

U N A M

Universidad Nacional Autónoma de México



c o m

u n i

d a d

t e r a p é u t i c a

Tesis profesional que para obtener el título de
Arquitecta

presenta:

María Fernanda Cobo Ocejo

Arq. Fernando Campos Santoyo
Dra. Julieta Salgado Ordoñez
Arq. Angelina Barboza Rodriguez

Facultad de Arquitectura



m. 345896

2005

Mañana morirá otro loco:
De la sangre de sus ojos nadie sino la tumba
sabr  mañana nada.

Leopoldo María Panero
Poemas del manicomio de Mondragón



a octavio. el amor de mi vida

a mis niños, patricio y lorenza, por haberme llenado de golpe el alma y haberle dado este brillo a mis ojos. los amo.

a mis papás, con profundo amor y admiración, por haberme enseñado el mundo; por haberme dado todo para ser quien hoy soy.

a mis hermanos: paloma, rodrigo, carlos y cristina.
no imagino mi vida sin ustedes.

a mi otra hermana, mi pequeña, por tanto y tantos sueños compartidos. siempre

a mis grandes maestros:

rené capdevielle⁺, daniel arredondo y javier senosiain;
por ayudarme a darle forma a esta tesis.

fernando campos, julieta salgado y angelina barboza,
por ese 20% del trabajo que siempre cuesta el 80% del esfuerzo.
no pude haber hecho esto sin ustedes.

a paloma, por las misiones secretas y las correcciones pero, sobre todo, por recordarme que el amor es incondicional.

a lupina, por una sonrisa que siempre trae dibujada.

Indice

| | | |
|-------------------------|---|----|
| Investigación | Introducción | 1 |
| | Razón de ser del tema | 4 |
| | Las Instituciones Psiquiátricas | 6 |
| | Antecedentes históricos de las Inst. Psiq. en México | 7 |
| | La Comunidad Terapéutica | 10 |
| | La Comunidad Terapéutica en México | 15 |
| | Estudio comparativo | 16 |
| | Datos socioeconómicos | 28 |
| | Programa arquitectónico | 30 |
| Análisis del lugar | Características geográficas | 39 |
| | El terreno | 44 |
| Proyecto arquitectónico | | 47 |
| Conclusión | | 88 |
| Bibliografía | | 89 |

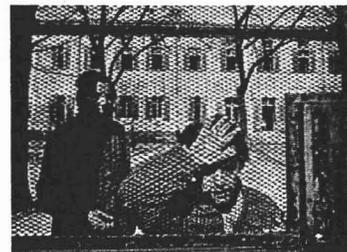


Introducción

La enfermedad mental ha sido, a través de la historia, una de las más temidas; la ignorancia y el temor a lo desconocido contribuyeron desde el principio de los tiempos a atribuirle caracteres mágicos. La "locura" nos enfrenta y nos cuestiona los límites que fijamos, los límites dentro de los cuales nos sentimos seguros y tranquilos: la cordura. Es este temor a lo desconocido lo que nos llevó durante gran parte de la historia humana a encerrar al enfermo mental más que a atenderlo. La misión otorgada y encomendada durante siglos al asilo y al manicomio totalitarios fué resguardar del loco y cuidarlo -como garantía de una sociedad racional. Esto se cumple y da seguridad y tranquilidad a la sociedad burguesa que crea estas instituciones, confirmando su sentimiento de eternidad frente al desviado que la cuestiona (Hochmann, 2001, p. 91).

Siguiendo la tradición de las lejanas épocas del "gran encierro", las sociedades modernas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX trataron de reducir la desviación institucionalizándola, es decir, aislando a los enfermos mentales en instituciones especializadas y elevando la desviación de esta manera hasta el nivel de una institución social (Hochmann, 2001, p. 90).

En las instituciones totalitarias (nombre con el que comúnmente se conoce a los hospitales mentales tradicionales, en los que hasta las decisiones más corrientes de los pacientes como cuándo comer, ir al baño o irse a dormir las toman otros) hay una separación fundamental entre un grupo de gobernados, y un pequeño grupo de gobernantes, los médicos y el personal de servicio (Hochmann, 2001, p. 92).



