 2023].
- LÓPEZ-IBOR, J. (2008). "La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo" en *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 36(1), pp. 1-9. <<https://medes.com/publication/39210>> [Consulta: 18 de enero de 2023].
- LUNDIN, S. (2009). "The architect speaks" [El arquitecto habla] en L. FROM y S. LUNDIN (eds.): *Architecture as medicine - the importance of architecture for treatment outcomes in psychiatry*. Uppsala: ARQ - the Architecture Research Foundation. <[https://arqforsk.se/wp-content/uploads/2020/12/Architecture-as-medicine-webbpublikation\\_eng-text.pdf](https://arqforsk.se/wp-content/uploads/2020/12/Architecture-as-medicine-webbpublikation_eng-text.pdf)> [Consulta: 12 de mayo de 2023].
- MARTIN, D., NETTLETON, S., BUSE, C., PRIOR, L. y TWIGG, J. (2015). "Architecture and health care: a place for sociology" [Arquitectura y salud: un lugar para la sociología] en *Sociology of Health & Illness*, Vol. 37(7), pp. 1007-1022. <<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12284>> [Consulta: 02 de mayo de 2023].
- MARTIN LOPEZ-ANDRADE, L. (2014). "Psiquiatría, locura y sociedad. Saberes imperfectos". TEDx Talks video, disponible en Youtube: <<https://youtu.be/sIQQQSVyJw>> [Consulta: 05 de mayo de 2023].
- MARTÍN, C. (1976). *The San Hipolito Hospitals of Colonial Mexico: 1566-1702* [Los hospitales de San Hipólito del México colonial: 1566-1702]. Tesis Doctoral. Nueva Orleans: Tulane University. <<https://www.proquest.com/open-view/86f4c3f7e236d7d8e9ce86ed3ad43bfc/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>> [Consulta: 10 de febrero de 2023].
- MARTÍNEZ BARBOSA, M. (2019). *Los hospitales en transición: episodios de la administración hospitalaria en la Ciudad de México (1821-1857)*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. <<http://www.librooa.unam.mx/handle/123456789/2998>> [Consulta: 22 de febrero de 2022].
- MCLEAN HOSPITAL (s/f) *History & Progress. Over 200 Years of Treatment, Research, Training, and Education* [Historia y Progreso. Más de 200 años de tratamiento, investigación, capacitación y educación]. <<https://www.mcleanhospital.org/about/history-progress>> [Consulta: 28 de febrero de 2023].
- MORENO PÉREZ, R. (2017). "El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX" en *Valencia Actúa*. <<https://valenciaactua.es/el-manicomio-de-valencia-del-siglo-xv-al-xx/>> [Consulta: 18 de enero de 2023].
- MØLVIG, T. (s/f). *Circular flow creates openness and clarity* [El flujo circular crea apertura y claridad]. <<https://www.troldtekt.com/references/health-and-care/psychiatric-hospital-vejle/>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- MUSEU VALENCIÀ DE LA IL·LUSTRACIÓ I LA MODERNITAT, "La aventura del MuVIM 03 L'Hospital d'Innocents, folles i orats de València (1)" en Youtube: <<https://youtu.be/UNcJyKGiiUk>> [Consulta: 18 de enero de 2023].
- MUSEU VALENCIÀ DE LA IL·LUSTRACIÓ I LA MODERNITAT, "La aventura del MuVIM 03 L'Hospital d'Innocents, folles i orats de València (2)" en Youtube: <<https://youtu.be/TrOFESgDBaY>> [Consulta: 18 de enero de 2023].
- MUBAYED, I. y ALDEA, J. (2020). "El Hospital Psiquiátrico de Maracaibo: estrategias y criterios para una intervención arquitectónica" en *Haciendo Ciencia, Construimos Futuro*, pp. 1059-1091. <<https://www.academia.edu/43823231/Competencias-digitales-del-docente-y-su-incidencia-en-la-calidad-de-educaci%C3%B3n-virtual-en-Ecuador>> [Consulta: 02 de mayo de 2023].
- NATURE IMPACT A/S. (s/f). *Vejle Psykiatri* [Psiquiátrico Vejle]. <<https://natureimpact.com/cases-groenne-tage/vejle-psykiatri/>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- NORTHWOOD, V. (2014). "Bethlem: a Museum of the Mind" [Bethlem: un Museo de la Mente] en *The Lancet*, Vol. 383, pp. 1628-1629. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60779-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60779-0)> [Consulta: 06 de febrero de 2023].
- ONG, J. (2015). "Let's architecture wellness into hospitals". TEDx Talks video, disponible en Youtube: <<https://youtu.be/VxNI-Gg9FfHw>> [Consulta: 05 de mayo de 2023].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>> [Consulta: 13 de noviembre de 2022].
- PALLASMAA, J. (2006). *Los ojos de la piel*. Barcelona: Gustavo Gili, S.L. (ed. orig.: 2005).
- PATLAN MARTÍNEZ, E. (2000). *Historia de psicología en México de 1867 a 1910. Estudio de caso: el Hospital de San Hipólito*. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. <<http://132.248.9.195/pd2000/287092/Index.html>> [Consulta: 08 de febrero de 2023].

