

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**



**“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA
ARQUITECTURA Y RECREACION TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE
POCOLLAY, 2024”**

TESIS

Presentado por:

Bach. Ruth Soledad Villa Vilca

Orcid

Asesor:

Mtra. Stephany Catherine Giglio Lazaro

Orcid

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

ARQUITECTO

TACNA –PERÚ

2026

DECLARACION JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ruth Soledad Villa Vilca, identificada con **DNI N° 75094756**, en mi condición de Bachiller de la Escuela Profesional de Arquitectura de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Privada de Tacna, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Soy autora del trabajo de tesis titulado: ***“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”***, elaborado bajo la asesoría del Mtro. Aldo Raúl Gambetta Montalvo, el cual presento con el propósito de obtener el Título Profesional de Arquitecta.
2. Declaro que la investigación no ha sido objeto de plagio, total ni parcial, y que se han respetado las normas internacionales de citación y referencia correspondientes a todas las fuentes consultadas.
3. Aseguro que el contenido de la tesis no vulnera derechos de terceros en ninguna de sus partes.
4. Manifiesto que el trabajo es íntegramente original, y que no ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
5. Los datos y resultados expuestos en el desarrollo de la investigación son verídicos, y no han sido alterados, duplicados ni falsificados.

En virtud de lo expresado, asumo plena responsabilidad ante la Universidad y ante cualquier tercero por la autenticidad, autoría y veracidad del contenido de esta tesis, así como por los derechos inherentes a su elaboración y presentación.

En caso de comprobarse alguna falta relacionada con plagio, piratería, falsificación, fraude o publicación previa, acepto las sanciones y consecuencias que pudieran derivarse de tales hechos, conforme a la normativa vigente de la Universidad Privada de Tacna.

DEDICATORIA

A todas las personas que luchan cada día con valentía silenciosa.
A quienes cargan batallas invisibles y, aun así, encuentran la fuerza para ser luz,
bondad y esperanza.

AGRADECIMIENTOS

A la universidad y a los docentes por su orientación y compromiso durante mi formación.
Extiendo también mi gratitud a las personas que me brindaron apoyo y aliento a lo largo de este proceso.

INDICE GENERAL

ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
1.2 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	12
1.2.1 Delimitación temática.....	12
1.2.2 Delimitación geográfica.....	13
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3.1 Problema general.....	15
1.3.2 Problemas específicos	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1 Objetivo general	15
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
1.5 JUSTIFICACIÓN	15
1.5.1 Justificación teórica	15
1.5.2 Justificación Metodológica	15
1.5.3 Justificación Practica.....	16
1.5.4 Importancia de la investigación.....	16
1.5.5 Viabilidad	17
1.5.6 Alcances y limitaciones	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1 Antecedentes internacionales:.....	18
2.1.2. Antecedentes nacionales:.....	22
2.2 ANTECEDENTES CONCEPTUALES.....	27
2.2.1 Bases teóricas	27
2.2.2 Definición de términos básicos	44
2.3 ANTECEDENTES NORMATIVOS	46
2.3.1 Análisis Normativo.....	46
2.4 ANTECEDENTES CONTEXTUALES	48
2.4.1 Estudio de casos.....	48
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO.....	78
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	78
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	78

3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	79
3.3.1	<i>Instrumentos:</i>	79
3.3.2	<i>Técnicas de recolección de datos</i>	79
3.4	MÉTODO DE ANÁLISIS CUALITATIVO DE DATOS.....	79
3.4.1	<i>Toma de muestras a usuarios</i>	81
3.5	ESQUEMA METODOLÓGICO.....	81
4	CAPITULO IV. PROPUESTA ARQUITECTONICA	91
4.1	PROGRAMACION ARQUITECTONICA	91
4.2	ANALISIS DE SITIO Y USUARIO	97
4.2.1	<i>Análisis físico ambientales</i>	97
4.2.2	<i>Análisis Urbano territoriales</i>	102
4.2.3	<i>Análisis Tecnológico constructivos</i>	105
4.2.4	<i>ANALISIS DE USUARIO:</i>	106
4.3	PREMISAS DE DISEÑO PARA LA PROPUESTA	109
4.4	CONCEPTUALIZACION O PARTIDO ARQUITECTONICO	114
	ZONIFICACION DEL PROYECTO	114
4.5	SISTEMATIZACIÓN DE CRITERIOS DE DISEÑO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACIÓN TERAPÉUTICA	116
4.5.1	<i>APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS DE LA ARQUITECTURA TERAPÉUTICA</i>	117
4.5.2	<i>APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS DE RECREACIÓN TERAPÉUTICA</i>	123
4.5.3	<i>IMPLEMENTACIÓN DE JARDINES TERAPÉUTICOS: LOOP, SINNENAS GARD, TRADET Y PSICOMOTRICIDAD</i>	125
4.5.4	<i>CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN PROYECTUAL</i>	126
4.6	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA	126
4.6.1	<i>Nivel Funcional</i>	127
4.6.2	<i>Nivel Formal</i>	128
4.6.3	<i>Nivel Espacial</i>	130
4.6.4	<i>Materialidad</i>	131
4.6.5	<i>Nivel Estructural</i>	134
4.6.6	<i>Nivel Ambiental y Bioclimático</i>	135
4.6.7	<i>Relación con el Entorno</i>	136
4.7	ANTEPROYECTO ARQUITECTONICO.....	138
4.7.1	<i>PLANO DE UBICACIÓN Y LOCALIZACION</i>	138
4.7.2	<i>PLANO TOPOGRAFICO</i>	139
4.7.3	<i>PLANOS ARQUITECTONICOS DE ANTEPROYECTO</i>	139
4.7.4	<i>PLANO DE ELEVACIONES NIVEL ANTEPROYECTO ARQUITECTONICO</i>	141
4.8	PLANOS ARQUITECTONICOS NIVEL PROYECTO.....	142

4.8.1	PLANOS DE DETALLES	145
4.9	VISTAS 3D.....	148
4.9.1	VISTAS INTERIORES	148
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		158

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Centros de Salud Mental Comunitarios Tacna	10
Tabla 2.	Características para elección del terreno	14
Tabla 3	Modelos de intervención en Recreación Terapéutica	35
Tabla 4:	Cuadro de Usos Compatibles	103

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Número de AVISA según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú hasta el 2019.....	5
Figura 2	Cantidad de AVISA según Subcategorías de Enfermedades y componentes AVP/AVD en Tacna hasta el 2018.....	7
Figura 3		8
Figura 4		8
Figura 5	Esquema de distribución del C.S.M.C “Valle Pocollay”	10
Figura 6	C.S.M.C “Valle Pocollay”	10
Figura 7:	Panel fotográfico de ambientes del CSMC “Valle Pocollay”	11
Figura 8	Plano de Zonificación y uso de suelo del Plan de desarrollo Urbano Tacna 2015-2025.	13
Figura 9	Ubicación de proyecto.	13
Figura 10	Esquema de estructuración del sistema vial y plano de vías paisajísticas.....	14
Figura 11	Nivel de acceso a Hospital Psiquiátrico KRONSTAD.....	19
Figura 12	Vista aérea de Hospital Psiquiátrico KRONSTAD.....	19
Figura 13:	Arquitectura Terapéutica en el distrito Central, Honduras.....	20
Figura 14:	Centro de salud mental, terapia alternativa y ecoterapia en La paz, Bolivia.	22
Figura 15:	Centro de salud mental comunitario en el departamento de Ica libremente Ica.....	24
Figura 16:	Vista Aérea de Propuesta arquitectónica.....	26
Figura 17:	Centro de salud mental comunitario con arquitectura sostenible en pacientes con trastornos mentales en la provincia de Ambo, Huánuco. .	27
Figura 18:	Terrapin Bright Green (2014) 14 patrones de diseño biofílico...	34
Figura 19	Componentes del Modelo de Habilidad del Ocio	36
Figura 20	Jardín terapéutico del Centro Sociosanitario Bernat Jaume, en Figueres España.	43
Figura 21	Vista de acceso principal.....	49
Figura 22	Vista de caminería interior.....	49
Figura 23:	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD / ORIGO ARKITEKTGRUPPE.....	50
Figura 24	Corte transversal	51
Figura 25	Corte longitudinal.....	52
Figura 26	Vista de recepción al Hospital psiquiátrico.....	52
Figura 27	Vista del área de mezanine	52

Figura 28: Vista aérea hospital psiquiatrico vejle	54
Figura 29: Hospital psiquiatrico vejle	55
Figura 30 Vista de estar interior.....	56
Figura 31 Vista de Sala de Terapia de Color	56
Figura 32 Vista de área de Comedor.....	57
Figura 33 Vista de jardín principal	57
Figura 34: Vista exterior	58
Figura 35: Centro psiquiátrico Friedrichshafen	59
Figura 36: Vista de acceso principal.....	60
Figura 37: Análisis funcional.....	61
Figura 38: Organigrama	62
Figura 39: Porcentaje Ocupacional del área.....	62
Figura 40: Planos por nivel.....	63
Figura 41: Cortes longitudinales	64
Figura 42: Vista interior del Hospital psiquiátrico	65
Figura 43: Vista del área de comedor.....	65
Figura 44: Vista de sala de terapia	66
Figura 45: Vista del jardín principal	66
Figura 46 Vista Aérea de Jardín Terapéutico	68
Figura 47: Esquema de zonificación.....	69
Figura 48 Vista del Jardín.....	69
Figura 49 Actividades de Horticultura	71
Figura 50 Vista de jardineras.....	71
Figura 51 Vista de jardín	72
Figura 52: Plano Arquitectónico y detalles del Jardín	72
Figura 53: Plano de Elevación Longitudinal y transversal.....	73
Figura 54: Proceso Cualitativo.	78
Figura 55.Porcentaje obtenido en encuesta	83
Figura 56.Actividades que se realizan como terapia	84
Figura 57.Actividades que se recomienda implementar	84
Figura 58.Opinión sobre enfoques mente-cuerpo.....	85
Figura 59.Opinión sobre Enfoques No verbales	86
Figura 60.Opinión sobre terapia de Aventura	87
Figura 61.Opinión sobre Artes creativas.....	87
Figura 62.Opinión sobre deportes recreativos.....	88
Figura 63.Opinion sobre celebración de eventos importantes(rituales)	89
Figura 64.Opinion sobre mejor enfoque comunitario	90

Figura 65	91
Figura 66: Ubicación del terreno:.....	97
Figura 67 Vista de terreno	97
Figura 68 Esquema de Asoleamiento.....	98
Figura 69 Temperatura máxima y mínima promedio en Pocollay	99
Figura 70 Velocidad promedio del viento en Pocollay.....	99
Figura 71 Esquema de Ventilación	99
Figura 72 Producción de hortalizas en Pocollay	101
Figura 73 Vista Aérea de terreno.....	101
Figura 74 Plano topográfico.....	101
Figura 75 Viabilidad.....	102
Figura 76 Sección vial Av. Jorge Basadre Grohmann.....	102
Figura 77 Sección Vial Av. Las Bugarvillas.....	103
Figura 78: Uso de suelo	103
Figura 79 Altura de edificación Calle Las Bugarvillas.....	104
Figura 80 Altura de Edificación Av. Jorge Basadre Grohmann	104
Figura 81 Materiales de construcción del sector	105
Figura 82 Materiales de construcción del sector.....	105
Figura 83 Acabados del sector	106
Figura 84: Sistema de información de consulta ambulatoria.....	107
Figura 85: Distribución de casos notificados de problemas de Salud Mental	107
Figura 86: Distribución de casos notificados de problemas de salud Mental	108
Figura 87: Casos notificados de problemas de salud mental priorizados. Enero hasta agosto– 2024	108
Figura 88: COMPOSICION	114
Figura 89: ZONIFICACION.....	114
Figura 90: Vista superior plano zonificado.....	115
Figura 91: Zonificación	116
figura 92. Ventilación natural	117
figura 93. Ventilacion e iluminación natural en pasillos.....	118
figura 94. Iluminación Natural y aperturas estratégicas a través de mamparas y tratamientos acústicos pasivos.	118
figura 95. Iluminación que acompaña la atmosfera terapéutica	119
figura 96. Luz natural e iluminación adecuada	120
Figura 97. Jardines terapéuticos y su relación directa	122

Figura 98. Relación directa de consultorios y talleres	123
Figura 99 Circuito de pisos podotáctiles	125
Figura 100.Jardines terapéuticos	126
Figura 101.Esquema funcional.....	128
Figura 102.Volumetría del conjunto.....	129
Figura 103.Volumetría del conjunto.....	129
Figura 104.Vista desde el área de observación de emergencia	130
Figura 105.Vista desde el área de espera pública para el área de patología clínica.....	130
Figura 106.Vista de circulación exterior.....	131
Figura 107.Piso vinílico SPC PRO OAK Natural.....	132
Figura 108•Piso Porcelanato Beige 60x60	132
Figura 109.Piso terrazo blanco Jaspe	132
Figura 110.Piso WPC Deck Exterior Maple 290 X 14.8 cm.....	132
Figura 111.Piso Adoquín de concreto-Grass natural	132
Figura 112.Piso Caucho EPDM.....	132
Figura 113.Revestimiento paneles WPC	133
Figura 114.Celosías en la fachada de proyecto.....	133
Figura 115. Teja plana	134
Figura 116.Policarbonato alveolar alta resistencia	134
Figura 117.Referencia de estructura metálica con cerramiento en malla poliéster	134
Figura 118.Esquema estructural	135
Figura 119.Esquema de ventilación natural cruzada en el proyecto	137
Figura 120.Esquema de control de accesos.....	137
figura 121: Plano de ubicación y localización	138
figura 122: Plano topográfico.....	139
figura 123: Planos arquitectónicos de anteproyecto	139
figura 124: Plano de segundo nivel	140
figura 125: Plano de techos.....	140
figura 126 Plano de elevaciones arquitectónicas.....	141
figura 127: Plano de cortes arquitectónicos.....	141
Figura 128: Plano de 1er nivel.....	142
Figura 129: Plano de 2do nivel.....	142
Figura 130: Plano de techos.....	143
Figura 131: Plano de cortes	143
Figura 132: Plano de elevaciones	144

Figura 133: Detalle de mamparas	145
Figura 134: Detalle de SSHH	146
Figura 135: Detalle de escalera, ascensor y tragaluz	147
Figura 136: Vista de cafetería	148
Figura 137: Vista 2 de cafetería	148
Figura 138: Vista de observación de emergencia	149
Figura 139: Vista 2 de observación de emergencia	149
Figura 140: Vista de espera (Zona patología clínica).....	150
Figura 141: Vista de consultorio de niños	150
Figura 142: Vista de consultorio de adolescentes, adultos y adultos mayores	151
Figura 143:	152
Figura 144:	152
Figura 145:	153
Figura 146:	153
Figura 147:	154
Figura 148:	154

RESUMEN

La presente investigación, titulada “Centro de Salud Mental Comunitario: Aplicación de la Arquitectura y Recreación Terapéutica en el distrito de Pocollay, 2024”, tiene como objetivo determinar de qué manera la aplicación de estrategias de arquitectura terapéutica y recreación terapéutica en el diseño de un Centro de Salud Mental Comunitaria puede contribuir al proceso de recuperación de la salud psicológica de los usuarios, así como fortalecer una perspectiva comunitaria orientada a la promoción y prevención de los problemas de salud mental.

La investigación parte de la problemática identificada en los Centros de Salud Mental Comunitarios existentes, los cuales, en muchos casos, no han sido concebidos bajo un enfoque integral que priorice el bienestar emocional, psicológico y social de los usuarios, ni consideran adecuadamente el componente comunitario requerido en la atención de salud mental. Frente a ello, se plantea la necesidad de desarrollar un equipamiento arquitectónico que, además de brindar atención asistencial, tratamiento y rehabilitación, promueva entornos restaurativos, inclusivos y favorables para la integración social y el fortalecimiento emocional.

El estudio se fundamenta en los principios de la arquitectura terapéutica, la recreación terapéutica y el diseño biofílico, considerando la influencia del entorno físico en la percepción, conducta y bienestar del usuario. La metodología empleada incluyó entrevistas y análisis de información cualitativa, permitiendo identificar necesidades espaciales, funcionales y emocionales relacionadas con la atención en salud mental. A partir de la información recolectada y del sustento teórico desarrollado, se elaboró una propuesta arquitectónica que incorpora estrategias como la integración de naturaleza y jardines terapéuticos, espacios recreativos y terapéuticos al aire libre, psicología del color, áreas de socialización, recorridos accesibles y ambientes orientados al confort sensorial y emocional.

Asimismo, el proyecto incorpora infraestructura comunitaria como la losa multiusos, el salón de usos múltiples y espacios destinados a actividades grupales y recreativas, fortaleciendo el enfoque preventivo-comunitario del Centro de Salud Mental Comunitaria. De este modo, la propuesta busca promover una nueva perspectiva en el diseño de equipamientos de salud mental, donde la arquitectura no solo cumpla funciones técnicas y normativas, sino que también contribuya

activamente al bienestar integral, la recuperación emocional y la calidad de vida de los usuarios y de la comunidad.

Palabras clave: salud mental, centro de salud mental comunitario, arquitectura terapéutica, recreación terapéutica, jardín terapéutico.

ABSTRACT

This research, entitled "**Community Mental Health Center: Application of Therapeutic Architecture and Therapeutic Recreation in the District of Pocollay, 2024,**" aims to determine how the application of therapeutic architecture and therapeutic recreation strategies in the design of a Community Mental Health Center can contribute to users' psychological recovery while strengthening a community-based approach focused on the promotion and prevention of mental health problems.

The study is based on the problems identified in existing Community Mental Health Centers, many of which have not been designed under a comprehensive approach that prioritizes the emotional, psychological, and social well-being of users, nor adequately incorporates the community component required for mental health care. In response, this research proposes the development of an architectural facility that, in addition to providing outpatient care, treatment, and rehabilitation, promotes restorative, inclusive, and supportive environments that encourage social integration and emotional well-being.

The research is grounded in the principles of therapeutic architecture, therapeutic recreation, and biophilic design, recognizing the influence of the built environment on users' perception, behavior, and well-being. The methodology included interviews and qualitative data analysis, allowing the identification of spatial, functional, and emotional needs associated with mental health care. Based on the collected information and the theoretical framework, an architectural proposal was developed incorporating strategies such as the integration of nature and therapeutic gardens, outdoor therapeutic and recreational spaces, color psychology, social interaction areas, accessible circulation routes, and environments designed to provide sensory and emotional comfort.

Furthermore, the project incorporates community-oriented facilities such as a multi-purpose sports court, a multipurpose hall, and spaces dedicated to group and recreational activities, reinforcing the preventive and community-based approach of the Community Mental Health Center. In this way, the proposal seeks to promote a new perspective in the design of mental health facilities, where architecture not only fulfills technical and regulatory requirements but also actively contributes to comprehensive well-being, emotional recovery, and the quality of life of users and the surrounding community.

Keywords: mental health, Community Mental Health Center, therapeutic architecture, therapeutic recreation, therapeutic garden.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la salud mental ha adquirido una importancia creciente debido al incremento sostenido de trastornos psicológicos y al impacto que estos generan en la calidad de vida, el bienestar emocional y el funcionamiento social de las personas. Esta situación evidencia la necesidad de contar con establecimientos de atención adecuados que no solo respondan a requerimientos clínicos y funcionales, sino que también contribuyan activamente a los procesos de recuperación y rehabilitación desde una perspectiva integral y humanizada.

La provincia de Tacna no es ajena a esta problemática. A pesar de contar con Centros de Salud Mental Comunitarios, muchos de estos presentan limitaciones funcionales y carecen de un enfoque arquitectónico que considere la influencia del entorno físico en la salud emocional y psicológica de los usuarios. Diversos estudios demuestran que la ausencia de espacios accesibles, confortables y humanizados disminuye la efectividad de las intervenciones terapéuticas y puede intensificar situaciones asociadas a la pérdida de autonomía, el aislamiento social y la vulnerabilidad emocional. En ese sentido, resulta fundamental incorporar criterios arquitectónicos capaces de generar ambientes restaurativos que favorezcan el bienestar integral de los usuarios.

Frente a esta necesidad, surge la propuesta de diseñar un Centro de Salud Mental Comunitaria en el distrito de Pocollay, basado en principios de arquitectura terapéutica y recreación terapéutica. Este enfoque plantea la creación de espacios orientados al bienestar emocional mediante el aprovechamiento de la iluminación natural, la ventilación, la vegetación, las visuales exteriores y el confort ambiental, complementados con estrategias recreativas y comunitarias que promuevan la interacción social, la autonomía y el desarrollo personal.

Asimismo, el proyecto incorpora espacios terapéuticos exteriores, jardines biofílicos, áreas de recreación, ambientes comunitarios y elementos de accesibilidad universal, configurando un equipamiento de salud que trasciende la atención convencional y se consolida como un entorno inclusivo, restaurativo y orientado a la prevención en salud mental. De esta manera, la propuesta arquitectónica no solo busca cubrir la demanda de atención especializada en el distrito de Pocollay, sino también contribuir al fortalecimiento emocional y social de los usuarios y de la comunidad en general.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

nivel mundial, la salud mental constituye una de las principales cargas de enfermedad y discapacidad. Hasta el año 2019, aproximadamente 970 millones de personas —equivalente a 1 de cada 8 habitantes— presentaban algún trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más prevalentes a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), después de la pandemia por COVID-19 los casos de ansiedad y depresión aumentaron en más del 25 % en un solo año, evidenciando el impacto de la crisis sanitaria en el bienestar psicológico de la población.

Asimismo, la problemática de salud mental continúa agravándose en la región de las Américas. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024), más de 100 760 personas murieron por suicidio en las Américas durante el año 2021, con una tasa de 9.2 por cada 100 000 habitantes, siendo además la única región de la OMS donde las tasas de suicidio continúan en aumento desde el año 2000. Del mismo modo, la brecha de atención en salud mental supera el 77.9 % en América Latina y el Caribe, lo que significa que más de tres de cada cuatro personas con trastornos mentales no reciben tratamiento adecuado.

La OPS (2024) también señala que únicamente el 2.1 % del presupuesto de salud en la región es destinado a salud mental, mientras que gran parte de este financiamiento continúa concentrándose en hospitales psiquiátricos. Además, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan más de un tercio de los años vividos con discapacidad en las Américas, consolidándose como una de las principales problemáticas de salud pública contemporánea.

Por otro lado, el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME, 2020) indica que los trastornos mentales y del comportamiento se mantienen entre las principales causas de carga de enfermedad desde 1990, afectando transversalmente a distintos grupos etarios. En adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años destacan la depresión, la ansiedad, las autolesiones y la violencia interpersonal como principales causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). En la población adulta de 25 a 49 años persisten como factores relevantes los trastornos emocionales, el consumo de sustancias y otras afecciones asociadas al deterioro de la salud mental y social.

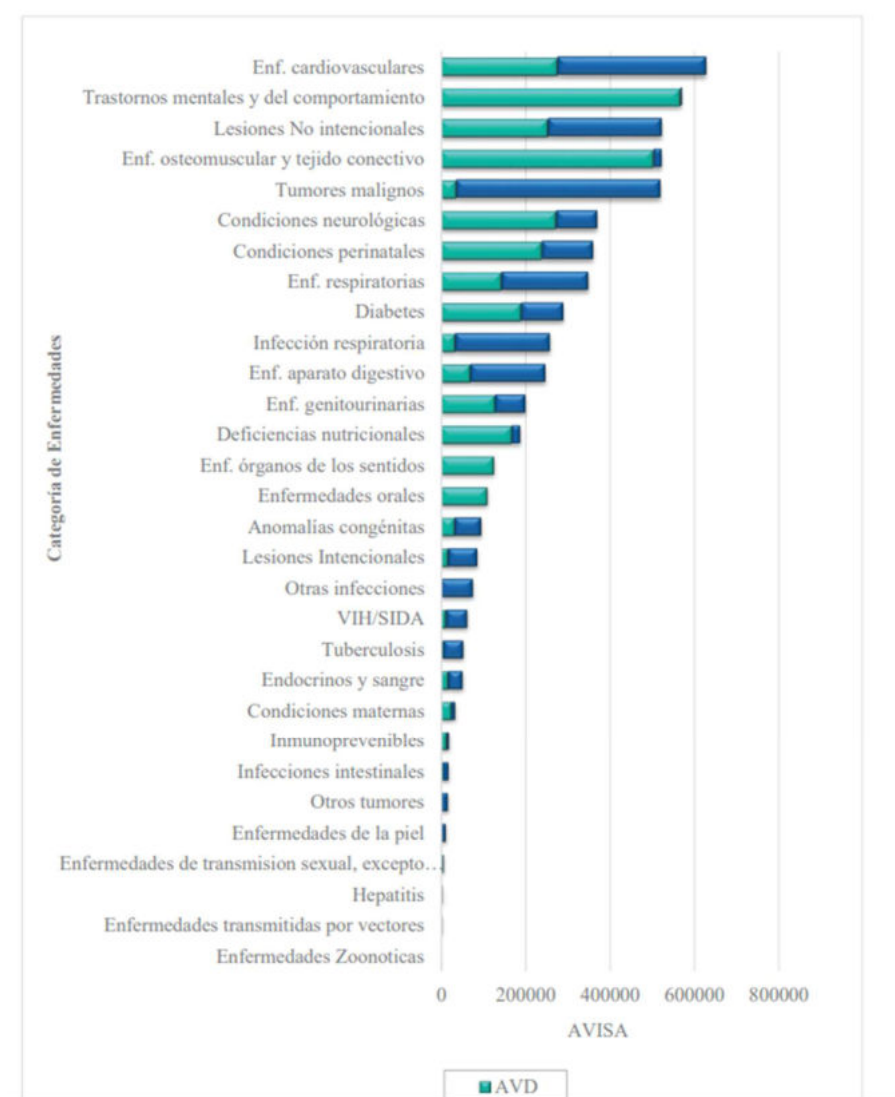
En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental reporta que más del 20 % de la población presenta problemas relacionados con depresión y ansiedad, seguido por consumo problemático de alcohol, conductas suicidas y trastorno por estrés postraumático. Asimismo, en adolescentes estas problemáticas se incrementan

considerablemente en regiones de la sierra, donde un elevado porcentaje ha sufrido algún tipo de violencia, mientras que únicamente entre 1 y 2 de cada 10 personas logra acceder a atención especializada en salud mental.

De acuerdo con el Estudio de Carga de Enfermedad del Perú (MINSA, 2020), el país perdió 5 801 550 años saludables en 2019, equivalente a 180.6 AVISA por cada 1000 habitantes. Dentro de este total, los trastornos mentales y del comportamiento representan el 9.8 % de la carga total de enfermedad, ubicándose como la segunda categoría con mayor impacto en la pérdida de años saludables y constituyendo la principal causa en la población de 15 a 44 años.

Figura 1

*Número de AVISA según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD.
Perú hasta el 2019*

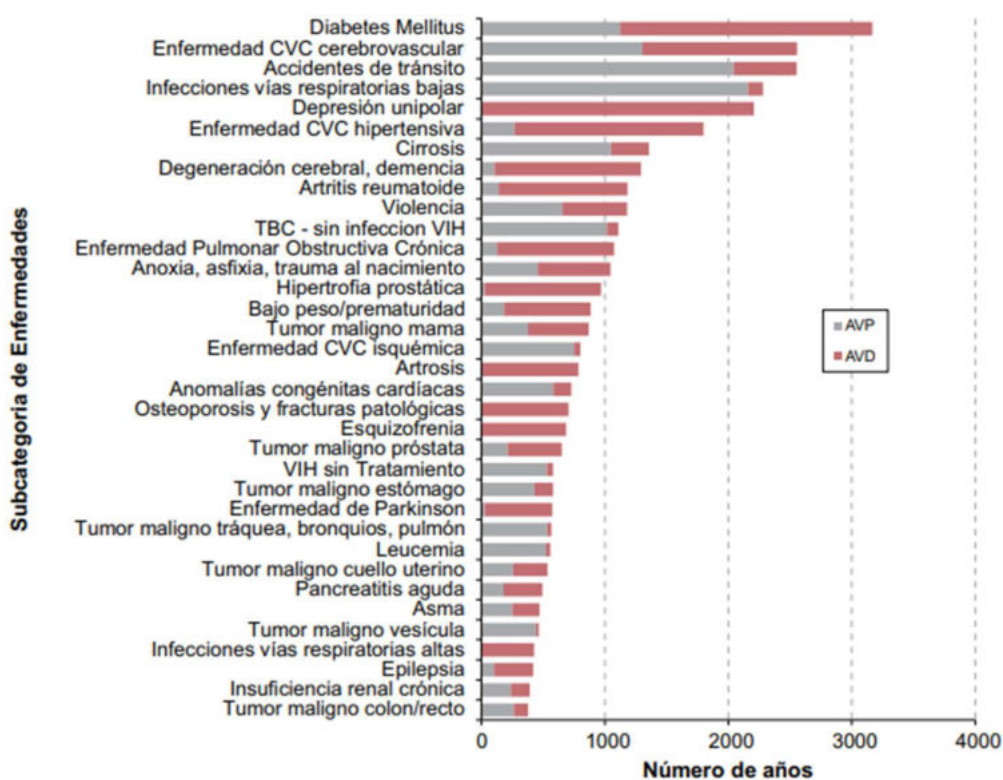


Nota: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años saludables perdidos hasta el 2019(MINSA),2020.

En la región de Tacna, el escenario es similar. En 2018 se perdieron 54,231 años saludables (152.9 AVISA por cada 1000 habitantes). Los trastornos mentales ocupan el séptimo lugar como categoría general, destacando la depresión unipolar, violencia y cirrosis entre las principales subcausas. En el grupo de 15 a 44 años, la depresión unipolar representa la principal causa de pérdida de años saludables, seguida de violencia interpersonal, esquizofrenia y suicidio.

Figura 2

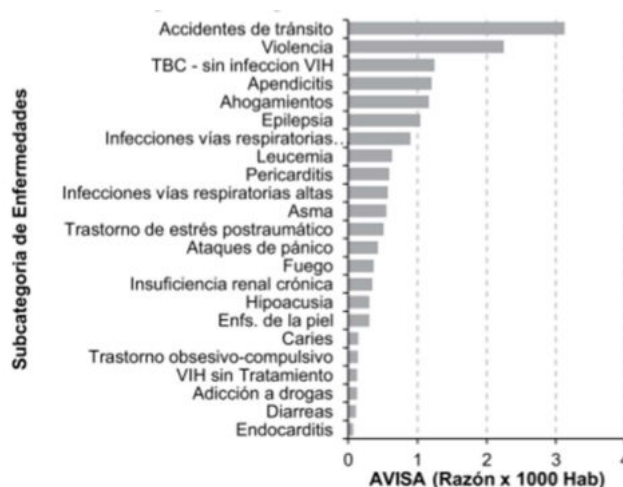
Cantidad de AVISA según Subcategorías de Enfermedades y componentes AVP/AVD en Tacna hasta el 2018



Nota: Carga de Enfermedad Región Tacna (MINSA),2020.

Figura 3

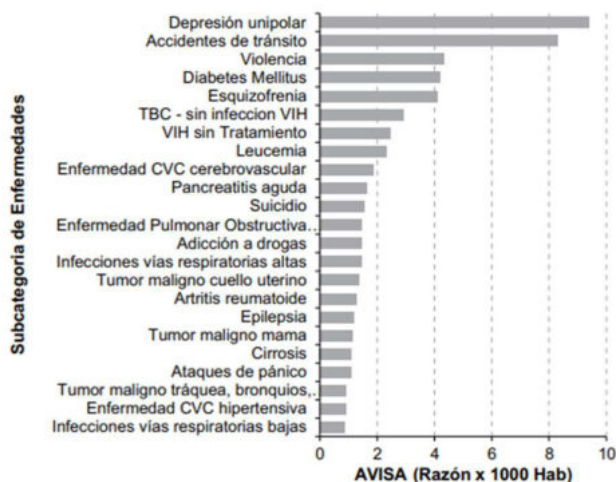
Razón de AVISA en niños de 5 a 14 años según subcategorías de enfermedades en Tacna hasta el 2018.



Nota: Carga de Enfermedad Región Tacna (MINSA), 2020.

Figura 4

Razón de AVISA en personas de 15 a 44 años según subcategorías de enfermedades en Tacna hasta el 2018



Nota: Carga de Enfermedad Región Tacna (MINSA), 2020.

Frente a esta problemática, el Perú implementa desde el 2015 los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) como estrategia de atención descentralizada. Sin embargo, persiste una brecha significativa entre la demanda real de atención en salud mental y la capacidad instalada de infraestructura existente, lo que limita la efectividad del modelo comunitario.

En la provincia de Tacna existen cinco CSMC activos, de los cuales cuatro funcionan en locales comunales adaptados mediante cesión de uso, **evidenciando una dependencia estructural de infraestructuras no diseñadas para el servicio de salud mental**. Esta condición genera limitaciones funcionales, espaciales y terapéuticas.

En este contexto, el CSMC “Valle Pocollay”, ubicado en el distrito de Pocollay, opera desde 2018 en un local comunal adaptado, presentando una serie de limitaciones arquitectónicas que configuran **una brecha crítica entre la demanda de atención y la capacidad física del establecimiento**:

- **Déficit de capacidad instalada:** la infraestructura no responde al volumen de usuarios atendidos diariamente, generando saturación de ambientes y limitación en la cobertura de servicios.
- **Insuficiencia de área útil por usuario:** los espacios disponibles no cumplen con una relación adecuada de m² por paciente, afectando la calidad de atención y el confort terapéutico.
- **Deficiencias de confort ambiental:** varios ambientes carecen de condiciones adecuadas de iluminación y ventilación natural, afectando el bienestar del usuario y del personal.
- **Incumplimiento de parámetros normativos mínimos:** las dimensiones de los ambientes no se ajustan a lo establecido en la normativa técnica vigente para establecimientos de salud mental.
- **Déficit de privacidad terapéutica:** la configuración espacial basada en divisiones ligeras compromete la confidencialidad de las intervenciones psicológicas.
- **Ausencia de espacios terapéuticos complementarios:** no se cuenta con áreas destinadas a terapia ocupacional, recreación o actividades físicas, limitando el enfoque integral del modelo comunitario.
- **Limitación del enfoque comunitario del CSMC:** las actividades de promoción, prevención, trabajo comunitario y rehabilitación psicosocial no se desarrollan plenamente debido a restricciones espaciales.



Nota: web

Figura 7:
Panel fotográfico de ambientes del CSMC "Valle Pocollay"





Nota: Centros de Salud Mental Comunitario "Valle Pocollay"

Diversos estudios en psicología ambiental y arquitectura terapéutica demuestran que el entorno físico influye directamente en los procesos de recuperación en salud mental. En este sentido, la problemática identificada evidencia la necesidad de replantear los criterios de diseño de los CSMC, incorporando enfoques de arquitectura terapéutica y recreación terapéutica como parte del proceso de atención.

Esto permite plantear la necesidad de establecer lineamientos de diseño arquitectónico que reduzcan la brecha entre la demanda de atención en salud mental y la capacidad instalada de infraestructura, optimizando así la calidad del servicio desde una perspectiva integral, funcional y comunitaria.

1.2 Delimitación del área de estudio

1.2.1 Delimitación temática

El tema de investigación se dirige a desarrollar una propuesta arquitectónica que establezca lineamientos para la aplicación de la Arquitectura y Recreación terapéutica en el diseño de un Equipamiento de Salud Mental como solución ante los

altos índices de problemas de salud mental, la falta de diagnóstico o brecha de atención y estigma social.

1.2.2 Delimitación geográfica

La zona geográfica de intervención corresponde al distrito de Pocollay, El terreno está ubicado en el Pago Capanique Lote 02, distrito de Pocollay, provincia y departamento de Tacna. La zonificación del terreno es de Residencial de Densidad Alta-R6 Según el PDU 2015-2025.

Figura 8

Plano de Zonificación y uso de suelo del Plan de desarrollo Urbano Tacna 2015-2025.



Nota: Plan de desarrollo Urbano Tacna 2015-2025.

Se proyectará la propuesta arquitectónica en el sector de este lote zonificado como Residencial de densidad alta (R6) colindante con las dos vías: Av. Jorge Basadre Grohmann y Av. Las buganvillas.

Figura 9

Ubicación de proyecto.



Nota: Elaboración propia.

La elección de este terreno obedece a una serie de consideraciones establecidas según análisis y estudio en el presente trabajo:

Tabla 2.

Características para elección del terreno

CARACTERISTICAS PARA ELECCION DEL TERRENO	
Cercanía a Centro Urbano del distrito por su rol comunitario	◦
Estar inmerso en la naturaleza, presencia de elementos naturales.	◦
Contar con accesibilidad vial y cercanía al transporte público.	◦
Contar con los servicios básicos (Luz, agua, desagüe, telefonía, etc)	◦

Nota: Elaboración propia.

Además, según Plan de desarrollo urbano distrital de Pocollay, el terreno elegido se encuentra dentro del principal sistema vial y de vías considerados para ciclovías y vías paisajísticas del distrito en función del desarrollo turístico, deportivo y recreativo, beneficiando de este modo el sentido comunitario y social necesarios para la propuesta Centro de Salud mental Comunitario Valle Pocollay.

Figura 10

Esquema de estructuración del sistema vial y plano de vías paisajísticas.



Nota: Plan urbano distrital de Pocollay 2009-2016

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Qué estrategias de la arquitectura y recreación terapéutica pueden aplicarse en el diseño de un Centro de salud mental comunitario en el distrito de Pocollay 2024?

1.3.2 Problemas específicos

-PE1: ¿cuáles son las estrategias de la arquitectura y recreación terapéutica en el diseño de una infraestructura de salud mental?

-PE2: ¿cuáles son los lineamientos arquitectónicos de la arquitectura y recreación terapéutica a aplicar en el diseño de un Centro de salud mental comunitario en el distrito de Pocollay,2024?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar y aplicar estrategias de arquitectura y recreación terapéutica en el diseño de un Centro de Salud Mental Comunitario en el distrito de Pocollay, 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

-OE1: Determinar cuáles son las estrategias de la arquitectura y recreación terapéutica en el diseño de una infraestructura de salud mental.

-OE2: Determinar cuáles son los lineamientos arquitectónicos de la arquitectura y recreación terapéutica a aplicar en el diseño de un Centro de salud mental comunitaria en el distrito de Pocollay,2024.

1.5 Justificación

1.5.1 Justificación teórica

Dado que los C.S.M.C de Tacna carecen de estrategias adecuadas para promover o contribuir en el proceso de recuperación de la salud psicológica es que resulta esencial aplicar nuevas estrategias de diseño como la arquitectura y la recreación terapéutica. Este enfoque busca concebir los espacios desde una perspectiva comunitaria.

La presente investigación propone un diseño único donde la aplicación de la arquitectura y recreación terapéutica se reflejará a través de espacios restauradores, diseño biofílico, uso de luz natural, color, integración de terapias en entornos naturales, espacios de educación/ promoción de la salud mental etc.

1.5.2 Justificación Metodológica

- Por su relevancia: la nueva propuesta metodológica para el diseño de esta infraestructura de salud contribuirá en determinar lineamientos terapéuticos que promuevan la recuperación optima y la promoción de

la salud mental, para generar un impacto positivo en el diseño futuro de este tipo de infraestructuras.

- Por su originalidad: La implementación del diseño arquitectónico a proponer se diferenciará de los demás al priorizar un enfoque terapéutico centrado en el tratamiento, prevención y promoción de la salud mental mediante la integración de la arquitectura y recreación terapéutica.

1.5.3 Justificación Práctica

La situación de la salud mental en el Perú, junto con los desafíos que enfrenta el país en términos de atención y acceso a servicios, evidencia la necesidad de una intervención metodológica para mejorar en este ámbito, en línea con los objetivos establecidos en la ODS 3 – Salud y Bienestar. A nivel regional, la ciudad de Tacna ha sido un referente en cuanto a esfuerzos por mejorar la atención en salud, por lo que esta investigación se proyecta como un modelo para la implementación de estrategias que promuevan una atención de salud mental más integral y accesible.

Esta investigación se enmarca en la línea de investigación de Diseño, Innovación y Habitabilidad para determinar parámetros de diseño que permitan optimizar la infraestructura de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), abordando aspectos como la integración de espacios terapéuticos al aire libre, áreas para la socialización y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario. De este modo, se busca promover una nueva perspectiva en el diseño de los CSMC, que no solo cumpla con las normativas técnicas, que además atienda las necesidades psicológicas y emocionales de los usuarios, mejorando así la calidad del tratamiento en salud mental.

1.5.4 Importancia de la investigación

Este estudio facilitará la comprensión de cómo las personas que enfrentan problemas de salud mental gestionan sus limitaciones; además, nos brindará la oportunidad de proponer un nuevo diseño arquitectónico que favorezca su salud, asimismo que disminuya la estigma y desconocimiento en servicios de salud mental, todo esto alineado a las estrategias de la arquitectura y recreación terapéutica.

De esta manera, el presente trabajo de investigación contribuirá de manera teórica práctica ante la necesidad de una propuesta metodológica para el diseño de una infraestructura de salud mental. Además de contribuir al logro de la meta 3.4 del objetivo de desarrollo sostenible (ODS) Salud y bienestar.

1.5.5 Viabilidad

La investigación es viable por:

- Se cuentan con los recursos técnicos necesarios para realizar esta investigación sobre el diseño arquitectónico de una infraestructura de salud mental.
- Se dispone de los recursos económicos necesarios, realizar visitas de campo y toma de información requerida.
- Se dispone de una programación adecuada para llevar a cabo la investigación.

1.5.6 Alcances y limitaciones

El alcance del presente trabajo de investigación es desarrollar una propuesta a nivel de proyecto arquitectónico con la aplicación de las estrategias de la arquitectura y recreación terapéutica en el distrito de Pocollay, 2024.

Como limitación se encuentra:

- Limitada información en la web sobre planes y programas de recreación terapéutica.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Se revisan algunos proyectos nacionales e internacionales relacionados al tema de investigación con el objeto de estudiar los métodos, propuestas y resultados y de esta manera conocer los antecedentes y obtener las consideraciones necesarias que aporten al desarrollo del presente proyecto.

2.1.1 Antecedentes internacionales:

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD: Diseño del Arq. Origo Arkitektgruppe en el año 2013 en Bergen, Noruega.

El diseño del hospital se basa en principios de "apertura y transparencia" hacia el público, buscando al mismo tiempo ser un espacio seguro para los pacientes. Se han añadido áreas de uso público, naturaleza y elementos visuales innovadores, creando un entorno acogedor y revitalizador en la ciudad.

Con 12,500 metros cuadrados, el edificio cuenta con departamentos de hospitalización en los niveles superiores, así como guarderías, policlínicos en los niveles inferiores, y un estacionamiento subterráneo. Incluye servicios móviles, policlínicos para adultos, clínicas de atención diurna y áreas para estancias breves. Ubicado en una zona de tráfico intenso en Bergen, Noruega, el hospital abrió en agosto de 2013.