La característica de los internados es vivir en el encierro, resguardados y con un limitadísimo contacto con el mundo exterior. Los que gobiernan imponen normas rígidas de tratamiento, y sobre ellos recae exclusivamente la responsabilidad de los internos. Una consecuencia natural de estar sometido a un régimen de este tipo es el surgimiento de despersonalización, sentimiento que con frecuencia es considerado síntoma primario de enfermedad mental (Chamberlin, 1978, p. 6). Es así que las instituciones totales han probado sólo ser eficientes en su objetivo de custodiar al enfermo y resguardar a la sociedad de "afuera" del contacto con él. El ambiente autoritario, desconectado del exterior y sin ninguna expectativa real de la recuperación y reintegración del paciente termina la mayoría de las veces por enfermarlo más o, en el mejor de los casos, por mantenerlo estático en su padecimiento:

"El hospital es el creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña... su división destinada a proteger, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito" (Foucault, citado en Peña Gutiérrez, 1990, p. 6).

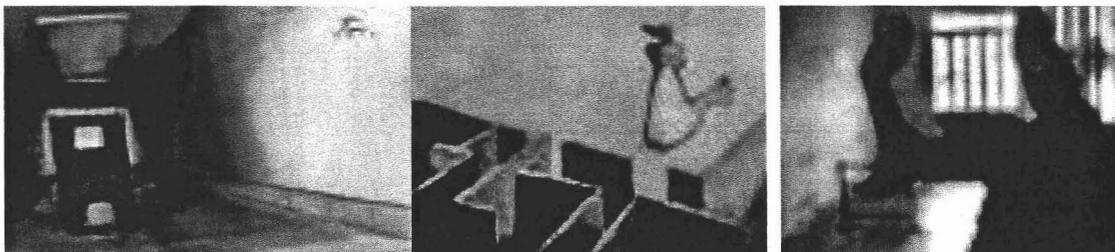
Es hasta hace muy poco que el tratamiento del enfermo mental surge no desde el miedo y la ignorancia, sino desde la postura que nos permite comprender que la mayoría de los enfermos mentales pueden, siguiendo un tratamiento terapéutico adecuado a su padecimiento, reintegrarse a nuestros esquemas y funcionar dentro de los límites establecidos. Este concepto sobre las personas con alguna alteración mental es que no están totalmente enfermas, sino que mantienen núcleos de personalidad íntegros. Para la recuperación -dentro de lo que permita la patología- se considera necesario que no pierdan el contacto con el núcleo familiar y con la sociedad en su totalidad, a la cual se espera puedan reintegrarse por lo menos en cierto grado



que se considere funcional (Marchant, 1992, p. 2). Es así como surgen varias corrientes psiquiátricas y psicológicas en las últimas décadas que cuestionan el modelo tradicional autoritario y cerrado del hospital proponiendo sistemas alternos desde esta nueva perspectiva. Esta tesis se basa en una de estas corrientes, la de la Comunidad Terapéutica, y plantea así un modelo que redefine a una institución que resulta actualmente ser ineficiente y, en algunos casos, obsoleta.

Como estudiantes de Arquitectura tenemos la obligación y la responsabilidad de entender que el espacio que rodea a un individuo lo determina y participa activamente en su desarrollo. La Arquitectura posee el privilegio de funcionar como punto de encuentro entre estos dos mundos -el de la cordura y el de la locura- y es desde este privilegio que intenta echar lazos entre unos y otros, entre hombres sanos y enfermos, restableciendo la relación entre ellos y reintegrar sus mundos.