- PELLITTERI, G. y BELVEDERE, F. (2014). "Humanization and Architecture in Contemporary Hospital Building" [Humanización y Arquitectura en el Edificio Hospitalario Contemporáneo] en *ARCC Conference Repository*, pp. 225-233. <<https://www.arcc-repository.org/index.php/repository/article/view/334>> [Consulta: 03 de mayo de 2023].
- PERKINS&WILL. (s/f). "Cherry Hospital" [Hospital Cherry] en *Behavioral Health. Health and well-being of the body, mind, and spirit*, pp. 20-23. <<https://perkinswill.com/area-of-expertise/behavioral-health/>> [Consulta: 14 de junio de 2023].
- RAMOS VELÁZQUEZ, J. (2015). "Aquéllos son los hombres locos". De los discursos científicos al internamiento en el Hospital de San Hipólito, 1886-1890" en *Trashumante, Revista Americana de Historia Social*, Vol. 5, pp. 264-287. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=455644905013>> [Consulta: 22 de febrero de 2023].
- RAU HARTMANN, H. (2017). *Ny Psykiatrisk Afdeling, Vejle Sygehus* [Nuevo Departamento de Psiquiatría, Hospital Vejle]. <<https://www.byggeplads.dk/byggeri/hospital/ny-psykiatrisk-afdeling-vejle-sygehus>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- RIX, M., "Dynamisk døgnrytmelys, Psykiatrisk Afdeling Vejle, Denmark" [Luz circadiana dinámica, Departamento de Psiquiatría Vejle, Dinamarca] en Youtube: <<https://youtu.be/PQiorOHEggQ>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- ROSALES RODRÍGUEZ, R., GARCÍA DIAZ, R. y QUIÑONES MACIAS, E. (2014). "Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor" en *MEDISAN*, Vol. 18(1), pp. 61-67. <<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n1/san09114.pdf>> [Consulta: 04 de mayo de 2023].
- SALONEN, H., LAHTINEN, M., LAPPALAINEN, S., NEVALA, N., KNIBBS, L., MORAWSKA, L. y REIJULA, K. (2013). "Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: a review" [Características físicas del ambiente interior que afectan la salud y el bienestar en los establecimientos de salud: una revisión] en *Intelligent Buildings International*, Vol. 5(1), pp. 3-25. <<https://eprints.qut.edu.au/219095/>> [Consulta: 09 de mayo de 2023].
- SANGIORGI, D., FARR, M., MCALLISTER, S., MULVALE, G., SNEYD, M. VINK, J. y WARWICK, L. (2019). "Designing in highly contentious areas: Perspectives on a way forward for mental healthcare transformation" [Diseñar en áreas altamente polémicas: Perspectivas sobre el camino a seguir para la transformación de la salud mental] en *The Design Journal*, Vol. 22(1), pp. 309-330. <<https://doi.org/10.1080/14606925.2019.1595422>> [Consulta: 02 de mayo de 2023].
- SAVAL SEGURA, M. (2022). "Humanización en arquitectura hospitalaria: del desahucio a la integración" en *Annals del Sagrat Cor*, Vol. 29(2), pp. 69-79. <[https://annalsdelsagrat-cor.org/docs/Annals\\_vol29n2.pdf](https://annalsdelsagrat-cor.org/docs/Annals_vol29n2.pdf)> [Consulta: 09 de marzo de 2023].
- SERRA LLUCH, J. (2019). *Color for Architects*. New York: Princeton Architectural Press.
- SEVILLANO-TRIGUERO, V. y ESTRADA ARRÁEZ, S. (2021). "Procesos psicoambientales del diseño de hospitales y su implicación durante la pandemia por COVID-19" en *Psycology*, Vol. 13(4), pp. 1-31. <<https://doi.org/10.1080/21711976.2021.2006008>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].
- SIERRA PÉREZ, M. (2021). "Exploración teórica de la literatura en diseño de servicios y experiencias para la humanización en hospitales" en *Actio*, Vol. 5(1), pp. 47-61. Bogotá. <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actio/article/view/95282/79366>> [Consulta: 09 de marzo de 2023].
- SIRIUS LIGHTING OFFICE. (2006). *Treatment Centre for mentally disturbed children* [Centro de tratamiento para niños con trastornos mentales]. <<https://www.sirius-ltg.com/works/all/261/>> [Consulta: 09 de junio de 2023].
- SCHLEIN, W. (2016). "The Beautiful Hospital". TEDx Talks video, disponible en Youtube: <<https://youtu.be/UNweLiYFg3Q>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].
- SKANDI-BO A/S. (2018). *Psykiatrisk Afdeling, Vejle Sygehus* [Departamento de Psiquiatría, Hospital Vejle]. <<https://skandi-bo.dk/portfolio/psykiatrihospital-vejle-sygehus/>> [Consulta: 26 de mayo de 2023].
- SMEX SALUD MENTAL DE EXTREMADURA. (2023). *Condiciones estructurales de seguridad de Los pacientes y profesionales en los dispositivos de la red de salud mental de Extremadura. Recomendaciones y sugerencias*. <[https://saludextremadura.ses.es/files/cms/smex/uploadd\\_files/CustomContentResources/CONDICIONES%20ESTRUCTURALES%20DE%20SEGURIDAD%20EN%20SM%20v.%20Feb%202023%20\(1\).pdf](https://saludextremadura.ses.es/files/cms/smex/uploadd_files/CustomContentResources/CONDICIONES%20ESTRUCTURALES%20DE%20SEGURIDAD%20EN%20SM%20v.%20Feb%202023%20(1).pdf)> [Consulta: 29 de junio de 2023].
- SOU FUJIMOTO (2009) "Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica en Hokkaido" en *El Croquis*, Vol. 151: Sou Fujimoto (2003-2010), pp. 34-47.
- STERNBERG, E. (2014). "Healing spaces - the science of place and well-being". TEDx Talks video, disponible en Youtube: <<https://youtu.be/7zBOPRs1yRE>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].