Al norte se ha creado una plaza pública que sirve como espacio de descanso y recreación, rodeada de fachadas verdes y ventanas amplias que reflejan transparencia y apertura hacia la salud mental. La fachada combina paneles blancos, simbolizando estabilidad y seguridad, con jardines recreativos en niveles superiores que integran el hospital con el entorno natural, proporcionando vistas de la montaña Ulriken. Los tres atrios interiores llenan el edificio de luz y aire, facilitando la orientación visual y el contacto con la naturaleza. Cada departamento cuenta con jardines en la azotea, adaptados para fomentar la interacción social y la reflexión en entornos naturales.

El diseño también prioriza la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal, con entradas conectadas al transporte público, acceso directo a departamentos, y soluciones arquitectónicas que promueven la claridad de espacios y la privacidad.

Figura 11*Nivel de acceso a Hospital Psiquiátrico KRONSTAD**Nota: fotografías de Pål Hoff, Helge Skodvin(web)***Figura 12***Vista aérea de Hospital Psiquiátrico KRONSTAD**Nota: fotografías de Pål Hoff, Helge Skodvin(web)*

Recuperación psicológica mediante Arquitectura Terapéutica en el distrito Central, Honduras

Puerto, D.(2020), en su proyecto de graduación para la obtención del título de arquitecta de la universidad Tecnológica Centroamérica (UNITEC), refiere que la investigación tiene el objetivo de diseñar un centro de atención para la salud mental que incorpore los lineamientos de la arquitectura terapéutica y que fomente la recuperación psicológica mediante la naturaleza.

Este enfoque busca transformar los espacios de sanación, integrando elementos naturales y funcionales para mejorar el bienestar psicológico de los

usuarios. El objetivo central es crear un espacio que fomente la recuperación de los pacientes a través de una conexión armónica entre la naturaleza, los pacientes y sus familias.

El diseño incluye espacios específicos como áreas de terapia, talleres ocupacionales, espacios recreativos y zonas educativas. Además, se plantean entornos abiertos con acceso a luz natural, vegetación y materiales acogedores que influyen positivamente en el estado emocional de los usuarios. La propuesta también promueve la reinserción social y laboral mediante actividades que estimulan las habilidades de los pacientes, logrando un enfoque integral de recuperación.

Figura 13:
Arquitectura Terapéutica en el distrito Central, Honduras



Nota: extraído de Puerto, D.(2020)

Centro de salud mental comunitaria propuesta de arquitectura para jardines terapéuticos en Los ángeles, región del bio bio, chile.

Ortiz, R. (2018), en su memoria de título para optar el título profesional de arquitecta de la universidad de Chile, refiere que el proyecto surge debido al aumento de los índices de problemas de salud mental y el estigma social que invisibiliza esta problemática, por lo que proyecta una propuesta donde la arquitectura pueda cumplir un rol tan importante como el de sanación.

Para el desarrollo de la investigación se analizaron los problemas de salud mental en la historia, la realidad actual de su entorno, el abordaje de estos a través de los C.S.M.C y los jardines terapéuticos; además sus principales problemas y deficiencias. Se realiza el análisis de sitio, la revisión normativa correspondiente y antecedentes que aportan estrategias y criterios útiles al proyecto para la adopción de criterios para la propuesta y el programa; proyectando una infraestructura de salud mental reformulado que cumpla con los objetivos nacionales en salud mental, mejoren las condiciones en el proceso de recuperación de los pacientes y se genere un vínculo de comunidad.

Centro de salud mental, terapia alternativa y ecoterapia en La paz, Bolivia.

Lavadenz, C. (2022), En su trabajo de tesis para optar el título de arquitecta de la universidad Mayor de San Andrés, indica que el proyecto nace debido al incremento de los índices en problemas de salud mental, la falta de infraestructura y normativa a nivel nacional en Bolivia, por lo que en el proyecto toma referencias de los países vecinos en base al Modelo de atención comunitaria en salud mental. Se proyectan ambientes para la atención de servicios ambulatorios de consulta y terapia, las cuales son complementadas por una sección de terapia alternativa que comprende talleres ocupacionales y terapias de relajación.

El proyecto adapto la ecoterapia como parte fundamental para el proceso terapéutico, y características sustentables.

Figura 14:

Centro de salud mental, terapia alternativa y ecoterapia en La paz, Bolivia.



Nota: extraído de Lavadenz, C. (2022),

2.1.2. Antecedentes nacionales:

Centro de salud mental comunitario en el departamento de Ica libremente Ica.

Minhuey V. (2021) en su trabajo de tesis para optar el título de arquitecta de la universidad Nacional Federico Villareal menciona que, el proyecto nace debido a la carencia de atención en salud mental por la ausencia de una infraestructura especializada en este departamento. La propuesta arquitectónica abarca áreas destinadas a la sensibilización de la comunidad y a la educación sobre salud mental, con el objetivo de reducir la discriminación y el estigma asociados a la atención en este ámbito. También incluye espacios recreativos terapéuticos y multifuncionales, planteando la propuesta desde una perspectiva social y comunitaria.

Los conceptos arquitectónicos adoptados fueron: luz, iluminación, material, color, espacio(interior), abertura experiencia sensorial, percepción visual-espacial,

colchón verde, color y luminotecnia. La propuesta arquitectónica se desarrolla en torno a un área central libre denominado “Parque multifuncional”, mediante el cual se reparte los servicios más importantes de atención. Asimismo, se contemplaron una piscina de rehabilitación, un taller de musicoterapia, talleres de manualidades, un espacio de computación, un Salón de Usos Múltiples (SUM), entre otros.

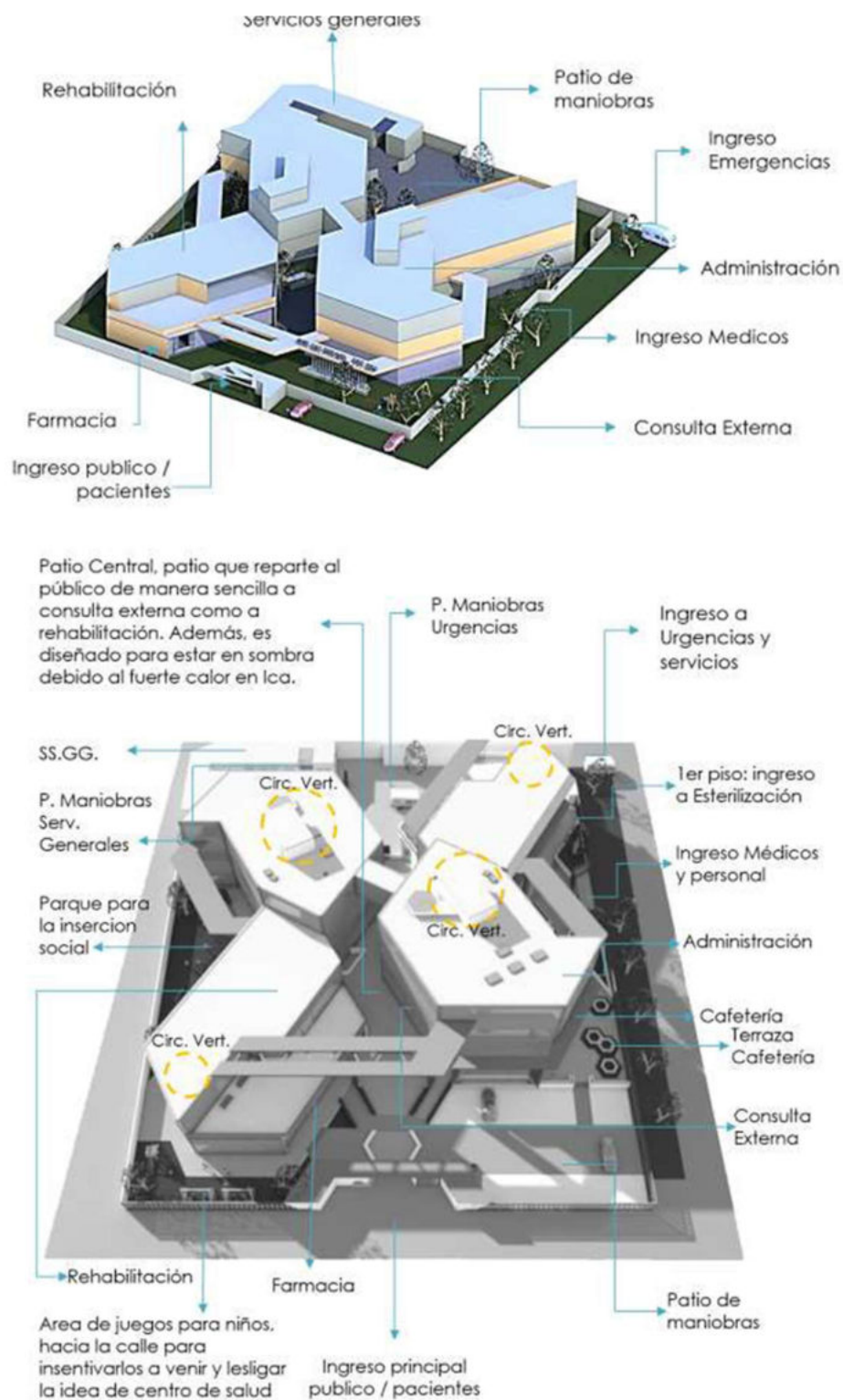
El diseño del CSMC está orientado a ofrecer ambientes funcionales, cómodos, seguros y recreativos, que no solo faciliten el tratamiento médico, sino que también fomenten la interacción social y la rehabilitación psicosocial. Se incluyen espacios abiertos recreacionales que promuevan el bienestar de los pacientes y contribuyan a su reintegración en la comunidad.

Además, el CSMC propone un enfoque comunitario, con programas de visitas domiciliarias donde los médicos darán seguimiento personalizado en un entorno familiar, lo que garantiza una atención más humana y cercana. Los mismos que también serán capacitados a través de talleres en el centro, promoviendo su participación activa en el proceso de recuperación.

Otro eje importante de la propuesta es la sensibilización de la comunidad, mediante actividades educativas desde la primera infancia para reducir la discriminación y el estigma asociado a los trastornos mentales. Este enfoque busca transformar la percepción social sobre la salud mental y fortalecer el apoyo comunitario hacia los pacientes.

El CSMC en Ica no solo cubrirá la falta de infraestructura actual, sino que se plantea como una solución integral, adaptada a las características y necesidades locales, con impacto directo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Figura 15:
Centro de salud mental comunitario en el departamento de Ica libremente Ica.



Nota: extraído de Minhuey V. (2021)

Centro de salud mental comunitario y recreativo en el distrito de Ayacucho, provincia de huamanga.

Paucar G. (2021) en su tesis para optar el título de arquitecta de la universidad Cesar Vallejo refiere que, el proyecto nace a raíz de los altos índices de problemas de salud mental en Ayacucho y la carencia de infraestructura adecuada para su tratamiento. La propuesta arquitectónica tiene como objetivo establecer una conexión entre el equipamiento y la vida social a través de un espacio público recreativo, diseñado para integrar al centro de salud mental comunitario. Este enfoque permite crear un entorno propicio para promover el desarrollo de la salud mental y contribuir al fortalecimiento de estilos de vida saludable.

El diseño del centro se organiza mediante una zonificación funcional que contempla áreas administrativas, consultorios de atención psicológica, espacios recreativos y culturales, y servicios complementarios. Entre estos, destacan los parques, jardines, huertos, plazas y espacios deportivos, concebidos para fomentar la interacción social y el bienestar integral. Estos espacios se complementan con áreas dedicadas a actividades terapéuticas como la meditación, el yoga y talleres creativos. La arquitectura incluye elementos naturales como jardines interiores, espejos de agua y senderos verdes, integrando de manera armónica los ambientes construidos con el entorno natural.

La propuesta enfatiza la conexión entre la comunidad y el equipamiento de salud, eliminando barreras físicas y simbólicas que suelen estigmatizar a los pacientes. Mediante un diseño abierto y acogedor, se busca fomentar un cambio en la percepción social sobre los centros de salud mental, posicionándolos como espacios de encuentro, aprendizaje y recreación. Además, el proyecto se convierte en un catalizador para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades, contribuyendo al fortalecimiento del tejido social en Ayacucho.

En esencia, este centro representa una transformación conceptual en el diseño de infraestructuras de salud mental. Al combinar servicios clínicos con espacios recreativos y culturales, se impulsa un modelo que no solo atiende las necesidades médicas, sino que también ofrece herramientas para la integración comunitaria y el desarrollo personal. Es un paso significativo hacia la construcción de un entorno urbano más inclusivo, saludable y resiliente.

Figura 16:
Vista Aérea de Propuesta arquitectónica



Nota: extraído de la Tesis de grado Paucar G. (2021)

Centro de salud mental comunitario con arquitectura sostenible en pacientes con trastornos mentales en la provincia de Ambo, Huánuco.

Simon K. & Soto Y. (2022) en su trabajo de tesis para optar el título de arquitectos de la universidad Nacional Hermilio Valdizán mencionan que, el proyecto nace debido los incrementos de los índices de enfermedades mentales y las situaciones adversas de la vida al que están expuestas todas las personas, y frente al desconocimiento, miedo o desconfianza que siente la población en general al acudir a centros especializados en busca de apoyo. Por otro lado, la infraestructura de los C.S.M.C existentes en la región son precarios e inadecuados.

Por lo que se estudian las necesidades espaciales de acuerdo a los usuarios y la relación de estos espacios con los jardines terapéuticos para la proyección de espacios, todo esto usando la arquitectura sostenible.

El objetivo de la tesis es diseñar un centro de salud mental con una arquitectura sostenible que atienda las necesidades espaciales de los pacientes con trastornos mentales, aplicando principios de psicología del espacio y la creación de jardines terapéuticos que favorezcan la recuperación emocional y física

El centro proyectado debe ofrecer espacios cómodos, funcionales y adaptados a las necesidades de los pacientes, con especial atención a la relación entre el espacio interior y exterior. La arquitectura sostenible será clave, utilizando materiales locales y técnicas pasivas de climatización para asegurar eficiencia energética. Se propone la integración de jardines terapéuticos que ayuden en la rehabilitación emocional de los pacientes.

Figura 17:

Centro de salud mental comunitario con arquitectura sostenible en pacientes con trastornos mentales en la provincia de Ambo, Huánuco.



Nota: extraído de la Tesis de grado Simon K. & Soto Y. (2022)

2.2 Antecedentes Conceptuales

2.2.1 Bases teóricas

BASE TEORICA: ARQUITECTURA TERAPÉUTICA

La arquitectura terapéutica se refiere a un enfoque del diseño arquitectónico que busca mejorar la salud física, mental y emocional de las personas a través del entorno construido. Sus indicadores clave se enfocan en cómo los elementos del espacio influyen positivamente en la recuperación y bienestar de los usuarios,

especialmente en contextos como hospitales, centros de atención en salud mental, y otros espacios terapéuticos.

Ulrich et al. (2008) exploran cómo los entornos físicos correctamente diseñados desempeñan un papel crucial en la creación de infraestructuras más seguras y saludables.

Para ello, se plantearon los siguientes indicadores:

- **Confort Físico y Térmico**

La temperatura, la humedad y la ventilación dentro de los ambientes de consulta o terapia son fundamentales para el confort físico. El control adecuado del entorno térmico a través de sistemas de ventilación efectivos en los espacios interiores es importante, aportara en la reducción el estrés físico y la mejora el estado emocional de los pacientes.

- **Diseño Flexible y Adaptable**

Los espacios terapéuticos deben ser flexibles para adaptarse a las diversas necesidades de los usuarios y tener buen diseño ergonómico. Esto puede incluir mobiliario móvil o adaptable, divisores flexibles, y áreas que pueden configurarse de diferentes maneras según las actividades o las necesidades terapéuticas.

El diseño debe transmitir orden y calma a través de formas equilibradas y armoniosas que generan sensación de seguridad y estabilidad emocional.

- **Luz Natural e iluminación adecuada**

El diseño deberá maximizar la entrada de luz natural y la conexión con el entorno natural, especialmente en espacios donde los usuarios pasan mucho tiempo, como habitaciones, salas de espera o áreas de terapia. Esto apoya los ritmos circadianos naturales y tiene un impacto positivo en el estado de ánimo, el sueño y la recuperación general.

La luz natural es un componente fundamental dentro de los espacios terapéuticos. Estudios realizados por Beauchemin y Hays demuestran que la exposición a iluminación natural puede acelerar la recuperación de los pacientes, posiblemente gracias a los beneficios asociados a la luz solar. En consecuencia, un edificio que recibe abundante luz natural se percibe más dinámico y estimula mayor actividad en los usuarios (Ezquerro, 2022).

La luz del día se distingue por su alta intensidad y por un espectro cromático más equilibrado en comparación con la mayoría de fuentes artificiales. Según varias

investigaciones, este tipo de iluminación puede generar efectos positivos mediante tres vías:

Visual: mejorando la claridad y la percepción.

Biológica: ayudando a regular el ciclo circadiano.

Psicológica: reduciendo síntomas de depresión.

- **Acústica**

Los ambientes terapéuticos deben tener un buen ambiente acústico; es fundamental evitar ruidos molestos o intrusivos, como el tráfico o maquinaria que podría existir en el entorno.

Cedrés(2000) realiza una revisión y análisis sobre cómo el entorno físico influye en la recuperación de los pacientes en los centros de salud, destacando la percepción que estos tienen del ambiente y su efecto calmante. En base a esto, se plantean los siguientes indicadores:

- **Espacios abiertos**

Destacar la relevancia de la naturaleza y la exposición al aire libre, mientras que los entornos construidos deberán plantearse la utilización de patios centrales rodeados de corredores con vistas hacia el exterior, en los que se integran vegetación y áreas verdes. Estos elementos son fundamentales para promover la restauración emocional y la recuperación del estrés en los pacientes.

- **Ubicación preferible en áreas suburbanas**

La ubicación de una infraestructura de salud con presencia de vegetación es muy aprovechable. Este indicador también se recomienda una construcción de baja altura con la aplicación en Tratamientos de fachadas.

Fonseca(2015) propone herramientas arquitectónicas que influyen en el estado del paciente, promoviendo una recuperación más rápida y contribuyendo al proceso de sanación al integrar la percepción de todos los sentidos en el espacio.

- **color**

El uso del color en la arquitectura terapéutica es un elemento clave para influir positivamente en el bienestar físico y emocional de las personas. La psicología del color, combinada con principios de diseño ambiental, busca crear espacios que reduzcan el estrés, promuevan la relajación, estimulen la interacción o incluso favorezcan procesos de curación.

Además, se ha identificado que las personas suelen preferir temperaturas de color frías cuando la iluminación es intensa y tonos cálidos cuando la luz es tenue.

Por ello, en el diseño de un ambiente es importante considerar la función del espacio para determinar la intensidad lumínica y la temperatura de color más adecuada para el usuario.

En cuanto a colores específicos, se ha observado que la luz roja puede contribuir de manera indirecta al diseño terapéutico, ya que favorece el crecimiento saludable de la vegetación al mejorar la fotosíntesis. Por su parte, la luz azul, presente tanto en fuentes naturales como artificiales, puede crear ambientes relajantes, siempre y cuando su intensidad sea controlada para evitar daños visuales.

Cromoterapia

La cromoterapia, también conocida como fototerapia, es un método que utiliza los colores para estimular los sentidos, principalmente la vista, y favorecer la autorregulación y la sanación de ciertas dolencias (Heredia, 2011).

En “The Experience of Color: A Psychophysical Approach”, Kuehni y Schwarz (2018) explican que la cromoterapia deriva de los términos “khroma” (color) y “therapeuein” (aliviar), remarcando su dimensión curativa. Los colores no solo transmiten emociones y mensajes, sino que también poseen energías que pueden influir positivamente en el bienestar. Los autores destacan tres principios esenciales para su aplicación:

Experiencia directa del color: interacción física con el entorno mediante luz, plantas, texturas y elementos naturales.

Experiencia indirecta: representación de la naturaleza a través de imágenes, luz simulada y formas.

Experiencia espacial: características del espacio que generan confort, orden y versatilidad.

Estos principios actúan en conjunto a través de la vista, el tacto y el movimiento, creando espacios que favorecen la comodidad y el equilibrio emocional.

Según Medicip Health (2024), cada color tiene una longitud de onda y una frecuencia específica que influyen en la energía del cuerpo y la mente. Entre los beneficios atribuidos se encuentran:

Rojo: estimula energía y vitalidad.

Naranja: favorece la creatividad y mejora el ánimo.

Amarillo: potencia la concentración y la claridad mental.

Verde: induce calma y equilibrio.

Azul: reduce el estrés y promueve la relajación.

Violeta: fomenta la introspección y la meditación.

Efectos psicológicos del color en espacios hospitalarios

Rahimi y Masoud (2017) estudiaron cómo los colores afectan mentalmente a los pacientes en interiores hospitalarios. Clasificaron los colores según sus propiedades físicas y psicológicas, explicando cómo influyen en el funcionamiento del cuerpo y la mente. Dado que alrededor del 80% de la información que recibe el ser humano proviene de la vista, elementos como la luz, el contraste y la temperatura del color juegan un rol determinante en la percepción del entorno.

Los colores se clasifican en tres grupos:

Colores neutros	Colores cálidos	Colores fríos
Incluyen blanco, negro, gris, beige y marrón. Son tonos que no pertenecen al espectro cromático y cuyo efecto puede ser tanto positivo como negativo, dependiendo de su uso.	Incluyen rojo, naranja, amarillo, verde y morado. Tienen alta estimulación visual, atraen la atención y generan emociones intensas. Sin embargo, en exceso pueden provocar inquietud, estrés visual o sensación de sobrecarga. No se recomiendan en áreas sensibles como UCI, cardiología, emergencias o espacios infantiles.	Como azul, verde y púrpura. Producen calma, reducen la estimulación y hacen que los espacios parezcan más amplios. Son ideales para áreas que requieren concentración o relajación, como cuidados intensivos, urgencias y quirófanos. No obstante, su uso excesivo puede generar ambientes demasiado fríos o monótonos.
		

- **Sonidos y Diseño Biofílico**

Además de la integración de vegetación, agua, luz natural, madera y otros materiales naturales en el entorno del área de intervención; al incluir sonidos naturales como agua o sonidos suaves del viento o la fauna puede inducir una sensación de calma y bienestar, ayudando a reducir el estrés.

Kellert (2018) sostiene que la integración de elementos naturales en el entorno construido fortalece la conexión emocional entre el usuario y el espacio,

contribuyendo a la reducción del estrés, mejora cognitiva y bienestar psicológico, especialmente en infraestructuras de salud y recuperación emocional. Para comprender mejor esta estrategia se analizaron los 14 patrones del diseño biofílico.

Terrapin Bright Green (2014) 14 patrones de diseño biofílico:

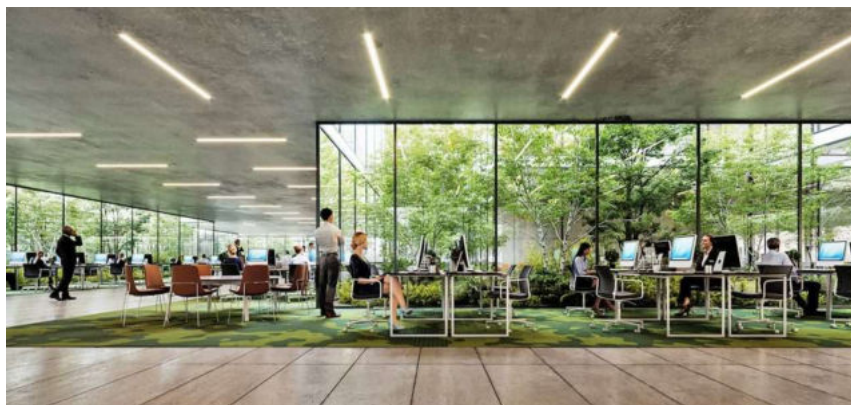
NATURALEZA EN EL ESPACIO	Experiencias directas y sensoriales con elementos vivos o procesos naturales. 1. Conexión visual con la naturaleza Vistas claras hacia plantas, árboles, agua, cielos, fauna u otros sistemas vivos. Reduce estrés y mejora concentración. 2. Conexión no-visual con la naturaleza Sensaciones auditivas, olfativas, táctiles o gustativas que evocan naturaleza (aromas, sonidos de agua, texturas). Mejora tranquilidad y bienestar. 3. Estímulos sensoriales no rítmicos Pequeños eventos naturales impredecibles pero agradables (hojas moviéndose, luz filtrada, aves pasando). Generan micro restauración. 4. Variaciones térmicas y corrientes de aire Cambios sutiles en temperatura, brisas o humedad que simulan ambientes naturales. Aumentan confort y alerta. 5. Presencia de agua Ver, oír o tocar agua (cascadas, fuentes, superficies de agua). Reduce ritmo cardíaco, restaura la atención y mejora emociones. 6. Luz dinámica y difusa Luz cambiante, natural o simulada, que genera sombras, reflejos o variaciones temporales. Apoya ritmo circadiano y confort visual. 7. Conexión con sistemas naturales Evidencia de ciclos, procesos o cambios estacionales (luz del día, estaciones, crecimiento de plantas). Favorece sentido de pertenencia y conciencia ambiental.
--	---

	
ANALOGÍAS NATURALES	Evocaciones indirectas de la naturaleza mediante formas, materiales o patrones. 8. Formas y patrones biomorficos Uso de curvas, fractales, texturas y geometrías inspiradas en plantas, animales o paisajes. Crea bienestar y mejora la experiencia visual. 9. Conexión de materiales con la naturaleza Materiales auténticos (madera, piedra, fibras naturales) con mínimo procesamiento para evidenciar su origen. Generan calidez y familiaridad. 10. Complejidad y orden Patrones organizados, jerarquizados y ricos en información (como los fractales). Reducen estrés y generan armonía visual. 
	Configuraciones espaciales que evocan cómo los humanos experimentan la naturaleza. 11. Panorama (Prospect) Espacios con vistas amplias y despejadas a distancia. Generan seguridad, vigilancia natural y confort psicológico. 12. Refugio

NATURALEZA DEL ESPACIO	Espacios protegidos o semi encerrados donde el usuario siente resguardo (techos bajos, nichos, rincones). Aumentan concentración y sensación de protección. 13. Misterio Vistas parciales que sugieren algo más allá (curvas, cambios de luz, caminos ocultos). Estimula exploración y curiosidad. 14. Riesgo / Peligro Sensación controlada de riesgo con protección garantizada (barandas transparentes en alturas, miradores). Genera emoción positiva y activación fisiológica. 
--	---

Figura 18:

Terrapin Bright Green (2014) 14 patrones de diseño biofílico



Nota: Terrapin Bright Green (2014)

Además, Pallasmaa (2016) plantea que la arquitectura debe ser entendida como una experiencia multisensorial, donde la luz, materialidad, textura, sonido y percepción espacial influyen directamente en las emociones y comportamiento humano. En espacios de salud mental, estos elementos contribuyen a generar ambientes de calma, seguridad y bienestar emocional.

IMPPLICANCIA ARQUITECTONICA GENERAL DE LA BASE TEORICA:

Los principios de la arquitectura terapéutica permiten establecer criterios orientados a la creación de espacios humanizados, confortables y emocionalmente positivos, mediante estrategias como iluminación natural, ventilación cruzada, integración de áreas verdes, control acústico y configuración flexible de ambientes terapéuticos. Estos fundamentos constituyen una base conceptual para la formulación de criterios y premisas aplicadas en la propuesta arquitectónica.

La aplicación del color en espacios terapéuticos constituye una estrategia de diseño orientada a influir positivamente en el comportamiento emocional y percepción espacial de los usuarios. En términos arquitectónicos, esto implica la selección controlada de tonalidades, temperaturas de color e iluminación ambiental de acuerdo con las funciones y características psicológicas de cada espacio.

Los principios del diseño biofílico permiten fortalecer la relación entre usuario y naturaleza mediante recursos espaciales, sensoriales y ambientales aplicados al diseño arquitectónico. La incorporación de vegetación, visuales exteriores, patios terapéuticos, iluminación natural y materialidad cálida favorece procesos de relajación, restauración emocional y bienestar psicológico en infraestructuras de salud mental.

BASE TEORICA: TEORÍA DE LA RECREACIÓN TERAPÉUTICA

La teoría de la recreación terapéutica sostiene que la recreación es un recurso terapéutico efectivo. Según la Asociación Americana de Recreación Terapéutica (ATRA), esta disciplina es un proceso sistemático que emplea actividades recreativas y otras intervenciones para atender las necesidades evaluadas de personas que enfrentan enfermedades o condiciones discapacitantes, como un medio para fomentar la salud física y psicológica, así como la recuperación y el bienestar. Aunque es un campo relativamente nuevo, ha ganado un interés creciente y es representado por organizaciones como la National Therapeutic Recreation Society (NTRS) y la ATRA.

Desde 1984, con la articulación formal del primer modelo de intervención por Peterson y Gunn, la investigación sobre el uso de la recreación y el ocio en el ámbito terapéutico ha crecido, desarrollando una pluralidad de enfoques.

Como principales modelos de intervención en recreación terapéutica se destacan:

Tabla 3

Modelos de intervención en Recreación Terapéutica

MODELO	AUTORES
Modelo de Habilidad del Ocio	Norma J. Stumbo y Carol A. Peterson
Modelo de Protección/Promoción de la Salud	David R. Austin
Modelo de Prestación de Servicios de Ocio	Glen E. Van Andel
Modelo de Autodeterminación y Aumento del Disfrute	John Dattilo, Douglas Kleiber y Richard Williams
Modelo Aristotélico de la Vida Buena	Mark Widmer y Gary Ellis
Modelo de Optimización de la Salud y el Bienestar a lo largo del Ciclo Vital	Barbara Wilhite, Jean Keller, Linda Caldwell

Nota: Elaboración propia, 2024.

La Fundación latinoamericana de tiempo libre y recreación (2005) propone un enfoque conceptual y práctico que denomina "Recreación Psicoterapéutica". Este enfoque se apoya en las fases del proceso salud-enfermedad descritas por King y retomadas por Austin en el Modelo de Protección/Promoción de la Salud, que parte de la estabilidad, pasa por la autorrealización y culmina en la autodeterminación.

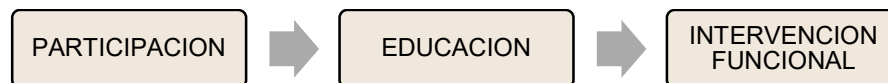
De este modo, la práctica de este enfoque se basa en que la recreación terapéutica tiene como objetivos principales la búsqueda del mayor nivel de salud posible en el continuo bienestar-enfermedad, enfocándose en las capacidades del paciente. A través de la promoción de la autodeterminación, la recreación terapéutica busca empoderar a los individuos, desarrollando competencias personales y fomentando la autoeficacia y el control sobre sus procesos de salud.

Este enfoque permite una serie de beneficios: reducción del estrés, mejora del bienestar físico, incremento del conocimiento personal y desarrollo de habilidades psicológicas, además de una mejora en el funcionamiento global del individuo. En este marco, la relación entre el terapeuta y el paciente o consultante es clave. El terapeuta actúa como un modelo de conductas saludables y ayuda a desarrollar la competencia personal del paciente, fomentando su motivación intrínseca.

En el contexto del Modelo de Habilidad del Ocio de Peterson y Stumbo, se distinguen tres componentes: participación, educación e intervención funcional, cada uno adaptado a las necesidades de los pacientes y a los recursos institucionales disponibles.

Figura 19

Componentes del Modelo de Habilidad del Ocio



Nota: Elaboración propia, 2024.

Participación: Ofrece a las personas la oportunidad de involucrarse en actividades recreativas elegidas libremente, lo que les permite experimentar beneficios propios de la recreación y que al ser placentera y entretenida contribuye a mejorar la autoestima y el bienestar personal al sentirse en control, brindando así el escenario relativamente seguro para ensayar comportamientos nuevos y/o maneras de relacionarse con los demás.

Educación: Promueve el desarrollo de conocimientos y actitudes acerca de las actividades recreativas que se brindan para el desarrollo humano, siendo el terapeuta el educador y facilitador que motiva a la reflexión sobre dichas actividades.

Intervención funcional, o terapia propiamente dicha.

Así, la intervención en Terapia Recreativa (TR) se realiza en un entorno que reconoce que una persona con problemas de salud mental necesita tratamientos que favorezcan su recuperación y le ayuden a continuar su crecimiento personal a través de actividades centradas en el funcionamiento psicológico y la intervención funcional, buscando fortalecer o crear nuevos patrones de comportamiento que le faciliten enfrentar y superar de manera efectiva las demandas actuales y futuras de su entorno.

La recreación terapéutica en general se caracteriza por emplear aproximaciones y técnicas de diversas corrientes psicológicas, enfocándose no solo en las necesidades y dificultades específicas del paciente, sino también en sus capacidades y fortalezas. Los participantes conciertan con el terapeuta las experiencias recreativas que le permitirán alcanzar una mejor salud mental, de esta manera, al elegir se fomenta la “motivación intrínseca” y la “autodeterminación” necesarias para que pueda asumir la responsabilidad de su transformación. Ya que esta teoría plantea que cuando las personas están intrínsecamente motivadas, están experimentando interés y placer, a la vez sintiéndose competentes y autodeterminadas (lo que es posible mediante la recreación); son capaces de percibir la causa de sus éxitos o fracasos en su conducta dentro de ellos.

De este modo, las personas al estar inmersas en las actividades recreativas planteadas donde través de las metas que buscan y alcanzan generan sentimientos de control y capacidad para el éxito; las cuales conducen necesariamente a la mejora del autoconcepto, la autoestima y la autonomía (objetivos terapéuticos en el manejo de patologías psiquiátricas como los trastornos depresivos y de ansiedad). Una vez

lograda la autonomía definida esta como la tendencia a la autorrealización y la autodeterminación, la elección de las actividades recreativas se convierte en un proceso compartido donde el especialista deja de asumir la conducción del proceso convirtiéndose en facilitador.

Clasificación de técnicas en recreación psicoterapéutica

Para la construcción de los programas terapéuticos (Trejos Parra Jhon Jairo et al., 2005) adaptan una clasificación de técnicas de facilitación en RPT y la plantean de la siguiente manera:

- Clarificación de valores: Se ayuda a las personas a tomar conciencia de sus propios valores, facilitando así la toma de decisiones basadas en ellos.
- Enfoques conductuales: Se desalientan los comportamientos no deseados y se recompensan los positivos, promoviendo cambios en la conducta.
- Enfoques cognitivos: Se detectan, evalúan y modifican pensamientos automáticos con el objetivo de transformar tanto las emociones como las conductas.
- Entrenamiento en habilidades sociales: Se trabajan habilidades como el asertividad y la resolución de conflictos.
- Enfoques estructurales: Se identifican y se trabajan las estructuras mentales que influyen en la interacción con los demás, tal como se realiza en el análisis transaccional y la terapia Gestalt.
- Enfoques mente-cuerpo: Se utiliza la percepción de sensaciones corporales para generar una retroalimentación mental, como en los ejercicios de relajación y conciencia sensorial.
- Enfoques no verbales: Se emplean experiencias, reales o imaginadas, con fines terapéuticos, como la visualización guiada, la horticultura terapéutica o el uso de animales en terapia.
- Terapia de aventura: Los participantes se enfrentan a retos progresivos en entornos novedosos para fomentar el crecimiento personal.
- Modalidades de artes creativas: Incluyen actividades como la música, las artes plásticas o el sociodrama.
- Deportes recreativos: Se practican deportes adaptados con reglas flexibles para ajustarse a las necesidades de los participantes.
- Rituales: Se celebran eventos importantes tanto a nivel personal como familiar o social.

- Orientación a la realidad para personas mayores: Se refuerza la percepción de la realidad para mejorar la conciencia y la orientación. Entre las técnicas empleadas están la motivación, estimulación sensorial, reminiscencia y resocialización.

Los programas de Recreación Psicoterapéutica siguen un diseño sistemático que consta de cuatro fases: evaluación inicial, programación, implementación y evaluación final. Cada una de estas fases está orientada a abordar las necesidades específicas del paciente y a asegurar que los recursos disponibles se utilicen de manera eficiente para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos. Durante el proceso, el terapeuta asume inicialmente un rol directivo, pero conforme el paciente progresa y alcanza mayores niveles de autodeterminación, el terapeuta pasa a ser un facilitador, guiando al paciente hacia una mayor autonomía y responsabilidad en su proceso de recuperación (Trejos Parra Jhon Jairo et al., 2005)

En resumen, la recreación terapéutica es un enfoque multidimensional y flexible que integra principios de psicoterapia y recreación para mejorar la salud mental y física de los pacientes. Este enfoque se centra tanto en las dificultades como en las fortalezas del individuo, promoviendo la motivación intrínseca y la autodeterminación, lo que contribuye a un mayor bienestar y calidad de vida.

IMPLICANCIA ARQUITECTÓNICA GENERAL DE LA BASE TEÓRICA:

Desde el enfoque arquitectónico, la recreación terapéutica aplicada en el proyecto aplicado:

- la incorporación de espacios flexibles destinados a actividades grupales, interacción social, contemplación y recreación controlada, permitiendo complementar los procesos terapéuticos y fortalecer el bienestar emocional de los usuarios.

Estos principios desarrollados de Motivación Intrínseca y Autodeterminación requieren espacios que promuevan autonomía, apropiación y libertad controlada de uso, mediante:

- ambientes accesibles
- recorridos abiertos y áreas de transición que permitan distintos niveles de interacción social y privacidad.

BASE TEÓRICA: PSICOLOGÍA AMBIENTAL

Las investigaciones han mostrado que hay una conexión sólida entre los entornos naturales y el bienestar humano (Rojas-Rueda et al., 2019). Se ha

demostrado que la exposición a la naturaleza, incluso cuando es simulada, puede generar beneficios en diversos aspectos, incluyendo variables emocionales o afectivas (Ethan McMahan & David Estes, 2015) cognitivas (Ohly et al., 2016) y psicofisiológicas (Twohig-Bennett & Jones, 2018).

De esta manera, esta disciplina es estudiada por la Psicología Ambiental, que se enfoca no solo en las interacciones entre las personas y los entornos físicos en los que se desenvuelven y en la relación entre persona y ambiente, sino también en su influencia sobre los comportamientos, experiencias e interacciones de individuos, grupos y sociedades.

Dado que los entornos físicos son una fuente clave de estímulos sensoriales, los espacios naturales contienen complejos estímulos a los que los seres humanos responden de manera favorable, teniendo una afinidad por ellos (Ulrich et al., 1991). Desde la Psicología Ambiental, los hallazgos principales sobre los efectos de la exposición a la naturaleza se basan en dos teorías fundamentales:

Teoría de la reducción del estrés

Esta teoría sostiene que los entornos naturales favorecen la disminución del estrés, ya que contribuyen a generar emociones positivas, mejorar la gestión de la tensión emocional y beneficiar tanto los aspectos cognitivos como físicos. Se trata de una teoría psicoevolutiva que se fundamenta en respuestas estéticas (la preferencia o rechazo vinculados a la reacción emocional y a la actividad neuro física generada por la observación) y afectivas (el estado emocional que genera el entorno en las personas). Según esta teoría, las personas están biológicamente predispuestas a experimentar respuestas afectivas rápidas y favorables en entornos naturales, a diferencia de los urbanos. Esto ocurre porque los entornos naturales inspiran sensaciones de interés, tranquilidad y seguridad, facilitando la recuperación de los recursos mentales y físicos desgastados, mientras atenúan emociones negativas, como el miedo o el estrés, y disminuyen la actividad psicofisiológica.

Teoría de la restauración atencional

Los autores de esta teoría distinguen entre dos tipos de atención: la voluntaria (o dirigida), en la que la persona decide dónde enfocar su atención, y la involuntaria (o pasiva), en la que un estímulo externo capta y dirige la atención sin necesidad de los procesos voluntarios. La atención voluntaria se basa en una capacidad central de inhibición que depende de recursos cognitivos limitados, los cuales, si se usan de forma prolongada e intensa, se agotan y provocan fatiga mental, lo que puede llevar a errores, irritabilidad, entre otros efectos. Esta teoría propone que entornos como los naturales, que no requieren atención voluntaria, permiten que los mecanismos cognitivos se relajen, restaurando así el bienestar subjetivo. Esto se debe a que los

entornos naturales activan un proceso automático e inconsciente que orienta la atención sin consumir esos recursos, favoreciendo su recuperación.

De este modo, ambas teorías explican de manera complementaria cómo la exposición a entornos naturales contribuye a la reducción del estrés, restauración cognitiva y mejora del bienestar emocional, evidenciando la influencia del entorno físico sobre la conducta y percepción humana. En términos arquitectónicos, estos fundamentos resaltan la importancia de incorporar áreas verdes, visuales naturales, espacios abiertos y estrategias de integración con la naturaleza dentro del diseño de infraestructuras orientadas a la salud mental.

IMPPLICANCIA ARQUITECTONICA GENERAL DE LA BASE TEORICA:

En términos arquitectónicos, los aportes de la Psicología Ambiental evidencian la importancia de incorporar estrategias espaciales que favorezcan la interacción positiva entre usuario y entorno, mediante la integración de áreas verdes, visuales naturales, iluminación natural, ventilación, recorridos abiertos y espacios de transición. Estas condiciones permiten reducir la sobreestimulación ambiental, favorecer la relajación emocional y contribuir al bienestar psicológico de los usuarios dentro de infraestructuras orientadas a la salud mental.

BASE TEORICA: JARDÍN TERAPÉUTICO

Esta teoría integra los principios de la psicología ambiental, terapias ocupacionales y alternativas (como la recreación) y la biofilia. La utilizaremos en la presente tesis por reunir a las bases teóricas ya mencionadas.

Los jardines terapéuticos se distinguen por cuatro características fundamentales:

- Espacio: Un entorno donde los elementos naturales predominan y estructuran el espacio.
- Estimulación: Un lugar que incentiva y motiva al usuario mediante estímulos variados.
- Socialización: Un espacio que favorece tanto la interacción social como la introspección, según las necesidades del usuario.
- Respeto: Un diseño pensado para cuidar y respetar el bienestar de quienes lo utilizan.

Los Jardines Terapéuticos según Palmlöf (2020) están compuestos por cuatro módulos principales: TRÄDET, SINNENAS GÅRD, MINNENAS LUND y LOOP, cada uno vinculado a actividades y terapias específicas. Este diseño es el resultado de más de 20 años de investigación realizada en la Universidad Sueca de Agricultura

de Alnarp, centrada en la evaluación de entornos saludables y terapias basadas en la naturaleza, enfocadas en el bienestar humano.

- Módulo TRÄDET: Combina un huerto con jardineras colgantes, diseñadas inicialmente para que personas mayores. Se centra en trabajar en el cuidado de plantas con herramientas adaptadas a capacidades de los participantes.
- Módulo SINNENAS GÅRD: Proporciona una intervención sensorial integral, ofreciendo estímulos que pueden generar relajación o activación sensorial, según las recomendaciones de los terapeutas.
- Módulo LOOP: Se desarrolla a modo de camino, está diseñado para personas con desorientación, permitiendo su libre desenvolvimiento por el jardín sin perderse. Además, incluye una pradera para realizar ejercicios físicos.
- Módulo MINNENAS LUND: Focalizado en terapias de reminiscencia, donde se integran recuerdos a través de objetos, olores y sabores del pasado, facilitando el proceso terapéutico mediante la conexión con la memoria.