Hablando -en este sentido espacial- particularmente del enfermo mental, se ha encontrado que existe una relación entre los trastornos conductuales y la mala distribución del espacio; hay ciertos sistemas espaciales que crean ambientes mucho mas inseguros, y otros que propician estados de estrés y de violencia. El enfermo mental requiere de inmediaciones que le permitan desempeñar la mayoría de sus actividades, tanto físicas como emocionales, en total libertad y comodidad y de modo que no agraven ni mínimamente su angustia. El enfermo mental encuentra ya de por sí dura de soportar la ambigüedad y la incertidumbre que acompañan a sus padecimientos; es importante no agravar esta condición con elementos confusos evitables en la función y estructura de las instituciones que supuestamente van a ayudarlo (Peña Gutiérrez, 1990, p. 13).

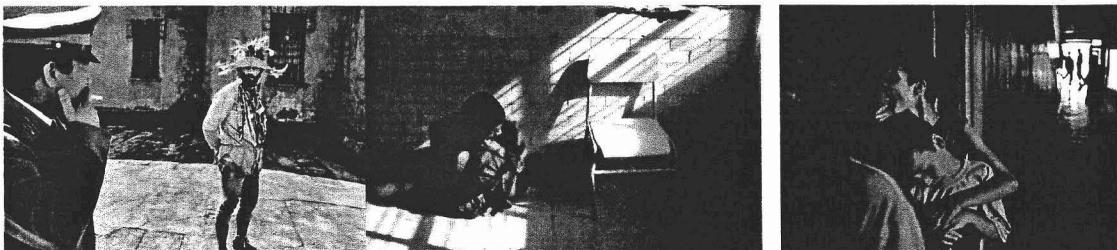


Razón de Ser del Tema

En nuestro país, en términos absolutos y relativos, la salud mental de la población ha sido desatendida. Ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes, han sido usados para hacer frente a otros graves problemas de salud como son las enfermedades infecciosas y la desnutrición. Sin embargo, ni la escasez de recursos ni la magnitud de otras necesidades justifican el abandono ya que los desordenes y las enfermedades mentales no sólo representan un gran sufrimiento para las personas afectadas y las que los rodean, sino una grave pérdida social y económica para el país.

México carece de la infraestructura necesaria para atender la gran demanda de servicios médicos que requiere su población. Además de que médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas son muy escasos, éstos se encuentran mal distribuidos pues la gran mayoría radica en el Distrito Federal. Es alarmante aceptar que existen estados de la Republica en los que el sistema de salud ni siquiera cuenta hoy en día con clínicas especializadas en salud mental, como en el caso de Chiapas y Zacatecas (www.psicofarma.com.mx). Aunado a este problema, una proporción importante de quienes cuentan con los estudios y el adiestramiento especializados están dedicados de forma exclusiva a la práctica privada y excluyen de su quehacer profesional la participación en actividades asistenciales, de servicio social y docentes.

Por estos antecedentes es que se propone una Comunidad Terapéutica ya que una de las razones por la cual se aceleró el desarrollo de este



tipo de instituciones –como se verá más adelante- fue la necesidad, tras la Segunda Guerra Mundial, de utilizar técnicas que permitieran a un reducido número de médicos y psiquiatras atender a una gran mayoría de enfermos que requerían atención especializada en este campo. Con los métodos de Comunidad Terapéutica un psiquiatra puede atender 20 veces más pacientes que con el psicoanálisis individual (Jones citado en Kuri, 1994, p. 45). Es así como el modelo que propone esta tesis resulta no sólo el mejor recurso para el enfermo en cuanto a su rehabilitación y reintegración a la sociedad, sino también un aliado del sistema de salud que hoy se reconoce ineficiente y que puede así optimizar los escasos recursos humanos con los que cuenta; cumple así con el objetivo de prestar servicio a un sector que realmente lo necesita y que hoy se encuentra, en su gran mayoría, marginado.

Un trabajo como éste requiere de una labor multidisciplinaria, donde la comunicación clara y, sobre todo, continua entre el arquitecto y el psiquiatra resulta la base del proyecto.

De todo esto queda claro que un nuevo tipo de compromiso y participación por parte de la población es necesario. Una campaña de información con datos específicos y programas definidos podría generar en la ciudadanía un verdadero concepto de solidaridad.