- The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A. – NCBI [El Hospital McLean, Waverley, Mass., U.S.A. – NCBI]. (1894). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249867/pdf/hosplond70172-0017.pdf>> [Consulta: 28 de febrero de 2023].
- ULRICH, R. (1991). "Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research" [Efectos del diseño de interiores en el bienestar: Teoría e investigaciones científicas recientes] en *Journal of health care interior design: proceedings from the ... Annual National Symposium on Health Care Interior Design. National Symposium on Health Care Interior Design (U.S.)*, Vol. 3, pp. 97-109. <<https://www.researchgate.net/publication/13173950>> [Consulta: 29 de abril de 2023].
- ULRICH, R., BOGREN, L., GARDINER, S. y LUNDIN S. (2018). "Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior" [El diseño de la sala psiquiátrica puede reducir el comportamiento agresivo] en *Journal of Environmental Psychology*, Vol. 57, pp. 53-66. <<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>> [Consulta: 29 de abril de 2023].
- VALDÉS, M. (1991). "Dos aspectos en el concepto de bienestar" en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, (9), pp. 69-90. <[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10780/1/doxa9\\_03.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10780/1/doxa9_03.pdf)> [Consulta: 10 de marzo de 2023].
- VAN DEN BERG, A. (2005). *Health impacts of healing environments; a review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings* [Impactos en la salud de los entornos curativos; una revisión de la evidencia de los beneficios de la naturaleza, la luz del día, el aire fresco y la tranquilidad en los entornos de atención médica]. Groninga: Foundation 200 years University Hospital Groningen. <<https://www.agnesvandenbergnl/healingenvironments.pdf>> [Consulta: 02 de mayo de 2023].
- VARGAS HUICOCHEA, I. y HUICOCHEA GÓMEZ, L. (2011). "Percepción de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Aproximación a la relación médico/paciente" en *Estudios De Antropología Biológica*, Vol. 13(2), pp. 711-729. <<https://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/26413>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].
- VEGA GARCÍA, E., GONZÁLEZ PICOS, J., LLIBRE RODRÍGUEZ, J. y OJEDA HERNÁNDEZ, M. (2009). "Trastornos mentales en los adultos mayores" en J. J. RODRÍGUEZ, R. KOHN y S. AGUILAR-GAXIOLA (eds.): *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, pp. 243-255. <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>> [Consulta: 04 de mayo de 2023].
- VEGA-DELGADO, G. (2018). "Bioética en la relación médico paciente" en *Memorias y Boletines de la Universidad del Azuay*, pp. 160-177. Cuenca (Ecuador). <<https://50.uazuay.edu.ec/index.php/memorias/article/view/162>> [Consulta: 08 de mayo de 2023].
- VIDAL MORANTA, T. y POL URRÚTIA, E. (2005). "La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares" en *Anuario de Psicología, The UB Journal of psychology*, Vol. 36(3), pp. 281-298. <<https://www.researchgate.net/publication/39106908>> [Consulta: 02 de mayo de 2023].
- WOODS BAGOT. (2010). "Design Intelligence Document Nepean Hospital - Integrated Mental Health Unit" [Documento de Inteligencia de Diseño Hospital Nepean - Unidad Integrada de Salud Mental]. <[https://mw-arch.com.au/wp-content/uploads/2021/01/20-2077\\_DIDA4.pdf](https://mw-arch.com.au/wp-content/uploads/2021/01/20-2077_DIDA4.pdf)> [Consulta: 20 de junio de 2023].
- WOODS BAGOT. (s/f). *Nepean Mental Health Centre, Penrith* [Centro de Salud Mental Nepean, Penrith]. <<https://www.woodsbagot.com/projects/nepean-mental-health-centre-penrith/>> [Consulta: 20 de junio de 2023].
- WORLD DESIGN CAPITAL VALENCIA 2022. (2022). *Disseny + Salut* [Exposición temporal]. Valencia (España): Museu Valencià de la Il·lustració i la Modernitat.
- WORRALL, J. (2009). "La Importancia de Sou Fujimoto" en *Revista Internacional de Arquitectura 2G*, Vol. 50, pp. 10-23.
- YANNI, C. (2007). *The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States* [La Arquitectura de la Locura: Asilos para Insanos en los Estados Unidos]. Minneapolis: University of Minnesota Press.



## 7. ÍNDICE Y FUENTE DE FIGURAS

- Fig. 1: *Localización del Hospital de los Pobres Inocentes y del Portal de Torrent, según el Plano del Padre Tosca de 1704.* Adaptado de R. MORENO PÉREZ (2017): "Manicomio de Valencia. Los fundadores: Diez mercaderes valencianos", [Dibujo], <<https://valenciaactua.es/manicomio-de-valencia-los-fundadores-diez-mercaderes-valencianos/>> [Consulta: 23 de enero de 2023]. 20
- Fig. 2: *Plano del Hospital General de 1749.* Adaptado de Portal de Levante, *El Mercantil Valenciano* (2021): "El Hospital General en sus primeros pasos (I)", [Dibujo], <<https://www.levante-emv.com/valencia/2021/09/26/hospital-general-primeros-pasos-i-57686306.html>> [Consulta: 23 de enero de 2023]. 21
- Fig. 3: *Vivienda de los locos en el Hospital de los Inocentes (1920-1930).* Adaptado de R. MORENO PÉREZ (2017): "Manicomio de Valencia. Vivienda de los Locos en el Hospital de los Inocentes", <<https://valenciaactua.es/manicomio-de-valencia-vivienda-de-los-locos-en-el-hospital-de-los-inocentes/>> [Consulta: 23 de enero de 2023]. 24
- Fig. 4: *Plano del primer Hospital de Bethlem.* Adaptado de D. HACK TUCK (1882): "Chapter II. Bethlem Hospital and St. Luke's", [Dibujo], en *Chapters in the History of the Insane in the British Isles* (p. 60), Londres: Kegan Paul, Trench & Co., <<http://www.gutenberg.org/dirs/3/1/1/8/31185/31185-h/31185-h.htm>> [Consulta: 06 de febrero de 2023]. 26
- Fig. 5: *El Hospital de Bethlem (Bedlam) en Moorfields, Londres.* Adaptado de R. WHITE (1676): "The new Bethlem Hospital, designed by Robert Hooke, 1676, 'primarily as a piece of fundraising rhetoric'", [Grabado], <[https://en.wikipedia.org/wiki/Bethlem\\_Royal\\_Hospital#/media/File:Robert\\_White\\_engraving.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Bethlem_Royal_Hospital#/media/File:Robert_White_engraving.jpg)> [Consulta: 23 de enero de 2023]. 27