Además, se pueden incluir:

- Módulo de Psicomotricidad Gruesa: Es un espacio diseñado para trabajar la coordinación, el equilibrio y la confianza a través del movimiento. Las terapias en esta área buscan facilitar la expresión de emociones y sentimientos mientras se mejora la coordinación motora, con el objetivo de promover el desarrollo físico y emocional.
- Módulo de Aprendizaje de Compostaje: Este espacio está dedicado a enseñar el proceso de compostaje utilizando material vegetal como hojas, ramas y restos de plantas, que se transforman en abono de calidad. Es un proyecto comunitario.

Figura 20

Jardín terapéutico del Centro Sociosanitario Bernat Jaume, en Figueres España.



Nota: web Vitaller Arquitectura

IMPLICANCIA ARQUITECTONICA GENERAL DE LA BASE TEORICA:

En términos arquitectónicos, los jardines terapéuticos requieren configuraciones espaciales flexibles, recorridos accesibles, integración sensorial y relación constante con elementos naturales, permitiendo desarrollar actividades terapéuticas, recreativas y comunitarias dentro de un entorno seguro y restaurativo. Asimismo, favorecen la orientación espacial, interacción social y apropiación progresiva del espacio por parte de los usuarios.

Los fundamentos teóricos desarrollados constituyen la base conceptual para la formulación de criterios y estrategias aplicadas al diseño del Centro de Salud Mental Comunitario. A partir de estos principios, se establecen lineamientos relacionados con arquitectura terapéutica, recreación terapéutica, psicología ambiental, biofilia y jardines terapéuticos, cuya interpretación y sistematización serán

desarrolladas posteriormente en los capítulos correspondientes a criterios y premisas de diseño arquitectónico.

2.2.2 Definición de términos básicos

Centro de salud mental comunitario (CSMC)

Según el Ministerio de Salud (2017), un C.S.M.C es un establecimiento de nivel I-3 o I-4 en atención de salud mental especializada. Ofrece servicios específicos para niños, adolescentes, adultos y personas mayores, incluyendo psiquiatría y atención especializada en adicciones, así como participación social y comunitaria. Estos centros brindan atención ambulatoria a personas con problemas psicosociales y trastornos mentales, y además, refuerzan técnicamente a los establecimientos de primer nivel (puestos de salud) y activan la red social y comunitaria dentro de su jurisdicción.

Los C.S.M.C actúan como los ejes articuladores de la red de salud mental dentro de su jurisdicción, ya que estos funcionan en red junto con el equipo de gestión del hospital general, establecimientos de salud del primer nivel públicos-privados y servicios sociales comunitarios; asegurando la continuidad de cuidados de salud de las personas mediante la coordinación y articulación de servicios y programas.

Los CSMC, dentro de su jurisdicción, tienen la responsabilidad de llevar a cabo actividades comunitarias que promuevan la participación de personas con problemas de salud mental, sus familias y organizaciones sociales comprometidas. Esto incluye colaborar en la identificación de necesidades en salud mental, así como en la planificación, gestión y evaluación de programas de intervención a nivel local. Asimismo, deben fomentar la organización comunitaria.

Modelo de atención comunitario de salud mental

Según el MINSA (2017) se basa en un enfoque centrado en la comunidad que impulsa la promoción y protección de la salud mental, asegura la continuidad de los cuidados para pacientes, familias y colectivos con problemas de salud mental, y otorga un rol central a la comunidad en este proceso.

Problemas de salud mental

Según el Ministerio de Salud (2017) los problemas de salud mental se clasifican en dos categorías:

Problema psicosocial:

Es una dificultad que surge por la alteración en la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su entorno. Dentro de estas se

encuentran: estrés, estrés post traumático, inseguridad, aislamiento social, violencia, consumo de alcohol y drogas.

Trastorno mental y del comportamiento:

Es una condición mórbida que afecta a una persona de manera que puede variar en intensidad, impactando el funcionamiento de la mente, el comportamiento, el organismo, la personalidad y las relaciones sociales, ya sea de forma temporal o permanente. Los trastornos mentales mencionados están incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

Dentro de estas se encuentran: trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de alimentación, trastorno espectro de la esquizofrenia, trastornos relacionados al uso de sustancias, trastornos de la personalidad y del control de impulsos y conducta.

Prevención de problemas de salud mental

Según la OMS(2022a), las intervenciones para prevenir problemas de salud mental deben enfocarse en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales que afectan la salud mental. Esto permitirá implementar medidas que reduzcan los riesgos, aumenten la resiliencia y generen entornos propicios para la salud mental. Para abordar estos determinantes, es fundamental que sectores como la educación, el trabajo, la vivienda, entre otros, se involucren, lo que facilitará la colaboración y coordinación multisectorial necesarias.

Las políticas públicas nacionales en el ámbito de la salud mental consideran la promoción de la salud mental y la prevención de problemas como elementos fundamentales dentro de los servicios de salud mental. Estas políticas establecen que las acciones preventivas deben basarse en evidencias epidemiológicas, antropológicas y determinantes socioeconómicos de riesgo. Se pone especial atención en identificar y monitorear los factores de riesgo en la comunidad, priorizando la prevención de la violencia familiar y sexual, el maltrato infantil y hacia las mujeres, así como la depresión y los intentos de suicidio, entre otros. También se enfatiza la identificación de grupos en situación de riesgo, la detección temprana de problemas de salud mental, la eliminación del estigma y la discriminación, así como el acceso a información actualizada sobre programas y servicios de salud mental.(Ley de Salud Mental, 2019)

Asimismo, se pone énfasis en la promoción de la salud mental a través de intervenciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud. Esto implica favorecer la creación de entornos saludables, potenciar habilidades y competencias,

fortalecer la identidad y la autoestima de las personas, así como generar espacios para la participación ciudadana.

Promoción de la salud mental

Es un proceso social, cultural y político que se aborda desde la perspectiva del desarrollo humano, con el objetivo de cuidar la salud mental para optimizar el bienestar y la calidad de vida de la comunidad. Este enfoque promueve el trato respetuoso y fomenta una cultura de paz, destacando la importancia de la participación activa de la ciudadanía en una responsabilidad compartida con todos los sectores del Estado. Esto abarca la colaboración de la familia, la escuela, los lugares de trabajo y cualquier otro entorno en el que las personas interactúan y se desarrollan. (Ministerio de Salud, 2017)

2.3 Antecedentes normativos

2.3.1 Análisis Normativo

La normativa existente y vigente específica para este tipo de infraestructura de salud es:

- a) Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, aprobado con Resolución Ministerial N° 574-2017-MINSA de fecha 20 de julio del 2017.***

El Centro de Salud Mental Comunitario “Valle Pocollay” pertenece al primer nivel de atención de un establecimiento de salud; actualmente está categorizado como I-2, mediante Resolución Directoral N° 018-2024-OAJ-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA, con fecha del 12 de enero del 2024; sin embargo, en noviembre del 2023 fueron categorizados como I-3, mediante Resolución Directoral N° 868-2023-OAJ-DR/DRS.T/GOB. REG. TACNA. De este modo el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle Pocollay” constituye el nivel más especializado en salud mental de la red, siendo el ente dinamizador y articulador, destinado a brindar servicios especializados a: niños/as y adolescentes; adultos y adultos mayores; así como, los servicios de adicciones; participación social y comunitaria de la población de la provincia y departamento de Tacna a través de la atención ambulatoria especializada.

b) Reglamento Nacional de Edificaciones

El proyecto se sustenta asimismo en la normativa nacional de diseño arquitectónico del Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE), dentro de la cual se consideran:

RNE-A.010: Condiciones Generales de Diseño

Define los requerimientos mínimos para el diseño de pasillos, salidas de emergencia, ventilación y condiciones de evacuación segura.

RNE-A.050: Salud

Especifica los criterios para el cálculo de usuarios, las áreas de evacuación y el dimensionamiento de los ambientes destinados a servicios de salud, garantizando que el diseño no interfiera con el equipamiento funcional.

RNE-A.120: Accesibilidad para personas con discapacidad y adultos mayores

Establece las disposiciones necesarias para asegurar el acceso universal, incluyendo pendientes adecuadas, señalización, servicios higiénicos adaptados y estacionamientos especiales.

NORMA A.050

- Salas de espera: 0.8 m² por persona
- Servicios Auxiliares: 8.00 m² por persona
- Depósitos y almacenes: 30.00 m² por persona
- Áreas Administrativas: 10.00 m² por persona

Condiciones especiales para personas con discapacidad:

- Rampas con ancho mínimo de 1.20 m
- Pasamanos dobles a 0.90 m y 0.75 m del nivel del piso terminado
- Longitud de rampa no mayor a 6.00 m y pendiente no mayor a 8.33%, si se sobrepasa la distancia mencionada, considerar descansos de 1.50 m en intermedios y 1.80 m en las áreas de llegada y arranque como mínimo.
- Los pasamanos son alejados de la pared a una distancia de 0.05 m.

c) Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2017), a través de la Norma Técnica de Salud N.° 138-MINSA/2017/DGIESP, establece los lineamientos técnicos para la implementación de los CSMC. Esta norma especifica los requisitos mínimos relacionados con la disposición de ambientes diferenciados para consulta individual,

terapia grupal, administración, actividades comunitarias y servicios de apoyo. Asimismo, define condiciones esenciales de accesibilidad universal, zonificación funcional y superficies mínimas por ambiente, alineadas con la política nacional orientada al fortalecimiento de los servicios de salud mental.

Por otro lado, la Norma Técnica de Salud para la Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención (MINSA, 2017) regula los lineamientos generales para los establecimientos categoría I-3, que se caracterizan por no contar con internamiento y ofrecer atención ambulatoria con capacidad resolutive. En este contexto, se reconoce al CSMC como un establecimiento integrado a la red de salud, orientado a brindar atención psicosocial, terapias, talleres y acciones de rehabilitación.

d) Norma Técnica: Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención NTS N° 113-MINSA/DGIESP

La NTS N.° 113-MINSA/DGIESP, relacionada con la Infraestructura y el Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, amplía los lineamientos aplicables a los CSMC al incorporar ambientes como salas de terapia familiar, talleres ocupacionales, áreas comunitarias y consultorios diferenciados por grupo etario. Sin embargo, aún presenta limitaciones en cuanto a la incorporación de criterios relacionados con el bienestar emocional y la calidad ambiental.

Asimismo, la NTS 021, que regula las categorías de los establecimientos del sector salud, clasifica dichos establecimientos según su nivel de complejidad y capacidad resolutive, considerando sus Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), lo que contribuye a una organización más adecuada de los servicios comunitarios.

2.4 Antecedentes contextuales

2.4.1 Estudio de casos

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD / ORIGO ARKITEKTGRUPPE

Generalidades

Arquitectos: Origo Arkitektgruppe

Ubicación: Bergen, Noruega

Area: 12 500 m²

Año: 2013

Descripción del proyecto:

El Diseño de este centro se basa en la apertura y la transparencia hacia el público a la misma vez, ser un refugio de protección para los pacientes.

El centro psiquiátrico ha incluido la construcción de una plaza al norte, el cual es un lugar valioso para los ciudadanos y a su vez se muestra transparente al entorno. (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

Figura 21

Vista de acceso principal



Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

Figura 22

Vista de caminería interior



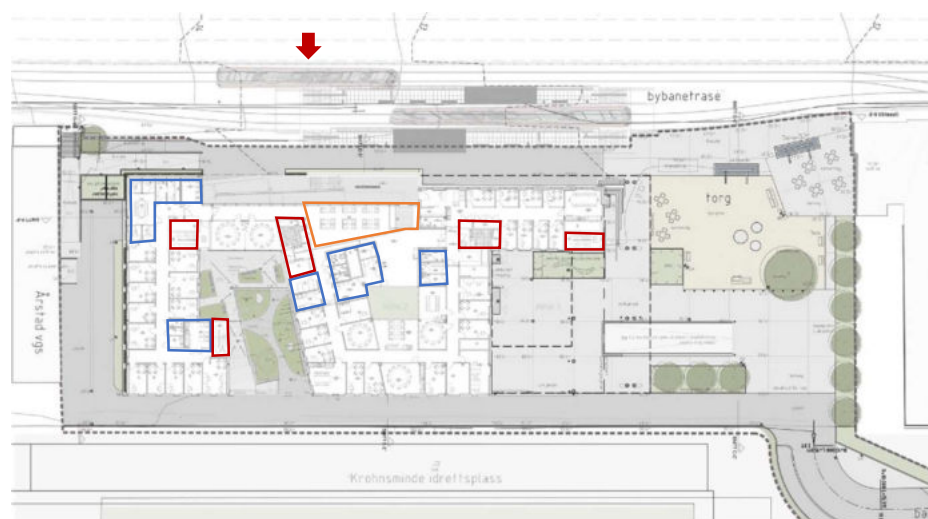
Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

ANÁLISIS FUNCIONAL:

Incluye:

- Departamentos de hospitalización en pisos superiores
- Guarderías
- Policlínicos
- Clínicas de atención de día
- Salas de estancias cortas
- Estacionamientos subterráneos

Figura 23:
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD / ORIGO ARKITEKTGRUPPE



ZONAS DE SERVICIOS:

- RECEPCION
- ADMINISTRACION
- CIRCULACION VERTICAL



Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

ANALISIS DE CIRCULACION:

El ingreso principal del centro se conecta directamente con la parada del tren y da acceso a las personas para consulta ambulatoria y departamentos de hospitalización.

ANALISIS ESPACIAL:

Los ambientes del centro han sido diseñados para dar al personal una visión general y buen ambiente de trabajo, pero sin perder el sentido privado y espacios neutrales de reunión.

Diseñados con varios jardines para la recreación y actividades al aire libre. El hospital se orienta hacia la vista de la montaña Ulriken y se organiza en tres grandes atrios, los cuales son importantes fuentes de iluminación y ventilación, además de valiosos espacios de recreación al aire libre. Estos atrios principalmente estimulan la interacción social y espacios para la contemplación, a su vez proporcionan contacto visual entre los diferentes departamentos, son puntos de naturaleza y referencia dentro del edificio.

Cada departamento del hospital está relacionado con estos jardines, los cuales tienen sus propias características y varían según su ubicación y función.

Figura 24
Corte transversal



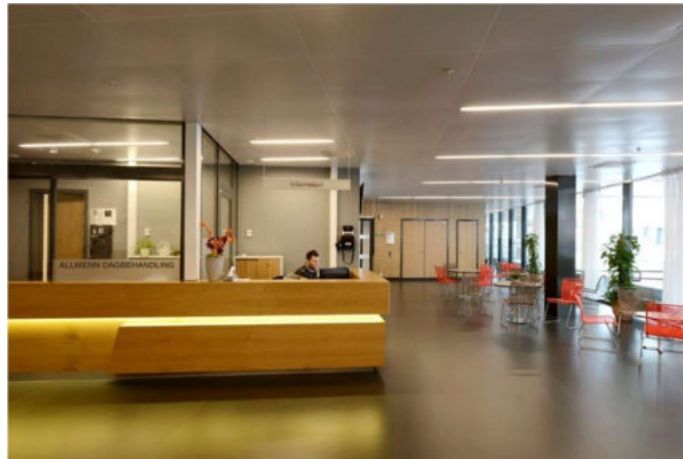
Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

Figura 25
Corte longitudinal



Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

Figura 26
Vista de recepción al Hospital psiquiátrico



Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

Figura 27
Vista del área de mezanine



Nota: extraído de (Hospital Psiquiátrico Kronstad, 2013)

ANALISIS FORMAL:

Se tienen fachadas verdes con grandes secciones de ventana. La transparencia del edificio incita la idea de una mayor apertura los problemas de salud mental en la sociedad.

En los niveles superiores se disponen paneles blancos que expresan estabilidad y seguridad al estar ubicados los departamentos de hospitalización y los departamentos en los ambulatorios.

Criterios de adaptabilidad al contexto local:

A partir del análisis del proyecto, se identifican los siguientes criterios de adaptabilidad al contexto local:

- **Integración con el espacio público como estrategia de inclusión**
El hospital se abre hacia la ciudad mediante una plaza pública, reduciendo la barrera entre lo clínico y lo urbano. En un contexto local, este criterio puede adaptarse generando espacios semi-públicos en centros de salud mental que fomenten la inclusión social y reduzcan el estigma.
- **Conectividad directa con el transporte urbano**
La relación directa con la estación de tren mejora el acceso de pacientes y visitantes. En el contexto local, esto se puede traducir en la ubicación estratégica de equipamientos de salud cerca de ejes de transporte público (avenidas principales, paraderos o terminales).
- **Organización en bloques funcionales con jerarquía clara**
La distribución en departamentos permite separar funciones sin perder conexión. Este modelo es adaptable para mejorar la eficiencia operativa en hospitales locales, evitando cruces innecesarios entre flujos de pacientes, personal y visitantes.
- **Uso de atrios como reguladores ambientales y sociales**
Los atrios funcionan como núcleos de iluminación, ventilación y encuentro. En el contexto local, este recurso es altamente adaptable debido al clima, permitiendo reducir el consumo energético y generar espacios terapéuticos interiores.
- **Relación visual con el paisaje como apoyo terapéutico**
Las visuales hacia la montaña refuerzan el bienestar emocional. En el contexto local, este principio puede reinterpretarse hacia vistas

urbanas controladas o áreas verdes internas que cumplan una función similar de contención psicológica.

- **Diseño orientado a la transparencia controlada**
El proyecto equilibra apertura visual con privacidad. En adaptación local, este criterio es clave para diseñar espacios seguros sin generar sensación de encierro, especialmente en servicios de salud mental.
- **Espacios de recreación integrados al sistema arquitectónico**
Los jardines no son accesorios, sino parte del tratamiento. En el contexto local, se puede incorporar áreas verdes funcionales dentro del programa arquitectónico, incluso en terrenos reducidos mediante patios, terrazas o jardines verticales.

Aplicación al contexto local

Estos criterios son transferibles al contexto local siempre que se ajusten a condiciones como densidad urbana, seguridad del entorno, clima y recursos constructivos. El enfoque principal a rescatar es la apertura controlada, la integración con la ciudad y el uso del paisaje como parte activa del proceso terapéutico.

HOSPITAL PSIQUIATRICO VEJLE

Generalidades

Arquitectos: Arkitema Architects

Ubicación: Vejle, Dinamarca

Area: 17 000 m²

Año: 2014-2017

Premio: Ganador en los Premios Europeos de Diseño Sanitario 2018 categoría Diseño de Salud Mental.

DESCRIPCION DEL PROYECTO:

El hospital psiquiatrico está emplazado en el fondo de una ladera cubierta de bosque. Diseñado para el tratamiento ambulatorio, y para condiciones de comportamiento intensivas y complejas que requieren hospitalización. El enfoque de diseño está basado en el fomento de la actividad física minimizando la intervención contundente. Se ha considerado el ingreso amplio de luz en todo el edificio, fácil acceso a la naturaleza y espacios al aire libre y salas transparentes con descripciones generales fáciles. (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

Figura 28:

Vista aérea hospital psiquiatrico vejle



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

ANÁLISIS FUNCIONAL

El edificio está conformado por 8 casas en forma de racimo formando un flujo circular elegante, donde junto con el edificio funcional y administrativo unen todas las funciones y aseguran una edificación claramente definida y protegida.

Al acceso al centro se ubica la recepción de ER y psiquiatría infantil como unidades invitadoras al acceso. Mientras que las salas se encuentran alejadas de este. En el 1er piso se vincula la administración con el transporte de pacientes.

El hospital psiquiátrico cuenta con 91 habitaciones distribuidas en 6 unidades, un servicio de urgencias psiquiátricas y una clínica ambulatoria para niños y jóvenes, rodeados de Múltiples jardines de fácil acceso, además de ambientes como gimnasio y centro deportivo.

Figura 29:
Hospital psiquiatrico vejle



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

ANALISIS DE CIRCULACION

ANALISIS ESPACIAL

La organización espacial es agrupada compuesta de unidades intercomunicadas y alternadas con áreas de naturaleza circundante, descomponiendo la escala y fusionándose con el paisaje del entorno.

La luz natural y artificial son aspectos importantes en el diseño, por lo que se han diseñado paneles de vidrio y patios interiores, techos retirados, además de salas de terapia de luz de color para calmar la recuperación, apoyo del sueño, eliminación de la depresión y la preservación del ritmo circadiano.

Las paredes están revestidas con listones de madera para garantizar una buena acústica y promover un ambiente hogareño.

Figura 30

Vista de estar interior



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

Figura 31

Vista de Sala de Terapia de Color



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

Figura 32
Vista de área de Comedor



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

Figura 33
Vista de jardín principal



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

ANÁLISIS FORMAL

Formalmente, el diseño del centro está compuesta por unidades de mampostería cuadrada que van deformándose creando espacios huecos

La estructura de anillo expresa una división espacial creando una fachada jerárquica y clara. Con accesos verdes y con mucha luz

Figura 34:
Vista exterior



Nota: extraído de (Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema, 2017)

Criterios de adaptabilidad al contexto local:

A partir del análisis del proyecto, se identifican los siguientes criterios de adaptabilidad que podrían trasladarse o reinterpretarse en un contexto local:

- **Relación con el entorno natural como estrategia terapéutica**
El hospital se integra a un paisaje boscoso, utilizando la naturaleza como parte activa del tratamiento. Este criterio es adaptable a contextos locales mediante la incorporación de áreas verdes, patios terapéuticos y jardines interiores, incluso en terrenos urbanos o semiurbanos.
- **Organización en unidades independientes conectadas**
La configuración en “racimo” permite controlar flujos, privacidad y seguridad. En el contexto local, este modelo puede adaptarse para mejorar la sectorización de servicios de salud mental, reduciendo saturación y mejorando la supervisión.
- **Uso intensivo de iluminación natural**
El diseño prioriza la luz natural para mejorar el bienestar psicológico. En un contexto local, este principio es altamente aplicable considerando el clima, permitiendo reducir el uso de iluminación artificial y mejorar la habitabilidad.
- **Materialidad cálida y acústica controlada**
El uso de madera y acabados cálidos genera ambientes no institucionales. En adaptación local, se puede reinterpretar con

materiales disponibles regionalmente que cumplan funciones similares (control acústico, confort térmico y sensación de hogar).

- **Diseño centrado en la desinstitucionalización del espacio clínico**

El proyecto evita la apariencia hospitalaria rígida, favoreciendo espacios domésticos y humanizados. Este criterio es clave para contextos locales donde la salud mental aún está asociada a espacios fríos o estigmatizados.

- **Circulaciones seguras y controladas sin rigidez excesiva**

La organización permite movilidad clara sin sensación de encierro. Adaptable mediante recorridos jerarquizados que mantengan seguridad, pero sin generar estrés visual o espacial.

Aplicación al contexto local

Estos criterios pueden adaptarse a la realidad local considerando condiciones climáticas, disponibilidad de materiales, densidad urbana y recursos limitados, priorizando siempre la integración de naturaleza, la humanización del espacio y la eficiencia funcional en centros de salud mental.

CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN

Figura 35:

Centro psiquiátrico Friedrichshafen



Nota: extraído de la web Centro psiquiátrico Friedrichshafen

Generalidades

Arquitectos: Huber Staudt Architekten

Ubicación: Friedrichshafen, Alemania

(Dentro del campus del hospital)

Friedrichshafen).

Área útil: 3 274 m²

Superficie construida: 5.555 m²

Coste: 11,0 millones de euros

Año: 2008-2011

DESCRIPCION DEL PROYECTO:

El nuevo centro psiquiátrico está ubicado dentro del campus del Hospital de Friedrichshafen y se adapta de manera armoniosa a la pendiente natural de la colina que desciende hacia el lago Constanza. La edificación rodea un amplio patio verde y utiliza la forma de la ladera para generar accesos en dos niveles diferentes. Un puente de gran envergadura enmarca las amplias vistas del paisaje ondulante y refuerza la percepción de la pendiente, incluso dentro del patio resguardado. El centro se integra visualmente con el entorno y, al mismo tiempo, ofrece vistas privilegiadas del campo desde su interior. En el primer nivel, las amplias salas centrales de terapia, conectadas directamente con el jardín de los pacientes, están dispuestas de manera que aprovechan al máximo la luz natural que proporciona la inclinación del terreno.

Figura 36:

Vista de acceso principal



Nota: extraído de la web Centro psiquiátrico Friedrichshafen

Vista de caminería interior



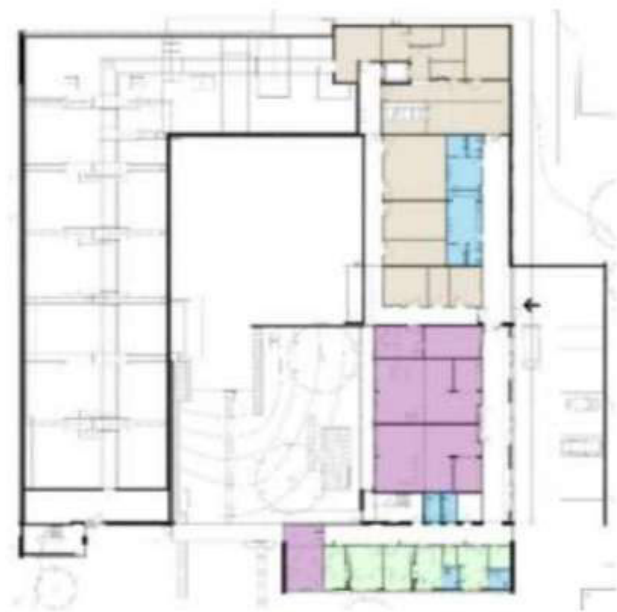
Figura 37:
Análisis funcional

LEYENDA

- Recepción
- Sala de espera
- Aulas de cocina
- Oficinas
- Baños
- Sala de terapias individuales
- Sala de terapias grupales
- Gimnasio
- Sala de trabajo (Profesionales)
- SUM
- Cafetería
- Sala de fisioterapia
- Circulación Vertical
- Terrazas



Plano Segundo nivel



Plano del semisótano

Figura 38:
Organigrama

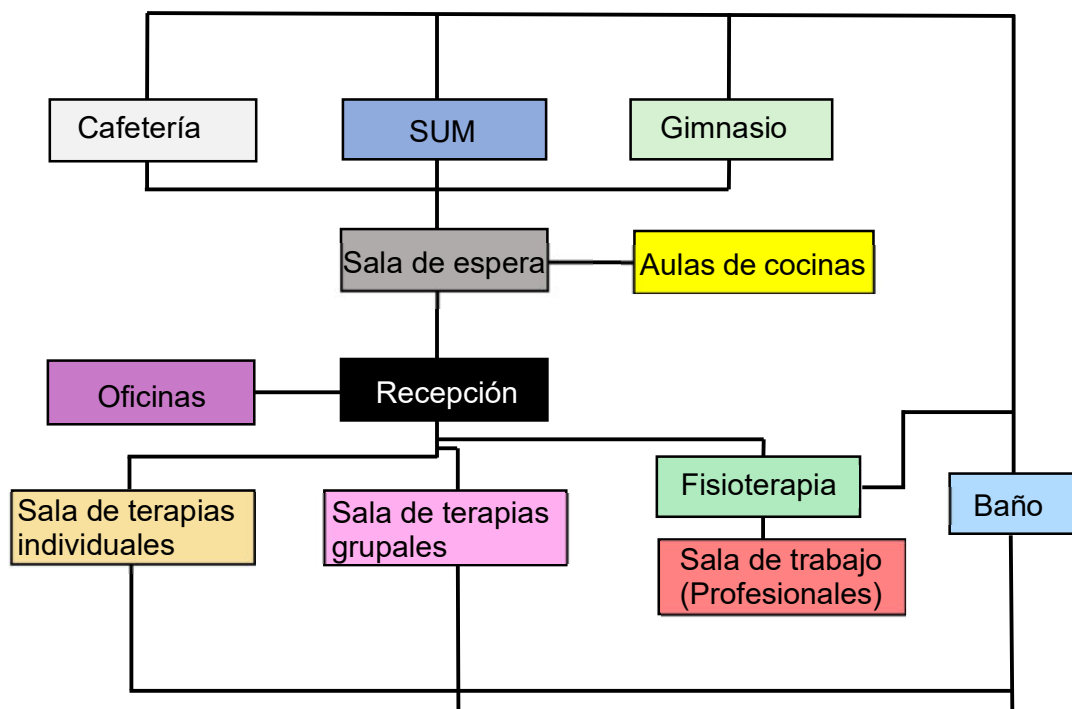
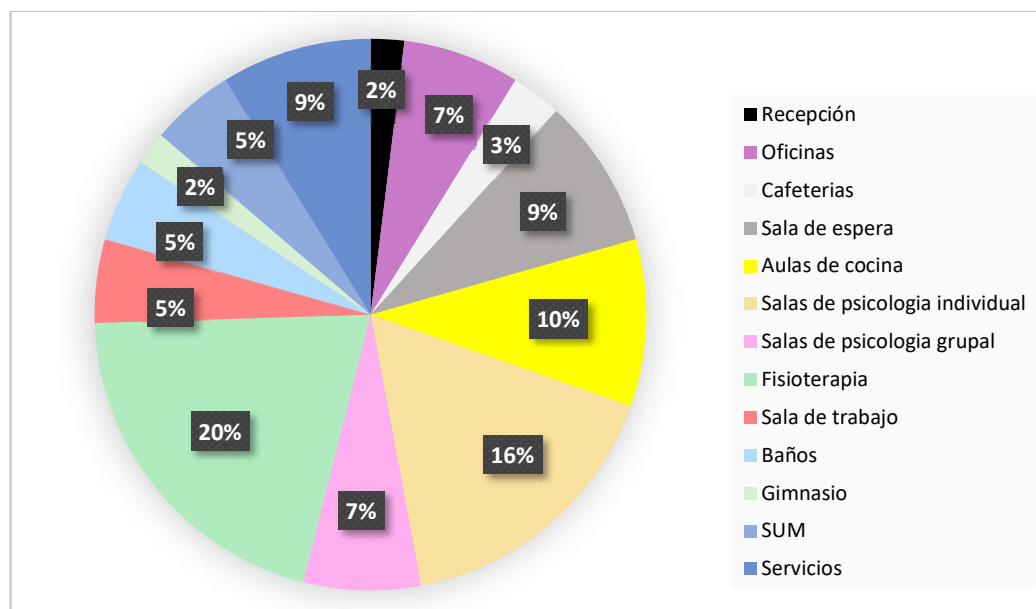


Figura 39:
Porcentaje Ocupacional del área



ANÁLISIS DE CIRCULACION:

Tanto los usuarios como el personal utilizan las mismas rutas de circulación dentro del centro, lo que contribuye a generar un ambiente más acogedor y menos institucional.

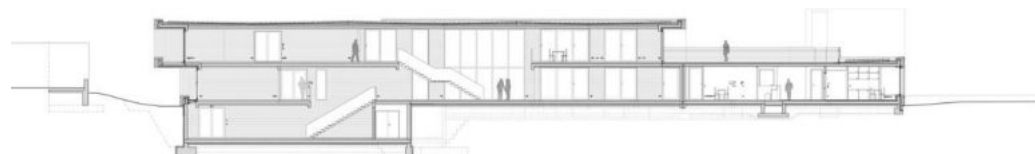
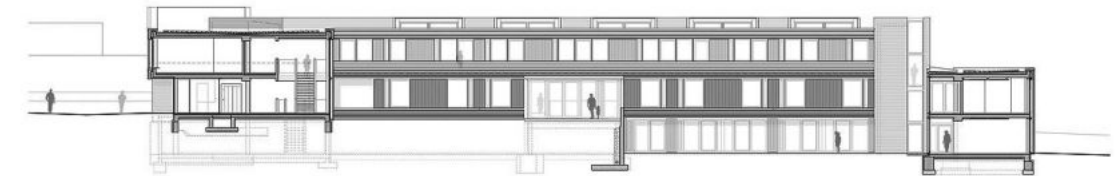
Figura 40:
Planos por nivel



ANÁLISIS ESPACIAL:

La disposición del centro está diseñada para aprovechar al máximo las vistas del entorno. Su objetivo es fomentar una interacción profunda entre el cuerpo, la mente y el entorno social de quienes enfrentan la enfermedad. Siguiendo este enfoque, los arquitectos crean una arquitectura orientada a la curación, priorizando la percepción humana para generar en los usuarios emociones y sensaciones positivas.

Figura 41:
Cortes longitudinales



Corte longitudinal
NOTA: DIVISARE

Figura 42:
Vista interior del Hospital psiquiátrico

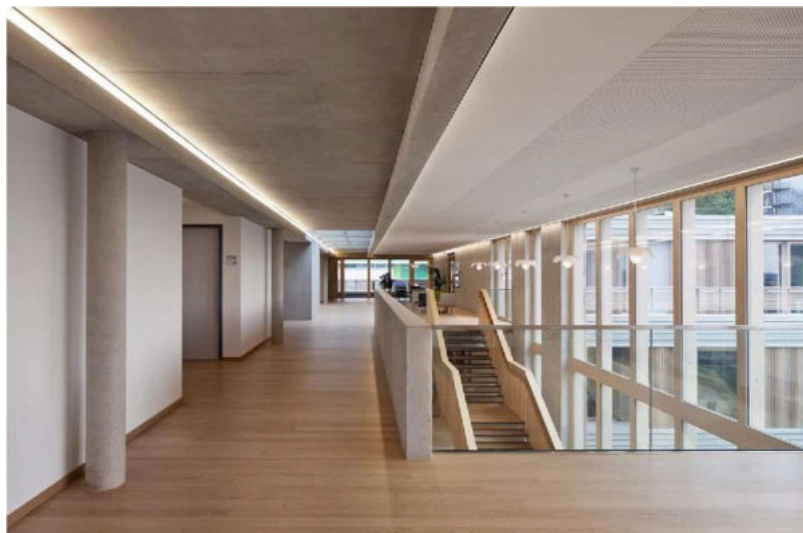


Figura 43:
Vista del área de comedor



Figura 44:
Vista de sala de terapia



Figura 45:
Vista del jardín principal



ANÁLISIS FORMAL:

El centro dispone de un amplio espacio público (Plaza) como acceso al centro psicológico, y establece una vista directa hacia el patio central, que incluye áreas para la contemplación y zonas destinadas a ejercicios físicos (actividades de rehabilitación). Su diseño aprovecha al máximo las vistas del entorno que lo rodea.

Criterios de adaptabilidad al contexto local:

A partir del análisis del proyecto, se identifican los siguientes criterios de adaptabilidad al contexto local:

- **Adaptación a la topografía como generador del diseño**
El edificio se integra a la pendiente natural del terreno, generando accesos en distintos niveles. En el contexto local, este criterio es clave en zonas con desniveles o suelos irregulares, permitiendo reducir movimientos de tierra y mejorar la integración arquitectónica con el paisaje.
- **Relación directa entre arquitectura y paisaje natural**
El proyecto prioriza las visuales hacia el entorno natural (lago y colina), reforzando el bienestar psicológico. En el contexto local, puede adaptarse mediante la orientación estratégica de los ambientes hacia áreas verdes, parques o patios interiores.
- **Organización en torno a un patio central terapéutico**
El patio verde funciona como núcleo de iluminación, ventilación y contemplación. Este criterio es altamente adaptable a contextos urbanos locales, donde los patios pueden sustituir la falta de grandes áreas naturales.
- **Integración de circulación compartida para humanizar el espacio**
Pacientes y personal comparten recorridos, reduciendo la jerarquía espacial. En el contexto local, este principio puede aplicarse de manera controlada para disminuir la sensación institucional y promover un ambiente más cercano y humano.
- **Uso de la luz natural como recurso terapéutico**
La disposición del edificio aprovecha la inclinación del terreno para maximizar la iluminación natural. En el contexto local, este criterio es fundamental para reducir consumo energético y mejorar la calidad espacial en centros de salud.
- **Diseño orientado a la percepción emocional del usuario**
El proyecto busca generar sensaciones positivas a través del espacio, la luz y las vistas. Este enfoque es adaptable localmente mediante el diseño de ambientes cálidos, abiertos y con conexión visual con la naturaleza.
- **Relación equilibrada entre espacio público y privado**
El acceso tipo plaza y la transición hacia espacios terapéuticos permiten un gradiente espacial claro. En el contexto local, esto ayuda a organizar mejor los flujos y a controlar el acceso sin perder apertura hacia la comunidad.

Aplicación al contexto local

Estos criterios son transferibles a proyectos locales siempre que se adapten a la topografía, el clima y la densidad urbana. El mayor aporte del referente es la integración con el terreno, el uso terapéutico del paisaje y la organización espacial centrada en el bienestar emocional del usuario.

JARDÍN TERAPÉUTICO DEL CENTRO SOCIO SANITARIO BERNAT JAUME**Figura 46**

Vista Aérea de Jardín Terapéutico

**Generalidades**

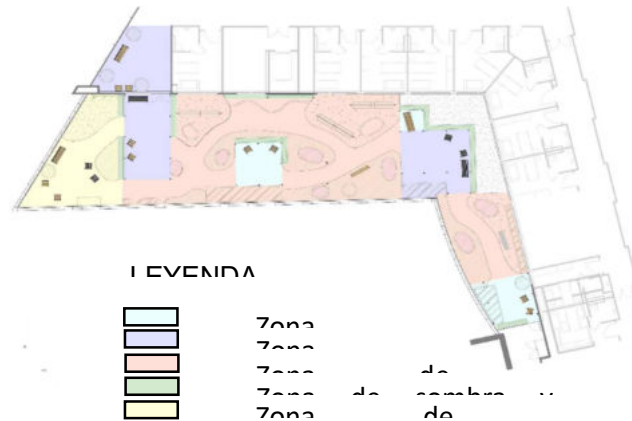
Arquitectos: Despacho Vitaller Arquitectura

Ubicación: Hospital de Figueres, Figueres (Girona), España

Área: 450 m2

Año:2019

Figura 47:
Esquema de zonificación



DESCRIPCION DEL PROYECTO:

El jardín terapéutico es un área creada para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes dentro de un entorno sanitario, facilitando su vínculo con la realidad y brindando bienestar psicológico a los pacientes, así como a sus familiares y al personal médico. (Jardin terapeutico Bernat Jaume)

Figura 48
Vista del Jardín



Investigaciones realizadas por Roger Ulrich, Clare Cooper, Marcus y Adrian Burton, publicadas en *The Lancet Neurology*, destacan los resultados de más de 30 años de estudio sobre los beneficios de los jardines terapéuticos, los cuales incluyen:

- Reducción del estrés y alivio del dolor, especialmente cuando el jardín fomenta el movimiento.
- Mejora del bienestar psicológico.
- Facilita la aceptación de la enfermedad por parte del paciente.
- Proporciona un entorno adecuado para terapias de rehabilitación.
- Ofrece un espacio relajante para los profesionales de salud.
- Ayuda a reducir los costos y la duración de la hospitalización.
- Contribuye a disminuir el uso de analgésicos y psicofármacos.

ESTRUCTURA DEL JARDIN:

El jardín está compuesto por diferentes áreas y ambientes que aportan dinamismo al espacio. Su recorrido está enriquecido con diversas especies vegetales que se pueden disfrutar tanto desde el jardín como desde las habitaciones, ofreciendo nuevas perspectivas. Se ha priorizado la privacidad de los usuarios, incorporando elementos de jardinería elevada que desvían la vista sin necesidad de muros, garantizando así que no haya una línea de visión directa desde el exterior hacia las habitaciones. Para optimizar su uso durante épocas agradables, se instalarán pérgolas y porches que proporcionarán sombra y protección, creando espacios diversos que fomentan la interacción.

La botánica:

Cada área del jardín está diseñada con plantas específicas que cumplen diferentes funciones y propósitos. Los elementos clave de estos espacios incluyen:

- Pérgolas y porches: estructuras cubiertas con enredaderas que ofrecen sombra translúcida.
- Zonas bajo el porche: plantas que prosperan en semi-sombra, presentando diversas formas, texturas y colores
- Jardineras: plantas de temporada que aportan color y variedad al entorno.
- Jardín de experimentación: un espacio con plantas interactivas, incluyendo hierbas aromáticas, arbustos y especies medicinales.
- Superficies del suelo: mantas de plantas tapizantes que ofrecen una variedad de formas y colores, con acentos florales.
- Jardineras elevadas: ubicaciones estratégicas donde las plantas pueden crecer libremente, contribuyendo a la privacidad de las habitaciones.

- Mesa de forma orgánica: un elemento que sintetiza todo lo que se puede encontrar en el jardín.

Figura 49

Actividades de Horticultura



Figura 50

Vista de jardineras



La relación entre la naturaleza y las personas:

La naturaleza es muy beneficiosa, ya que actúa como un elemento curativo. Por ello, se ofrece a los pacientes acceso a un jardín desde el centro, permitiéndoles disfrutarlo sin asistencia. Este espacio al aire libre fomenta el movimiento y la conexión con el entorno, permitiendo respirar aire fresco y experimentar las variaciones del clima y las estaciones. Además, se pueden apreciar los aromas de las flores y los olores del otoño, destacando las múltiples ventajas que la naturaleza proporciona.

Figura 51

Vista de jardín

**ARQUITECTURA Y JARDÍN:**

La arquitectura en el jardín es fundamental para crear espacios adecuados a las actividades previstas, integrando el jardín dentro del edificio como un área de transición entre el interior y el exterior. Un porche en la salida refuerza esta transición, evitando una salida brusca y ofreciendo un espacio sombreado y protegido de la lluvia. El diseño incluye caminos curvados que invitan a los usuarios a interactuar con las plantas, mientras que las mantas y gravas a su alrededor proporcionan una experiencia sensorial al caminar. Las jardineras, accesibles para personas con movilidad reducida, están diseñadas para integrarse de manera armónica con el entorno. Además, el mobiliario del jardín no solo complementa el ambiente natural, sino que también fomenta actividades como la socialización, la lectura o el descanso, creando un espacio equilibrado y acogedor.