Es evidente que el esfuerzo se hace, que existen algunas gentes que han dedicado y dedican una gran cantidad de energía a una problemática que en primera instancia parece insolucionable. Queda también claro que parece que México está tomando un nuevo camino; corresponde a las nuevas generaciones tratar de aprender de la historia para que este camino no tenga metas, sino horizontes.



Las Instituciones Psiquiátricas

Preponderantemente, los hospitales psiquiátricos se encargan de la prevención, rehabilitación y tratamiento de las enfermedades mentales, así como de los alcohólicos y farmacodependientes.

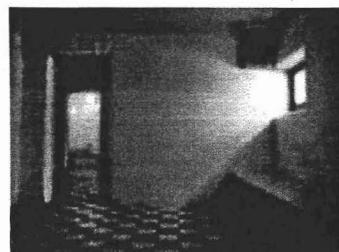
Actualmente los hospitales psiquiátricos se dividen en tres tipos: las granjas, los hospitales psiquiátricos para crónicos y los hospitales psiquiátricos para agudos.

En las granjas se encuentran internados los pacientes que tienen un mal psiquiátrico muy grave e irreversible.

En los crónicos se encuentran internados los pacientes cuya rehabilitación no se puede llegar a dar en un corto plazo, sino que tarda varios meses o inclusive años.

Los hospitales psiquiátricos para agudos son para una corta estancia y tienen como objetivo la rehabilitación a corto plazo de algunos padecimientos así como la prevención de ciertas enfermedades mentales.

El modelo de Comunidad Terapéutica actúa como sustituto o complemento de los hospitales psiquiátricos para agudos, pues los pacientes que se atienden en ellas son generalmente de corta estancia, ya que lo que se intenta es que reingresen a la sociedad y funcionen dentro de ella lo antes posible.



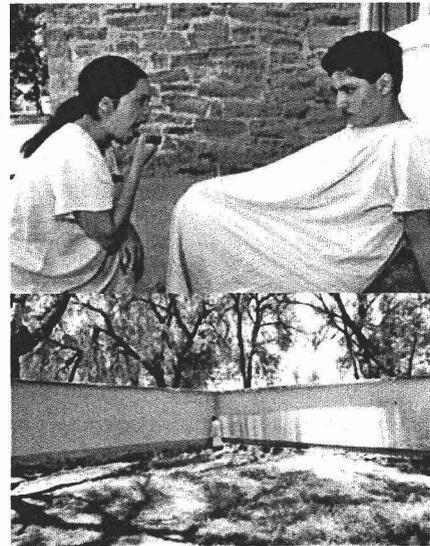
Antecedentes Históricos de las Instituciones Psiquiátricas en México

Fray Bernardino Álvarez fundó en México, el 9 de noviembre de 1566, la primera institución psiquiátrica en América, el Hospital San Hipólito. Ahí dio atención a enfermos mentales a quienes proporcionó albergue tranquilo, limpio, alimentos y cuidados, evitando así que estas personas deambularan por las calles sujetas a burlas y abusos, o que permanecieran en reclusión severa, ocultos en el medio familiar. También fundó, en 1569, la congregación de los Hermanos de la Caridad, después llamados Hipólitos (Meléndez, 1991, p. 5). Desgraciadamente, la importancia de dicha obra no tuvo mucha influencia en la situación y tratamiento de dichos pacientes pues la mayoría seguían deambulando por las calles o alojados en cárceles.