- Fig. 6: *Hospital de Bethlem en St. George's Fields, 1828.* Adaptado de J. TINGLE (1828): "Bethlem Hospital at St George's Fields, 1828", [Grabado], <[https://en.wikipedia.org/wiki/Bethlem\\_Royal\\_Hospital#/media/File:BethlemSteelEngraving1828.png](https://en.wikipedia.org/wiki/Bethlem_Royal_Hospital#/media/File:BethlemSteelEngraving1828.png)> [Consulta: 06 de febrero de 2023]. 28
- Fig. 7: *Plano del Hospital de Bethlem en St George's Fields.* Adaptado de *The Illustrated London News* (1843): "Plan of Bethlem Hospital, Wards, and Gardens", [Dibujo], <<http://www.victorianlondon.org/health/bethlehemhospital.htm>> [Consulta: 06 de febrero de 2023]. 30
- Fig. 8: *Vista del edificio principal del actual Hospital Real de Bethlem.* Adaptado de SLAMNHSFT (2011): "Bethlem Royal Hospital main building view 1", [Fotografía], <[https://en.wikipedia.org/wiki/Bethlem\\_Royal\\_Hospital#/media/File:Bethlem\\_Royal\\_Hospital\\_Main\\_building\\_view\\_1.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Bethlem_Royal_Hospital#/media/File:Bethlem_Royal_Hospital_Main_building_view_1.jpg)> [Consulta: 06 de febrero de 2023]. 31
- Fig. 9: *Templo de San Hipólito.* Adaptado de B. ARREDONDO (s/f): "Hospital de San Hipólito", [Fotografía], <<https://mxcity.mx/wp-content/uploads/2021/08/Hospital-de-San-Hipolito-5-768x576.jpg>> [Consulta: 23 de febrero de 2023]. 33
- Fig. 10: *Planimetría de conjunto San Hipólito.* Adaptado de M. CEJUDO COLLERA (1994): "Restauración y Adecuación del Ex-hospital de San Hipólito", [Dibujo], p. 62. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, <<https://repositorio.unam.mx/contenidos/63832>> [Consulta: 24 de febrero de 2023]. 34
- Fig. 11: *Plantas del Hospital de San Hipólito.* Adaptado M. CEJUDO COLLERA (1994): "Restauración y Adecuación del Ex-hospital de San Hipólito", [Dibujo], p. 63. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, <<https://repositorio.unam.mx/contenidos/63832>> [Consulta: 24 de febrero de 2023]. 35
- Fig. 12: *Patio del Hospital de San Hipólito.* Adaptado de Mediateca del Instituto Nacional de Antropología e Historia de México (INAH), (s/f): "Hospital de San Hipólito" [Fotografía], <<https://mxcity.mx/wp-content/uploads/2021/08/Hospital-de-San-Hipolito-2-768x611.jpg>> [Consulta: 23 de febrero de 2023]. 36
- Fig. 13: *Asilo McLean para locos.* Adaptado de McLean Hospital (s/f): "History & Progress. Over 200 Years of Treatment, Research, Training, and Education", [Dibujo], <<https://www.mcleanhospital.org/about/history-progress>> [Consulta: 02 de marzo de 2023]. 39