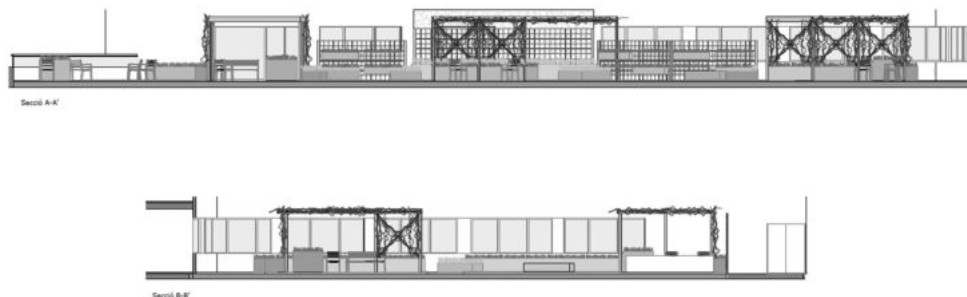
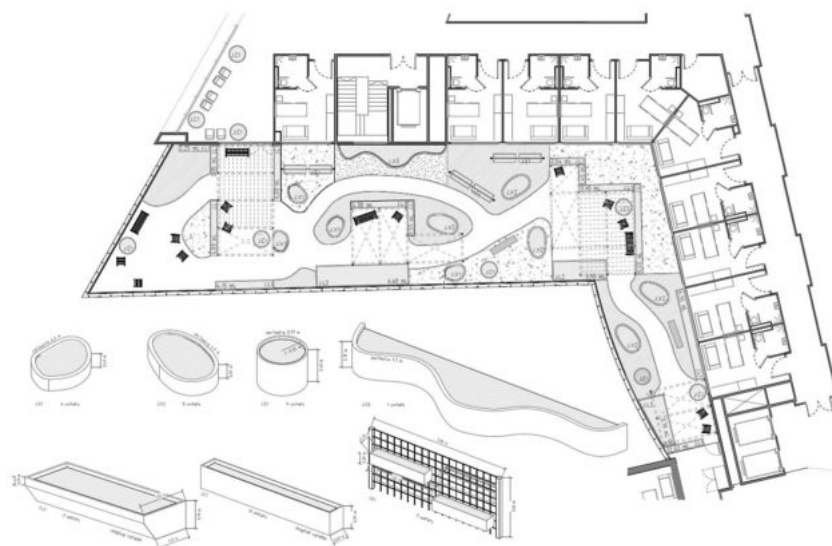
Figura 52:*Plano Arquitectónico y detalles del Jardín*

Figura 53:
Plano de Elevación Longitudinal y transversal



NOTA: Babilon.cat

Las curvas naturales del sendero crean áreas amplias ideales para actividades grupales, conciertos o para delimitar zonas cerradas y más privadas, que se pueden usar de forma individual, brindando cierto nivel de privacidad. Estos espacios permiten, según el estado de ánimo, encontrar un lugar de tranquilidad o conversar con un ser querido.

Criterios de adaptabilidad al contexto local:

A partir del análisis del proyecto, se identifican los siguientes criterios de adaptabilidad al contexto local:

- **Integración de la naturaleza como infraestructura terapéutica**
El jardín no es un elemento decorativo, sino parte del tratamiento. En el contexto local, este criterio puede adaptarse incorporando jardines terapéuticos en centros de salud, priorizando especies nativas y de bajo mantenimiento que respondan al clima local.
- **Diseño multisensorial del espacio exterior**
El uso de aromas, texturas, colores y recorridos curvos favorece la estimulación sensorial y emocional. En el contexto local, esto puede implementarse mediante vegetación regional, recorridos suaves y elementos que fomenten la interacción física con el entorno.
- **Accesibilidad universal como principio de diseño**
Jardineras elevadas y recorridos adaptados permiten el uso del

espacio por personas con movilidad reducida. Este criterio es fundamental en el contexto local, donde muchos equipamientos aún presentan barreras físicas.

- **Transición gradual entre interior y exterior**

El uso de porches y pérgolas evita cambios bruscos entre espacios cerrados y abiertos. En el contexto local, este recurso es altamente adaptable para mejorar el confort térmico frente a variaciones de sol, lluvia o calor intenso.

- **Privacidad mediante diseño paisajístico (sin muros)**

La privacidad se logra mediante vegetación y desniveles en lugar de cerramientos rígidos. En el contexto local, esto permite mejorar la sensación de bienestar sin generar espacios cerrados o restrictivos.

- **Uso del jardín como espacio social y de rehabilitación**

El jardín permite actividades individuales y grupales (terapia, descanso, socialización). Este criterio es clave para contextos locales donde los espacios de salud suelen ser rígidos y poco flexibles.

- **Aprovechamiento del clima para actividades al aire libre**

El diseño está pensado para ser usado en distintas estaciones. En el contexto local, con clima mayormente templado-cálido, este principio es altamente aplicable para ampliar el uso terapéutico del exterior durante todo el año.

- **Vegetación funcional y terapéutica**

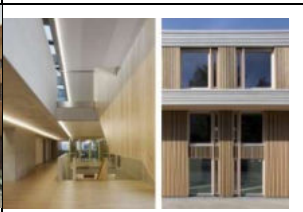
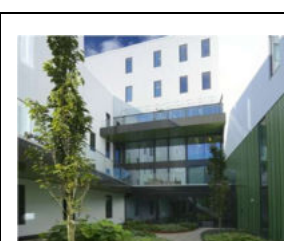
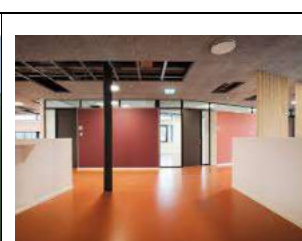
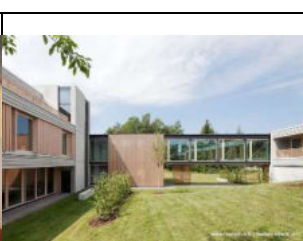
Se utilizan plantas aromáticas, medicinales y ornamentales con función sensorial. En el contexto local, este enfoque puede adaptarse con flora regional, reduciendo costos de mantenimiento y fortaleciendo la identidad paisajística.

Aplicación al contexto local:

Este referente es especialmente transferible al contexto local porque trabaja a escala humana y de bajo costo relativo, centrado en la naturaleza como herramienta terapéutica. Su principal aporte es demostrar que incluso espacios reducidos pueden convertirse en entornos de sanación mediante diseño paisajístico, accesibilidad y experiencia sensorial.

Análisis de Lineamientos de la Arquitectura y la Recreación Terapéutica de Estudio de Casos

LINEAMIENTOS DE LA ARQUITECTURA Y LA RECREACION TERAPEUTICA		PROYECTOS		
		“HOSPITAL PSIQUIATRICO KRONSTAD” Origo Arkitektgruppe (Noruega)	“HOSPITAL PSIQUIATRICO VEJLE” Arkitema Architects (Dinamarca)	“CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN” Huber Staudt Architekten (Alemania)
RECREACION TERAPEUTICA	JARDINES TERAPEUTICOS	 El proyecto prioriza jardines activos, usando tres grandes atrios y varios jardines que estimulan la interacción social y espacios para la contemplación.	 El proyecto incorpora múltiples jardines activos y pasivos de fácil acceso, lo que sugiere un uso cotidiano, recreativo y terapéutico.	 El edificio encierra un patio verde de grandes dimensiones, lo cual funciona como jardín pasivo (contemplación, naturaleza, vistas) además de jardines activos de rehabilitación destinadas a ejercicios físicos.
	ESPACIOS ABIERTOS - LUZ NATURAL E ILUMINACIÓN ADECUADA	 El proyecto prioriza la luz natural a través de los atrios, esto también refuerza la idea de apertura y transparencia hacia el entorno.	 El diseño considera ingreso amplio de luz en todo el edificio, se emplean paneles de vidrio, patios interiores y techos retirados para maximizar la luz natural.	 El edificio prioriza la luz natural como parte de la estrategia terapéutica, mediante el atrio central.
	COLOR	 La fachada emplea colores blancos, lo cual “expresa estabilidad y seguridad” y colores verdes tenues en el ingreso lo cual transmite emociones de calma, esperanza y curación	 El proyecto incorpora cromoterapia y terapia circadiana como parte integral del enfoque terapéutico: salas de terapia de luz de color destinadas a: • Calmar la recuperación • Apoyar el sueño • Reducir la depresión • Mantener el ritmo circadiano	 Se usa el color blanco lo cual expresa estabilidad y seguridad y paneles de color madera lo cual transmite calidez, calma, y una sensación de bienestar natural, creando ambientes acogedores y tranquilos.

	ESPACIOS ABIERTOS	 El edificio incorpora espacios comunes controlados (Los atrios en el interior, los cuales actúan como espacios comunes de contemplación e interacción social) y una plaza pública al ingreso. Las fachadas transparentes facilitan una transición visual suave entre exterior e interior.	 El edificio está emplazado en una ladera cubierta de bosque y se fusiona con el paisaje. La estructura aglomerada y abierta permite que la naturaleza penetre entre unidades. El proyecto integra zonas comunes variadas: salas transparentes, áreas de reunión por unidades, jardines accesibles y espacios deportivos. 	 La transición del exterior al interior se da mediante la plaza de acceso, el cual se conecta directamente al patio central de contemplación y actividades físicas., además el edificio sigue la ladera y se integra con el paisaje generando transición topográfica y visual constante. 
	CONFORT AMBIENTAL	 El proyecto va orientado hacia la vista de la montaña Ulriken y se organiza en tres grandes patios, los cuales son importantes fuentes de iluminación y ventilación, además de valiosos espacios de recreación al aire libre.	 Las unidades de mampostería cuadrada van formándose creando espacios huecos para patios, generando aberturas internas beneficiando la iluminación y ventilación natural.	 Considera iluminación natural para las habitaciones y zonas comunes a través de grandes ventanales y tragaluces.
OTRAS CARACTERÍSTICAS	ELECCIÓN DE MATERIALES	 Los materiales que priman en el proyecto son paneles de madera y vidrios altos.	 Utiliza una combinación de materiales robustos y cálidos, como ladrillo pálido, madera sin tratar, paneles acústicos, entre otros.	 El proyecto tiene acabados cálidos: La madera y el yeso se utilizan para crear superficies que generan una sensación de calidez. Además, integra paneles con celosías.

	CIRCULACION	 La jerarquía de la circulación se organiza para ofrecer diferentes niveles de interacción y privacidad, evitando la sensación de reclusión que a menudo se asocia con los hospitales psiquiátricos tradicionales.	 El acceso principal concentra la recepción de emergencias y psiquiatría infantil, actuando como punto de bienvenida. Las salas de atención psiquiátrica están alejadas del acceso, indicio de una jerarquía clara entre zonas públicas y privadas.	 Se produce jerarquía de ingreso con la plaza de acceso. La circulación interna se da en torno al gran jardín central.
	ESCALA	 La edificación consta de 5 niveles, donde el 1er nivel posee una mayor altura.	 El proyecto tiene 1 solo nivel, pero destacan el juego de alturas en los distintos espacios.	 El proyecto consta de 2 niveles y sótano, el cual sigue la topografía del terreno.
	PROPORCIÓN	 El edificio se organiza en tres, lo que sugiere proporciones amplias y espacios que buscan apertura. La transparencia sugiere un juego de proporciones equilibradas para generar calma.	 Las unidades se alternan con naturaleza, lo que reduce la percepción de tamaño y aporta proporción humana.	 Las entradas a doble nivel y el puente con grandes luces generan el uso de proporciones amplias sin perder la percepción humana del paisaje.

Nota: Elaboración propia

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

Para la presente investigación titulada “Centro de salud mental comunitario: aplicación de la arquitectura y la recreación terapéutica en el distrito de Pocollay, 2024” se utilizará un enfoque metodológico cualitativo.

El enfoque cualitativo de investigación constituye una aproximación metodológica sistemática, crítica y empírica orientada a la comprensión integral de fenómenos en su contexto real, a partir del análisis interpretativo de significados, experiencias y percepciones. Se caracteriza por su flexibilidad, ya que las preguntas de investigación se formulan y ajustan de manera progresiva durante el desarrollo del estudio, permitiendo precisar y redefinir el problema conforme avanza la indagación. Asimismo, presenta un proceso dinámico y de carácter circular, en el que existe una interacción constante entre la observación de la realidad y su interpretación, lo que favorece la reformulación de los planteamientos y la construcción de conocimiento contextualizado. (Dr. Roberto Hernández Sampieri, 6ta Edición.)

En este marco, el enfoque se orienta a dar respuesta a la problemática identificada, apoyándose en los fundamentos teóricos previamente desarrollados, los cuales se traducen en criterios aplicados al planteamiento y desarrollo de la propuesta arquitectónica.

Figura 54:
Proceso Cualitativo.



3.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación será del tipo no experimental, basados en la observación de fenómenos en su contexto natural para su análisis y posterior propuesta de soluciones.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información obtenida mediante las siguientes técnicas e instrumentos de recolección de datos serán interpretada y sintetizadas para la formulación de criterios y lineamientos arquitectónicos aplicados en la propuesta proyectual del Centro de Salud Mental Comunitario

3.3.1 Instrumentos:

- Fotografías
- Mapas y planos satelitales
- Cuaderno de apuntes

3.3.2 Técnicas de recolección de datos

- La observación: Mediante actividades de análisis e investigación a diferentes escalas con el objetivo de identificar problemáticas y limitaciones del C.S.M.C" Valle Pocollay", así como de otros Centros de Atención en salud mental.
- La entrevista: Se aplicarán las entrevistas del tipo mixta, es decir, dirigidas o estructuradas y abiertas. Esto para recolectar recomendaciones o sugerencias específicas de especialistas del C.S.M.C y usuarios finales del C.S.M.C los cuales enriquecerán el presente estudio y Propuesta Arquitectónica.
- Fuentes Documentales: Se realizará la recopilación y revisión de información relacionada a Centros de Salud Mental Comunitarios, Arquitectura y Recreación terapéutica de documentos fisios y digitales como tesis, libros, artículos y demás fuentes disponibles, los cuales serán presentados mediante fichas resumen.
- Estudio de casos nacionales e internacionales: Se analizarán diferentes casos de la aplicación de la Arquitectura y la Recreación terapéutica en infraestructuras de atención en salud mental indagando la relación existente entre las bases teóricas y las condiciones técnicas como parte de la definición de lineamientos o premisas, los cuales se encontrarán el Ítem 4.1 Estudio se casos.

3.4 Método de análisis cualitativo de datos

- **Entrevistas:** se ha establecido como método de análisis de datos las entrevistas, estos con límites establecidos y objetivos específicos:

-Objetivos de la investigación: Los objetivos son los expresados en los capítulos de Objetivo General y Objetivos específicos de la presente investigación.

-Población Objetivo: Los participantes de las entrevistas serán dos tipos de usuarios: al equipo multidisciplinario de la salud mental del C.S.M.C “Valle Pocollay y los pacientes usuarios que son atendidos en este centro.

-Tamaño de muestra: La muestra está conformada por 30 participantes en su calidad de usuarios y personal del Equipo multidisciplinario de la salud mental del C.S.M.C.

-Tipo de preguntas: Las preguntas presentadas en la entrevista son semiestructuradas, con el objetivo de que estas permitan obtener información detallada y contextualizada sobre las percepciones, necesidades y experiencias de los usuarios, tanto como a los Equipo multidisciplinario de la salud mental; facilitando la identificación de problemáticas y aportes no previstos y aportan a la formulación de criterios de diseño arquitectónico.

-Temas y variables: Los temas y variables abordados en las entrevistas se orientan a evaluar los criterios para la incorporación de la arquitectura terapéutica, así como la relevancia de las actividades recreativas dentro de la propuesta del Centro de Salud Mental Comunitario. En este marco, la encuesta tiene como propósito sustentar la necesidad de integrar principios de arquitectura y la recreación terapéutica en el diseño del proyecto, así como evidenciar la importancia de la recreación como base para la propuesta de espacios que contribuyan al bienestar y proceso de recuperación de los usuarios.

-Duración y formato: Se estima que la entrevista es realizada con una duración de 10 y 15 minutos, en formato impreso.

-Anonimato y confidencialidad: Los participantes usuarios serán entrevistados registrando sus respuestas de forma anónima y las de Equipo multidisciplinario de la salud mental, de igual manera, solo registrando el área en el que se desempeñan.

-Proceso de selección y muestreo: Los participantes usuarios del C.S.M.C” Valle Pocollay”, serán seleccionados de forma aleatoria.

-Análisis de datos: El procesamiento de los datos obtenidos se realizará mediante el uso del software Excel como apoyo para la organización y representación descriptiva de la información obtenida

-Cronograma: La encuesta se lleva a cabo en el mes de enero del 2025.

-Recursos necesarios: Los recursos necesarios para la aplicación de la encuesta comprenden la impresión de los instrumentos, los gastos de traslado para la recolección de información, así como el uso de una computadora portátil destinada al procesamiento de datos y la elaboración de los respectivos informes.

3.4.1 Toma de muestras

Para el desarrollo de la investigación, se diseñó el instrumento de tipo entrevista, dirigidos a usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario (usuarios directos) y el equipo multidisciplinario de salud mental (usuarios indirectos y observadores del comportamiento de los usuarios en el entorno construido).

La información recolectada fue analizada principalmente mediante un enfoque cualitativo e interpretativo. Asimismo, se empleó estadística descriptiva básica como herramienta de apoyo para organizar, representar y sintetizar la información obtenida mediante gráficos y tablas, permitiendo identificar tendencias relevantes en las percepciones y valoraciones de los participantes. Complementariamente, se desarrolló un análisis interpretativo centrado en las experiencias, necesidades y apreciaciones expresadas por los usuarios y especialistas, con el fin de comprender la influencia del entorno físico en el bienestar y proceso de recuperación, así como formular criterios y lineamientos aplicados a la propuesta arquitectónica.

Entrevista:

Los resultados de las entrevistas permitieron obtener información significativa sobre sus necesidades, percepciones y preferencias en relación con los espacios terapéuticos, las actividades recreativas y otros componentes del entorno. Esta información facilitó la identificación de criterios clave para el diseño arquitectónico.

Para ello, la estructura de la entrevista se organizó en dos secciones: Dimensión Arquitectura Terapéutica y Dimensión Recreación terapéutica.

▪ DIMENSION ARQUITECTURA TERAPEUTICA:

Para la evaluación de la dimensión de Arquitectura Terapéutica, se presentaron una serie de preguntas orientadas a conocer la percepción de los encuestados respecto a los criterios arquitectónicos aplicados en el proyecto. Cada pregunta contó con tres opciones de respuesta: “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni

en desacuerdo” y “De acuerdo”, permitiendo identificar el nivel de aceptación y conformidad de los participantes frente a cada indicador evaluado.

1. **Confort físico y térmico:** ¿Considero que la temperatura, la humedad y la ventilación dentro de los ambientes de consulta o terapia son fundamentales para el confort físico?
2. **Diseño flexible y adaptable:** ¿Considero que los espacios terapéuticos deben ser flexibles para adaptarse a las diversas necesidades de los usuarios y tener buen diseño ergonómico?
3. **Luz Natural e iluminación adecuada:** ¿Considero que el diseño deberá maximizar la entrada de luz natural y la conexión con el entorno natural, especialmente en espacios donde los usuarios pasan mucho tiempo?
4. **Acústica:** ¿Considero que los ambientes terapéuticos deben tener un buen ambiente acústico?
5. **Espacios abiertos:** ¿Considero que se debe destacar la relevancia de la naturaleza y la exposición al aire libre, mientras que en los entornos construidos deberán plantearse la utilización de patios centrales rodeados de corredores con vistas hacia el exterior, en los que se integran vegetación y áreas verdes?
6. **Ubicación:** ¿Considero que es preferible la que una infraestructura de salud mental sea una edificación de baja altura y que este ubicada en áreas suburbanas y rodeada de vegetación aprovechable?
7. **Psicología del Color:** ¿Considero que la psicología del color, combinada con principios de diseño ambiental, contribuyen en crear espacios que reducen el estrés, promueven la relajación, estimulan la interacción e incluso favorecen procesos de curación?
8. **Sonidos y diseño biofílico:** ¿Considero que la integración de vegetación, luz natural, madera, materiales naturales y sonidos naturales como corrientes de agua o sonidos suaves del viento o la fauna puede inducir una sensación de calma y bienestar, ayudando a reducir el estrés?

Figura 55. Porcentaje obtenido en encuesta

El 100 % de los encuestados estuvo de acuerdo con el indicador evaluado.

Interpretación:

Los resultados obtenidos en la dimensión “Arquitectura Terapéutica” evidencian una aceptación total por parte de los encuestados, debido a que el 100 % estuvo de acuerdo en cada uno de los indicadores evaluados. Estos resultados reflejan que aspectos como el confort físico, la ventilación, iluminación, relación con el entorno, privacidad y condiciones espaciales son considerados elementos fundamentales dentro de los ambientes terapéuticos, contribuyendo al bienestar y recuperación de los usuarios. En ese sentido, se reafirma la importancia de incorporar criterios de arquitectura terapéutica en el diseño de establecimientos orientados a la atención en salud mental.

▪ **DIMENSION RECREACION TERAPEUTICA:**

Para la evaluación de la dimensión de Recreación Terapéutica, se plantearon una serie de preguntas abiertas orientadas a conocer la percepción y opinión de los encuestados respecto a las actividades, espacios y estrategias recreativas consideradas dentro del proyecto. Las respuestas obtenidas permitieron identificar la importancia de la recreación terapéutica como complemento en el bienestar y recuperación de los usuarios.

- 1. ¿Cuáles son las actividades de recreación (Terapia Ocupacional, Activación física, ejercicios de recreación, entre otros) que se usan como terapia dentro de los programas de intervención en salud mental dentro de los CSMC?**

Figura 56. Actividades que se realizan como terapia



Interpretación:

Los resultados obtenidos evidencian que el 80% del equipo multidisciplinario utiliza las actividades de recreación como terapia, mientras tanto el 20 % restante no lo utilizan debido a que no se cuenta con el espacio adecuado para realizarlo. El 50% que realiza Terapia ocupacional son talleres de Repostería y manualidades; mientras que el 30% que realiza actividades físicas alquilan alguna losa deportiva donde organizan partidos de fútbol y vóley.

2. ¿Qué actividades de recreación (Terapia Ocupacional, Activación física, ejercicios de recreación, entre otros) considera que es conveniente implementar a los programas de intervenciones psicológicas en el CSMC “Valle Pocollay”?

Figura 57. Actividades que se recomienda implementar



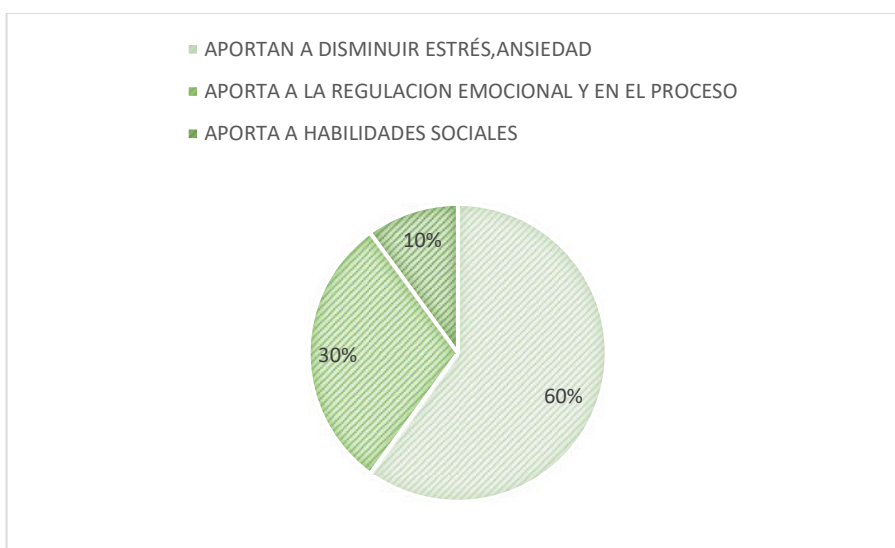
Interpretación:

Los resultados obtenidos evidencian que el 50% recomienda implementar talleres de arte, juegos grupales artísticos o juegos de mesa como parte de los programas de intervenciones Psicológicas. Un 40% recomienda actividades deportivas, mientras que un 10% actividades pasivas como paseos al aire libre.

Ítem: Enfoque Mente- Cuerpo

- 3. ¿Considera que los enfoques Mente- cuerpo como los ejercicios de relajación y conciencia sensorial son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?**

Figura 58.Opinión sobre enfoques mente-cuerpo

**Interpretación:**

Los resultados obtenidos evidencian que el 100% está de acuerdo en que los enfoques mente-cuerpo aportan a las intervenciones en salud mental. Donde un 50% opina que estos ayudan a la disminución de problemas de salud mental como ansiedad o el estrés, mientras que un 30%, aporta mas en el proceso de recuperación y la regulación emocional, y un 10% opina que es mas un aporte para el desarrollo de habilidades sociales.

Ítem: Enfoques no Verbales

- 4. ¿Considera que los enfoques No verbales como la visualización guiada, la horticultura y el uso de animales para la terapia son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?**

Figura 59. Opinión sobre Enfoques No verbales



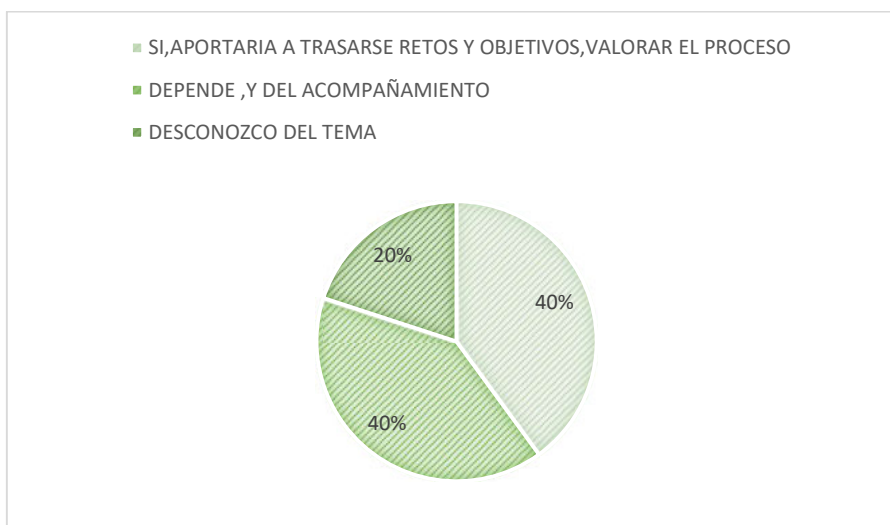
Interpretación:

Los resultados expuestos en la Figura 59 demuestran una aceptación unánime respecto a la incorporación de enfoques no verbales (como visualización guiada, horticultura y terapia asistida con animales) en el CSMC. Se observa que el 50% de los participantes afirma que estas técnicas reforzarían significativamente las intervenciones actuales. Asimismo, un 40% destaca su valor como una estrategia clave para mejorar la llegada y el vínculo con el usuario, mientras que el 10% restante coincide en su importancia, siempre y cuando se logre implementarlos de forma ordenada dentro de los protocolos de salud mental.

Ítem: Terapia de aventura

- 5. ¿Considera que la Terapia de aventura (donde las personas enfrentan retos progresivos para fomentar el crecimiento personal) son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?**

Figura 60. Opinión sobre terapia de Aventura



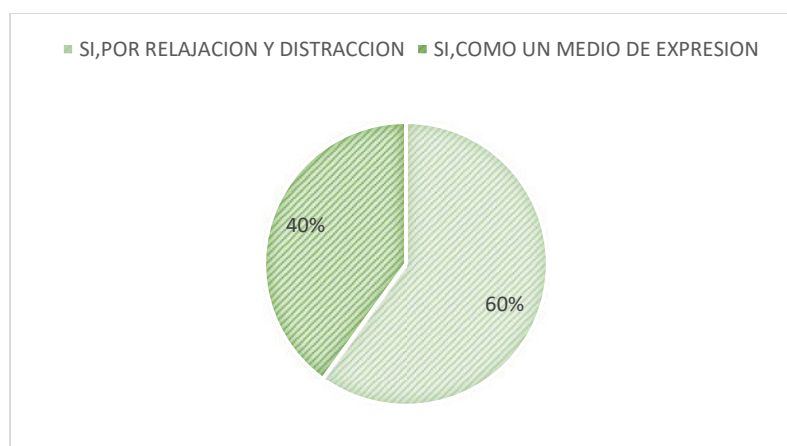
Interpretación:

En cuanto a la Terapia de aventura y su aporte a las intervenciones en el CSMC, los resultados muestran una opinión dividida. Un 40% de los encuestados manifiesta estar de acuerdo, señalando que esta técnica aportaría a trazarse retos y objetivos, permitiendo valorar el proceso de crecimiento personal. No obstante, otro 40% indica que su efectividad depende directamente del tipo de acompañamiento brindado durante la actividad. Finalmente, un 20% de los participantes refiere que desconoce del tema, lo que sugiere la necesidad de mayor difusión sobre esta modalidad terapéutica.

Ítem: Modalidades de artes creativas

6. ¿Considera que las actividades de artes creativas como la música, artes plásticas o el sociodrama son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Figura 61. Opinión sobre Artes creativas



Interpretación:

Respecto a la utilidad de las modalidades de artes creativas (música, artes plásticas o sociodrama), los resultados reflejados en la Figura 61 indican una aceptación total por parte de los encuestados. La mayoría, correspondiente al 60%, considera que estas técnicas aportan positivamente al servir como un medio de relajación y distracción para los usuarios. Por su parte, el 40% restante afirma que su valor principal radica en funcionar como un medio de expresión, facilitando así la comunicación de emociones y sentimientos dentro de las intervenciones de salud mental del CSMC.

Ítem: Deportes Recreativos

7. ¿Considera que los deportes recreativos(adaptados)son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Figura 62.Opinión sobre deportes recreativos



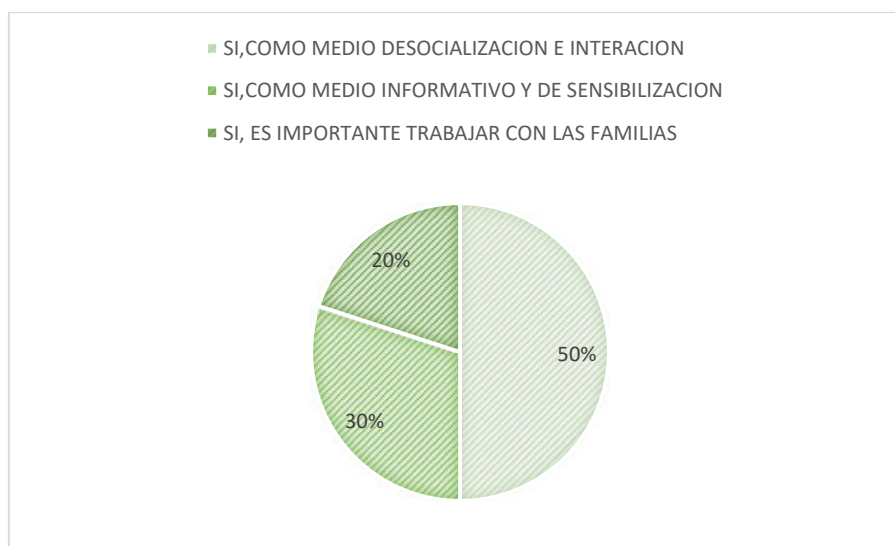
Interpretación:

De acuerdo con los datos presentados en la Figura 62, existe una percepción mayoritariamente positiva sobre el uso de deportes recreativos adaptados en el ámbito de la salud mental. El 60% de los consultados afirma que estas técnicas son beneficiosas al actuar como una herramienta de distracción y desestres para el usuario. Asimismo, un 30% resalta su valor como un medio de interacción social, favoreciendo el sentido de comunidad. Por último, un 10% manifiesta una postura neutral, indicando que el aporte de esta actividad depende del enfoque con el que se aplique en las intervenciones del CSMC.

Ítem: Rituales

8. ¿Considera que la celebración de eventos importantes a nivel personal, familiar y social en el CSMC aporta a mejorar la atención en salud mental y el enfoque “comunitario” de esta infraestructura? ¿De qué manera?

Figura 63. Opinión sobre celebración de eventos importantes (rituales)

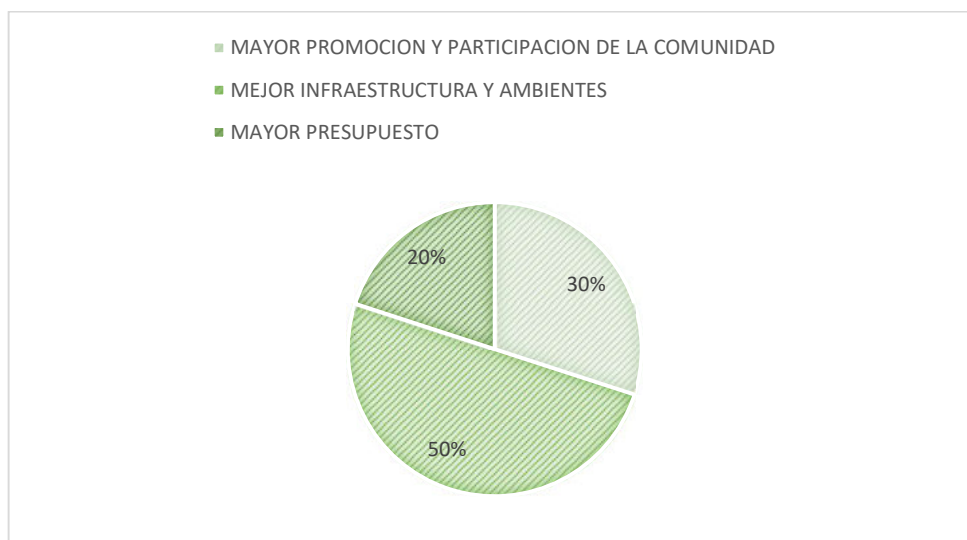


Interpretación:

En relación a la celebración de eventos importantes (rituales) y su aporte al enfoque comunitario del CSMC, los resultados muestran una opinión favorable distribuida en tres ejes principales. El **50%** de los participantes considera que estas actividades funcionan de manera efectiva como un **medio de socialización e interacción** entre los involucrados. Por otro lado, un **30%** sostiene que la importancia de estas celebraciones radica en que es fundamental **trabajar con las familias** para fortalecer el proceso terapéutico. Finalmente, el **20%** restante afirma que estos eventos sirven como un **medio informativo y de sensibilización** para la comunidad.

9. ¿Al ser los C.S.M. C de enfoque “comunitario”, como considera Ud. que el CSMC “Valle Pocollay” podría cumplir de mejor manera esta función o lograr mayor participación en la comunidad?

Figura 64. Opinión sobre mejor enfoque comunitario



Interpretación:

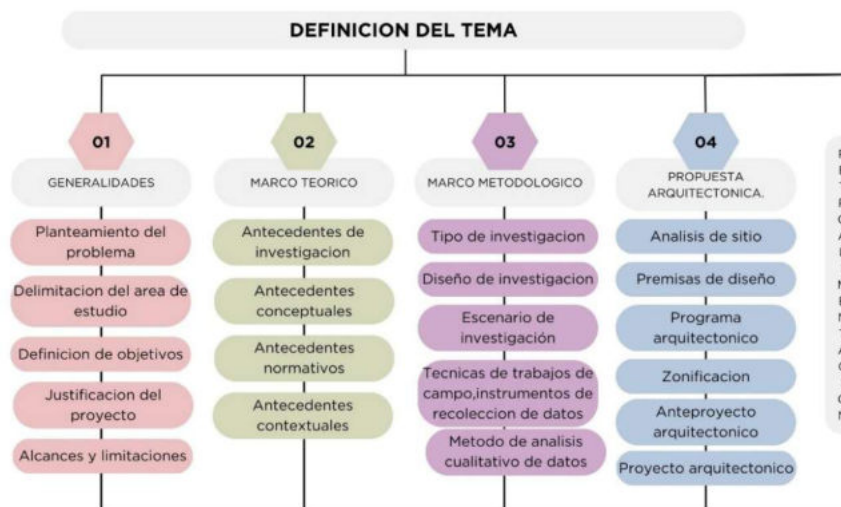
En relación a cómo el CSMC “Valle Pocollay” podría optimizar su enfoque comunitario y lograr una mayor participación, los resultados revelan diversas necesidades de mejora. El 50% de los encuestados considera que el factor determinante es contar con una mejor infraestructura y ambientes que faciliten el desarrollo de las actividades. Por su parte, un 30% sostiene que se requiere de una mayor promoción y participación de la comunidad para fortalecer el vínculo institucional. Finalmente, el 20% restante indica que la clave para cumplir mejor esta función radica en la asignación de un mayor presupuesto para el centro.

3.5 Esquema metodológico

La presente investigación se desarrolló conforme al esquema metodológico planteado, el cual orienta el abordaje de los temas a desarrollar.

Figura 65

Esquema metodológico



Fuente. Elaboración propia, 2024

CAPITULO IV. PROPUESTA ARQUITECTONICA

4.1 PROGRAMACION ARQUITECTONICA

La programación arquitectónica fue complementada incorporando el sustento normativo correspondiente del Ministerio de Salud (MINSA), precisando criterios técnicos, requerimientos funcionales y especificaciones aplicables a los ambientes terapéuticos y asistenciales planteados en la propuesta arquitectónica. Asimismo, se ampliaron las referencias normativas relacionadas con establecimientos de salud mental y espacios de rehabilitación terapéutica, a fin de garantizar coherencia funcional y cumplimiento de los lineamientos vigentes. Del mismo modo, el mobiliario y equipamiento considerados en la programación fueron establecidos de acuerdo con la NTS N.° 138-MINSA/DGIESP y el anexo correspondiente aplicable a este tipo de establecimiento de salud.

El proyecto comprende las siguientes zonas, de acuerdo a su organización jerárquica y funcional:

PROGRAMACION ARQUITECTONICA-CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO										
ITEM	AMBIENTE	EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO SANTARIO SEGÚN NTS	ERGONOMETRIA/ ANTROPOMETRIA	CANT.	USUARIO	NECESIDAD	SUSTENTO NORMATIVO	ÁREA M2 Según NTS	ÁREA PROPUESTA (M2)	SUB TOTAL ÁREA (m2)
UPSS CONSULTA EXTERNA										
CONSULTORIOS CON PROYECTO										
1	Consultorio de atención individual niños y adolescentes - 01	escritorio, silla giratoria, 02 sillas, 01 piso de goma, sillones modulares, mesita de trabajo		1	Niños, niñas y adolescentes	Brindar atención psicológica o psiquiátrica	De acuerdo a la NTS N° 135-MINSA/DGIESP solo indica mobiliario. Por otro lado, la NTS N° 113-MINSA/DGIEIEM menciona a consultorio de Psicología (15 m2) y consultorio de Medicina familiar (13.50m2).	15.00	17.00	1257.00
2	Consultorio de atención individual niños y adolescentes - 02	escritorio, silla giratoria, 02 sillas, 01 piso de goma, sillones modulares, mesita de trabajo		1	Niños, niñas y adolescentes	Brindar atención psicológica o psiquiátrica		15.00	17.00	
3	Consultorio de atención individual adultos y adultos mayores - 01	escritorio, silla giratoria, 04 sillones modulares		1	Adultos y adultos mayores	Brindar atención psicológica o psiquiátrica		15.00	17.00	
4	Consultorio de atención individual adultos y adultos mayores - 02	escritorio, silla giratoria, 04 sillones modulares		1	Adultos y adultos mayores	Brindar atención psicológica o psiquiátrica		15.00	17.00	
5	Consultorio de atención individual adultos y adultos mayores - 03	escritorio, silla giratoria, 04 sillones modulares		1	Adultos y adultos mayores	Brindar atención psicológica o psiquiátrica		15.00	17.00	
6	Consultorio de atención individual adultos y adultos mayores - 04	escritorio, silla giratoria, 04 sillones modulares		1	Adultos y adultos mayores	Brindar atención psicológica o psiquiátrica		15.00	17.00	
7	Consultorio de servicio social	escritorio, silla giratoria, sillas		1	Pacientes en general	Brindar atención psicosocial a usuarios y familias en situación de vulnerabilidad	-	13.50	17.00	
8	Sala de Acogida y valoración inicial (adultos y adultos mayores)	escritorio, silla giratoria, 02 sillas		1	Adultos y adultos mayores	Brindar el primer contacto con el usuario, evaluación rápida	NTS N° 135-MINSA/DGIESP solo indica mobiliario	13.50	17.00	
9	Sala de Acogida y valoración inicial (niños y adolescentes)	escritorio, silla giratoria, 02 sillas		1	Niños, niñas y adolescentes	Brindar el primer contacto con el usuario, evaluación rápida		13.50	17.00	
10	Sala de Terapia de lenguaje - niños y niñas	escritorio, mesita de trabajo, armario		1	Niños, niñas y adolescentes	Evaluar y tratar trastornos del lenguaje y comunicación	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	13.50	17.00	
11	Sala de Terapia de lenguaje - adolescente, adulto y adultos mayores	escritorio, mesita de trabajo, 02 sillas de niños, armario		1	Adolescentes, adultos y adultos mayores	Evaluar y tratar trastornos del lenguaje y comunicación	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	13.50	17.00	
12	Consultorio de atención individual adicciones	escritorio, silla giratoria, 04 sillones modulares		1	Personas con trastornos por consumo de sustancias	Brindar sesiones de atención personalizada	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	15.00	17.00	
13	Teleconsultorio	escritorio, silla giratoria, mesa de trabajo, sillas, proyector		1	Pacientes en general	Atención psicológica o psiquiátrica a distancia	NTS N° 113-MINSA/DGIEIEM	15.00	17.00	
AMBIENTES DE REHABILITACIÓN										
14	Sala de taller de rehabilitación psicosocial - niños y niñas + depósito	10 juguetes de intervención terapéutica, juego de muebles, casa de juegos, mesita de trabajo, armario		1	Niños, niñas y adolescentes	Desarrollar talleres de rehabilitación y/o terapia grupales	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	13.50	25.00	1257.00
15	Sala de taller de rehabilitación psicosocial - adolescente, adulto y adultos mayores	mesa rectangular, juego de muebles, escritorio, silla giratoria, cojinetes, pelotas, armario, pizarra		1	Adolescentes, adultos y adultos mayores	Desarrollar talleres de rehabilitación y/o terapia grupales	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	13.50	25.00	
16	Sala de trabajo en grupo (Adolescentes, adultos y adultos mayores)	sillas apilables, pizarra, espejo, juego de muebles		1	Adolescentes, adultos y adultos mayores	Desarrollar talleres de rehabilitación y/o terapia grupales	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	13.50	40.00	
17	Sala de trabajo ocupacional	mesas de trabajo, sillas, pizarra, proyector		1	Adolescentes, adultos y adultos mayores	Desarrollar talleres de terapia grupales	NTS N° 135-MINSA/DGIESP	13.50	25.00	
18	Sala de trabajo colectivo multipropósito (cocineta + depósito + cuarto de control)	mesa modular, sillas apilables, pizarra, lavatorio, refrigeradora, cocina, microondas, menaje		1	Pacientes y público en general	Desarrollar talleres de rehabilitación y/o terapia grupales	NTS N° 135-MINSA/DGIESP solo indica mobiliario	13.50	50.00	
19	Terapia recreativa: Lota multusos Incl. Ss.hh y vestidores	accesorios deportivos, inodoros, lavamanos, cambiadores		1	Pacientes y público en general	Desarrollar talleres de rehabilitación física y terapia recreativa	REFERENTE	-	175.00	
ADMISIÓN										
19	Hall Público-Sala de Espera	sillas personales		1	Pacientes y público en general	Esperar	NTS N° 113-MINSA/DGIEIEM	30.00	80.00	1257.00
	Informes	escritorio, sillas		1	Pacientes y público en general	Brindar orientación inicial	NTS N° 113-MINSA/DGIEIEM	6.00	15.00	

000000 0000

UPSS PATOLOGIA CLINICA

AMBIENTES PRESTACIONALES										
PRESTACIONAL										
1	Toma de muestras biológicas	vitrina de acero inoxidable, mesa de acero inoxidable, silla especial		1	Personal medico	recoger de muestras (sangre, orina, heces, etc.) necesarias para los análisis diagnósticos.	NTS N°113-MINSA/DG/EM	5.00	6.00	
2	Laboratorio de Hematología, Bioquímica y Microbiología (observación)	refrigeradora de laboratorio, silla giratoria rotatable, cabina de flujo laminar vertical, esterilizador con generador eléctrico, incubadora para cultivo, vitrina de acero inoxidable		1	Personal medico	realizar los análisis clínicos que contribuyen al diagnóstico, pronóstico y seguimiento de enfermedades	NTS N°113-MINSA/DG/EM	10.00	10.00	
AMBIENTES COMPLEMENTARIOS										
ZUBONA PÚBLICA										
3	Recepción de muestras y entrega de resultados	escritorio, silla giratoria, estante		1	Personal medico	receptionar muestras, entregar resultados	NTS N°113-MINSA/DG/EM	9.00	9.15	
ZUBONA PROCEDIMIENTOS ANALÍTICOS										
4	Registro de Laboratorio clínico + Depósito	escritorio, silla giratoria, estantería		1	Personal medico	registrar	NTS N°113-MINSA/DG/EM	15.00	15.15	
5	Lavado y desinfección	lavadero grifería cuello de ganso		1	Personal medico	realizar limpieza y desinfección de instrumentos	NTS N°113-MINSA/DG/EM	8.00	8.00	
6	Servicios higiénicos y vestidor para personal	inodoro, lavamanos, accesorios		1	Personal medico	necesidades fisiológicas, cambiarse	NTS N°113-MINSA/DG/EM	4.50	4.56	
7	Almacén de insumos	estantería		1	Personal medico	almacenar insumos	NTS N°113-MINSA/DG/EM	3.00	3.00	
ZUBONA DE APOYO CLÍNICO										
8	Cuarto de Limpieza	lavadero 02 pozas, repisa		1	Personal medico	Guardar materiales, utensilios y equipos necesarios para las labores de aseo y limpieza	NTS N°113-MINSA/DG/EM	4.00	4.00	
9	Cuarto tecnico: Sistema de Extracción y Ventilación	Unidad de tratamiento de aire(UTA)		1	Personal encargado	almacenar la unidad de tratamiento de aire	REFERENTE	4.00	6.30	
SUB TOTAL ÁREA ÚTIL								-	66.19	
CIRCULACIÓN Y MUROS % DEL ÁREA ÚTIL								30%	19.86	
TOTAL DE ÁREA EN UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA								-	86.05	
DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN										
AMBIENTES PRESTACIONALES										
ÁREA ROJA										
1	Descontaminación y lavado	lavador desinfectar, bidesplador de agua, lavador ultrasonico de instrumental quirurgico		1	Personal medico	realizar limpieza y desinfección de instrumentos, ropa, etc	NTS N°113-MINSA/DG/EM	8.50	8.50	
ÁREA AZUL Y ÁREA VERDE										
2	Preparación y empaque	estantería de acero inoxidable, mesa de uso multiple, silla metálica giratoria		1	Personal medico	preparar y empaquetar para esterilización	NTS N°113-MINSA/DG/EM	6.00	17.00	
	Esterilización	esterilizador con generador eléctrico de vapor 50 lbs.		1	Personal medico	esterilizar instrumentos, ropa, etc	NTS N°113-MINSA/DG/EM	6.50		
	Almacenamiento de material esterilizado	estantería de acero inoxidable		1	Personal medico	almacenar material esterilizado	NTS N°113-MINSA/DG/EM	6.00		
AMBIENTES COMPLEMENTARIOS										
3	Vestidor y servicio higiénico Personal	inodoro, lavamanos, urinario, accesorios		1	Personal medico	necesidades fisiológicas, cambiarse	NTS N°113-MINSA/DG/EM	6.50	6.50	
4	Almacenamiento Intermedio de residuos sólidos	bachos, contenedores		1	Personal medico	almacenar temporalmente residuos	NTS N°113-MINSA/DG/EM	4.00	4.00	
SUB TOTAL ÁREA ÚTIL								-	36.00	
CIRCULACIÓN Y MUROS % DEL ÁREA ÚTIL								30%	10.80	
TOTAL DE ÁREA EN DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN								-	46.80	
UPS ADMINISTRACIÓN										
DIRECCIÓN										
1	Sala de espera	Sillas		1	Personal Administrativo	Esperar	NTS N°113-MINSA/DG/EM	15.00	60.00	
2	Jefatura + 1/2 S.H. + depósito	escritorio, silla giratoria, sillas, estantes, inodor, lavamanos y accesorios		1	Personal Administrativo	gestión Administrativa, controlar	NTS N°113-MINSA/DG/EM	15.00	16.00	

4.2 ANALISIS DE SITIO Y USUARIO

4.2.1 Análisis físico ambientales

a) Ubicación del terreno:

Figura 66:

Ubicación del terreno:



Departamento: **Tacna**

Provincia : **Tacna**

Distrito : **Pocollay**

Figura 67

Vista de terreno



El terreno está ubicado en el Pago Capanique Lote 02, distrito de Pocollay, provincia y departamento de Tacna. La zonificación del terreno es de Residencial de Densidad Alta-R6 Según el PDU 2015-2025.