- Fig. 14: *Mapa del Asilo McLean para locos en Somerville, Massachusetts*. Adaptado de HOPKINS (1884): "Somerville Mclean asylum map 1884", [Mapa], <[https://en.wikipedia.org/wiki/File:Somerville\\_Mclean\\_asylum\\_map\\_1884.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/File:Somerville_Mclean_asylum_map_1884.jpg)> [Consulta: 02 de marzo de 2023]. 40
- Fig. 15: *Planimetría de conjunto del Hospital McLean en Waverley Oaks Hill, Belmont*. Adaptado de *The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A - NCBI* (1894): "The Hospital", [Dibujo], p. 247, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249867/pdf/hosplond70172-0017.pdf>> [Consulta: 01 de marzo de 2023]. 41
- Fig. 16: *Plano de Belknap House (primer nivel)*. Adaptado de *The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A - NCBI* (1894): "The Hospital", [Dibujo], p. 248, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249867/pdf/hosplond70172-0017.pdf>> [Consulta: 01 de marzo de 2023]. 44
- Fig. 17: *Plano de Appleton House (primer nivel)*. Adaptado de *The McLean Hospital, Waverley, Mass., U.S.A - NCBI* (1894): "The Hospital", [Dibujo], p. 249, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249867/pdf/hosplond70172-0017.pdf>> [Consulta: 01 de marzo de 2023]. 45
- Fig. 18: *Habitación personalizada con vistas controladas al exterior*. Adaptado de Vitaller (2009): "Master Plan: Social and Mental Health Hospital, Martorell", [Render], <<https://vittaller.com/en/portfolio/hospital-sociosanitari-i-de-salut-mental-martorell-3/>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 53
- Fig. 19: *Pasillo hospitalario con identificación gráfica, iluminación apropiada y esquinas redondeadas*. Adaptado de Chispum Studio (2022): "Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet", [Render], <<https://chispum.studio/hospital-sociosanitario-csi/>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 55
- Fig. 20: *Salas con mobiliario adaptable a distintos grados de privacidad*. Adaptado de OopenStudio (2020): "Humanizando el Hospital de Día Médico del H. Ramón y Cajal", [Fotografía], <<https://www.oopenstudio.com/humanizando-el-hospital-de-dia-medico-del-h-ramon-y-cajal/>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 57
- Fig. 21: *Interiorismo con elementos en tonos cálidos y acabados agradables enfocados a los usuarios*. Adaptado de Estudi Aura, (2020): "Domum Mar, un proyecto con alma", [Fotografía], <<https://estudiaura.com/proyectos/domum-mar/>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 58
- Fig. 22: *Incorporación de la naturaleza potenciando el contacto interior-exterior*. Adaptado de Hufton+Crow (2020): "Maggie's Leeds Centre / Heatherwick Studio", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/941540/maggies-leeds-centre-heatherwick-studio>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 63
- Fig. 23: *Ambientes con carácter lúdico para pacientes pediátricos*. Adaptado de J. NAVARRO (2013): "Hospital Infantil Teletón de Oncología / Sordo Madaleno Arquitectos", [Fotografía], <<https://www.archdaily.mx/mx/877112/hospital-infantil-teleton-de-oncologia-sordo-madaleno-arquitectos>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 74
- Fig. 24: *Ambientes diáfanos con puntos contrastantes de color para pacientes geriátricos*. Adaptado de M. DE GUZMÁN (2009): "Centro Sociosanitario Geriátrico Santa Rita / Manuel Ocaña", [Fotografía], <[https://www.archdaily.co/co/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana?ad\\_medium=office\\_landing&ad\\_name=article](https://www.archdaily.co/co/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana?ad_medium=office_landing&ad_name=article)> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 76
- Fig. 25: *Sala de consulta con mobiliario de líneas redondeadas y decoración minimalista*. Adaptado de T. TONDRO (2019): "This Modern Healthcare Startup Is Using Design to Heal. Parsley Health's latest space is a cheerful take on the doctor's office", [Fotografía], <<https://www.architecturaldigest.com/story/this-modern-healthcare-startup-is-using-design-to-heal>> [Consulta: 17 de mayo de 2023]. 79
- Fig. 26: *Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de Region Syddanmark (s/f): "Godt fra land med Danmarks første OPP-sygehus", [Fotografía], <<https://godtsygehusbyggeri.dk/inspiration/cases/-godt-fra-land-med-danmarks-foerste-opp-sygehus>> y de "Vejle Psykiatri", [Fotografía], por Nature Impact A/S, (s/f), <<https://natureimpact.com/cases-groenne-tage/vejle-psykiatri/>> [Consulta: 29 de mayo de 2023]. 102
- Fig. 27: *Implantación Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de Google (s/f): "Psykiatrisk Afdeling Vejle", <<https://goo.gl/maps/kehkcibo8eYSf9kw5>> [Consulta: 29 de mayo de 2023]. 103
- Fig. 28: *Zonificación general del Hospital Psiquiátrico Vejle, con la tipología de espacios para el análisis*. Elaboración propia a partir de Arkitema Architects (s/f): "Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects", [Dibujo], <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 29 de mayo de 2023]. 104

- Fig. 29: *Materialidad en habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de N. NYGAARD (s/f): "Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 106
- Fig. 30: *Iluminación regulable en habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de M. RIX (2017): "Dynamisk døgnrytmelys, Psykiatrisk Afdeling Vejle, Denmark", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/PQiorOHEggQ>> [Tomada el: 30 de mayo de 2023]. 106
- Fig. 31: *Mobiliario en habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado de M. RIX (2017): "Dynamisk døgnrytmelys, Psykiatrisk Afdeling Vejle, Denmark", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/PQiorOHEggQ>> [Tomada el: 30 de mayo de 2023]. 107
- Fig. 32: *Cuarto de baño de la habitación del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado M. RIX (2017): "Dynamisk døgnrytmelys, Psykiatrisk Afdeling Vejle, Denmark", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/PQiorOHEggQ>> [Tomada el: 30 de mayo de 2023]. 108
- Fig. 33: *Materialidad en vestíbulo del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de Region Syddanmark (s/f): "Godt fra land med Danmarks første OPP-sygehus", [Fotografía], <<https://godtsygehusbyggeri.dk/inspiration/cases/godt-fra-land-med-danmarks-foerste-opp-sygehus>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 109
- Fig. 34: *Materialidad en sala de visita del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de N. NYGAARD (s/f): "Psychiatric Hospital in Vejle", [Fotografía], <<https://www.arkitema.com/en/project/psykiatrisygehys-vejle>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 110
- Fig. 35: *Transparencia en sala de visita del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado de N. NYGAARD (s/f): "Psychiatric Hospital in Vejle", [Fotografía], <<https://www.arkitema.com/en/project/psykiatrisygehys-vejle>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 110
- Fig. 36: *Iluminación natural en vestíbulo del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado de N. NYGAARD (s/f): "Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 111
- Fig. 37: *Mobiliario en vestíbulo del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de Region Syddanmark (s/f): "Vejle Psykiatri vinder international arkitekturpris", [Fotografía], <<https://godtsygehusbyggeri.dk/services/nyheder/2018/juni/vejle-psykiatri-vinder-international-arkitekturpris>> y de

- Region Syddanmark (s/f): "Godt fra land med Danmarks første OPP-sygehus", [Fotografía], <<https://godtsygehusbyggeri.dk/inspiration/cases/godt-fra-land-med-danmarks-foerste-opp-sygehus>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 112
- Fig. 38: *Mobiliario en sala de visita del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de T. MØLVIG (s/f): "Circular flow creates openness and clarity", [Fotografía] <[https://www.troldekt.com/references/health-and-care/phyciatric\\_hospital\\_vejle/](https://www.troldekt.com/references/health-and-care/phyciatric_hospital_vejle/)> y de "Godt fra land med Danmarks første OPP-sygehus", [Fotografía], por Region Syddanmark, (s/f), <<https://godtsygehusbyggeri.dk/inspiration/cases/godt-fra-land-med-danmarks-foerste-opp-sygehus>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 113
- Fig. 39: *Paneles semitransparentes y nichos en consultorios del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de N. NYGAARD (s/f): "Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 113
- Fig. 40: *Estación de enfermería del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado de M. RIX (2017): "Dynamisk døgnrytmelys, Psykiatrisk Afdeling Vejle, Denmark", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/PQiorOHEggQ>> [Tomada el: 30 de mayo de 2023]. 114
- Fig. 41: *Materialidad en consultorio del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de N. NYGAARD (s/f): "Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 115
- Fig. 42: *Materialidad en estación de enfermería del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de T. MØLVIG (s/f): "Circular flow creates openness and clarity", [Fotografía], <[https://www.troldekt.com/references/health-and-care/phyciatric\\_hospital\\_vejle/](https://www.troldekt.com/references/health-and-care/phyciatric_hospital_vejle/)> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 115
- Fig. 43: *Iluminación en área de consultorios del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado de N. NYGAARD (s/f): "Psychiatric Hospital in Vejle", [Fotografía], <<https://www.arkitema.com/en/project/psykiatrisygehys-vejle>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 116
- Fig. 44: *Cubiertas verdes del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Adaptado de N. NYGAARD (s/f): "Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>> [Consulta: 30 de mayo de 2023]. 117

- Fig. 45: *Mobiliario en estación de enfermería del Hospital Psiquiátrico Vejle*. Elaboración propia a partir de T. MØLVIG (s/f): "Circular flow creates openness and clarity", [Fotografía], <<https://www.troldtekt.com/references/health-and-care/psychiatric-hospital-vejle/>> y de M. RIX (2017): "Dynamisk døgnrytmelys, Psykiatrisk Afdeling Vejle, Denmark", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/PQior0HEggQ>> [Tomada el: 30 de mayo de 2023]. 118
- Fig. 46: *Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "Centro Medico Psicopedagógico de Osona", [Fotografía], <<https://www.adriagoula.com/es/photos-commissioned-work/centro-medico-psicopedagogico-de-osona.html>> y de Comas-Pont arquitectos (s/f): "Centro Médico Psicopedagógico / Comas-Pont arquitectos", [Render], <<https://www.archdaily.co/co/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 119
- Fig. 47: *Implantación Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de Google (s/f): "Areté" <<https://goo.gl/maps/zADMm79r8nauS5B1A>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 121
- Fig. 48: *Zonificación general del Centro Psicopedagógico de Osona, con la tipología de espacios para el análisis*. Elaboración propia a partir de Comas-Pont arquitectos (s/f): "Centro Médico Psicopedagógico / Comas-Pont arquitectos", [Dibujo], <<https://www.archdaily.co/co/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 122
- Fig. 49: *Materialidad en sala de rehabilitación comunitaria del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "L'edifici central d'Osonament, un equipament premiat", [Fotografía], <<https://www.osonament.cat/ledifici-central-osonament/>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 123
- Fig. 50: *Materialidad en sala de inserción laboral del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "L'edifici central d'Osonament, un equipament premiat", [Fotografía], <<https://www.osonament.cat/ledifici-central-osonament/>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 124
- Fig. 51: *Esquema del sistema bioclimático del Centro Psicopedagógico de Osona*. Adaptado de videosICCL (2018): "Panel 4 - Entrega de Premios de Construcción Sostenible - 7ª Edición", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/OtuyEcZ96Ws>> [Tomada el: 05 de junio de 2023]. 125
- Fig. 52: *Sistema de cerramiento en la fachada sur del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "L'edifici central d'Osonament, un equipament premiat", [Fotografía], <<https://www.osonament.cat/ledifici-central-osonament/>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 126
- Fig. 53: *Mobiliario en sala de rehabilitación comunitaria del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de Autor desconocido (s/f): "Expliquem l'atenció integrada social i sanitària a l'equip del Pla director de salut mental i addiccions", [Fotografía], <<https://www.osonament.cat/expliquem-latencio-integrada-social-i-sanitaria-a-osona-a-lequip-del-pla-director-de-salut-mental-i-addiccions/>> y de A. GOULA (2016): "L'edifici central d'Osonament, un equipament premiat", [Fotografía], <<https://www.osonament.cat/ledifici-central-osonament/>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 126
- Fig. 54: *Mobiliario en sala de inserción laboral del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "L'edifici central d'Osonament, un equipament premiat", [Fotografía], <<https://www.osonament.cat/ledifici-central-osonament/>> y de A. GOULA (2016): "Centro Médico Psicopedagógico de Osona. Osonament", [Fotografía], <<https://comas-pont.com/es/project/centro-medico-psicopedagogico-de-osona-osonament/>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 127
- Fig. 55: *Materialidad en la recepción del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "Centro Medico Psicopedagógico de Osona", [Fotografía], <<https://www.adriagoula.com/es/photos-commissioned-work/centro-medico-psicopedagogico-de-osona.html>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 128
- Fig. 56: *Materialidad en la cafetería del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "Centro Medico Psicopedagógico de Osona", [Fotografía], <<https://www.adriagoula.com/es/photos-commissioned-work/centro-medico-psicopedagogico-de-osona.html>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 129
- Fig. 57: *Mobiliario en la recepción del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "Centro Medico Psicopedagógico de Osona", [Fotografía], <<https://www.adriagoula.com/es/photos-commissioned-work/centro-medico-psicopedagogico-de-osona.html>> y de ArquinFAD (2017): "Finalista Arquitectura FAD 2017 - Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona", [Captura de pantalla], <[https://youtu.be/A\\_C9-0Qk-3Q](https://youtu.be/A_C9-0Qk-3Q)> [Tomada el: 05 de junio de 2023]. 130