Área : **5,111.80 m2 (0.5112 Ha)**

Perímetro : **295.15 ml.**

Colindantes:

-Por el frente: Colinda con la Calle Las Buganvillas, en línea quebrada de cinco tramos de 2.91 ml, 16.34 ml, 33.83 ml, 5.79 ml, 8.26 ml.

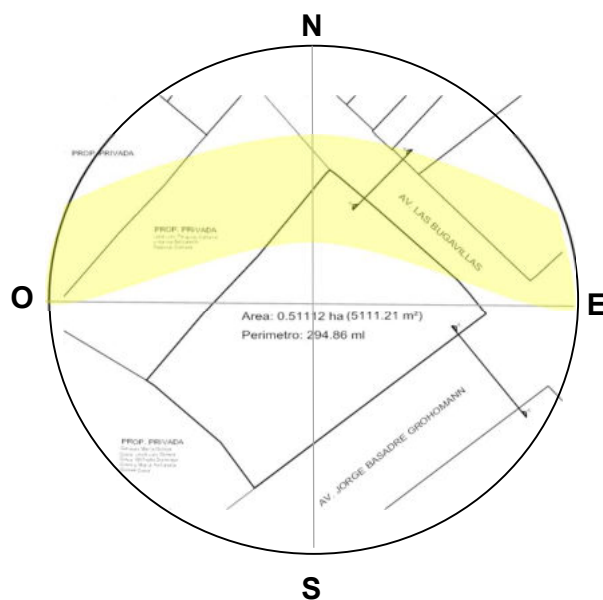
-Por la derecha: Colinda con la propiedad de José Luis Palacios Cohaila y Karina Betsabeth Palacios Cohaila en línea quebrada de cuatro tramos de 28.97 ml, 23.95 ml, 33.21 ml y 2.11 ml.

-Por la izquierda: Colinda con la Avenida Jorge Basadre Grohmann en línea recta de un tramo de 91.29 ml.

-Por el fondo: Colinda con propiedad de Carmen María Ochoa Cova, José Luis Ochoa Cova, Wilfredo Domingo Cova y María Fortunata Ochoa Cova, en línea quebrada de tres tramos de 3.19 ml, 27.50 ml y 17.80 ml.

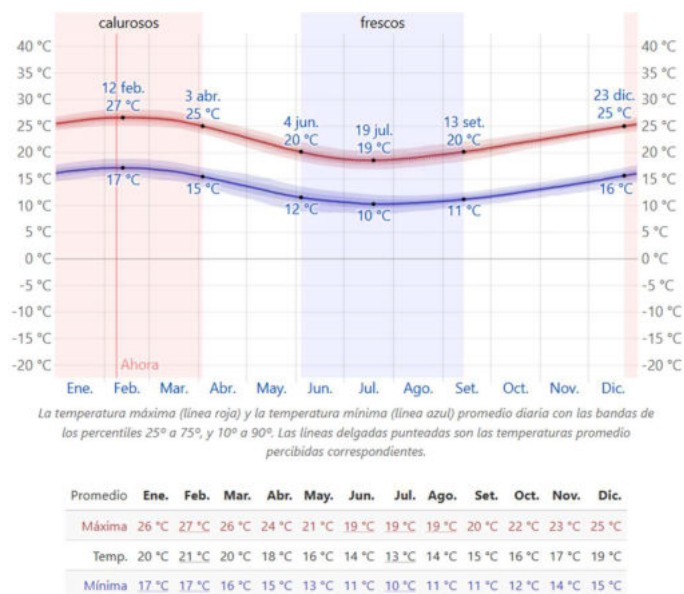
b) Asoleamiento:

Figura 68
Esquema de Asoleamiento



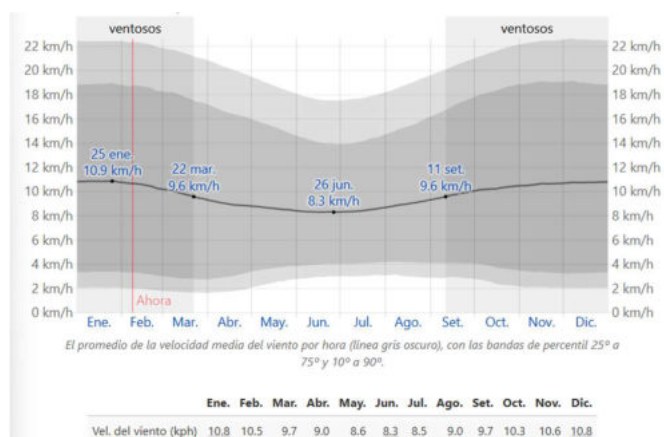
Pocollay por su ubicación geográfica dentro de la Zona climática Subtropical presenta características propias de un clima templado- cálido.

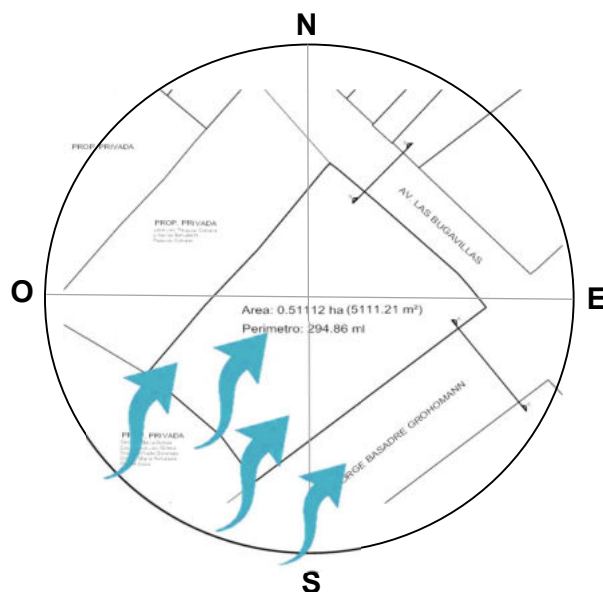
Temperatura y sol: En Pocollay los veranos son calurosos y áridos mientras los inviernos son frescos y secos. Las temperaturas máximas promedio son de 27°C en verano(febrero) y temperaturas mínimas de 10°C en invierno (Julio). Sin embargo, actualmente se alcanzan temperaturas más altas, tal como lo refleja el Boletín Hidroclimático Dirección Zonal 7(Tacna y Moquegua) en el Monitorio y Pronostico del clima-enero 2025, donde señala que se han alcanzado temperaturas máximas absolutas en la zona costera de Tacna de hasta 31.6 °C.

Figura 69**Temperatura máxima y mínima promedio en Pocollay***Nota: Pagina Web de Weather Spark***c) Ventilación, humedad y precipitación pluvial:**

Vientos: Según la estación Tacna- Corpac, los vientos predominantes son del Sur en verano y del Suroeste en el resto de estaciones, con una velocidad máxima promedio de 10 m/s.

La etapa mas ventosa se da de septiembre a marzo, mientras que el más calmado es en junio, como se observa en la figura.

Figura 70**Velocidad promedio del viento en Pocollay***Nota: Pagina Web de Weather Spark***Figura 71****Esquema de Ventilación**



Humedad: La humedad relativa histórica en Pocollay es del 75%, presentando una máxima promedio del 86% en Julio y una mínima promedio de 64.2% en febrero según la estación Calana.

Precipitación pluvial: Las precipitaciones pluviales son mínimas e irregulares. La precipitación promedio histórica de 3,39 mm; en los meses de junio a agosto varía entre 1.1 y 1.7 mm.

d) Vegetación:

El terreno actualmente es de uso agrícola.

La producción del distrito de Pocollay está orientado a la producción de hortalizas para el mercado de Tacna. Tales como ajos, apio, arveja, betarraga, brocoli, coliflor, repollo, espinaca, habas, lechuga, nabo, papa, poro, rabanito, rocoto, tomate y zapallo. Además de la producción de alfalfa, maíz challa y frutales como damasco, higuera, manzana, melocotón, palta, pera y vid.

Figura 72
Producción de hortalizas en Pocollay



En el terreno existen dichos cultivos, además de vegetación entre árboles, arbustos y hierbas.

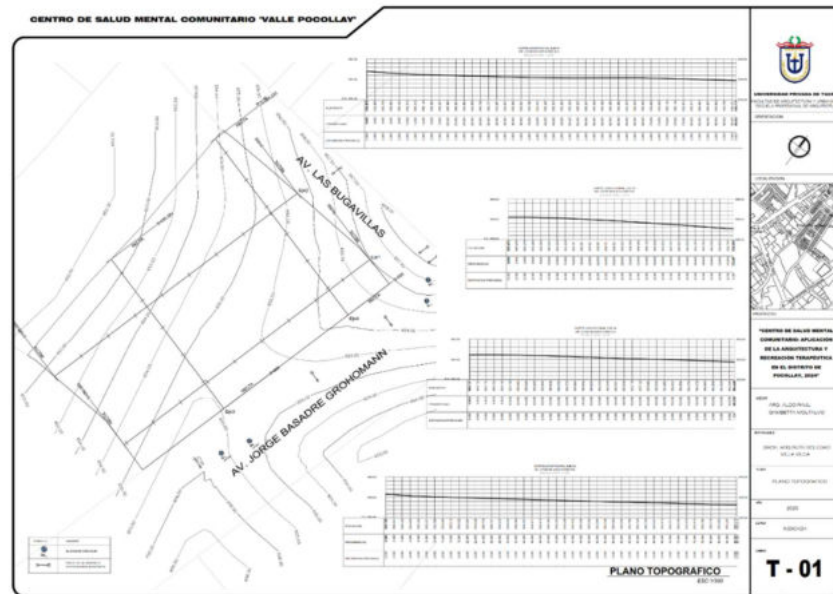
Figura 73
Vista Aérea de terreno



e) Topografía:

El terreno presenta una inclinación suave, con pendiente máxima no mayor al 3.5%. Esta condición topográfica no supone una limitación importante para el diseño arquitectónico propuesto.

Figura 74
 Plano topográfico



f) Acústica:

El terreno al estar ubicado en una avenida principal, a ciertas horas del día circulan por esta avenida vehículos mayores los cuales producen ruidos, considerar elementos que los reduzcan estos y mejoren la acústica dentro de la infraestructura.

4.2.2 Análisis Urbano territoriales

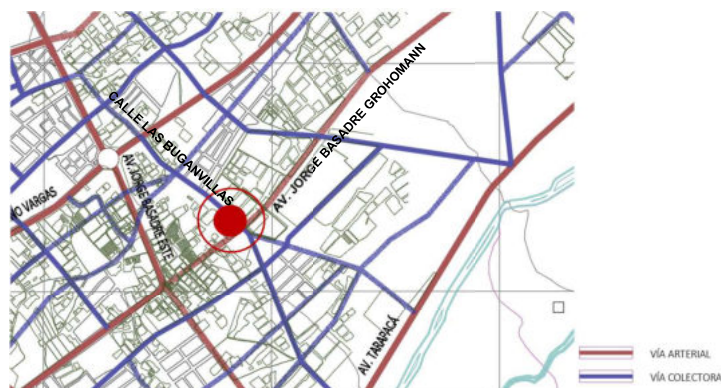
a) Acceso y viabilidad:

La Avenida Jorge Basadre Grohmann es una vía arterial, estas son vías urbanas que conectan los principales sectores de una ciudad. Son vías de mayor jerarquía que permiten el tránsito vehicular con fluidez.

La calle Las buganvillas es una vía colectora, estas están conectadas con las vías locales y su función es conectar el tránsito de estas con las vías arteriales.

Figura 75

Viabilidad



Figura

Sección vial Av. Jorge Basadre Grohmann

Figura 78:
Uso de suelo



ZONIFICACION RESIDENCIAL										
USO DEL SUELO	TIPOLOGÍA DE EDIFICACIÓN	DENSIDAD	LOTE MÍNIMO	FRENTE MÍNIMO	Altura de Edificación (3m x nivel)	Coefficiente de Edificación	Área Edificada	Área Libre	Estacionamiento	USO COMPATIBLE
		Hab/Ha	m ²	m	m	m	m ²	%	Un	
ZONA RESIDENCIAL DE DENSIDAD ALTA - RDA	R6 Multifamiliar	2250	600	15	1.5 (a+)	6.00	3600	30%	1x(30pts)	R6, R8, IIR, CS, OU
	Conjunto Residencial		450	0	1.5 (a+)	4.50	2025	30%	1x(30pts)	

c) Altura de edificación:

Las alturas predominantes del sector son de (01) piso/nivel y de (02) pisos/niveles.

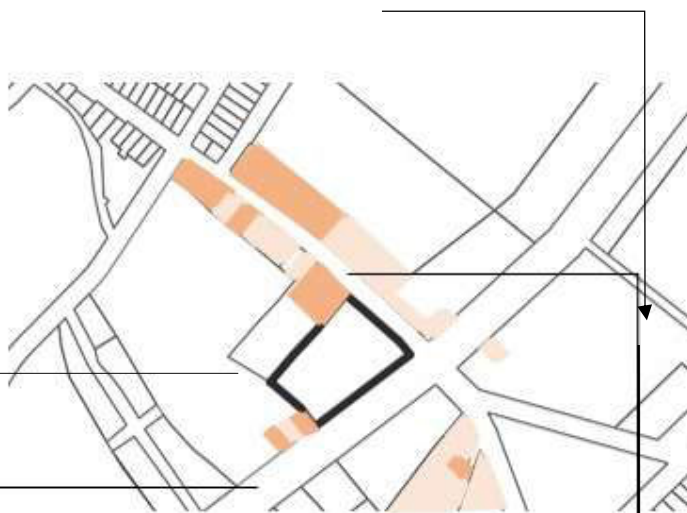


Figura 79

Altura de edificación Calle Las Baganvillas



Figura 80

Altura de Edificación Av. Jorge Basadre Grohmann



4.2.3 Análisis Tecnológico constructivos

a) *Materiales de construcción:*

Como se observa en las figuras, los materiales de construcción del sector son los tradicionales como el adobe y madera, así como más modernos como ladrillos, bloquetas, vidrio, entre otros.

Mientras que los acabados en el sector son en pintura de colores naranjas, verdes y cremas; así mismo cerámicas como revestimiento, tejas en cubiertas, madera en marcos de vanos y en menor porcentaje metales.

Figura 81

Materiales de construcción del sector



Figura 82

Materiales de construcción del sector



Figura 83
Acabados del sector



4.2.4 ANALISIS DE USUARIO:

Este centro especializado brinda atención a Poblaciones Específicas, brindando servicios especializados para diferentes grupos etarios y necesidades, incluyendo:

- Atención a Niños y Adolescentes: Servicios dirigidos a la población infantil y juvenil.
- Atención a Adultos y Adultos Mayores: Servicios para la población adulta y de la tercera edad.
- Unidad de Prevención y Control de Adicciones: Enfocada en la prevención y tratamiento de adicciones.
- Servicio de Participación Social y Comunitaria: Promueve la integración y participación de la comunidad en las actividades del CSMC.

A partir del análisis de la situación de salud mental en Tacna, basado en los estudios previamente mencionados, se revisaron los registros del Sistema de Información en Salud (HIS-MINSA) 2024 para identificar la demanda actual, como se muestra en la siguiente figura. Los datos evidencian que se realizaron 35,289 atenciones en el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) Valle Pocollay, lo que demuestra una alta demanda de servicios especializados en salud mental en esta jurisdicción.

Figura 84:
Sistema de información de consulta ambulatoria



N° Registros en HISMINSA

Región TACNA, Red TACNA, Microred NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED

Establecimiento

pocollay

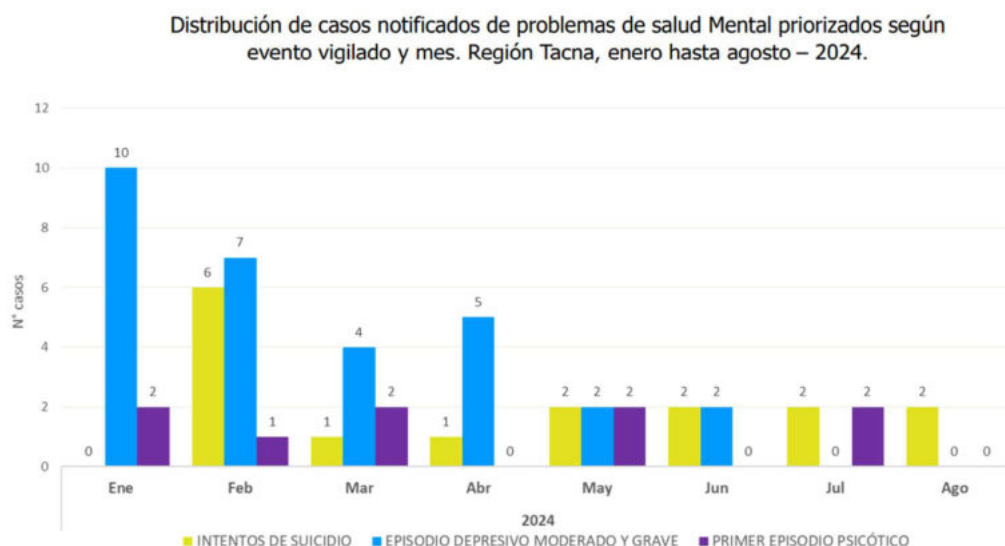
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1-2 - PUNTO DE DIGITA.		3,102	2,930	3,198	3,264	3,514	2,931	2,764	2,338	2,869	2,685	2,898	2,396
0002064 - INFORMACION TEL.		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
CENTRO DE SALUD MENT.		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
SHICE - SALUD ME		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Nota: HIS Minsa, sistema de información de consulta ambulatoria

Se registraron además 2,157 historias clínicas electrónicas únicas de pacientes atendidos en este establecimiento, lo que contribuye a definir con mayor precisión el perfil epidemiológico de la población usuaria y la demanda de este equipamiento.

Según los datos presentados por la Sala Situacional de la Dirección Regional de Salud de Tacna (Dirección de salud de Tacna, 2024), los problemas de salud mental más frecuentes en la región son los episodios depresivos moderados y severos, que representan el 65% de todas las atenciones. Además, se señala que el 30% de los casos corresponde a intentos de suicidio y que el 5% está asociado a primeros episodios psicóticos.

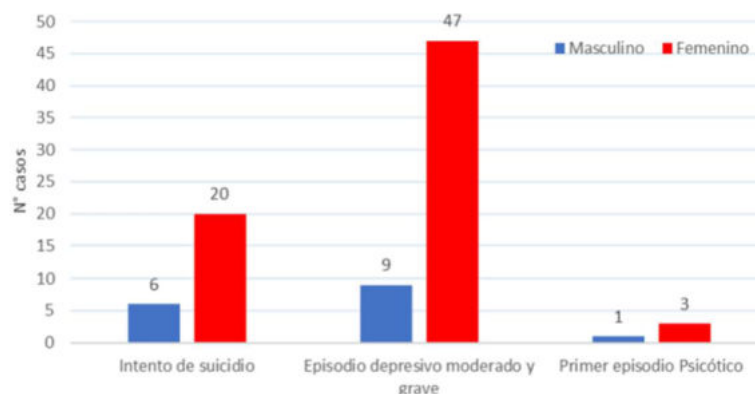
Figura 85:
Distribución de casos notificados de problemas de Salud Mental



Distribución de casos notificados de problemas de salud Mental priorizados según evento vigilado y sexo. Región Tacna, enero hasta agosto – 2024.

Figura 86:

Distribución de casos notificados de problemas de salud Mental



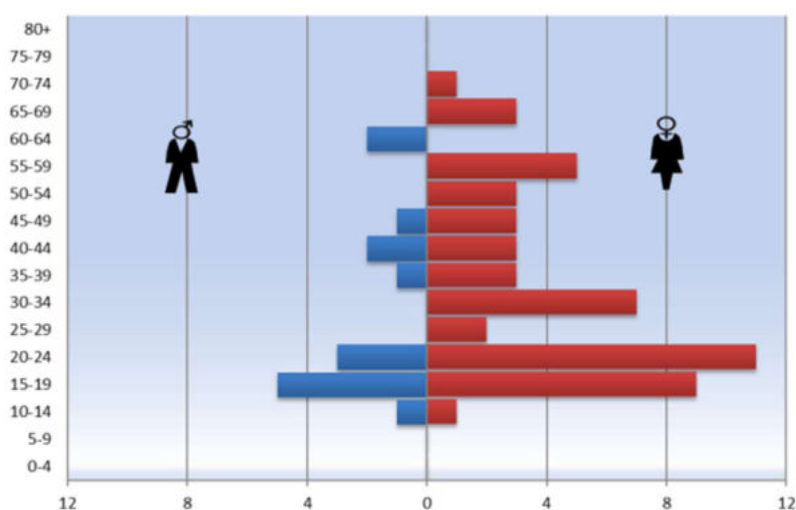
Nota: Figura de Sala Situacional – Dirección Regional de Salud de Tacna, 2024. Dirección Ejecutiva de Epidemiología

Asimismo, se observa que los trastornos de salud mental con mayor frecuencia en determinadas etapas del ciclo vital afectan sobre todo a adolescentes, jóvenes y adultos, lo que permite dirigir las estrategias arquitectónicas, programáticas y terapéuticas hacia estos grupos prioritarios.

TACNA:

Figura 87:

Casos notificados de problemas de salud mental priorizados. Enero hasta agosto– 2024

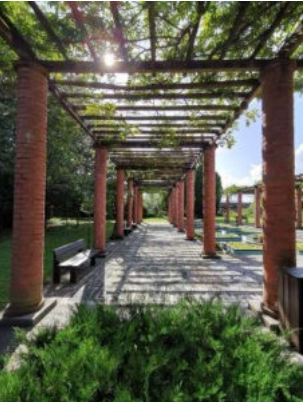


4.3 PREMISAS DE DISEÑO PARA LA PROPUESTA

A partir de la identificación de la problemática, la revisión de referentes y del marco normativo vigente, así como del análisis de los resultados obtenidos en las encuestas, se establecen las siguientes premisas. Entendiéndose estas como criterios y lineamientos de diseño que orientan la toma de decisiones proyectuales, con el fin de desarrollar una propuesta integral, coherente y viable en todas sus dimensiones.

DIMENSION FÍSICO AMBIENTALES

La propuesta arquitectónica se enfocará en reducir la ganancia térmica, mejorar la ventilación y optimizar la eficiencia energética:

PREMISA	REFERENCIA
-Se orientarán las fachas y ventanales hacia el norte y sur para evitar la incidencia solar directa, en su defecto, de usarán vidrios de control solar. -Se utilizará la ventilación cruzada, además de chimeneas solares. -Se utilizarán aleros, voladizos, pérgolas y celosías para bloquear el sol directo. -Se incorporará vegetación, muros/techos verdes o ajardinados para aislar térmicamente el edificio, además de patios interiores. -Se utilizarán materiales de baja conductividad térmica como muros gruesos de adobe y piedra. -Se utilizarán fachadas de doble piel con cámaras de aire para reducir el calentamiento. -Se utilizarán fuentes y espejos de agua para refrescar el aire por evaporación. -Se mantendrán en lo posible los árboles, arbustos, cultivos y vegetación existente en el terreno Topografía: -Debido a la topografía mínima existente se trabajará con una sola plataforma en toda la infraestructura. Acústica: -Debido a su colindancia a una vía arterial (Av. Jorge Basadre Grohmann) se considerarán retiros	   

perimétricos además de un colchón verde para minimizar los ruidos y acústica existente.



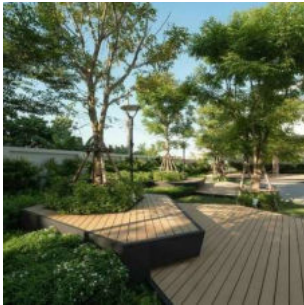
DIMENSION URBANO TERRITORIALES

PREMISA	REFERENCIA
-Se considerará el ingreso principal por la Av. Jorge Basadre Grohmann debido a su jerarquía y el acceso de servicio y Emergencia por la Calle Las buganvillas. Su vez se conectarán ambas vías a través de la propuesta arquitectónica creando un recorrido controlado de libre acceso por los jardines terapéuticos y servicios complementarios del CSMC como cafetería, SUM, zonas de juegos, etc. Con el objetivo de disminuir el estigma y desconocimiento hacia los centros de atención en salud mental. -Debido al contexto se proyectará el CSMC de hasta dos niveles, además de no romper con el contexto agrícola existente.	

DIMENSION TECNOLOGICO CONSTRUCTIVO

PREMISA	REFERENCIA
-Se hará uso de materiales del contexto agrícola como piedra, madera y tejas. -El sistema constructivo será el Aporticado debido al contexto y transparencia que proporciona el sistema. -Se utilizarán mayormente colores claros y neutros que no rompan con el contexto natural. Además de otros colores según la psicología del color para lograr objetivos o sensaciones de acuerdo al tipo de terapia u objetivo de intervención.	

DIMENSION NORMATIVA

PREMISA	REFERENCIA
-Se implementarán más ÁREAS DE ESPERA Y DE ENCUENTRO para el público y personal, además de ZONAS DE ESTAR Y REUNION EXTERNAS para la socialización e interacción social de pacientes, familiares y público en general. -Se implementarán JARDINES SENSORIALES. -Se implementarán espacios que refuercen la función “comunitaria” expresada en cartera de servicios de los C.S.M.C establecidas en la Norma técnica, las cuales son: <u>Actividades de Salud pública:</u> SUM: para la prevención y promoción de la salud mental, fortalecimiento Técnico a otros centros y fomentar la Participación Social y Comunitaria. A demás de prestarse para celebración de actividades familiares comunales como estrategia de intervención de recreación Terapéutica ya mencionada. <u>Trabajo con comunidad:</u> ZONA DE REDES DE APOYO: Son espacios agrupados al aire libre brindados para los grupos de apoyo y autoayuda, además de espacios para el público en general. ZONA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Y TALLERES OCUPACIONALES: Son ambientes para la realización de Terapias alternativas (musicoterapia, arteterapia, sociodrama), Talleres ocupacionales con Actividades que fomentan el desarrollo de habilidades laborales y productivas, y de Entrenamiento en habilidades sociales (manualidades, cocina, Horticultura) <u>Actividad física:</u>	   

ZONA DE ACTIVIDADES FISICAS Y RECREACION:

Son áreas semicubiertas donde se realizan **TALLERES** como yoga, tai chi, pilates, gimnasia y bailo terapia.

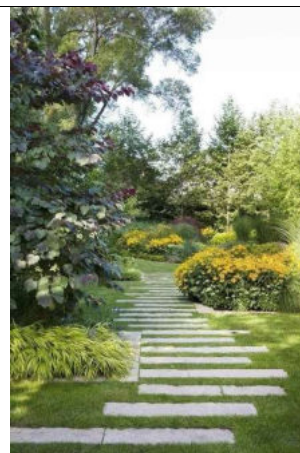
ZONA DEPORTIVA:

Son canchas donde se realizan actividades deportivas adaptadas y terapéuticas: Una cancha multiusos para deportes adaptados diversos (futbol, vóley, básquet etc)

-Se implementará además una **ZONA COMPLEMENTARIA** con áreas para servicios complementarios, los cuales mejorarán la estadía y visitas al CSMC:

CAFETERÍA

TIENDA SOLIDARIA (producto de los Talleres Ocupacionales)



OTRAS PREMISAS

PREMISA	REFERENCIA
-Se ubicarán las zonas de terapias y los consultorios en el primer nivel y colindarán con áreas verdes y jardines. Se crearán sensaciones de relación con el entorno y la naturaleza a través de dobles alturas, perforaciones en losas, teatinas, amplios ventanales, etc. -Se crearán recorridos y senderos verdes colindantes a la Av. Jorge Basadre Grohmann conectadas a las Zonas Complementarias del CSMC y parcialmente a las Zonas de actividades físicas y de recreación con el objetivo de hacer visible este al entorno y promover la promoción de la salud mental. - Los ambientes del CSMC se diseñarán creando redes interconectadas entre jardines, senderos y áreas de socialización de tal modo que se genere sensaciones de comodidad, seguridad y libertad. -El CSMC se mostrará transparente hacia el público en general, empleando vidrio en zonas claves, espacios abiertos y conectados, Espacios de orientación y asistencia donde se mostrarán tableros y pantallas informativas, además de apertura para la participación de la comunidad y voluntariado.	   

4.4 CONCEPTUALIZACION O PARTIDO ARQUITECTONICO

CONCEPTUALIZACION: **FLORECER INTERIOR**

Florece Interior evoca el viaje humano de crecer incluso en medio de la dificultad. Como una planta que, pese a las sombras, encuentra luz para seguir elevándose, cada persona puede renacer cuando recibe sostén y compañía. La familia y los Centros de Salud Mental Comunitarios se convierten en ese apoyo que guía, abraza y fortalece, permitiendo que el bienestar vuelva a brotar.

El proyecto se inspira en esa metáfora: espacios cálidos y naturales que acompañan, contienen y recuerdan que siempre es posible volver a florecer.

Figura 88:

COMPOSICION



Zona de Crecimiento: Áreas recreativas y abiertas que representan la recuperación y el fortalecimiento

Zona de Apoyo: Espacio de terapia y comunidad que brindan soporte estructural.

Zona de Dificultades: Simboliza las experiencias difíciles, ubicando las consultas y espacios terapéuticos iniciales.

Zona de Arraigo: Representa el acceso y la bienvenida, donde los usuarios llegan y encuentran un entorno acogedor.

ZONIFICACION DEL PROYECTO

Figura 89:

ZONIFICACION



Figura 90:
Vista superior plano zonificado

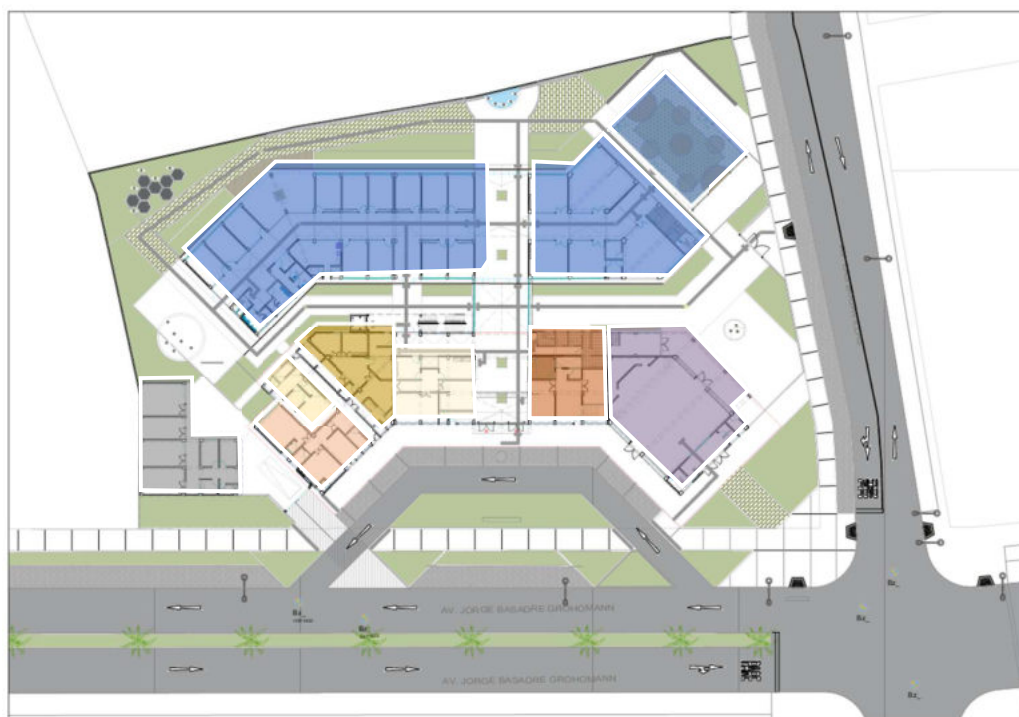
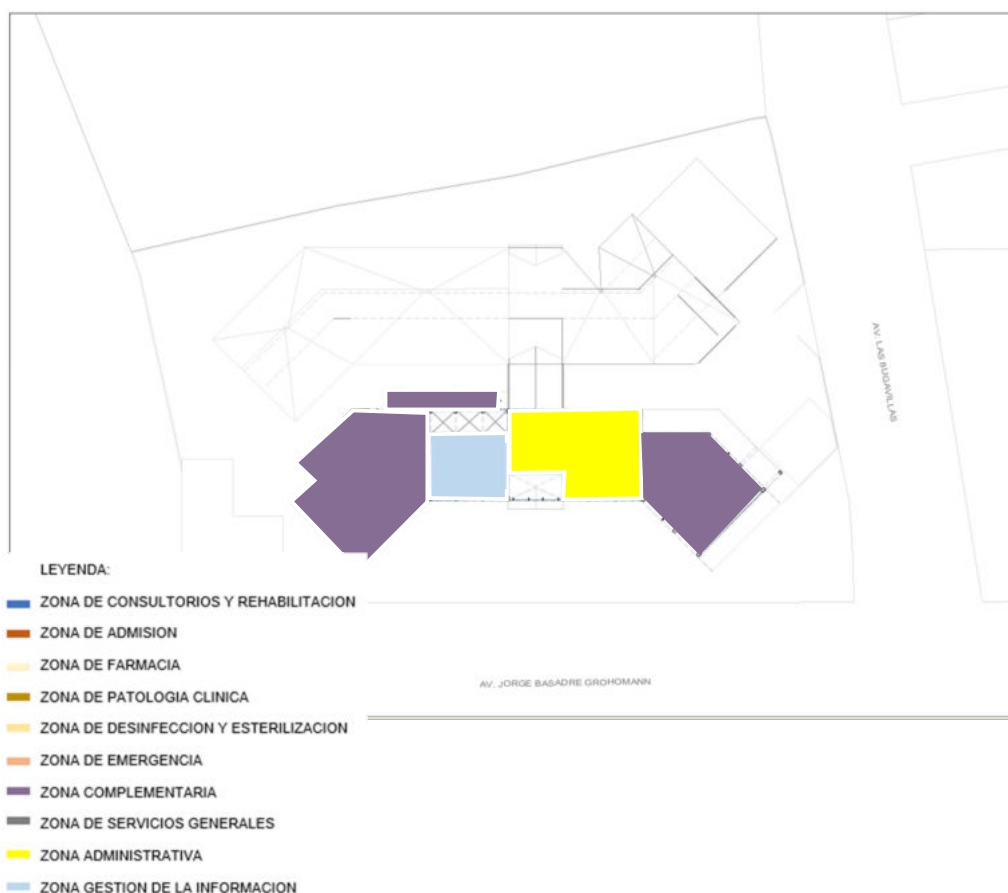


Figura 91:
Zonificación



4.5 SISTEMATIZACIÓN DE CRITERIOS DE DISEÑO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACIÓN TERAPÉUTICA

El presente capítulo desarrolla los criterios de diseño arquitectónico derivados de los fundamentos teóricos previamente analizados, especialmente aquellos relacionados con arquitectura terapéutica, recreación terapéutica, psicología ambiental y diseño biofílico.

Estos criterios orientan la propuesta del Centro de Salud Mental Comunitario hacia la creación de entornos que promuevan el bienestar emocional, la autonomía, la orientación espacial clara y la conexión constante con la naturaleza, influyendo en la configuración espacial, organización funcional, selección de materiales e incorporación de áreas verdes terapéuticas dentro del proyecto.

Asimismo, con el fin de garantizar la validez conceptual y el sustento técnico de la propuesta, los lineamientos planteados se apoyan en principios del Diseño Basado en Evidencias (Evidence-Based Design – EBD), vinculando las estrategias arquitectónicas con mecanismos de evaluación sustentados en indicadores y referencias especializadas.

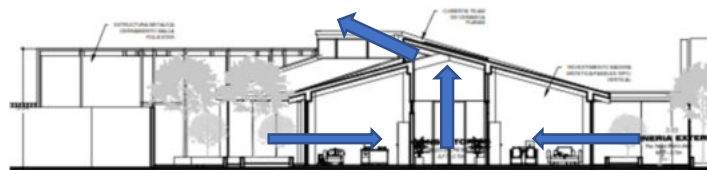
4.5.1 APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS DE LA ARQUITECTURA TERAPÉUTICA

Confort Físico y Térmico

Para favorecer el confort cognitivo y emocional se aplican estrategias como:

- Ventilación natural optimizada mediante el uso de la estrategia de Ventilación cruzada y chimeneas solares aprovechando techos a dos aguas.
- Iluminación cálida y controlada en consultorios, pasillos y áreas comunes, evitando contrastes abruptos.
- Aperturas estratégicas para maximizar luz natural sin deslumbramiento, aplicando generosos ventanales y mamparas con celosías.
- Tratamientos acústicos pasivos que disminuyen reverberación y ruidos disruptivos. Esto se aplicó a través de los acabados interiores: como el revestimiento con Paneles SPC madera sintética en consultorios.

figura 92. Ventilación natural



La estrategia usada para una ventilación natural en la propuesta arquitectónica(consultorios) es la ventilación cruzada y del tipo Chimenea.

figura 93. Ventilación e iluminación natural en pasillos



figura 94. Iluminación Natural y aperturas estratégicas a través de mamparas y tratamientos acústicos pasivos.



Mecanismo de Verificación: La eficacia de estas estrategias de confort ambiental se monitoreará mediante la aplicación del Cuestionario de Calidad Ambiental Percibida (PREQ). Este instrumento permitirá obtener un indicador de proceso sobre cómo las variables físicas (térmicas y acústicas) impactan directamente en la reducción de la fatiga sensorial y el estrés ambiental del usuario.

Espacios abiertos - Luz Natural e iluminación adecuada (Integración de la naturaleza)

- Uso de materiales cálidos como madera, piedra y pisos con texturas naturales, que permiten que la luz —tanto natural como artificial— se refleje suavemente, generando ambientes luminosos, cálidos y alejados de la percepción institucional.
- Aprovechamiento de la luz natural a través de grandes vanos y mamparas, integración de patios y aberturas que permiten que los espacios interiores reciban iluminación constante y homogénea durante el día, fortaleciendo la sensación de apertura y contacto con el exterior.
- Todos los consultorios, salas de terapia y talleres de rehabilitación se vinculan directamente con vegetación y los jardines mediante el uso de mamparas y superficies transparentes que permiten una conexión visual continua con el entorno natural. Esta estrategia responde a los principios de la arquitectura terapéutica de Ulrich et al. (2008), ya que: Favorece la relajación emocional al incorporar vistas a áreas verdes, reduciendo estrés y ansiedad.