- Fig. 58: *Mobiliario en la cafetería del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de A. GOULA (2016): "Centro Medico Psicopedagógico de Osona", [Fotografía], <<https://www.adriagoula.com/es/photos-commissioned-work/centro-medico-psicopedagogico-de-osona.html>> y de Autor desconocido (s/f): "Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona", [Fotografía], <<http://www.vavawood.com/projectes/fundacio-centre-medic-psicopedagogic-dosona>> [Consulta: 05 de junio de 2023]. 130
- Fig. 59: *Señalética del Centro Psicopedagógico de Osona*. Elaboración propia a partir de OSONAMENT (2016): "Osonament, senyalètica edifici, el futur des de la participació", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/c4-PekqU7eFk>> [Tomada el: 05 de junio de 2023]. 131
- Fig. 60: *Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de H. SUZUKI (s/f): "Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica en Hokkaido", [Fotografía], en *Sou Fujimoto. Teoría e intuición, marco y experiencia*, Vol. 151, pp. 34-35, Madrid: El Croquis, <<https://dokumen.tips/documents/el-croquis-151-sou-fujimoto-2003-2010.html?page=1>> y de Sou Fujimoto Architects (s/f): "Sou Fujimoto: 'Foreigners don't want really crazy things'", [Maqueta], <<https://www.architectural-review.com/awards/ar-emerging/-sou-fujimoto-foreigners-dont-want-really-crazy-things>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 132
- Fig. 61: *Implantación Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de Google (s/f): "児童心理治療施設 バウムハウス" <<https://goo.gl/maps/yYxkkZjB88HY8wAX-A>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 134
- Fig. 62: *Zonificación general del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica, con la tipología de espacios para el análisis*. Elaboración propia a partir de Sou Fujimoto Architects (s/f): "Per i bambini. Sou Fujimoto, Centro di riabilitazione psichiatrica infantile", [Dibujo], <<https://www.and-architettura.it/index.php/and/article/view/473>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 135
- Fig. 63: *Modelos habitacionales del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de Sou Fujimoto Architects (s/f): "Per i bambini. Sou Fujimoto, Centro di riabilitazione psichiatrica infantile", [Dibujo], <<https://www.and-architettura.it/index.php/and/article/view/473>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 136
- Fig. 64: *Materialidad en salones de estudio y juego del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaborado a partir de Autor desconocido (s/f): "施設内写真", [Fotografía], <<https://tarap.org/baumhaus/photo.html>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 136
- Fig. 65: *Materialidad en comedor del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de D. ANO (s/f): "Children's Center for Psychiatric Rehabilitation / Sou Fujimoto Architects", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/8028/children%25e2%2580%2599s-center-for-psychiatric-rehabilitation-sou-fujimoto>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 138
- Fig. 66: *Materialidad en salas de estar del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de D. ANO (s/f): "Trung tâm phục hồi chức năng cho trẻ tâm thần Hokkaido, Nhật", [Fotografía], <[http://bmktcn.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=7462&Itemid=184](http://bmktcn.com/index.php?option=com_content&task=view&id=7462&Itemid=184)> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 139
- Fig. 67: *Iluminación natural del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Adaptado de View Pictures/Universal Images Group via Getty Images (2007): "Treatment Centre For Mentally Disturbed Children, Date, Japan, Architect Sou Fujimoto Architects, 2006", [Fotografía], <<https://www.gettyimages.es/detail/fotograf%C3%ADa-de-noticias/treatment-centre-for-mentally-disturbed-fotograf%C3%ADa-de-noticias/154475638?adppopup=true>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 140
- Fig. 68: *Iluminación artificial del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de Sirius Lighting Office (2006): "Treatment Centre for mentally disturbed children", [Fotografía], <<https://www.sirius-ltg.com/works/all/261/>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 140
- Fig. 69: *Mobiliario en comedor del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de View Pictures/Universal Images Group via Getty Images (2007): "Treatment Centre For Mentally Disturbed Children, Date, Japan, Architect Sou Fujimoto Architects, 2006", [Fotografía], <<https://www.gettyimages.es/detail/fotograf%C3%ADa-de-noticias/treatment-centre-for-mentally-disturbed-fotograf%C3%ADa-de-noticias/154475638?adppopup=true>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 141
- Fig. 70: *Mobiliario en salas de estar del Centro Infantil de Rehabilitación Psiquiátrica*. Elaboración propia a partir de D. ANO (s/f): "Trung tâm phục hồi chức năng cho trẻ tâm thần Hokkaido, Nhật", [Fotografía], <[http://bmktcn.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=7462&Itemid=184](http://bmktcn.com/index.php?option=com_content&task=view&id=7462&Itemid=184)> y de Autor desconocido (s/f): "施設内写真", [Fotografía], <<https://tarap.org/baumhaus/photo.html>> [Consulta: 12 de junio de 2023]. 141

- Fig. 71: *Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de M. HERBOTH (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 142
- Fig. 72: *Implantación Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de Google (s/f): "Cherry Hospital" <<https://goo.gl/maps/C3PE-JQ8r2p3r9Dz46>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 143
- Fig. 73: *Zonificación general del Cherry Hospital, con la tipología de espacios para el análisis*. Elaboración propia a partir de Perkins+Will (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Dibujo] <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 144
- Fig. 74: *Materialidad en habitación individual del Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de CBS 17 (2016): "McCrorry helps cut ribbon on Goldsboro's Cherry Hospital", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/OePMQmiqOSY>> [Tomada el: 16 de junio de 2023]. 146
- Fig. 75: *Mobiliario en habitación compartida del Cherry Hospital*. Adaptado de Ncdhhs Office of Communications (2016): "patient-room2", [Fotografía], <<https://www.flickr.com/photos/nc-dhhs-cherry-hospital/29752975811/>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 147
- Fig. 76: *Cuarto de baño de la habitación del Cherry Hospital*. Adaptado de Wayne County Government (2016): "Cherry HospitalTour 2016 09 08", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/WpYgc2gvKI4>> [Tomada el: 16 de junio de 2023]. 147
- Fig. 77: *Materialidad en sala de espera del Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de M. HERBOTH (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 148
- Fig. 78: *Materialidad en sala de visita del Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de Ncdhhs Office of Communications (2016): "patient-care-unit", [Fotografía], <<https://www.flickr.com/photos/nc-dhhs-cherry-hospital/29752975591/>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 149
- Fig. 79: *Iluminación natural en espacios de socialización del Cherry Hospital*. Adaptado de M. HERBOTH (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 149
- Fig. 80: *Patios del Cherry Hospital*. Elaborado a partir de M. HERBOTH (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 150
- Fig. 81: *Paisajismo en los patios del Cherry Hospital*. Adaptado de Perkins+Will (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Dibujo], <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 150
- Fig. 82: *Mobiliario en sala de espera del Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de Ncdhhs Office of Communications (2016): "a7-lobby", [Fotografía], <<https://www.flickr.com/photos/nc-dhhs-cherry-hospital/29835617515/>> y de M. HERBOTH (2017): "Cherry Hospital / Perkins+Will", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/874162/cherry-hospital-perkins-plus-will>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 151
- Fig. 83: *Mobiliario en sala de visita del Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de Ncdhhs Office of Communications (2016): "patient-care-unit", [Fotografía], <<https://www.flickr.com/photos/nc-dhhs-cherry-hospital/29752975591/>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 151
- Fig. 84: *Materialidad en estación de enfermería del Cherry Hospital*. Elaboración propia a partir de CBS 17 (2016): "McCrorry helps cut ribbon on Goldsboro's Cherry Hospital", [Captura de pantalla], <<https://youtu.be/OePMQmiqOSY>> [Tomada el: 16 de junio de 2023]. 153
- Fig. 85: *Nichos en pasillos del Cherry Hospital*. Adaptado de M. HERBOTH (2017): "Cherry Hospital Goldsboro", [Fotografía], <<https://www.markherboth.com/Portfolio/Health--Research/53>> [Consulta: 16 de junio de 2023]. 153
- Fig. 86: *Centro de Salud Mental Nepean*. Elaboración propia a partir de E. ROHLOFF (s/f) y T. MEIN (s/f): "Nepean Mental Health Centre / Woods Bagot", [Fotografía], <<https://www.archdaily.com/550968/nepean-mental-health-centre-woods-bagot>> [Consulta: 22 de junio de 2023]. 154
- Fig. 87: *Implantación Centro de Salud Mental Nepean*. Elaboración propia a partir de Google (s/f): "Nepean Mental Health Centre", <<https://goo.gl/maps/Bqz3Cfk4rW3yF6Yi7>> [Consulta: 22 de junio de 2023]. 155
- Fig. 88: *Zonificación general del Centro de Salud Mental Nepean, con la tipología de espacios para el análisis*. Elaboración propia a partir de Woods Bagot (2011): "Nepean Mental Health Centre / Woods Bagot", [Dibujo], <<https://www.archdaily.com/550968/nepean-mental-health-centre-woods-bagot>> [Consulta: 22 de junio de 2023]. 156
- Fig. 89: *Materialidad en habitación individual del Centro de Salud Mental Nepean*. Elaborado a partir de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], por <<https://youtu.be/p4sWdPLrTSY>> [Tomada el: 22 de junio de 2023]. 157

Fig. 90: <i>Mobiliario en habitación individual del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Adaptado de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	158
Fig. 91: <i>Cuarto de baño de la habitación individual del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Adaptado de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	159
Fig. 92: <i>Manillas de grifo antiataduras en el cuarto de baño</i> . Adaptado de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	159
Fig. 93: <i>Materialidad en sala de visita del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Elaboración propia a partir de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	160
Fig. 94: <i>Patios del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Adaptado de T. MEIN (s/f): "Nepean Mental Health Centre / Woods Bagot", [Fotografía], < <a href="https://www.archdaily.com/550968/nepean-mental-health-centre-woods-bagot">https://www.archdaily.com/550968/nepean-mental-health-centre-woods-bagot</a> > [Consulta: 22 de junio de 2023].	161
Fig. 95: <i>Mobiliario en sala de visita del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Elaboración propia a partir de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	162
Fig. 96: <i>Materialidad en estación de enfermería del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Elaboración propia a partir de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	163
Fig. 97: <i>Mobiliario en estación de enfermería del Centro de Salud Mental Nepean</i> . Adaptado de Nepean Blue Mountains Health (2014): "Nepean Mental Health Centre virtual tour", [Captura de pantalla], < <a href="https://youtu.be/p4sWdPLrTSY">https://youtu.be/p4sWdPLrTSY</a> > [Tomada el: 22 de junio de 2023].	163

## 8. ÍNDICE Y FUENTE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Tipología y tratamientos de los trastornos mentales</i> . Elaboración propia.	66
Tabla 2. <i>Cuadro comparativo entre enfermedad y normativa</i> . Adaptado de I. MUBAYED Y J. ALDEA (2020): "El Hospital Psiquiátrico de Maracaibo: estrategias y criterios para una intervención arquitectónica", pp. 1067-1069. < <a href="https://www.academia.edu/43823231/Competencias_digitales_del_docente_y_su_incidencia_en_la_calidad_de_educaci%C3%B3n_virtual_en_Ecuador">https://www.academia.edu/43823231/Competencias_digitales_del_docente_y_su_incidencia_en_la_calidad_de_educaci%C3%B3n_virtual_en_Ecuador</a> > [Consulta: 03 de mayo de 2023].	70
Tabla 3. <i>Cuadro comparativo de casos de estudio</i> . Elaboración propia.	165



**ATMÓSFERAS DE SANACIÓN:**  
**estrategias de humanización y bienestar en**  
**el interiorismo hospitalario de salud mental**

MAAPUD  
ETSA - UPV  
2023/2024