Potencia los procesos terapéuticos mediante estímulos sensoriales asociados a la luz natural, colores vegetales y movimiento del follaje. Refuerza la sensación de acompañamiento y seguridad, al evitar espacios cerrados y clínicos.

figura 95. Iluminación que acompaña la atmosfera terapéutica



figura 96. Luz natural e iluminación adecuada



Se ha priorizado que todas las áreas de consulta, terapia y descanso/estar fortalezcan la sensación de apertura y contacto con el exterior.

Indicador de Resultado: Para validar este impacto, se propone el uso de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), test validado que permite cuantificar la disminución de la ansiedad como resultado directo de la exposición a los ambientes biofílicos diseñados, transformando la percepción espacial en un dato clínico medible.

Sonidos y Diseño Biofílico

- Jardines terapéuticos estratégicamente distribuidos en el conjunto, que funcionan como nodos de naturaleza viva, ofreciendo estímulos sonoros naturales (hojas moviéndose, fauna local, viento entre árboles) que aportan calma y restauración, Además de estas zonas de recreación pasiva, también se incluyen zonas de recreación activa.

1. Jardín Terapéutico (modulo sinnenas Gard):

Espacio exterior diseñado con fines terapéuticos que integra elementos naturales y estímulos sensoriales (vista, olfato, tacto y oído) para favorecer el bienestar emocional, la relajación y la rehabilitación de los usuarios. Este módulo considera la incorporación de vegetación aromática y de diferentes texturas, recorridos accesibles, áreas de descanso, y elementos que promueven la interacción con la naturaleza, contribuyendo al proceso terapéutico dentro del Centro de Salud Mental Comunitario.

2. Jardín terapéutico (modulo tradet):

Espacio terapéutico orientado al desarrollo de actividades ocupacionales y de rehabilitación psicosocial, donde los usuarios participan activamente en tareas como el cultivo, cuidado de plantas y dinámicas grupales. Este módulo considera áreas para huerto, jardinería y trabajo colaborativo, incorporando mobiliario funcional y zonas accesibles, con el fin de fomentar habilidades sociales, autonomía, sentido de responsabilidad y conexión con el entorno natural, como parte del proceso terapéutico integral.

3. Jardín Terapéutico (Psicomotricidad):

Espacio diseñado para el desarrollo de habilidades psicomotoras mediante actividades que integran movimiento, coordinación y percepción corporal en contacto con el entorno natural.

Este módulo considera un circuito de recorrido con elementos lúdicos y dinámicos (Módulo de texturas) orientados a estimular la motricidad gruesa y fina, así como la integración sensorial, contribuyendo al proceso terapéutico de los usuarios.

4. Jardín Terapéutico (Módulo Loop)

Espacio terapéutico organizado a partir de un recorrido continuo o circuito cerrado, que permite la circulación libre y guiada de los usuarios dentro del jardín.

Este módulo considera senderos accesibles en forma de bucle, estaciones de descanso y puntos de estimulación sensorial, facilitando actividades como caminatas terapéuticas, orientación espacial y relajación, promoviendo la autonomía, la seguridad y la interacción progresiva con el entorno natural.

Conexiones accesibles, fluidas y continuas entre los jardines, que permiten que el usuario mantenga una relación sensorial constante con la naturaleza durante sus desplazamientos, reduciendo ansiedad y facilitando la orientación espacial.

- Vegetación cuidadosamente seleccionada, incluyendo árboles de sombra para confort térmico, especies medianas que brindan

privacidad visual y plantas aromáticas para estímulos olfativos beneficiosos.

Plantas aromáticas en jardines terapéuticos y caminerías:

- Lavanda
- Romero
- Menta
- Hierba luisa
- Jazmín

Árboles de sombra:

- Molle serrano
- Ficus benjamina
- Jacarandá
- Huarango
- Acacia

También se aprovecharon los muros perimetrales como planos activos, integrando trepadoras, sombras y texturas que amplían la experiencia biofílica sin requerir más área libre, generando superficies vivas que aportan movimiento visual y sensaciones naturales.

- Relación directa de consultorios y talleres con la vegetación a través de mamparas, lo que permite que los usuarios perciban sonidos, aromas y cambios naturales del exterior mientras realizan actividades terapéuticas, reforzando su conexión emocional y sensorial con el entorno.

Figura 97. Jardines terapéuticos y su relación directa con consultorios y talleres



Figura 98. Relación directa de consultorios y talleres



Validación Terapéutica: La capacidad de restauración psicológica de estos jardines se verificará mediante la Escala de Restauración Percibida (PRS) y el Indicador de Permanencia Voluntaria, el cual registra el tiempo que el usuario elige permanecer en el espacio por bienestar propio, validando la eficacia del diseño biofílico en la mejora de la atención en salud mental.

4.5.2 APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS DE RECREACIÓN TERAPÉUTICA

El diseño integra diversos enfoques de la recreación psicoterapéutica propuestos por Trejos Parra (2005), los cuales se reflejan en la configuración espacial e incorporación de jardines y talleres. Para efectos de la presente investigación y su aplicación arquitectónica, las técnicas de recreación psicoterapéutica fueron sistematizadas en grupos de intervención terapéutica según su relación con las experiencias espaciales, sensoriales, sociales y recreativas desarrolladas dentro del proyecto arquitectónico.

DIMENSION SENSORIAL Y RESTAURATIVA

- **Enfoques no verbales:** Experiencias basadas en la interacción directa con la naturaleza (mediante los jardines terapéuticos propuestos y plantas aromáticas).

Métrica: Registro de niveles de relajación y participación en terapias.

- **Enfoques mente-cuerpo:** Ambientes que estimulan la conciencia corporal mediante variaciones térmicas, luz dinámica y materialidad a través de texturas (madera, piedra) en interiores y especialmente en los espacios exteriores.

Métrica: Reducción del estrés fisiológico percibido durante la sesión y las terapias mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS-10).

- **Enfoques cognitivos:** Ambientes restaurativos con luz natural que contribuyen a reducir la ansiedad y promover claridad mental.
Indicador: Mejora en los niveles de atención y regulación emocional reportados por especialistas.
- **Orientación a la realidad para personas mayores:** Jardines sensoriales y rutas con señalización (circuito de pisos podotáctiles) clara que refuerzan la seguridad y el reconocimiento espacial.

DIMENSION SOCIAL Y COMUNITARIA:

- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Talleres de rehabilitación, ocupacionales y áreas de huerto diseñados para la socialización activa y el trabajo colaborativo.
Indicador: Evaluación de la interacción positiva y cohesión grupal en los talleres.
- **Rituales y actividades comunitarias:** Diseño de Salón de usos múltiples (SUM) para la realización de ceremonias que fortalecen procesos sociales.

DIMENSION EMOCIONAL E INTROSPECTIVA:

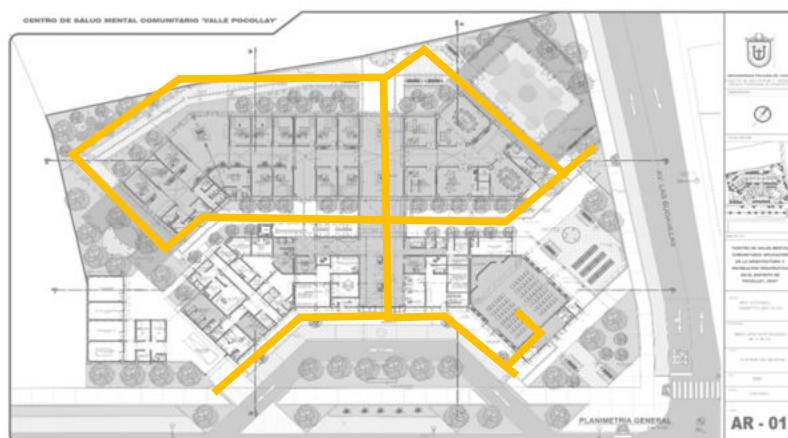
- **Clarificación de valores:** El concepto “florecer interior” y áreas contemplativas facilitan que los usuarios reflexionen sobre su proceso personal.
Indicador: Entrevistas de satisfacción sobre la calidad de los espacios de introspección.
- **Enfoques estructurales:** Disposición íntima de consultorios y salas familiares que favorece el trabajo en torno a roles y vínculos.
Indicador: Percepción de seguridad y confidencialidad en el ambiente físico.

DIMENSION OCUPACIONAL Y RECREATIVA:

- **Modalidades de artes creativas:** Espacios para pintura, música o sociodrama que fortalecen la autoestima y la comunicación no verbal.
Indicador: Nivel de expresión emocional alcanzado mediante el uso de la infraestructura.
- **Enfoques conductuales:** Talleres productivos y horticultura que refuerzan conductas positivas (responsabilidad, compromiso).

Métrica: Tasa de asistencia y cumplimiento de tareas en los módulos terapéuticos.

Figura 99 Circuito de pisos podotáctiles



4.5.3 Implementación de jardines terapéuticos: loop, sinnenas gard, tradet y psicomotricidad

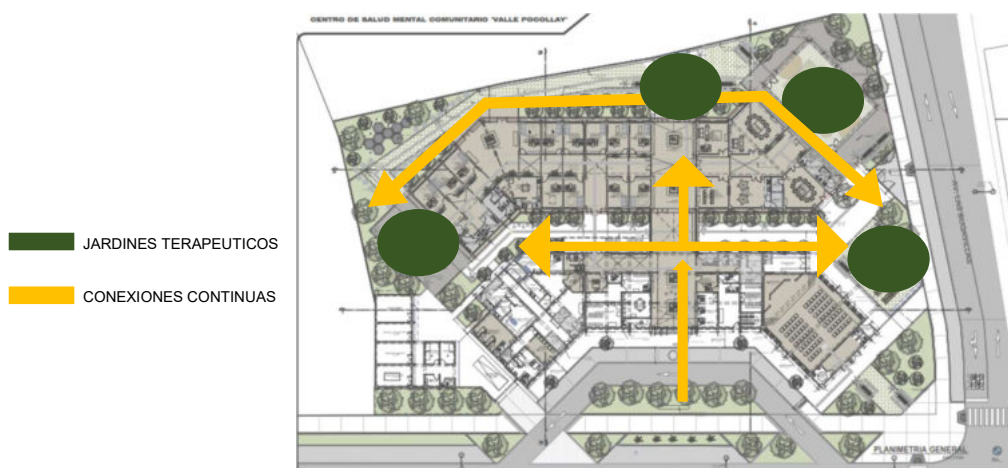
La recreación terapéutica se incorpora de manera directa, promoviendo actividades que estimulan la interacción social y el sentido de identidad:

- **Módulo SINNENAS GÅRD:** Espacio sensorial con estímulos táctiles, olfativos y visuales para inducción de relajación o activación. Su efectividad se mide mediante el monitoreo de la respuesta sensorial del paciente ante estímulos aromáticos y texturales específicos.
- **Módulo LOOP:** Camino continuo, accesible y seguro para personas con desorientación. Su recorrido circular permite caminar sin riesgo de perderse. El circuito incorpora piso podotáctil y áreas de descanso. Este módulo se valida mediante el **indicador de autonomía**, midiendo la capacidad del usuario para desplazarse sin asistencia externa.
- **Módulo MINNENAS TRADET:** Espacio de reminiscencia con plantas comestibles y aromas familiares que apoyan terapias de identidad y continuidad biográfica. Se complementa con huertos elevados para estimular la memoria procedimental. Su aporte se verifica mediante la evaluación del terapeuta sobre la recuperación de memorias y habilidades prácticas.
- **Módulo de psicomotricidad gruesa:** Orientado a mejorar la coordinación y expresión emocional por medio del movimiento. El

diseño permite dinamizar ejercicios de confianza y autogestión corporal.

- **Espacios comunitarios terapéuticos:** Áreas de reunión al aire libre, talleres artísticos integrados a los jardines y mobiliario versátil.
- **Red de caminos accesibles:** Conexión clara y continua mediante guía podotáctil, asegurando una circulación comprensible y segura.

Figura 100. Jardines terapéuticos



4.5.4 Criterios de evaluación y validación proyectual

El aporte del proyecto a la salud mental no se limita únicamente al planteamiento conceptual y arquitectónico, sino que incorpora la posibilidad de desarrollar procesos de evaluación post ocupacional mediante escalas validadas como PSS-10, PRS y PREQ, orientadas a analizar la percepción del estrés, restauración ambiental y calidad del entorno terapéutico.

De este modo, las estrategias de arquitectura terapéutica, diseño biofílico y recreación terapéutica propuestas en el Centro de Salud Mental Comunitario podrán ser evaluadas mediante indicadores de percepción y bienestar, permitiendo validar el impacto espacial y ambiental de la propuesta en la experiencia de los usuarios y la calidad de atención comunitaria.

4.6 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

La propuesta arquitectónica del “Centro de Salud Mental Comunitario Valle Pocolay” se concibe como un equipamiento de salud especializado orientado a la atención integral, rehabilitación psicosocial y bienestar emocional de la población, desarrollando un diseño arquitectónico que prioriza la humanización de los espacios,

la integración con el entorno y la generación de ambientes terapéuticos adecuados para los usuarios.

El proyecto plantea una composición volumétrica contemporánea organizada a partir de ejes diagonales y cuerpos articulados que responden directamente a la geometría irregular del terreno, permitiendo optimizar el aprovechamiento espacial y generar una adecuada relación entre áreas construidas y espacios abiertos. La configuración arquitectónica adopta una disposición en bloques interconectados mediante circulaciones centrales y patios interiores, favoreciendo la orientación, la accesibilidad y la distribución eficiente de las diferentes áreas funcionales del establecimiento.

4.6.1 Nivel Funcional

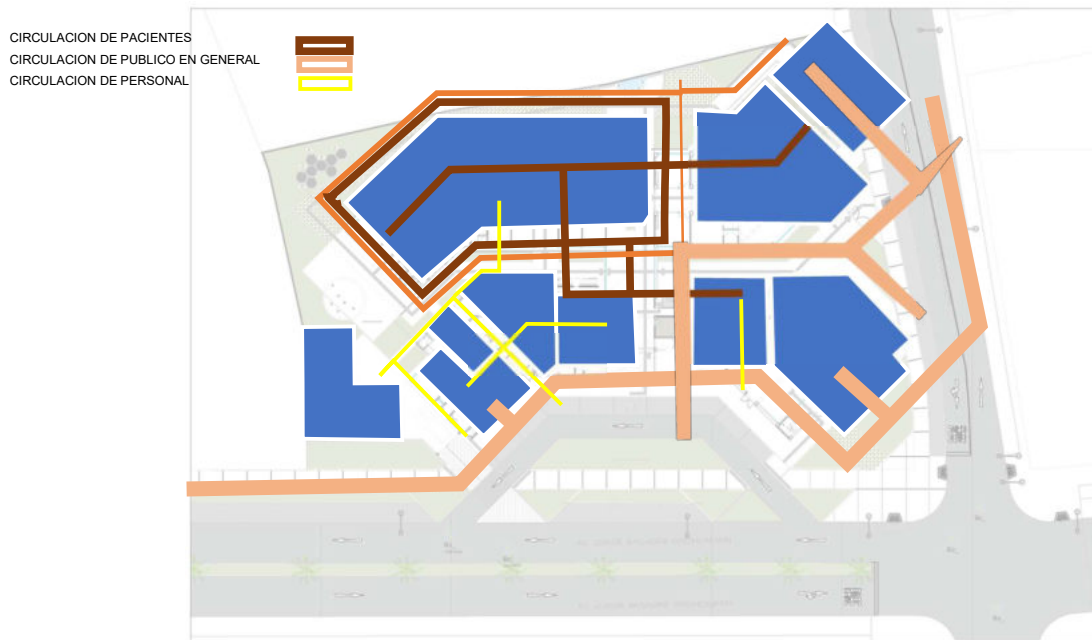
A nivel funcional, el proyecto organiza sus ambientes mediante una clara zonificación arquitectónica que permite separar las áreas públicas, semipúblicas, administrativas, terapéuticas y de servicios, garantizando un funcionamiento eficiente y ordenado del establecimiento.

La propuesta contempla accesos jerarquizados que facilitan el control y la orientación de los usuarios, diferenciando los ingresos principales, administrativos y de servicio. La circulación principal se desarrolla a través de ejes longitudinales y transversales que articulan los distintos bloques funcionales, permitiendo recorridos claros, continuos y accesibles.

Los ambientes destinados a consulta psicológica, atención terapéutica, rehabilitación, administración y uso comunitario se distribuyen estratégicamente para garantizar privacidad, confort y control visual. Asimismo, se incorporan espacios de integración social y áreas de estancia que fortalecen el carácter comunitario del centro de salud mental.

El segundo nivel complementa el funcionamiento general mediante espacios administrativos, salas multipropósito y ambientes de apoyo, optimizando la relación vertical entre áreas y permitiendo una mejor organización del programa arquitectónico.

Figura 101. Esquema funcional



4.6.2 Nivel Formal

Formalmente, el proyecto adopta un lenguaje arquitectónico contemporáneo caracterizado por la fragmentación volumétrica, la horizontalidad compositiva y el dinamismo geométrico generado por la disposición angular de los bloques arquitectónicos.

La composición evita esquemas rígidos y ortogonales tradicionales, proponiendo una arquitectura más flexible y orgánica que responde a la morfología del terreno y a la necesidad de generar espacios terapéuticos menos institucionales y más humanizados. La volumetría escalonada y la utilización de cubiertas inclinadas aportan dinamismo visual, además de mejorar el comportamiento climático del edificio.

Las elevaciones evidencian un tratamiento formal basado en ritmos verticales y horizontales mediante elementos de fachada, celosías y superficies acristaladas que permiten controlar la iluminación natural y reforzar la identidad arquitectónica del proyecto.

VOLUMEN

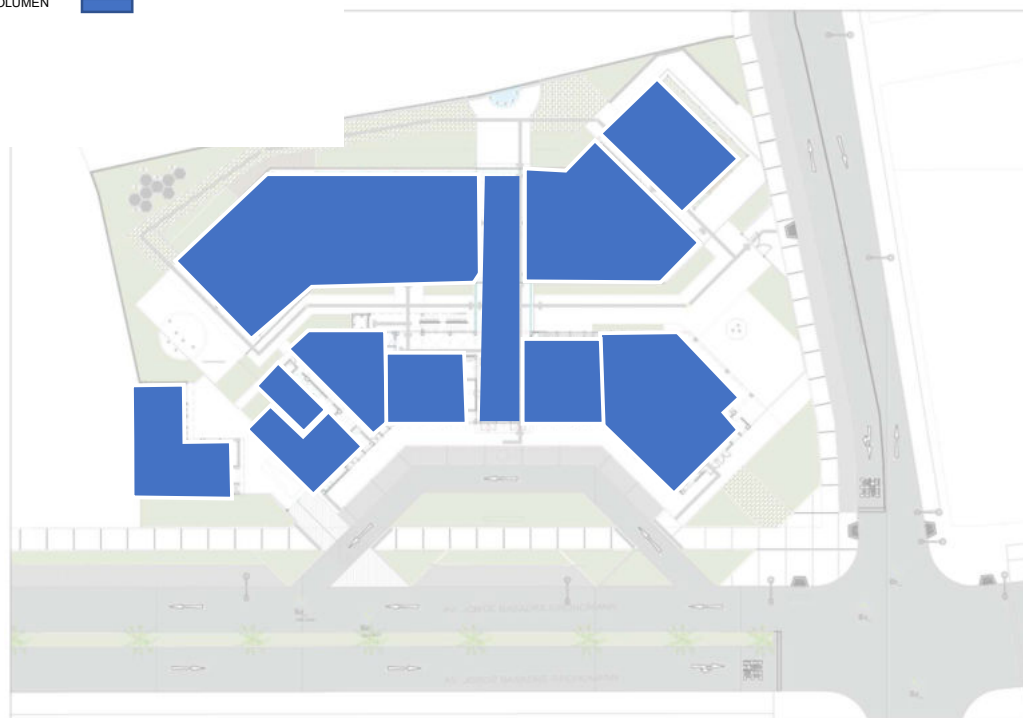


Figura 102. Volumetría del conjunto



Figura 103. Volumetría del conjunto



4.6.3 Nivel Espacial

Espacialmente, la propuesta prioriza la creación de ambientes abiertos, iluminados y visualmente integrados con áreas verdes y patios interiores, favoreciendo el bienestar psicológico y emocional de los usuarios.

La disposición de patios, jardines terapéuticos y áreas de transición permite generar relaciones visuales permanentes entre interior y exterior, promoviendo espacios de contemplación, descanso y socialización. Asimismo, la amplitud de las circulaciones y la presencia de vacíos interiores contribuyen a mejorar la percepción espacial y reducir la sensación de confinamiento.

Los espacios interiores presentan flexibilidad funcional y adecuada jerarquización, permitiendo diferentes niveles de interacción social según el tipo de actividad desarrollada. La incorporación de áreas verdes perimetrales y espacios abiertos mejora la calidad ambiental y fortalece el enfoque terapéutico del proyecto.

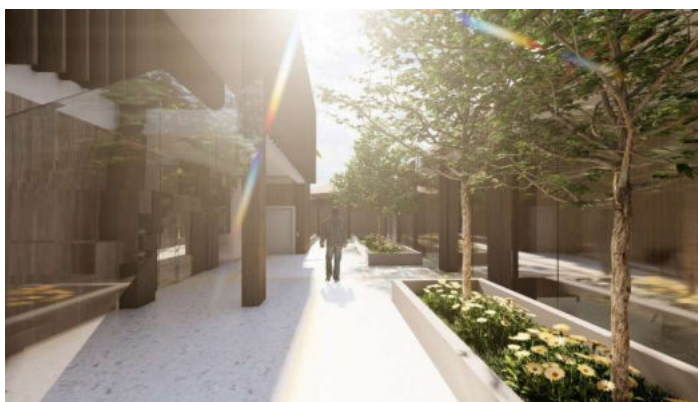
Figura 104. Vista desde el área de observación de emergencia



Figura 105. Vista desde el área de espera pública para el área de patología clínica



Figura 106. Vista de circulación exterior



4.6.4 Materialidad

La propuesta arquitectónica plantea una materialidad contemporánea orientada a generar ambientes terapéuticos, cálidos y visualmente acogedores, evitando la imagen rígida e institucional característica de establecimientos hospitalarios tradicionales.

Predomina el uso de revestimientos tipo SPC/WPC de apariencia madera en fachadas y elementos envolventes, aportando calidez visual, textura y confort perceptual al conjunto arquitectónico. Este tratamiento permite integrar el edificio con las áreas verdes y reforzar el carácter humanizado del Centro de Salud Mental Comunitario.

Complementariamente, se incorporan superficies acristaladas de gran formato que favorecen la iluminación natural, las visuales hacia patios y jardines interiores, así como la relación visual entre espacios internos y externos. El vidrio se utiliza de manera controlada para garantizar privacidad, confort lumínico y seguridad de los usuarios.

La estructura principal se resuelve mediante concreto armado y elementos metálicos, permitiendo flexibilidad espacial y resolución eficiente de las cubiertas inclinadas. Las cubiertas ligeras facilitan el manejo pluvial y sobre todo contribuyen al comportamiento térmico del edificio.

Asimismo, se emplean celosías y filtros solares verticales como elementos de control climático y composición formal, reduciendo la incidencia solar directa y aportando dinamismo a las fachadas.

En interiores, los materiales priorizan durabilidad, fácil mantenimiento y confort sensorial, utilizando acabados neutros y cálidos apropiados para espacios terapéuticos y de atención comunitaria.

El esquema de materialidad es el siguiente:

-PISOS INTERIORES

- piso vinílico SPC pro oak natural
- Piso Porcelanato Beige 60x60

Figura 107. Piso vinílico SPC PRO OAK Natural



Figura 108. Piso Porcelanato Beige 60x60



=

=

PISOS

EXTERIORES

- Piso Terrazo Blanco Jaspe
- Piso WPC Deck Exterior Maple 290 X 14.8 cm. Espesor 23 mm
- Piso Adoquín de concreto-Grass natural

Figura 109. Piso terrazo blanco Jaspe

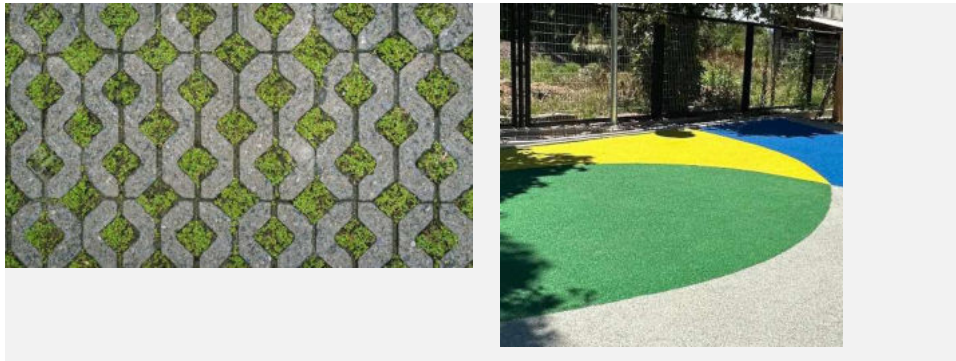


Figura 110. Piso WPC Deck Exterior Maple 290 X 14.8 cm. Espesor 23 mm



Figura 111. Piso Adoquín de concreto-Grass natural

Figura 112. Piso Caucho EPDM



- Piso Caucho EPDM

-MUROS EXTERIORES

- Revestimiento madera sintética paneles WPC/ vertical

Figura 113. Revestimiento paneles WPC



-MUROS INTERIORES

- Revestimiento madera sintética paneles WPC/ vertical
- Pintura látex color beige

-CERRAMIENTOS

- Ventanales y mamparas en Vidrio templado
- Celosías verticales en madera sintética tipo WPC

Figura 114. Celosías en la fachada de proyecto



-TECHOS/CUBIERTAS

- Cubiertas aligeradas inclinadas Cubierta tejas de Cerámica planas
- Tragaluz translucido en policarbonato alveolar multicelda de alta resistencia

Figura 115. Teja plana

Figura 116. Policarbonato alveolar alta resistencia



- ESTRUCTURAS

- Estructura en general Concreto armado
- Área deportiva en Estructura metálica con cerramiento en malla poliéster

Figura 117. Referencia de estructura metálica con cerramiento en malla poliéster



4.6.5 Nivel Estructural

Estructuralmente, el proyecto se desarrolla mediante un sistema Aporticado de concreto armado conformado por columnas, vigas y losas aligeradas, permitiendo resolver adecuadamente las luces estructurales y generar espacios interiores flexibles y funcionales para las diferentes áreas del establecimiento.

La configuración estructural responde a la geometría angular de la propuesta arquitectónica, garantizando estabilidad, continuidad estructural y adecuado comportamiento sismorresistente frente a las condiciones propias de la región. El sistema incorpora vigas inclinadas de concreto armado que permiten resolver las cubiertas inclinadas del proyecto, integrando estructural y formalmente la volumetría arquitectónica.

Las cubiertas son resueltas mediante losas aligeradas inclinadas apoyadas sobre vigas peraltadas de concreto armado, permitiendo una adecuada evacuación pluvial, mayor rigidez estructural y continuidad constructiva entre los diferentes bloques arquitectónicos. Asimismo, la incorporación de tragaluces en determinadas áreas favorece el ingreso controlado de iluminación natural hacia los espacios interiores.

El sistema estructural considera criterios de seguridad, durabilidad, mantenimiento y eficiencia constructiva, asegurando un adecuado desempeño frente a cargas gravitacionales y fuerzas sísmicas, además de responder funcionalmente a las necesidades espaciales y arquitectónicas del proyecto.

Figura 118. Esquema estructural



4.6.6 Nivel Ambiental y Bioclimático

La propuesta incorpora estrategias ambientales pasivas orientadas a mejorar el confort térmico y reducir el consumo energético del edificio. La orientación de los bloques arquitectónicos favorece la captación de iluminación natural y la ventilación cruzada en la mayoría de ambientes.

Las cubiertas inclinadas facilitan la evacuación pluvial y contribuyen al control térmico interior. La presencia de patios interiores y áreas verdes permite disminuir la

radiación directa, mejorar la calidad del aire y generar microclimas favorables para los usuarios.

Asimismo, los espacios abiertos y jardines terapéuticos forman parte integral de la propuesta bioclimática, fortaleciendo la relación entre arquitectura, naturaleza y salud emocional. El tratamiento paisajístico no solo cumple una función estética, sino también terapéutica y ambiental, contribuyendo al bienestar integral de los pacientes y trabajadores.

4.6.7 Relación con el Entorno

El proyecto establece una adecuada integración urbana mediante retiros, áreas verdes perimetrales y espacios de transición que articulan el equipamiento con el contexto inmediato. La propuesta busca generar una imagen institucional accesible, amigable y no invasiva, evitando la percepción tradicional de infraestructura hospitalaria cerrada.

La configuración del conjunto permite aprovechar las visuales exteriores y mejorar la interacción con el entorno urbano, incorporando espacios públicos, jardines terapéuticos y áreas de encuentro comunitario que fortalecen el carácter social del establecimiento.

Asimismo, el proyecto ha sido concebido bajo un enfoque de apertura comunitaria, permitiendo que determinados espacios exteriores y semipúblicos puedan ser utilizados parcialmente por la comunidad sin comprometer el funcionamiento interno del centro de salud mental. Para ello, se plantea un sistema de control y sectorización de accesos que posibilita habilitar el ingreso independiente hacia jardines terapéuticos, patios y corredores exteriores, manteniendo restringidas las áreas especializadas de atención.

La propuesta incorpora mecanismos de cierre y control mediante puertas y puntos de acceso estratégicamente ubicados, permitiendo aislar funcionalmente las áreas de consultorios, laboratorios y ambientes clínicos especializados cuando sea necesario. De esta manera, el proyecto logra equilibrar la integración comunitaria con los criterios de privacidad, seguridad y control requeridos para el correcto funcionamiento del establecimiento de salud mental.

Figura 119. Esquema de ventilación natural cruzada en el proyecto



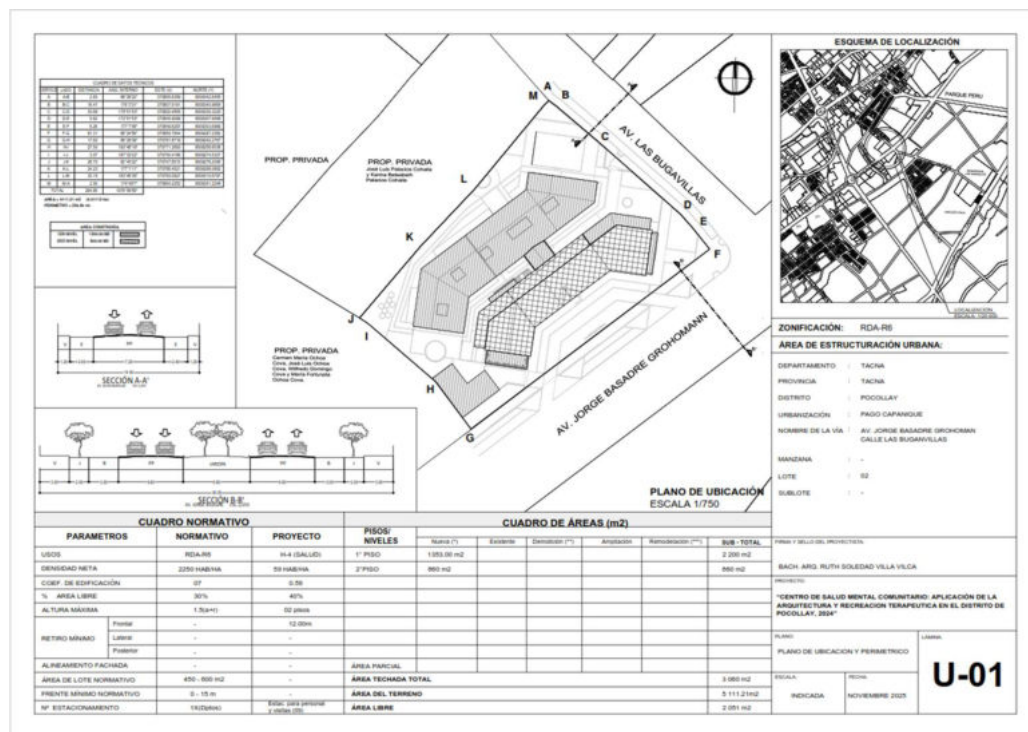
Figura 120. Esquema de control de accesos



4.7 ANTEPROYECTO ARQUITECTONICO

4.7.1 PLANO DE UBICACIÓN Y LOCALIZACION

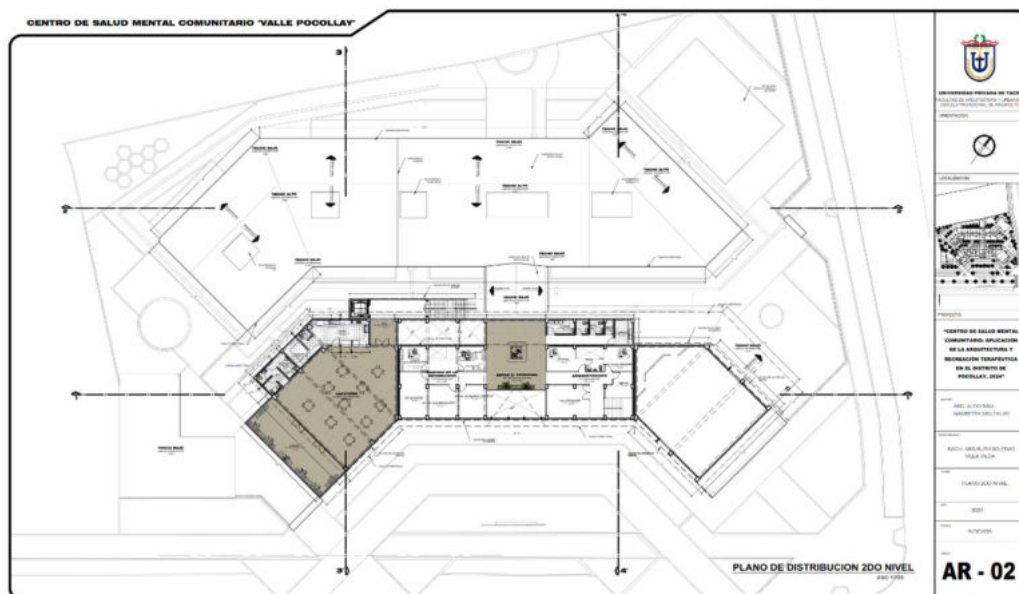
Figura 121:
PLANO DE UBICACIÓN Y LOCALIZACION





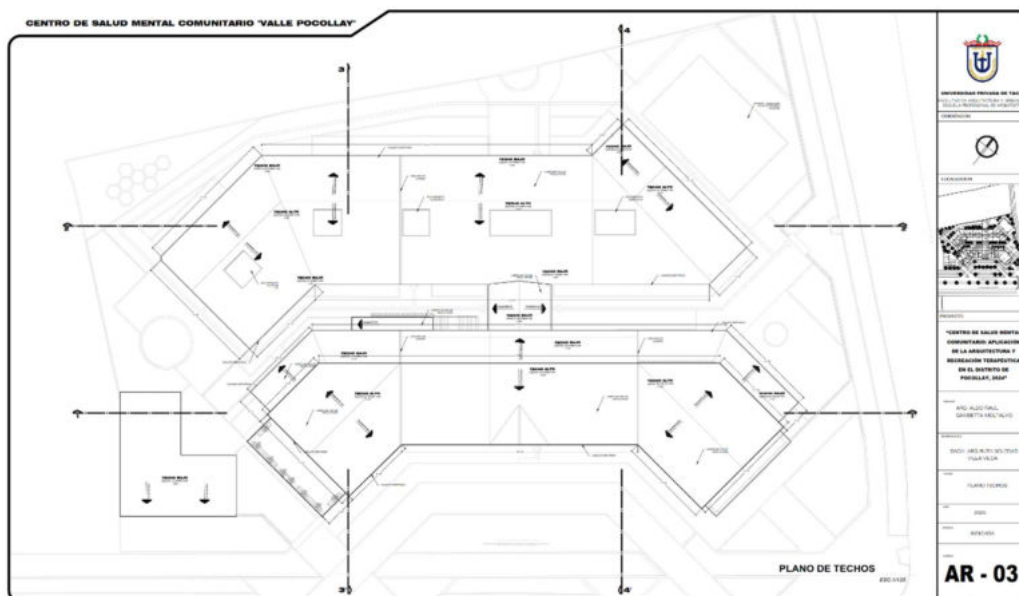
PLANO DE SEGUNDO NIVEL

Figura 124:
PLANO DE SEGUNDO NIVEL



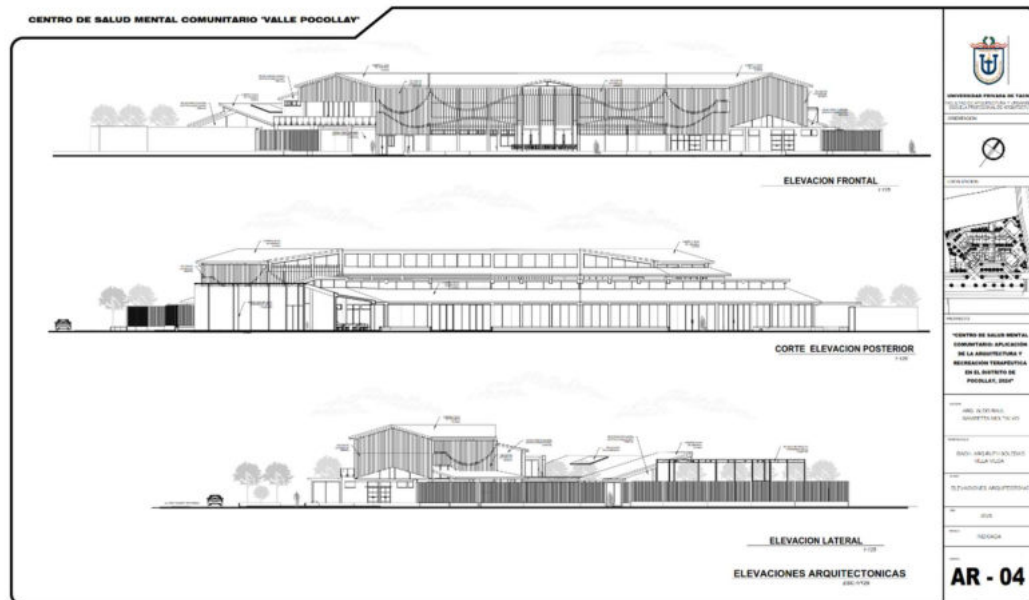
PLANO DE TECHOS

Figura 125:
PLANO DE TECHOS



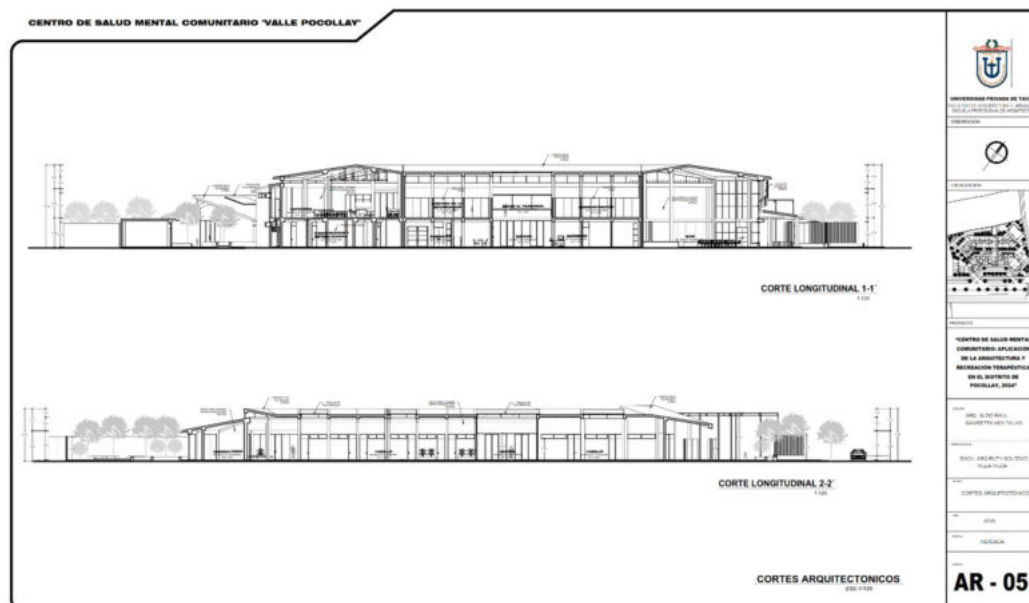
4.7.4 PLANO DE ELEVACIONES NIVEL ANTEPROYECTO ARQUITECTONICO

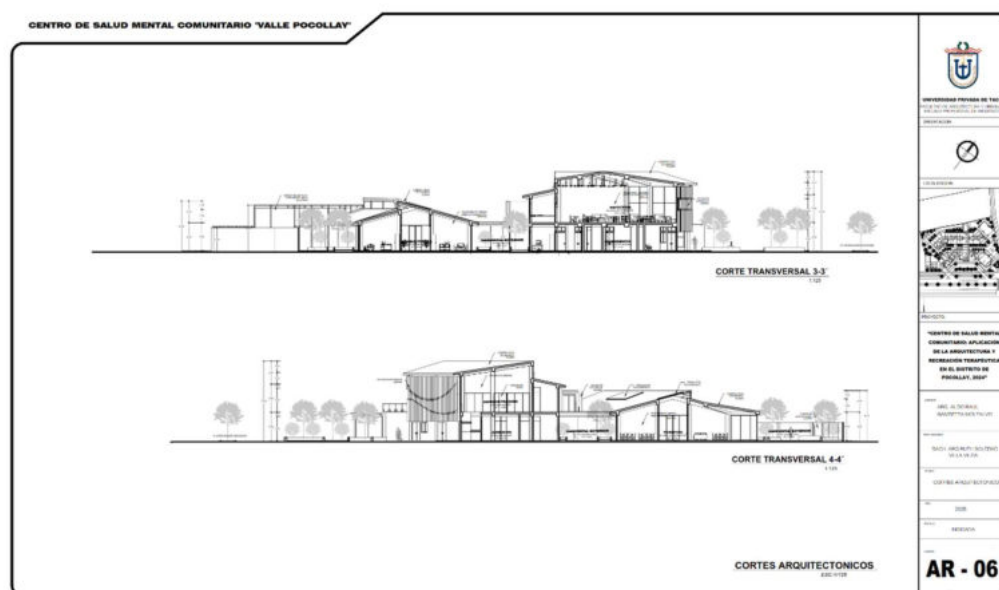
Figura 126
PLANO DE ELEVACIONES ARQUITECTONICAS



PLANO DE CORTES NIVEL ANTEPROYECTO ARQUITECTONICO

Figura 127:
PLANO DE CORTES ARQUITECTONICOS

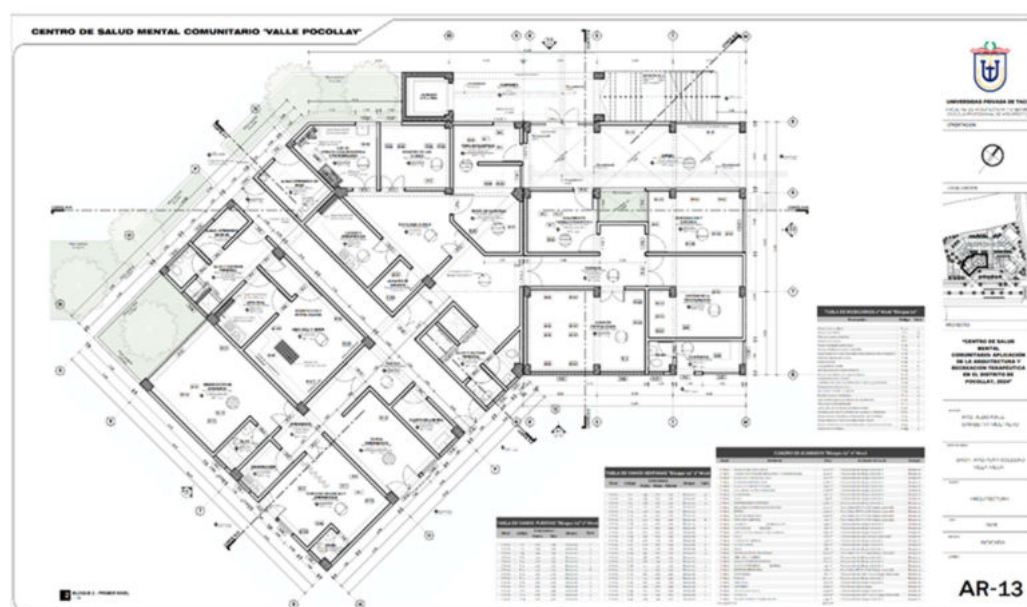




4.8 PLANOS ARQUITECTONICOS NIVEL PROYECTO

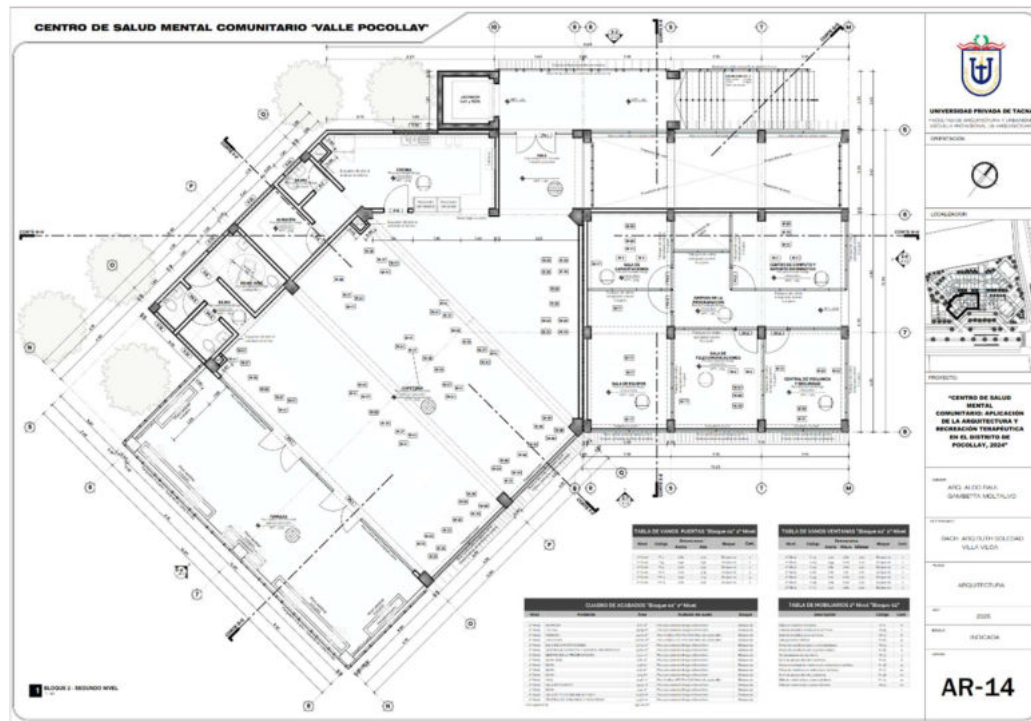
PLANO DE 1ER NIVEL

Figura 128:
Plano de 1er nivel



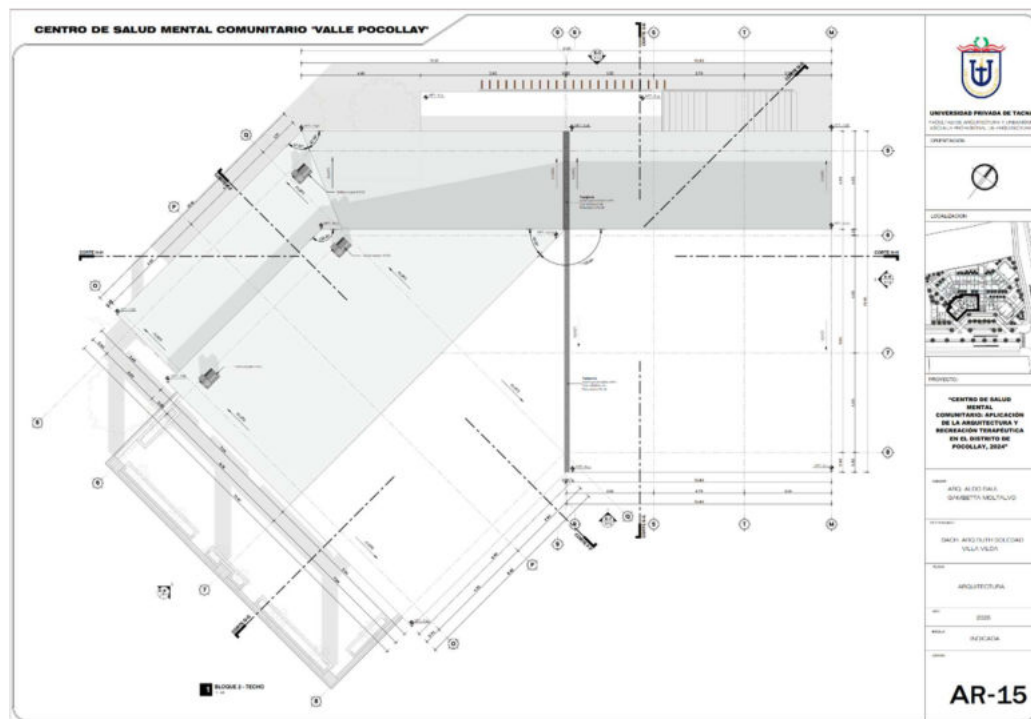
PLANO DE 2DO NIVEL

Figura 129:
Plano de 2do nivel



PLANO DE TECHOS

Figura 130:
Plano de techos



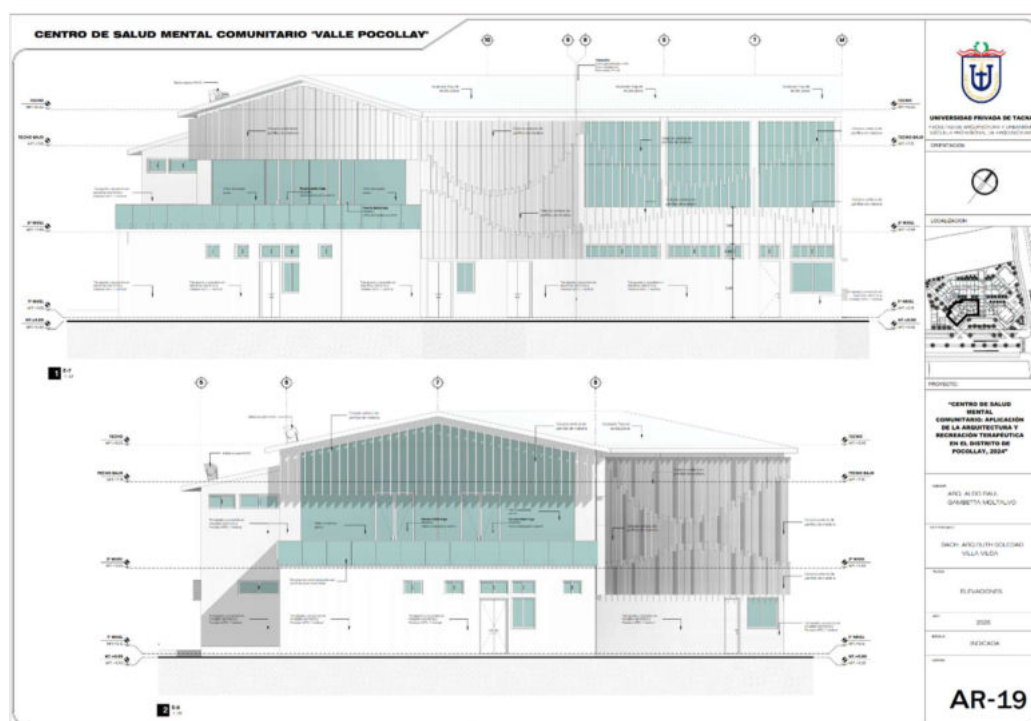
PLANO DE CORTES NIVEL PROYECTO

Figura 131:
Plano de cortes



PLANO DE ELEVACIONES NIVEL PROYECTO

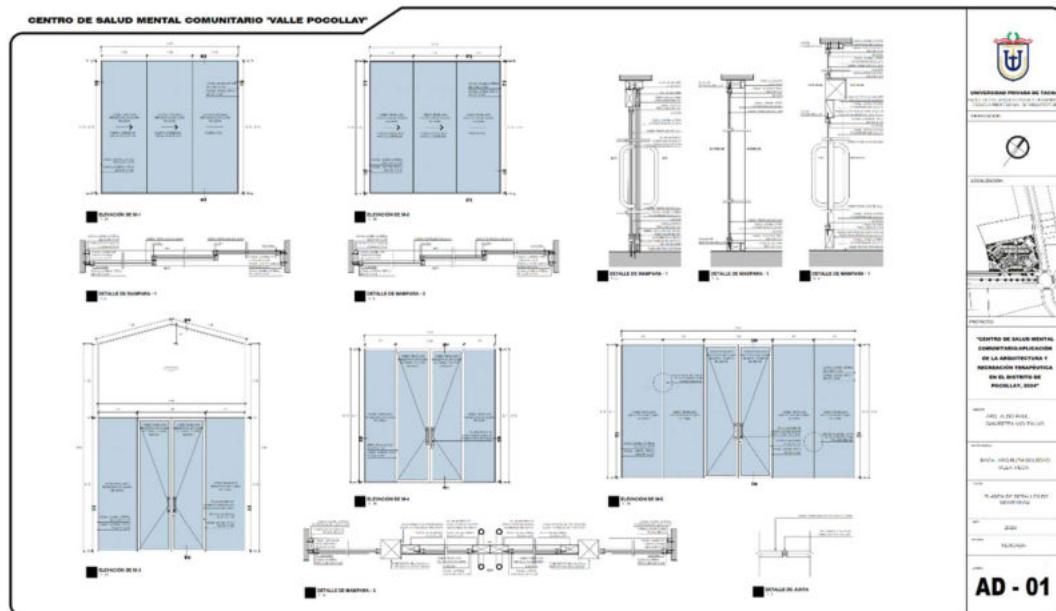
Figura 132:
Plano de elevaciones



4.8.1 PLANOS DE DETALLES

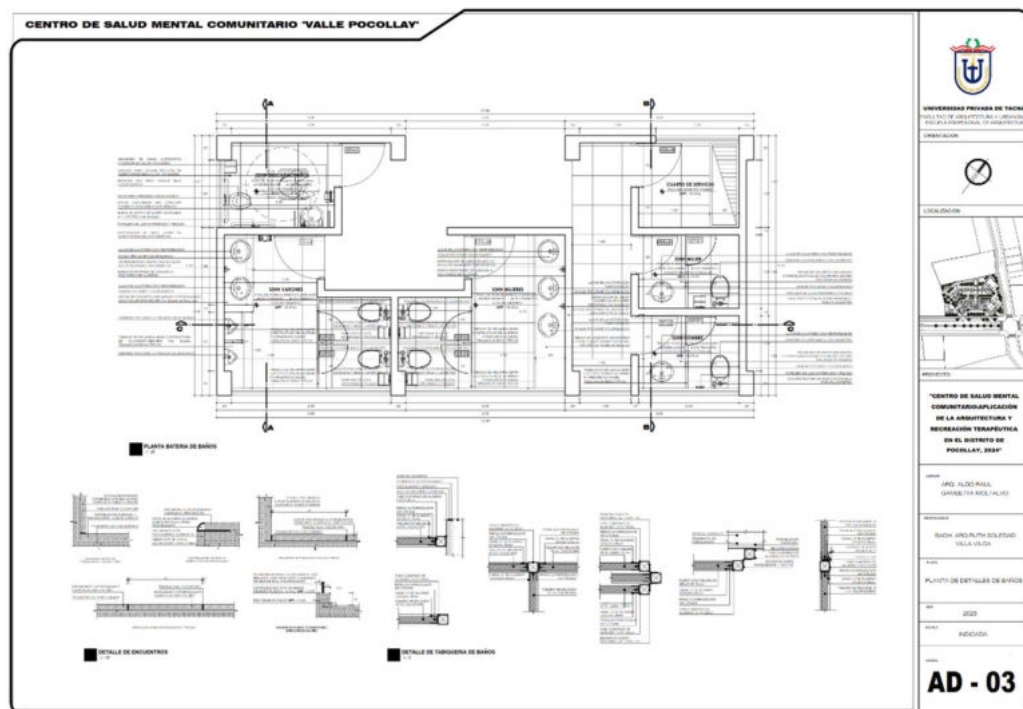
DETALLE DE MAMPARAS

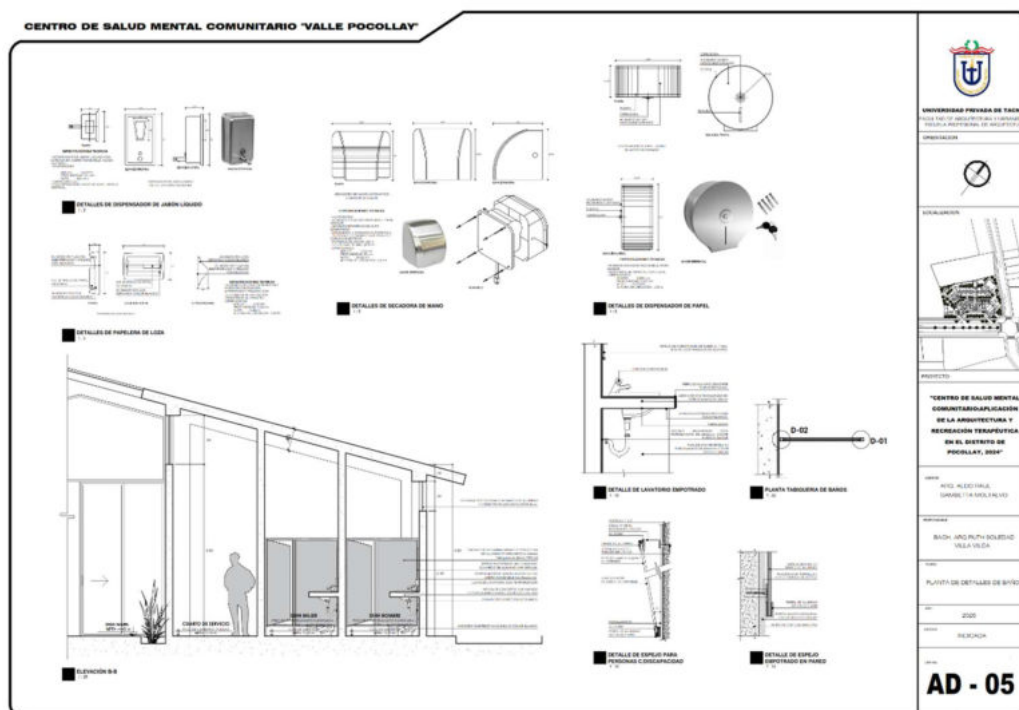
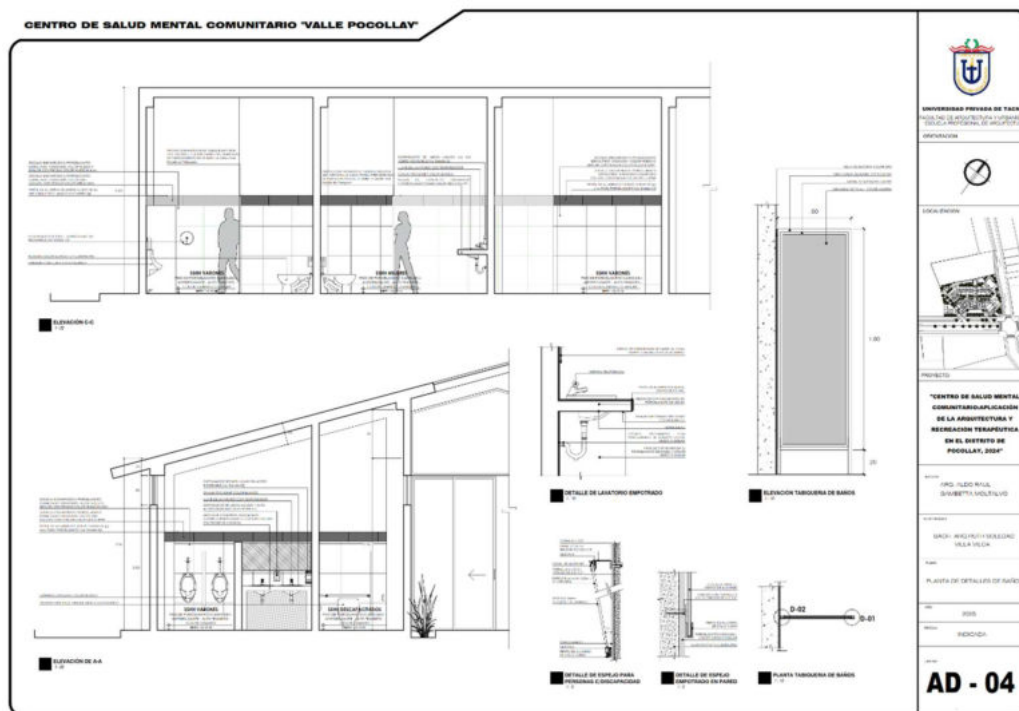
Figura 133:
Detalle de mamparas



DETALLE DE SS. HH

Figura 134:
Detalle de SSHH

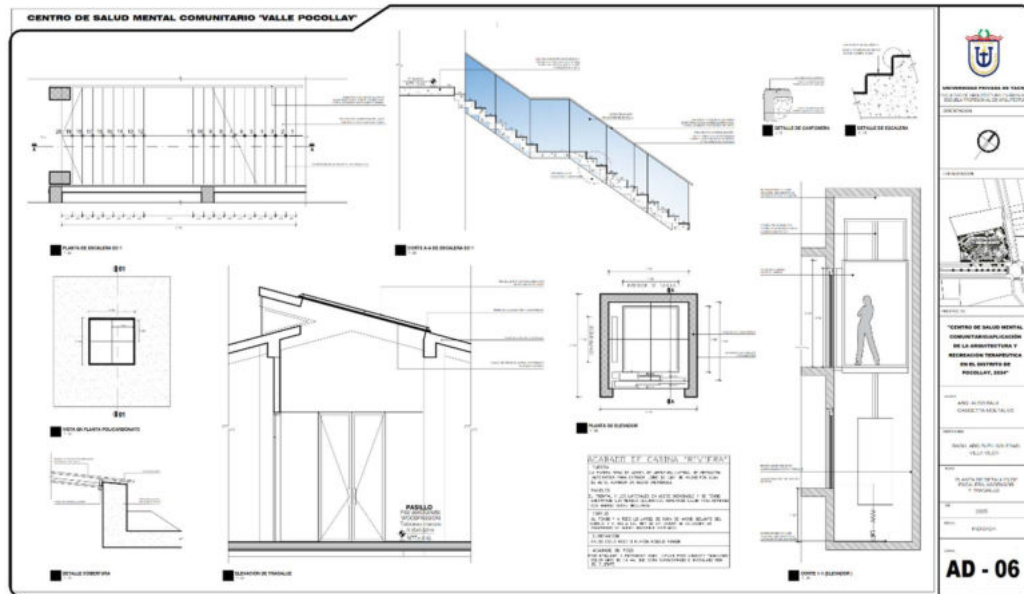




DETALLE DE ESCALERA, ASCENSOR Y TRAGALUZ

Figura 135:

Detalle de escalera, ascensor y tragaluz



4.9 VISTAS 3D

4.9.1 VISTAS INTERIORES

Figura 136:
Vista de cafetería



Figura 137:
Vista 2 de cafetería



Figura 138:
Vista de observación de emergencia



Figura 139:
Vista 2 de observación de emergencia



Figura 140:
Vista de espera (Zona patología clínica)



Figura 141:
Vista de consultorio de niños



Figura 142:
Vista de consultorio de adolescentes, adultos y adultos mayores



Figura 143.

Vista Caminería exterior Jardín Terapéutico



Figura 144.

Vista Jardín Terapéutico Modulo Horticultura



Figura 145.

Vista de Caminería Exterior Principal

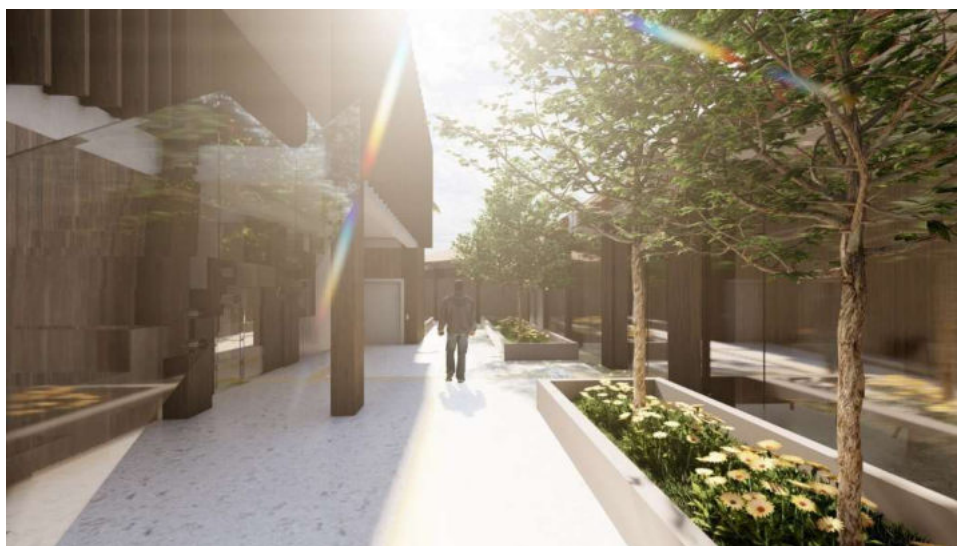


Figura 146.

Vista Fachada principal



Figura 147.

Vista caminería exterior



Figura 148.

Vista Fachada Principal



CONCLUSIONES

A partir del desarrollo de la presente investigación y del análisis arquitectónico, funcional y terapéutico realizado para el Centro de Salud Mental Comunitaria en el distrito de Pocollay, se establecen las siguientes conclusiones:

- ❖ El análisis situacional y epidemiológico del distrito de Pocollay justifica técnicamente la implementación de un Centro de Salud Mental Comunitaria, debido a la alta demanda de atención en salud mental y a la prevalencia de episodios depresivos, intentos de suicidio y trastornos emocionales registrados en la población. En ese sentido, la propuesta arquitectónica responde a esta problemática mediante un enfoque sustentado en criterios técnicos y evidencia contextual.
- ❖ El diseño arquitectónico integra principios de arquitectura terapéutica y recreación terapéutica, convirtiendo el espacio físico en un elemento activo que favorece la regulación emocional, el sentido de control, la autonomía del usuario y el bienestar sensorial. Este enfoque multidimensional permitió configurar ambientes funcionales, biofílicos y centrados en las necesidades del usuario.
- ❖ El proyecto se plantea como un equipamiento abierto a la comunidad, incorporando infraestructura destinada al desarrollo de actividades terapéuticas, recreativas y sociales. La losa multiusos, el salón de usos múltiples y el módulo de horticultura se consolidan como espacios programáticos que fortalecen la participación comunitaria, la prevención en salud mental y la integración social.
- ❖ Los jardines terapéuticos, las áreas de actividad al aire libre y el módulo de huerto constituyen un sistema complementario a la atención clínica, permitiendo el desarrollo de actividades de reminiscencia, psicomotricidad, mindfulness, trabajo colaborativo y estimulación sensorial. De esta manera, se amplía la capacidad resolutoria del CSMC mediante intervenciones terapéuticas no farmacológicas.
- ❖ La estrategia de circulación arquitectónica se basa en caminerías amplias, recorridos exteriores y transiciones continuas entre espacios interiores y exteriores, mejorando la orientación espacial, reduciendo la sobrecarga ambiental y disminuyendo la percepción institucional del establecimiento. Asimismo, el uso de materiales naturales como madera y piedra refuerza el carácter restaurativo y terapéutico de los ambientes.
- ❖ El proyecto cumple con criterios de accesibilidad universal mediante la incorporación de un circuito integral de pavimento podotáctil, rampas normativas, señalética accesible y ascensor, garantizando un desplazamiento seguro,

autónomo e inclusivo para personas con discapacidad visual, motora o movilidad reducida.

- ❖ El modelo arquitectónico desarrollado demuestra que es posible integrar funcionalidad clínica, inclusión social y estrategias terapéuticas dentro de un mismo equipamiento de salud, generando un entorno restaurativo que optimiza los procesos de intervención psicológica y fortalece el rol preventivo y comunitario del Centro de Salud Mental Comunitaria.

RECOMENDACIONES

En función de los resultados obtenidos en la presente investigación y considerando la importancia de la arquitectura terapéutica y la recreación terapéutica en el bienestar de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria, se plantean las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer el funcionamiento, mantenimiento y aprovechamiento integral de los espacios arquitectónicos diseñados:

- ❖ Asegurar la adecuada implementación, funcionamiento y mantenimiento de los jardines terapéuticos, la losa multiusos y los espacios comunitarios, garantizando que continúen operando como infraestructura activa destinada a intervenciones terapéuticas, actividades recreativas y procesos de integración social.
- ❖ Consolidar un modelo de gestión interdisciplinaria que articule las áreas de psicología, terapia ocupacional, recreación terapéutica y programas comunitarios, a fin de optimizar el aprovechamiento de los espacios arquitectónicos diseñados y maximizar sus beneficios terapéuticos y sociales.
- ❖ Implementar un plan operativo institucional que contemple actividades comunitarias periódicas, utilizando el salón de usos múltiples y la losa multiusos como espacios para el desarrollo de campañas de prevención en salud mental, integración vecinal, talleres educativos y actividades recreativas.
- ❖ Incorporar los espacios exteriores dentro del programa terapéutico institucional, promoviendo el desarrollo de sesiones estructuradas de actividad física, horticultura terapéutica, estimulación sensorial y dinámicas grupales orientadas al bienestar integral de los usuarios.
- ❖ Garantizar el mantenimiento permanente de los elementos de accesibilidad universal, especialmente del pavimento podo táctil, la señalética inclusiva y el ascensor, asegurando su correcto funcionamiento y favoreciendo la movilidad autónoma y segura de los usuarios.
- ❖ Desarrollar evaluaciones periódicas de carácter cualitativo y cuantitativo que permitan verificar el impacto del diseño arquitectónico en el bienestar físico, emocional y social de los usuarios, facilitando ajustes oportunos en la programación terapéutica según las necesidades identificadas.
- ❖ Promover futuras investigaciones relacionadas con la aplicación de estrategias biofílicas, recreativas y terapéuticas en infraestructura de salud mental, con la finalidad de generar lineamientos técnicos y criterios de diseño aplicables en futuros Centros de Salud Mental Comunitaria del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Centro nacional de epidemiología, p. y c. de e., & ministerio de salud. (2020). *carga de enfermedad región tacna*. <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:and9gcqba1-zkdik1ktshsr2rawcgtuasaugnahzew&usqp=cau>
- Defensoría del pueblo. (2018). *ocho de cada diez personas no reciben atención en salud mental pese a requerirlo*.
- Ethan McMahan, & david estes. (2015). el efecto del contacto con entornos naturales sobre el afecto positivo y negativo: un metaanálisis. *the journal of positive psychology*.
- Fonseca Rueda j.h. (2015). influencia de arquitectura hospitalaria en el mejoramiento del paciente. *universidad de la salle. facultad de ciencias del hábitat. arquitectura*.
- Fundación latinoamericana de tiempo libre y recreación. (2005). *funlibre*. recreación psicoterapéutica: avances conceptuales e investigativos. <https://unlibre.org/cdv/terapeutica.html>
- Instituto de métricas y evaluación de la salud, bertolacci, g. j., bhala, n. d., bhardwaj, p., bhattacharyya, k., bhutta, z. a., bibi, s., biehl, m. h., bikis, bin sayeed, m. s., biondi, a., birihane, b. m., bisanzio, d., bisignano, c., biswas, r. k., bohlouli, s., bohluli, m., bolla, s. r. r., bolor, a., ... murray, c. j. l. (2020). global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *the lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
- Instituto nacional de salud mental «honorio delgado - hideyo noguchi». (s. f.). *instituto nacional de salud mental*. s.f.
- Ley de salud mental, pub. l. no. ley 30947, diario oficial el peruano (2019).
- ministerio de salud. (2017). *norma técnica de salud centros de salud mental comunitarios*.
- Ohly, h., white, m. p., wheeler, b. w., bethel, a., ukoumunne, o. c., nikolaou, v., & garside, r. (2016). attention restoration theory: a systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. en *journal of toxicology and environmental health - part b: critical reviews* (vol. 19, número 7, pp. 305-343). taylor and francis inc. <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1196155>
- Organización mundial de la salud. (2022a). *salud mental*. https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Organización mundial de la salud. (2022b). *salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.
- Palmof. (2020). *jardines terapéuticos*. <https://www.jardinesterapeuticos.com/>
- puerto cárdenas danniel alejandra. (2020). *recuperación psicológica mediante arquitectura terapéutica en el distrito central, honduras*. universidad tecnológica centroamericana.

- Rojas-rueda, d., nieuwenhuijsen, m. j., gascon, m., perez-leon, d., & mudu, p. (2019). green spaces and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *the lancet planetary health*, 3(11), e469-e477. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(19\)30215-3](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(19)30215-3)
- Sonia cedrés de bello. (2000). efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. *revista de la facultad de medicina*, 23(1), 19-23.
- Trejos parra jhon jairo, cardona giraldo dora, & cano echeverri margarita maria. (2005). *recreación psicoterapéutica conceptos básicos*. universidad tecnológica de pereira.
- Twohig-bennett, c., & jones, a. (2018). the health benefits of the great outdoors: a systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. *environmental research*, 166, 628-637. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.06.030>
- Ulrich, r. s., simons, r. f., losito, b. d., fiorito, e., miles, m. a., & zelson, m. (1991). stress recovery during exposure to natural and urban environments. *journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230. [https://doi.org/10.1016/s0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/s0272-4944(05)80184-7)
- Ulrich, r. s., zimring, c., zhu, x., dubose, j., seo, h. b., choi, y. s., quan, x., & joseph, a. (2008). a review of the research literature on evidence-based healthcare design. en *herd* (vol. 1, número 3, pp. 61-125). <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>

ANEXOS

- Matriz de consistencia
- Fichas resumen de Modelos de Intervención Terapéutica (Recreación terapéutica)
- Instrumento de recolección de datos: Entrevista

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
Tema de Investigación:		CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO (CSMC) Y SALUD MENTAL				
Línea de Investigación:		DISEÑO, INNOVACIÓN Y HABITABILIDAD				
Título de la Investigación:		“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			
			VARIABLES	DIMENSIONES	MARCO TEÓRICO	METODOLOGÍA
Problema general:	Objetivo general:	Hipótesis o respuesta tentativa general:	V. Independiente	Dimensiones:	Indicadores	Tipo y Nivel de Investigación
¿Qué estrategias de la arquitectura y recreación terapéutica pueden aplicarse en el diseño de un Centro de salud mental comunitario en el distrito de Pocollay 2024?	Determinar y aplicar estrategias de arquitectura y recreación terapéutica en el diseño de un Centro de Salud Mental Comunitario en el distrito de Pocollay, 2024.	-No aplica	Centro de Salud Mental Comunitario (C.S.M.C)	1. Dimensión Funcional (organización espacial, zonificación, flujos, accesibilidad 2. Dimensión espacial-ambiental (confort, iluminación, ventilación, percepción espacial, calidad ambiental) 3. Dimensión terapéutica (Bienestar emocional, recuperación, contacto con la naturaleza) 4. Dimensión recreativa-comunitaria	1. Claridad de circulaciones, sectorización funcional, control de accesos, relación entre áreas terapéuticas y comunitarias, accesibilidad universal 2. Iluminación natural, ventilación cruzada, confort térmico, control acústico, amplitud visual 3. Jardines terapéuticos, visuales naturales, corredores terapéuticos, espacios contemplativos, integración biofílica 4. Espacios de encuentro, áreas recreativas, flexibilidad de uso, integración comunitaria, espacios multifuncionales	- Enfoque cualitativo - Nivel descriptivo-proyectual
Problemas específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis o respuestas tentativas específicas:	V. Dependiente	Dimensiones:	Indicadores	Método y diseño de la investigación
-PE1: ¿cuáles son las estrategias de la recreación terapéutica en el diseño de una infraestructura de salud mental?	-OE1: Determinar cuáles son las estrategias de la arquitectura terapéutica en el diseño de una infraestructura de salud mental.	- No aplica	Aplicación de la Arquitectura Terapéutica.	1. Confort Físico y Térmico 2. Espacios abiertos: Luz natural e Iluminación natural/iluminación natural. 3. Sonidos y diseño biofílico	1. Ventilación cruzada, ventilación tipo chimenea, iluminación natural, <u>Mecanismo de verificación</u> Cuestionario de Calidad Ambiental Percibida (PREQ). 2. Materialidad, Patios, tragaluces, aperturas, Vinculación directa con vegetación y jardines. <u>Mecanismo de verificación:</u> Escala de Estrés Percibido (PSS-10) 3. Jardines terapéuticos y su conexión directa con el conjunto. <u>Mecanismo de verificación:</u> Escala de Restauración Percibida (PRS)	Diseño no experimental, descriptivo y proyectual, basado en análisis cualitativo, revisión teórica, entrevistas y formulación arquitectónica.
-PE2: ¿cuáles son los lineamientos arquitectónicos de la recreación terapéutica a aplicar en el diseño de un Centro de salud mental comunitario en el distrito de Pocollay,2024?	-OE2: Determinar cuáles son los lineamientos arquitectónicos de la recreación terapéutica a aplicar en el diseño de un Centro de salud mental comunitaria en el distrito de Pocollay,2024.	- No aplica	Aplicación de la Recreación Terapéutica.	1. Dimensión sensorial y restaurativa 2. Dimensión social y comunitaria 3. Dimensión emocional e introspectiva 4. Dimensión ocupacional y recreativa	1. Jardines terapéuticos (, materialidad y ambientes restaurativos con luz natural. <u>Mecanismo de verificación:</u> Escala de Estrés Percibido (PSS-10), mejoras en niveles de relajación y participación en terapias, y niveles de atención y regulación emocional. 2. Talleres de rehabilitación ocupacionales y áreas de huerto, salón de Usos Múltiples (SUM). <u>Indicador:</u> Evaluación de la interacción positiva y cohesión grupal en los talleres. 3. Consultorios, salas de terapia, y demás ambientes con aislamiento acústico, mobiliario flexible y espacios contenidos. <u>Indicador:</u> percepción de seguridad y privacidad terapéutica. 4. Salas de arte terapia, de terapias ocupacionales, el módulo MINNENAS TRADET de jardín terapéutico(horticultura) <u>Indicador:</u> continuidad de participación en talleres terapéuticos.	Técnicas de recolección de datos: La observación La entrevista Fuentes documentales Estudios de casos



FICHA RESUMEN

MODELO DE INTERVENCION: MODELO DE HABILIDAD DEL OCIO

AUTORES: Norma J. Stumbo y Carol A. Peterson

AÑO

DEFINICION

Este modelo es el más antiguo, debatido y más utilizado en la prestación de servicios en ocio terapéutico. Tiene una fuerte orientación hacia el ocio y como producto final, la mejora en el funcionamiento independiente y satisfactorio de las personas también llamado “estilo de vida de ocio”. el cual implica que una persona tiene las suficientes destrezas, conocimiento, actitudes y capacidades para participar con éxito y derivar satisfacción de las experiencias de ocio y recreación que forman parte de su patrón vital individual. Donde estos niveles de participación y satisfacción serian, en última instancia, la calidad de vida y la felicidad.

Este modelo justifica sus servicios de ocio terapéutico sobre el supuesto de que todo ser humano necesita, quiere y se merece ocio, ya que el ocio ofrece el contexto en el que las personas pueden aprender, interactuar, expresar su individualidad y autorrealizarse. Además, también se basa sobre el supuesto de que muchas o todas las personas enfrentan barreras para un ocio completo y satisfactorio, ya sea desde la desinformación hasta dificultades para conocer gente y establecer relaciones significativas y más aún las personas con discapacidades y/u otras enfermedades. Por lo tanto, no siendo posible un ocio pleno y satisfactorio; y es ahí donde este modelo interviene ayudando a reducir las barreras para la participación del ocio mediante sus ámbitos de servicio:



Los cuales se justifican en los siguientes conceptos:

PRINCIPALES CONCEPTOS:

a) La indefensión aprendida frente a la competencia o autodeterminación:

Los estudios indican que el ocio terapéutico es un medio para ayudar a las personas a derivar satisfacción psicológica de su participación en ocio. Además de que las personas por sí mismas ya esperan que las actividades recreativas o de ocio sean psicológicamente terapéuticas.

La indefensión aprendida es la percepción que tiene una persona de que los acontecimientos de su vida están más allá de su control personal, y por lo tanto deja de intentar producir cambios o resultados en su vida. Esta persona con el tiempo dejará de querer participar (en actividades de ocio, por ejemplo) y creará que otro es responsable de establecer las reglas y que él no tiene ningún tipo de control. Entonces su capacidad de asumir riesgos disminuirá y aprenderá a sentirse indefenso. Esta es una barrera significativa para una participación plena y que se aprende de acuerdo a las interacciones con su medio ambiente y/o en alguna etapa de su vida. Lo cual significa que también puede ser desaprendida.

La indefensión aprendida elimina en la persona la sensación de competencia y autodeterminación. (Iso-Ahola, 1980) afirma que esta indefensión puede generalizarse rápidamente de un aspecto concreto a uno más generalizado de incompetencia y falta de control,



además de depresión que podrían alcanzar la vida laboral y en el peor de los casos, toda la vida de la persona. Además de otras consecuencias.

Entonces el ocio terapéutico buscara influir en el estilo de vida de ocio de una persona mediante la reducción de la indefensión aprendida y el aumento del control personal, la motivación intrínseca y la elección individual.

b) La motivación intrínseca, el locus de control interno y la atribución causal:

Estos conceptos están ligados y ayudan a explicar el fundamento de la provisión de servicios de ocio terapéutico:

Todas las personas están intrínsecamente motivadas para aquellas conductas en las que se pueden experimentar competencia y autodeterminación. De este modo las personas buscan experiencias incongruentes, es decir, ligeramente por encima de su nivel de destrezas percibidos y/o retos manejables donde puedan reducir esta incongruencia y mostrar competencia. Al obtener la motivación intrínseca se producen sentimientos de satisfacción, competencia y control.

El locus de control interno es la tendencia a creer que uno mismo es responsable de las conductas y resultados que produce, hacerse responsable de las decisiones tomadas y sus consecuencias. Lo contrario a esto sería un locus de control externo, es decir responsabilizara, culpa u otorgara el reconocimiento a otras personas. Por lo tanto, es necesario un locus de control interno para sentirse responsable y dirigido por uno mismo, estar motivado y desarrollar un sentido de competencia personal.

Por su parte, la causalidad personal o la atribución supone que una persona puede influir en un resultado concreto, es decir atribuirse el éxito por su esfuerzo personal y no a una situación. Este aspecto es importante para el sentido del logro, la competencia y el control; sin este, la probabilidad de desarrollar la indefensión aprendida aumenta considerablemente.

Entonces, un estilo de vida de ocio independiente y satisfactorio conlleva estar intrínsecamente motivado, tener un locus de control interno y tener un sentimiento de causación personal. Los servicios de ocio terapéutico de este modelo deben facilitar estas percepciones a través del diseño, implementación y evaluación de diferentes actividades que aumenten la sensación de competencia personal y control.; que a su vez supone mejorar habilidades funcionales, actitudes relativas al ocio, destrezas, conocimientos y capacidades, además de la participación voluntaria en actividades de ocio personalmente elegidas. Por lo tanto, el modelo a través de sus áreas de servicio se diseñará para enseñar destrezas específicas que mejoren la competencia personal y la sensación del logro.

c) La elección: Esta implica que una persona tenga las suficientes habilidades, conocimiento, y actitudes para elegir entre opciones y las destrezas y deseos para elegir apropiadamente. Por lo tanto, los servicios de ocio terapéutico deben desarrollar destrezas y ofrecer a las participantes opciones para la participación; considerando una participación independiente en el futuro. De este modo poder tener libertad frente a las barreras y poder elegir diferentes opciones, siendo principalmente tan necesaria para las personas con discapacidad y/o enfermedades.

d) El flujo: Es un estado en el cual se logra una experiencia optima, el cual requiere elementos como el ajuste de retos de una actividad y el nivel de destreza de una persona, el cual



debe ser igual o casi igual. Logrando que la persona alcance un nivel de concentración y consumo de energía al cual se llamara “flujo”. Esto significa que en la intervención terapéutica se debe ser capaz de evaluar el nivel de destreza de los clientes adecuadamente y los requisitos de la actividad las cuales deben corresponderse implicando ajustes necesarios que harán posible que las personas sean más capaces de aprender y experimentar un ocio de mayor calidad. Entonces, el especialista además de incorporar los fundamentos teóricos mencionados: motivación intrínseca, locus de control interno, causación personal, libertad de elección y flujo; las características típicas de sus clientes incluyendo déficits y necesidades; los aspectos del proceso de provisión de un programa de ocio terapéutico de calidad(evaluación del cliente, análisis de actividades, evaluación de resultados, etc.); y el contenido del ocio terapéutico(tratamiento, educación del ocio y participación en ocio).

COMPONENTES DEL MODELO:

Las categorías principales de servicio o los componentes del modelo de habilidad del ocio son tres, las cuales están basadas en las necesidades del cliente, tienen objetivos, conductas, roles profesionales y resultados específicos.

a) Servicios de tratamiento o mejora funcional: se ofrecen de acuerdo a los déficits del cliente relacionadas con la participación satisfactoria en ocio en cuatro áreas funcionales: física, mental, emocional/afectiva y social. Las cuales serían limitaciones funcionales que se deben eliminar, mejorar de forma significativa o aprender a adaptarse a ellas (fin último de esta categoría) en esta etapa el especialista en ocio terapéutico debe ser capaz de evaluar adecuadamente estos déficits para crear, diseñar e implementar intervenciones específicas para mejorar dichos déficits y posteriormente evaluarlos.

b) Educación de ocio: proceso el cual se centra en la adquisición de actitudes relacionadas al ocio, conocimientos y destrezas. Este componente tiene 4 elementos: toma de conciencia respecto al ocio (apreciación cognitiva del ocio), destrezas de interacción social (anteriormente destrezas de conversación hasta destrezas de asertividad o empatía;posteriormente cambiado por destrezas de comunicación, de formación de relaciones y de presentación personal), destrezas de ocio (tradicionales y no tradicionales; ya que deben ser variadas desde destrezas de competición hasta destrezas para relajarse y otros), y recursos de ocio (oportunidades de ocio; recursos personales, familiares y del hogar; comunitarios; estatales y nacionales).

En esta etapa el cliente empieza a tener mayor participación e implicación en los programas. En esta categoría se supone una mayor libertad de elección, mayor locus de control interno, motivación intrínseca y una mayor independencia.

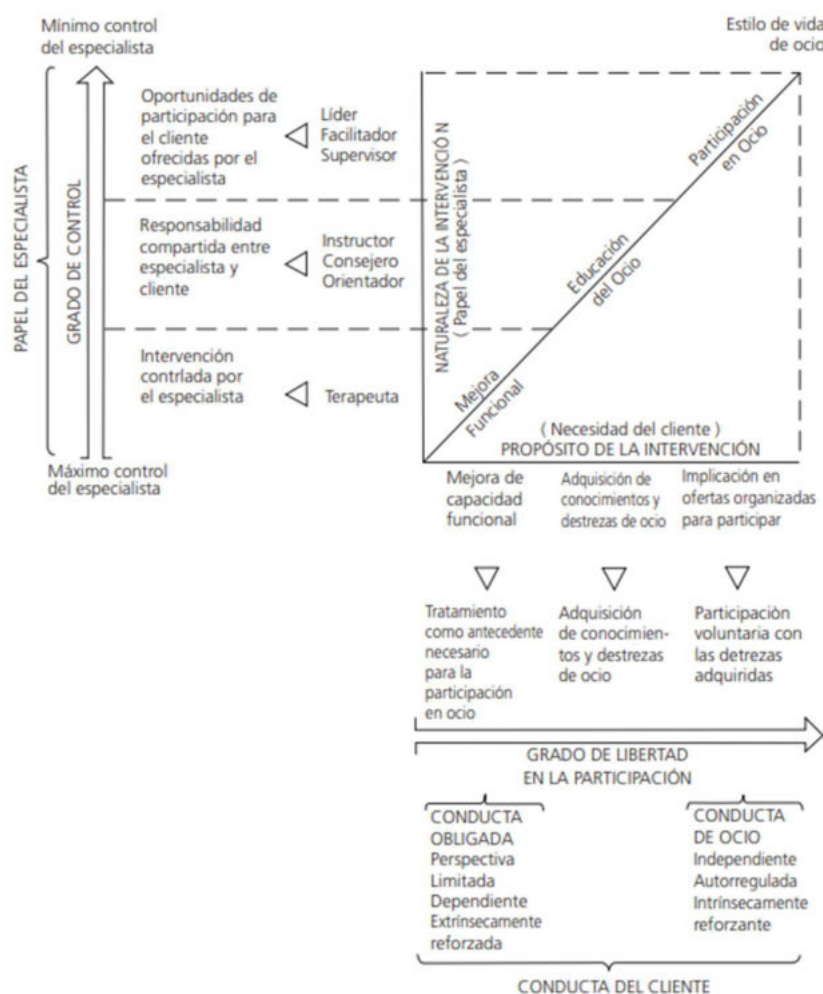
c) Participación en ocio: se refiere a actividades estructuradas donde el cliente pone en práctica las destrezas adquiridas, experimenta el disfrute y la expresión personal. En esta etapa el cliente tiene una mayor libertad de elección y su motivación es principalmente intrínseca, el especialista ya no está enseñando ni tiene el control, está bajo un papel de organizador o supervisor.

d) Estilo de vida de ocio: según Iso-Ahola(1980)un estilo de vida de ocio satisfactorio, intrínsecamente motivado y placentero no solo implica el conocimiento de destrezas, sino que la

persona ha superado sus principales limitaciones funcionales, tienen destrezas sociales adecuadas, tiene mayor libertad de elección, motivación, libertad, responsabilidad, causalidad e independencia en el ámbito de ocio, y entre otros.

Este modelo es utilizado ampliamente y continuamente en la disciplina del ocio terapéutico, tiene gran flexibilidad de aplicación a entornos y clientes diferentes, y tiene relación en temas como la satisfacción, calidad de vida y la autodeterminación. El modelo, como todos los demás, continuará mejorando y es probable que se añadan temas más específicamente sobre salud y el pleno bienestar ya que los servicios de salud cada vez más avanzan hacia modelos más preventivos y de cuidado personal.

Ilustración 1 Modelo de habilidad de ocio





FICHA RESUMEN

MODELO DE INTERVENCION: EL MODELO DE PROTECCIÓN/PROMOCIÓN DE LA SALUD

AUTORES: David R. Austin

AÑO 1984

DEFINICION

El ocio terapéutico basado en este modelo tiene como objetivo ayudar a las personas a recuperarse tras una amenaza a su salud (protección de la salud) y lograr el nivel más alto posible de salud (promoción de la salud).cuyos resultados se relacionan al aumento de la conciencia personal, mejora de destrezas sociales, mejora de habilidades de ocio, disminución del estrés, mejora del funcionamiento físico y desarrollo de sentimientos de auto consideración positiva, autoeficacia y control percibido; los cuales se sustentan en los siguientes conceptos:

PRINCIPALES CONCEPTOS:

- a) Perspectiva humanista: se adopta que cada persona es responsable de su propia salud y tiene la capacidad de tomar decisiones sabias y personales sobre ella, que el entorno representa una interacción dinámica e influencia y, que se tiene la capacidad de desarrollo a lo largo de la vida debido a la necesidad de crecimiento y realización de todo el potencial.
- b) Alto nivel de salud integral: Este tiene un acercamiento holístico que va más allá de la ausencia de la enfermedad física e incluye tanto la salud integral psicológica como la medioambiental; donde el mayor nivel de salud integral se lograría cuándo se vive en un “entorno muy favorable” y se disfruta de una “salud integral máxima” cuya finalidad es la misma que la del ocio o recreación terapéutica, avanzar hacia la autorrealización.
- c) Tendencia estabilizadora y autorrealizadora: La primera se refiere al mantenimiento del estado actual de una persona, un mecanismo de adaptación que ayuda a manejar el estrés. Se centra en evitar o alejarse de los estados negativos de enfermedad o lesión. Mientras que la Tendencia Autorrealizadora se refiere a la promoción de la salud, alcanzar o avanzar hacia un estado positivo de alto nivel de salud y bienestar.
- d) Salud: se conoce que la salud es un estado dinámico en el ciclo vital el cual implica el afrontamiento adaptativo mediante el uso óptimo de los propios recursos, serán necesarias tendencias estabilizadoras y Autorrealizadoras.

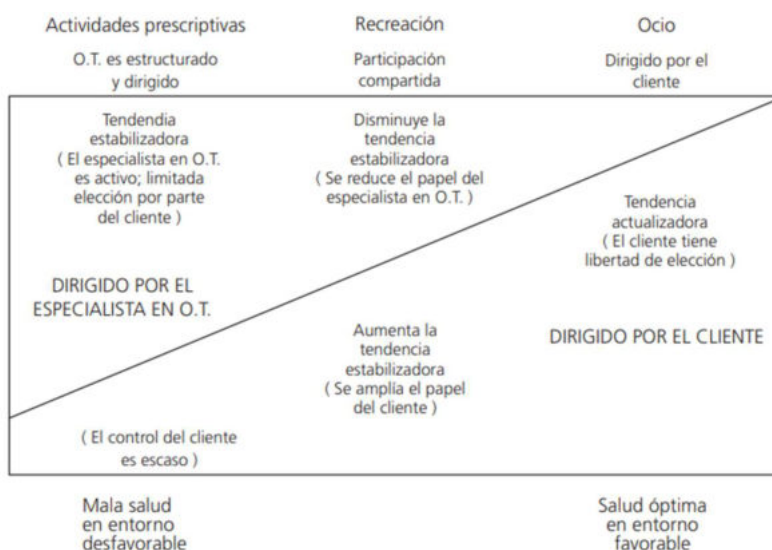
COMPONENTES DEL MODELO:

Este modelo tiene tres componentes los cuales se mueven en el continuo enfermedad -salud integral, el cual se mueve según la adopción de responsabilidades y la máxima capacidad de

elección llegando hacia la salud integral y la plena responsabilidad de la propia salud hasta que los servicios de ocio terapéutico ya no son necesarios.

1. El componente de actividades prescriptivas: Cuando las personas enfrentan experiencias de enfermedad o trastornos tienden a sentir una pérdida de control sobre sus vidas la cual puede producir un sentido de indefensión hasta una depresión severa. Lo que representa una amenaza significativa para su salud y a la vez no están preparados para beneficiarse del ocio y la recreación. En esta etapa es importante la actividad, la cual se usará como medio para empezar a sentir control sobre una situación y superar los sentimientos indefensión.

Ilustración 2 Continuo de Ocio Terapéutico



2. Componente recreativo: La recreación se ha asociado con propiedades restauradoras. Ya que ofrece la oportunidad de recrearse a sí mismos. Permite aprender nuevas destrezas, conductas, formas de interactuar, nuevas ideas y conceptos sobre ellos mismos. Combatiendo las amenazas a su salud y recuperando la estabilidad.

3. Componente de ocio: mientras que la recreación ayuda a recuperarse, el ocio favorece el crecimiento. ya que esté es libremente elegido e intrínsecamente motivado (extremadamente importantes para la salud física y mental de las personas) A su vez produce sentimientos de autoeficacia y disfrute, y la oportunidad de expresar la tendencia autorrealizadora y el desarrollo personal.

4. Los componentes de recreación y ocio: La recreación y el ocio se diferencian en que la recreación es una herramienta adaptativa que permite recuperarse, mientras que el ocio es entendido como como un fenómeno que favorece el crecimiento; sin embargo, ambos están libres de barreras o impedimentos, ambos convelan a la motivación intrínseca y permiten que se experimente gran cantidad de control sobre la propia vida, ambos permiten “ser uno mismo”. De este modo, el terapeuta tiene la tarea de ofrecer este ambiente abierto y de apoyo, buscando el beneficio terapéutico.



**“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION
TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo-UPT

5. El continuo: Ya que la salud y la autorrealización están íntimamente ligadas, conforme se avance hacia niveles altos de salud los sentimientos de autoeficacia aumentan y los clientes se sienten cada vez más capaces de controlar sus vidas y enfrentar la adversidad, claramente asumiendo mayores niveles de independencia.



FICHA RESUMEN

MODELO DE INTERVENCION: MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OCIO TERAPÉUTICO Y MODELO DE RESULTADOS DEL OCIO TERAPÉUTICO

AUTORES: GLEN E. VAN ANDEL

AÑO

DEFINICION

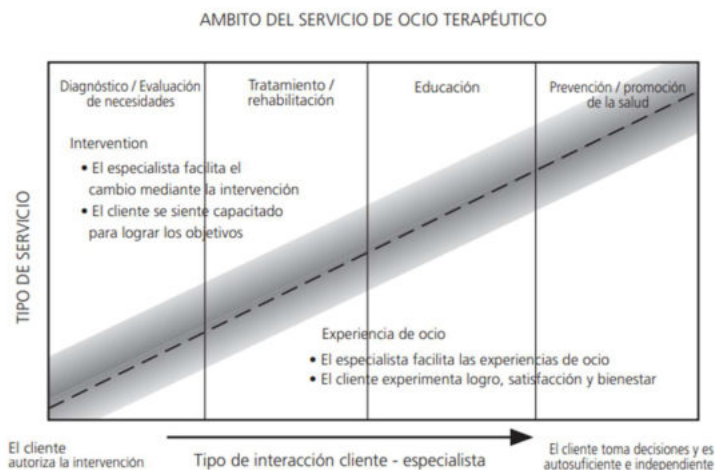
Este modelo ofrece una panorámica general del ejercicio actual del ocio terapéutico y la descripción y justificación de dos modelos interrelacionados. El modelo de prestación de servicios muestra en general el tipo de intervención mientras que el modelo de resultados del ocio terapéutico se centra en los resultados de la intervención.

MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

Los resultados generales principales de este modelo son la adquisición de la capacidad para alcanzar los objetivos que se desean, experimentar un sentimiento de plenitud, satisfacción, competencia y bienestar. El ámbito de servicio hace referencia a los componentes de diagnóstico y evaluación de necesidades, tratamiento/rehabilitación, la educación y la prevención, y promoción de la salud. Donde el diagnóstico de las necesidades se refiere al uso de pruebas estandarizadas y evaluaciones de campo, cuyo objetivo es determinar las fortalezas y capacidades del cliente y las posibles limitaciones para alcanzar objetivos; el tratamiento y la rehabilitación implican ofrecer ayuda para recuperar la salud; las estrategias educativas desarrollan actitudes, destrezas, valores que mejoran la salud general, entrenamiento en asertividad, entre otras. **En las actividades de promoción y prevención de la salud se incorporan el manejo del estrés, programas de ejercicio, además de actitudes y conductas que promuevan estilos de vida saludables.**

El tipo de intervención de este modelo implica un componente de intervención planificada y un componente de experiencias de ocio el cual se diferencia según la percepción del cliente y su aplicación según la necesidad actual. Aunque las dos primeras categorías tienden a ser más estructuradas a fin de lograr objetivos establecidos, las últimas permiten una mayor libertad personal y por lo tanto una mayor posibilidad de vivencia de ocio.

Ilustración 3 Modelo de servicio de Ocio Terapéutico



MODELO DE RESULTADOS:

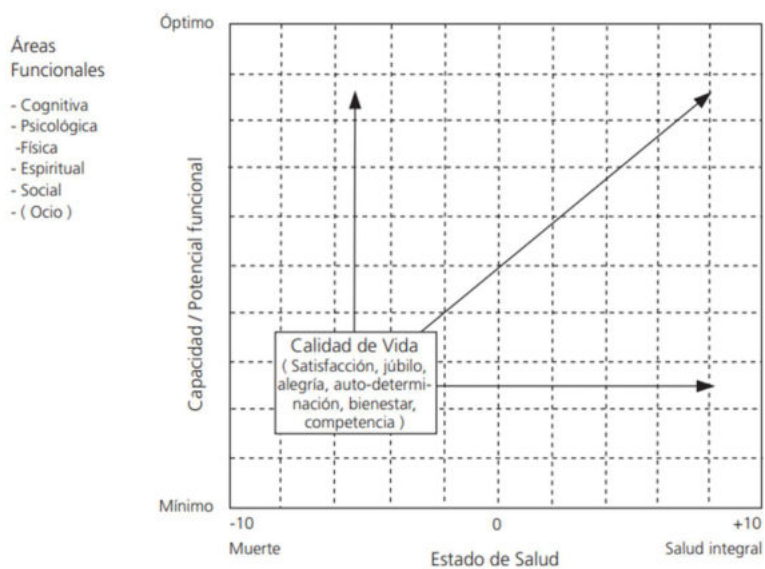
Se ha observado que los servicios de ocio terapéutico influyen en la capacidad funcional de los pacientes, su estado de salud y su calidad de vida; ya que estos están ligados con la sensación de bienestar. Así, este modelo se basará en la capacidad para facilitar experiencias integradoras principalmente mediante el juego y la recreación que aumenten la calidad de vida de las personas o que contribuyan a un estado de salud integral, la cual incluye factores de salud mental, espiritual, emocional, social y fisiológica. **Ejemplo de ello es la utilización del Bio feedback y la meditación** para el tratamiento del dolor crónico el cual reconoce la intervención o la relación dinámica entre mente, cuerpo y espíritu o lo que se conoce como salud holística o salud integral. En lo que se refiere a calidad de vida los científicos conductuales han destacado como sus indicadores: la importancia de la satisfacción de las necesidades, la capacidad de tolerar el estrés, la independencia o autodeterminación, la manifestación del disfrute, las relaciones interpersonales significativas, el bienestar y sentirse contento y el uso personalmente significativo del tiempo. Por lo que en este contexto el ocio sería un valor clave para lograr la felicidad y la plenitud como persona. Dónde a su vez, la capacidad de funcionar mental, cognitivo, física, espiritual, social y emocionalmente es esencial para la salud óptima.



**“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION
TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo-UPT

Ilustración 4 Modelo de resultados de los Servicios de Ocio Terapéutico.





FICHA RESUMEN

MODELO DE INTERVENCION: AUTODETERMINACIÓN Y AUMENTO DEL DISFRUTE: UN MODELO PSICOLÓGICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OCIO TERAPÉUTICO

AUTORES: John Dattilo, Douglas Kleiber y Richard Williams

AÑO 1993

DEFINICION

Este modelo es una versión modificada del modelo conceptual original propuesto por Dattilo y Kleiber (1993) el cual explicaba la relación entre el disfrute y la autodeterminación, la presente modelo amplia esta propuesta teórica modificando algunos aspectos y principalmente añadiendo estrategias concretas de prestación de servicios para cada fase del proceso de ocio terapéutico. El objetivo del modelo es enseñar a las personas independientemente de su tipo y grado de discapacidad a crear entornos que lleven al disfrute ya que en última instancia este contribuye al bienestar y el crecimiento personal; donde la disponibilidad de tiempo libre no se traduce directamente en disfrute, sino que es necesario crear condiciones que ayuden a la concentración, el esfuerzo y sentido de control y la competencia, al mismo tiempo que promuevan la libertad de elección y expresión de las preferencias ya que según los autores esta es la maquinaria del disfrute.

COMPONENTES DEL MODELO:

1) La autodeterminación:

Es lo que supone actuar como el agente causal principal en la propia vida y la capacidad de elegir y adoptar decisiones libres. Según las investigaciones la autodeterminación supone autonomía, flexibilidad y capacidad de elegir entre opciones y la capacidad de adaptarse a cualquier situación. Por lo que en los servicios de ocio terapéutico **es necesario crear entornos informativos interesantes y con variedad de opciones para contribuir al disfrute incluyendo la percepción de la Libertad y la iniciación en actividades de ocio elegidas personalmente contribuyendo de este modo a la autodeterminación.**

Para la prestación de servicios de ocio terapéutico se considera que para que una persona experimente autodeterminación debe conocer sus fortalezas y limitaciones, necesidades personales de aprendizaje y cómo utilizarlas para aumentar su calidad de vida. Por lo que es necesario ayudar a las personas a explorar, descubrir y desarrollar una conciencia de sí mismos en los contextos de ocio, ya que un aspecto del ocio autodeterminado es la autoexploración; al ser la conciencia personal básica para todo aprendizaje, crecimiento y cambio conductual positivo.

Entonces, para fomentar la autodeterminación los profesionales alientan la autonomía apoyando la iniciación en actividades, ofreciendo oportunidades para expresar preferencias y permitiendo tomar decisiones sobre su participación y los resultados basados en esas elecciones. Además, la



actividad lleva el disfrute cuando esté tiene objetivos claros ya que suministran dirección y facilitan el disfrute conforme se alcanzan; por lo que es necesario que estos objetivos sean individualizados, adaptados y planteados como un reto óptimo.

2) La motivación intrínseca:

Según este modelo la autodeterminación dirige y es dirigida por la motivación intrínseca ya que está activa la conducta y tiene como resultado sentimientos de autodeterminación. El interés, la activación y la relajación refuerzan esta conducta determinando la activación hasta un nivel óptimo, las mismas que más se asocian con el ocio y la recreación razón por la que forman parte de los objetivos de las intervenciones en ocio terapéutico.

Para la aplicación en la prestación de servicios, este componente se refuerza en la medida en qué la conducta elegida se lleva a cabo sin la influencia de variables externas y es propia del sujeto y personalmente satisfactoria. Según esta teoría el paso más importante para liberarse de los controles sociales es la capacidad de encontrar recompensas en cada momento, por lo que se reforzarán las elecciones de los participantes y minimizará los resultados haciendo que las personas primen las recompensas internas y evitando las recompensas extrínsecas (si se dan plantearlas a modo de un feedback positivo) pudiendo también ser también recompensas informativas. También se evitan competencias entre oponentes ya que hacen que el disfrute desaparezca, entonces la verdadera función de la competición deberá ser entendida como un reto o una oportunidad para probarnos, mejorar y en el proceso pasarla bien; siendo una competición indirecta, es decir, frente a estándares propios internos.

Entonces la motivación intrínseca surgirá del interés en el entorno, la oportunidad de sentirse óptimamente estimulado y competente y al tener contacto con las oportunidades. Por lo que observar a otros disfrutar de una actividad también puede ser una forma de fomentar el interés y la participación directa es una manera clave de estimular también el interés.

3) La percepción de un reto manejable:

Es importante que las personas aprendan a implicarse en actividades retadoras y se les anime a superar miedos, a probarlos y a creer que pueden tener éxito si van a arriesgarse a un resultado inesperado. Por lo que es importante animar a los participantes a evaluar sus destrezas y a la vez llevar a cabo adaptaciones necesarias en las actividades de ocio, Además, cuántas más destrezas tengan las personas es más probable que vean más actividades como retos manejables o siquiera al tener éxito en una actividad que supone un reto óptimo, las personas se sienten competentes y su motivación para seguir con la actividad aumenta.

4) La concentración o focalización de la atención:

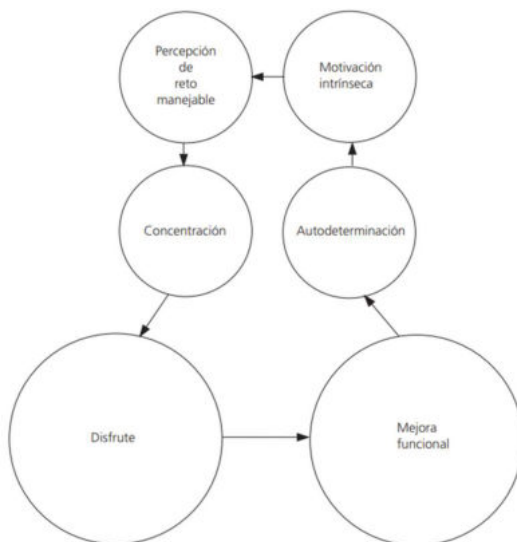
según la teoría, prestamos una atención plena y organizada cuando los objetivos son claros, el feedback es relevante y hay un equilibrio entre retos y habilidades. Además, prestar atención supone concentración, esfuerzo y sentido de control. Muchas actividades son capaces de atraer atención sin embargo para mantenerla es necesario que una actividad se haga cada vez más retadora y estar a la altura de las destrezas crecientes de una persona. Es decir, el reto asociado con la actividad debe ser constantemente evaluado y cambiado según las capacidades.

Dentro de los servicios de ocio terapéutico se deberán reducir las distracciones que rodean las actividades y evitar entornos o agentes molestos, o de lo contrario minimizar su impacto. Otro factor que afecta la atención a la tarea son los procesos de evaluación que la persona hace de sí misma por lo que se deberá posponer esta autoevaluación al final de la actividad, momento en el que se deberán favorecer las atribuciones positivas. También se debe ayudar a reducir las atribuciones poco ajustadas (percepciones equivocadas) relativas al éxito o al fracaso que intervienen con la concentración y el disfrute de la actividad. En cualquier caso, esta reeducación debe hacerse después del acontecimiento, cuando esté claro que estas atribuciones desajustadas han afectado la capacidad de concentración.

5) El disfrute: es la experiencia que se deriva de dedicar la atención a conductas que son intrínsecamente motivantes. El disfrute tiene mucho que ver con la concentración, el esfuerzo y el sentido de control y competencia. Así que una actividad comporta disfrute cuando demanda una atención sostenida y cuando produce sentimientos positivos.

6) La mejora funcional: Además del disfrute como objetivo válido de los servicios de ocio terapéutico, lo son también la mejora asociada al funcionamiento físico, emocional, social y cognitivo. Cuando las personas de forma independiente experimentan el disfrute y crean entornos que lo facilitan se producen mejoras funcionales.

Ilustración 5 Relación entre la Autodeterminación y el Disfrute



FASES DEL MODELO:

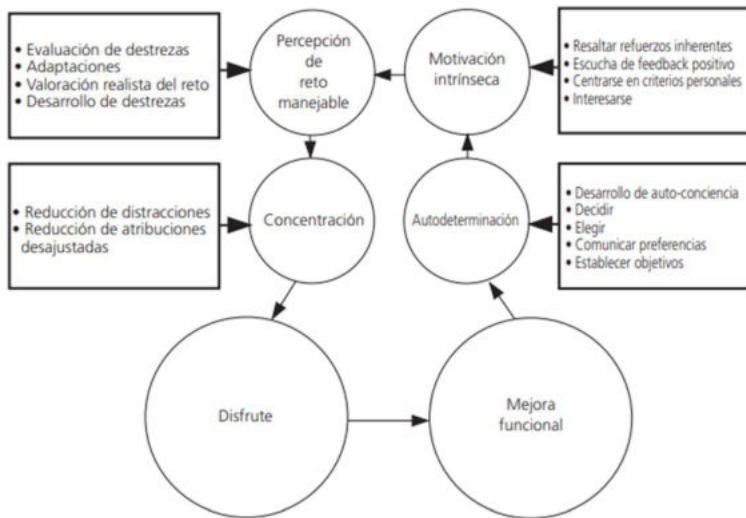
1. Evaluación: esta ayuda a determinar los intereses y las actividades de ocio previas del participante y sus aspiraciones futuras además de evaluar sus destrezas relacionadas a la toma de decisiones, la expresión de preferencias y el establecimiento de objetivos, la capacidad de analizar sus destrezas de ocio, retos asociados a las actividades de ocio y la capacidad de hacer adaptaciones a actividades. También se evalúa la capacidad de concentración en una actividad de ocio, la habilidad para reducir distracciones, evitar interrupciones, centrarse atribuciones positivas y aumentar los retos a medida que sus destrezas aumenten.

2. Planificación: se anima a los participantes se impliquen en la selección y planificación de actividades. En esta etapa es importante capitalizar las destrezas y desarrollar estrategias que respondan a sus déficits, para los cuales se establecerán objetivos

3. Implementación: se presentan opciones de participación las cuales son capaces de facilitar el disfrute y tengan viabilidad fuera de las sesiones terapéuticas. El feedback positivo deberá ofrecerse en los momentos adecuados y de tal manera en que se aprenda a interiorizar estándares de desempeño y con el tiempo no necesiten de un feedback externo. Las acciones que se muestran en el cuadro resumen llevan al disfrute y en último término a la mejora funcional. De este modo, inicialmente el especialista reduce las distracciones y prepara entornos que son retadores y atractivos para que los participantes se sientan autodeterminados, estén intrínsecamente motivados, perciban retos asociados como manejables y se concentren en la tarea; que al final los conlleve al disfrute. Finalmente, el profesional trabaja para que las personas logren de forma efectiva entornos que faciliten su disfrute.

4. Evaluación: Cuando se evalúan los servicios de ocio terapéutico es importante analizar en las personas el grado de autodeterminación en su ocio, su motivación en los retos asociados con diversas actividades de ocio que conlleven el disfrute, la percepción de retos manejables y la capacidad de atención. También pueden ser evaluados midiendo las mejoras funcionales desde que se inició con el servicio.

Ilustración 6 Modelo Psicológico de prestación de servicios de Ocio Terapéutico para aumentar la Autodeterminación y el Disfrute





FICHA RESUMEN

MODELO DE INTERVENCION: OPTIMIZACIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR A LO LARGO DEL CICLO VITAL: UN MODELO DE OCIO TERAPÉUTICO DE MEJORA DE LA SALUD

AUTORES: Barbara Wilhite, M Jean Keller y Linda Caldwell

AÑO 1992

DEFINICION

La prestación de servicios del ocio terapéutico en general se fundamenta en la existente necesidad de intervención con el objetivo de influir en el funcionamiento personal o de ocio de un individuo. Donde la satisfacción de necesidades determina el nivel de atención, y la variedad de compontes, los cuales tienen diferentes resultados y el participante puede acceder desde el momento que sea oportuno de acuerdo a su situación. Otra justificación de los servicios en ocio terapéutico es su posible influencia mejora de la salud y el bienestar durante todo el ciclo vital, pues la Asociación Americana de Medicina reconoció que los servicios de ocio son un campo afín ya que contribuyan a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de las personas con discapacidades físicas, psicológicas, mentales o sociales.

De este modo, el presente modelo se propone como un modelo no lineal fundamentado en la perspectiva del ciclo vital. El cual se fundamenta en las siguientes áreas:

CONCEPTOS DEL MODELO:

1) Mejora de la salud:

implican diversas conductas para prevenir los riesgos a la salud, mantener o promoverlas; y facilitar la interdependencia funcional. Siendo necesarias las intervenciones tanto a nivel individual como social, ya que las redes de apoyo, factores ambientales y el contexto situacional influyen en los esfuerzos de mejora de la salud. También se adopta como objetivo clave la prevención de la enfermedad, la educación para la salud y la promoción de la salud.

2) Reforma de los servicios sociales y sanitarios:

Debido al nuevo modelo de gestión sanitaria en el que el tratamiento y la rehabilitación ya no son de carácter hospitalario, se debe pensar en intervenir en instituciones y servicios comunitarios para la mejora de la salud. Por otro lado, se debe Buscar la reducción de los recursos permanentes, **el cual un modelo centrado en la prevención y promoción de la salud sería lo más conveniente.**

3) La perspectiva del ciclo vital:

Las decisiones que los clientes y profesionales deben tomar respecto a enfermedades, trastornos y discapacidades son procesos continuos y cambiantes a lo largo del ciclo vital. Por lo que el aprendizaje continuo al facilitar conductas de afrontamiento y la adaptación mediante la

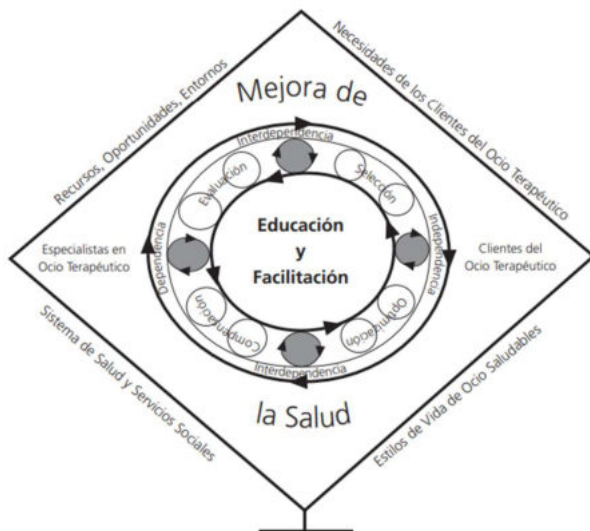
optimización y la maximización de los recursos y aspectos positivos ya sean físicos, mentales, sociales serán una realidad importante.

4) Optimización de la salud y el bienestar en el ciclo vital:

Las personas se convierten en los agentes activos que aseguran y mantienen su bienestar a lo largo del tiempo y a la vez maximizan sus capacidades individuales para crecer y adaptarse creativamente. Por lo que un concepto clave es que las estrategias de mejora de la salud son puestas en marcha por los participantes y de este modo reflejan procesos autodeterminados de toma de decisiones.

El modelo adopta que un estilo de vida de ocio saludable reduce la probabilidad de una patología y las consecuencias secundarias de la discapacidad durante todo el ciclo vital, se puede fortalecer la salud y el bienestar individualizando los recursos y las oportunidades; Y qué las personas deben prepararse para cambiar sus actividades de ocio o sustituirlas según se avance en el ciclo vital, los mismos que deberán permitir el máximo control y posibilidad de elección y la preservación de la identidad.

Ilustración 7 El modelo de Ocio Terapéutico de Optimización de la Salud y Bienestar durante el ciclo vital



ELEMENTOS DEL MODELO:

Los servicios en ocio terapéutico bajo este modelo utilizan estos elementos a través de un abordaje sistemático (diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) individualizando los planes de tratamiento.

- 1) La selección: centrándose en las capacidades, destrezas y motivaciones del cliente, la selección de determinadas actividades o áreas funcionales facilitan la motivación y satisfacción óptima mediante el máximo control personal y la capacidad de elección acompañada de objetivos.



2) La optimización: se refiere a la participación activa y selectiva en actividades que maximizan los recursos personales y medioambientales, al tiempo que facilitan la realización de actividades deseadas. Los cuales mediante el uso de estrategias educativas el especialista brinda información y las destrezas necesarias requeridas.

3) La compensación: se refiere a los esfuerzos compensatorios psicológicos, sociales y tecnológicos que se implican ante la pérdida o reducción de habilidades conductuales. El cual puede significar sustituir una actividad por otra o hacer adaptaciones que hagan posible la actividad.

4) La evaluación: aborda aspectos referidos a los costes y resultados del proceso. El bienestar y el significado personal se evaluarán de acuerdo a los cambios y transiciones y sus consecuencias; mediante los cuales será posible decidir la continuación de una determinada actividad deseable.

En general, este modelo de servicio en ocio terapéutico se fundamenta en una perspectiva educativa al brindar oportunidades de adquirir una conciencia, conocimiento y comprensión de las diferentes opciones de ocio y en una perspectiva facilitadora al ofrecer oportunidades para que los clientes apliquen el aprendizaje y se dé la experiencia de ocio, y entre otros. **Los mismos que están relacionados a otros objetivos relativos a la mejora de habilidades funcionales y la prevención de futuros déficits en el bienestar físico, psicológico o social y la salud entre las que están la prevención, promoción de la salud, la habilitación, rehabilitación y los cuidados paliativos.** Por lo tanto, busca potenciar en las personas la mayor responsabilidad, mayor control y el mantenimiento de la interdependencia durante su vida. También tiene una perspectiva holística al destacar la interrelación entre todas las dimensiones de la persona (mental, física, psicológico, cultural) y la interdependencia entre clientes, otras personas y sus entornos y a la vez una perspectiva evolutiva de la salud. Es un modelo alejado de los modelos médicos tradicionales y flexible para considerar diferentes necesidades, comprender el valor de entornos óptimos y su de aporte, y ofrecer cambios en las aspiraciones y objetivos de una persona durante su ciclo vital.

Según el modelo se hace una reflexión sobre los modelos antes expuestos, identificando similitudes los cuales incluyen: bases teóricas, continuo de servicio, conflicto entre autodeterminación y terapia, enfoques lineales versus sistemas e integración de la salud y el ocio. También refiere que los modelos citan una serie de investigaciones de forma repetitiva, es decir, un aparente cimiento en la terapia recreativa. A su vez, menciona que dentro de los conceptos fundamentales los modelos incluyen: libertad y control percibidos, motivación de competencia y eficacia, motivación intrínseca, teoría de la atribución, indefensión aprendida y experiencias pico ("flujo"). Los cuales se han convertido en los estándares teóricos convencionales y aceptados del ocio en general, y de forma particular en terapia recreativa. Mobily también menciona que se requiere un mayor esfuerzo por consolidar la teoría y los modelos, pero que cada uno de ellos tiene que aportar y el uso específico de cada uno de ellos en terapia recreativa depende de los resultados que se esperan obtener, es decir que se adecue mejor a los objetivos y a la realidad del entorno a intervenir.



FICHA RESUMEN

LIBRO:

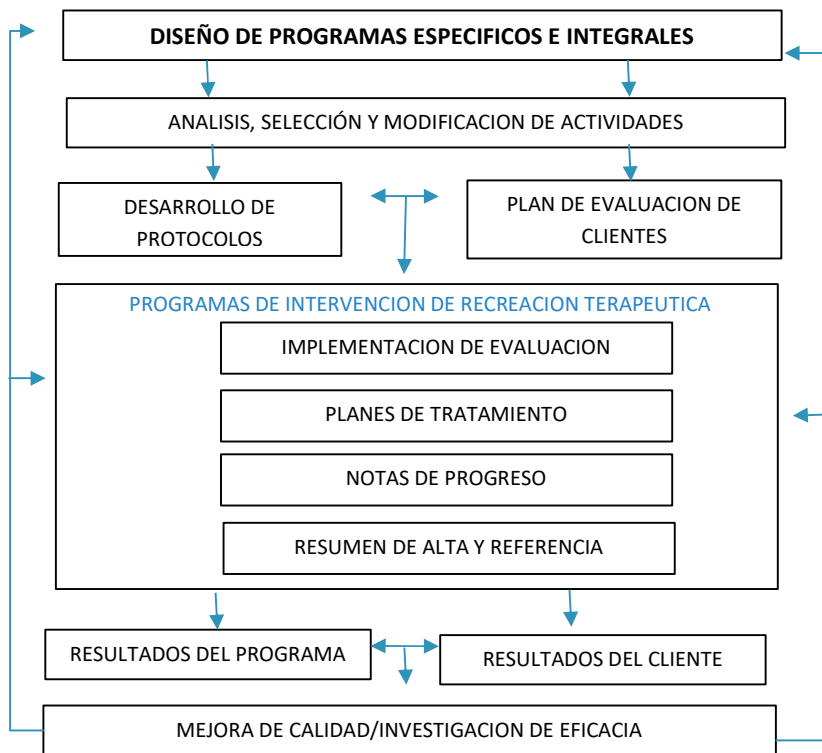
AUTORES: Norma J. Stumbo y Carol A. Peterson

AÑO

CAPITULO 6: DISEÑO ESPECIFICO DEL PROGRAMA

Un programa específico es el conjunto de actividades y sus correspondientes interacciones que están diseñadas para lograr objetivos determinados para un grupo de clientes. Cada programa específico identifica y aborda algún aspecto importante de intervención funcional, educación recreativa o participación recreativa. Una vez seleccionado el tema general de un programa específico se derivarán y establecerán objetivos, luego se desarrollarán actividades que se relacionen directamente con los objetivos identificados y apropiados, siendo estas actividades recreativas tradicionales, hasta incluir áreas de discusiones, conferencias y ejercicios escritos o cognitivos.

Figura 1 Componente específico del modelo de responsabilidad en Recreación Terapéutica



El desarrollo total del programa específico requiere tres etapas de diseño:

- El plan del programa
- El programa de implementación
- El plan de evaluación



**“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION
TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo-UPT

Cada una de estas etapas tiene procedimientos y tareas secuenciales. El plan del programa consta de cinco partes principales:

- 1- Declaración del propósito
- 2- Objetivos de desempeño terminales (TPOs)
- 3- Objetivos habilitantes (EOs)
- 4- Medidas de desempeño (PMs)
- 5- Descripciones de contenido procesos (CPD)

El plan de implementación consiste en:

- 6- Hoja de rendimiento
- 7- Descripción de la implementación



**“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION
TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo-UPT

Perfil del entrevistado		
Cargo/Usuario:		Fecha:
Edad:		

La presente encuesta tiene por finalidad recoger información con el objetivo de establecer lineamientos o premisas para el diseño de una infraestructura de Atención en Salud Mental (Centro de Salud Metal Comunitario).

INSTRUCCIONES:

Responda los siguientes ítems con alguna de las 03 alternativas:

- 1) No, en desacuerdo.
- 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 3) Si, de acuerdo.

DIMENSION: ARQUITECTURA TERAPEUTICA			
Ítems	1	2	3
1- Confort físico y térmico: ¿Considero que la temperatura, la humedad y la ventilación dentro de los ambientes de consulta o terapia son fundamentales para el confort físico?			
2-Diseño flexible y adaptable: ¿Considero que los espacios terapéuticos deben ser flexibles para adaptarse a las diversas necesidades de los usuarios y tener buen diseño ergonómico?			
3-Luz Natural e iluminación adecuada: ¿Considero que el diseño deberá maximizar la entrada de luz natural y la conexión con el entorno natural, especialmente en espacios donde los usuarios pasan mucho tiempo?			
4-Acústica: ¿Considero que los ambientes terapéuticos deben tener un buen ambiente acústico?			
5-Espacios abiertos: ¿Considero que se debe destacar la relevancia de la naturaleza y la exposición al aire libre, mientras que en los entornos construidos deberán plantearse la utilización de patios centrales rodeados de corredores con vistas hacia el exterior, en los que se integran vegetación y áreas verdes?			
6-Ubicación: ¿Considero que es preferible la que una infraestructura de salud mental sea una edificación de baja altura y que este ubicada en áreas suburbanas y rodeada de vegetación aprovechable?			
7-Psicología del Color: ¿Considero que la psicología del color, combinada con principios de diseño ambiental, contribuyen en crear espacios que reducen el estrés, promueven la relajación, estimulan la interacción e incluso favorecen procesos de curación?			
8-Sonidos y diseño biofílico: ¿Considero que la integración de vegetación, luz natural, madera, materiales naturales y sonidos naturales como corrientes de agua o sonidos suaves del viento o la fauna puede inducir una sensación de calma y bienestar, ayudando a reducir el estrés?			

DIMENSION: RECREACION TERAPEUTICA



**“CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: APLICACIÓN DE LA ARQUITECTURA Y RECREACION
TERAPEUTICA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY, 2024”**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo-UPT

1. ¿Cuáles son las actividades de recreación (Terapia Ocupacional, Activación física, ejercicios de recreación, entre otros) que se usan como terapia dentro de los programas de intervención en salud mental dentro de los CSMC?

2. ¿Qué actividades de recreación (Terapia Ocupacional, Activación física, ejercicios de recreación, entre otros) considera que es conveniente implementar a los programas de intervenciones psicológicas en el CSMC “Valle Pocolay”?

Ítem: Enfoque Mente- Cuerpo

3. ¿Considera que los enfoques Mente- cuerpo como los ejercicios de relajación y conciencia sensorial son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Ítem: Enfoques no Verbales

4. ¿Considera que los enfoques No verbales como la visualización guiada, la horticultura y el uso de animales para la terapia son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Ítem: Terapia de aventura

5. ¿Considera que la Terapia de aventura (donde las personas enfrentan retos progresivos para fomentar el crecimiento personal) son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Ítem: Modalidades de artes creativas

6. ¿Considera que las actividades de artes creativas como la música, artes plásticas o el sociodrama son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Ítem: Deportes Recreativos

7. ¿Considera que los deportes recreativos(adaptados)son técnicas que aportan a las intervenciones en salud mental del CSMC? ¿De qué manera?

Ítem: Rituales

8. ¿Considera que la celebración de eventos importantes a nivel personal, familiar y social en el CSMC aporta a mejorar la atención en salud mental y el enfoque “comunitario” de esta infraestructura? ¿De qué manera?

9. ¿Al ser los C.S.M. C de enfoque “comunitario”, como considera Ud. que el CSMC “Valle Pocolay” podría cumplir de mejor manera esta función o lograr mayor participación en la comunidad?