En 1680, José Sáyo fundó un hospital para enfermos mentales frente a la Iglesia de Jesús María con pocos recursos económicos, por lo que fué ayudado por el Arzobispo Don Francisco de Aguilar, trasladando el hospital frente al Colegio de San Gregorio. Ahí estuvieron hasta 1689, cuando se pasó la obra a la Congregación de los Jesuitas del Divino Salvador. Esta congregación compró una buena propiedad en la calle de la canoa (hoy Donceles 39), de donde tomó el nombre popular de "Hospital de la Canoa", inaugurado en 1700 con el nombre oficial de Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes. Después, el patronato de esta obra pasó al gobierno de la Nueva España, que mejoró las condiciones de higiene del local. Disminuyeron los índices de morbilidad y mortalidad en el hospital, llegando los casos de curación a hasta un 32 % anual. Debido a problemas económicos, el 13 de junio de 1824 pasó a ser Hospital General, hasta 1868 cuando recuperó su calidad de manicomio. (Meléndez, 1991, p. 5).



Se puede considerar que la psiquiatría mexicana clásica nace en el siglo XX con la aparición del Manicomio General de la Castañeda (conocido también como Manicomio General), que inicia su construcción bajo el gobierno del General Porfirio Díaz y que a su inauguración en 1910 dio albergue a 430 pacientes del Hospital San Hipólito y 418 del Hospital de la Canoa pues se habían generado informes muy desfavorables de estas instituciones (Peña Gutiérrez, 1990, p. 4). Es impactante reconocer que aún cuando pasaron dos siglos entre la construcción del Hospital de la Canoa y el de la Castañeda, no se hayan obtenido adelantos ni resultados satisfactorios: el Manicomio General de la Castañeda se fue deteriorando gradualmente por sobrepoblación, represión y robos, entre otras muchas razones, demostrando que además de conocimientos y métodos efectivos, se carecía también de los medios y el apoyo para mantenerlos (Peña Gutiérrez, 1990, p. 4).

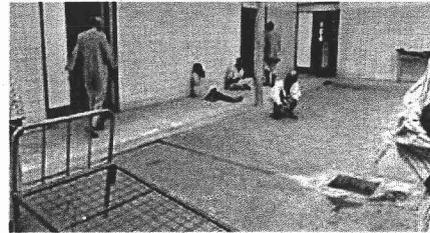


Manicomio General de la Castañeda, 1960

Las pésimas condiciones en que se encontraban los internos generaron una reacción pública que presionó para que entre 1969 y 1970 la Secretaría de Salud y Asistencia, bajo la presidencia de Díaz Ordaz, inaugurara el Sistema de Salud Mental con el desarrollo de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales-granja. Estos sitios se ubicaron en las afueras de la ciudad y fueron trasladados a ellos los 5,000 habitantes de la Castañeda.

Posteriormente surgieron otras instituciones más por parte de la Secretaría de Salud, aumentaron los pisos psiquiátricos en hospitales del I.M.S.S. y del I.S.S.S.T.E, y se han abierto instituciones alternativas privadas como el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Peña Gutiérrez, 1990, p. 4).

En México, la mayoría de las instituciones psiquiátricas trabajan bajo el modelo tradicional, y en la mayoría de éstas se ha caído en las mismas contradicciones y vicios que se pretendían superar con respecto a la Castañeda.



Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno



Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez



Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno

Hospital Psiq. Fray Bernardino A.



La Comunidad Terapéutica en México

En México, en las últimas décadas, se han hecho varios intentos por crear alternativas al sistema tradicional de hospitales psiquiátricos. Se puede considerar como pionero al Instituto Psiquiátrico de la Ciudad de México en donde, a mediados de los años 70, se planteó el proyecto de crear y desarrollar una Comunidad Terapéutica (Kuri, 1994, p. 59); sin embargo, a raíz de la crisis económica que vive el país en 1978, el proyecto carece de viabilidad y desaparece.

En ese mismo año se funda el Instituto Mendao, en donde se empieza a aplicar un modelo interdisciplinario en el tratamiento de estos padecimientos, funcionando así como una Comunidad Terapéutica.

Ya en los años 80, nace y muere la Comunidad Terapéutica de Michoacán. Un equipo encabezado por el Dr. A. Barriguete trabajó para crear este programa de salud, hasta agosto de 1987 cuando el gobierno del estado asignó personal que funcionaba bajo métodos tradicionales de imposición (Barriguete, 1988, p. 1). A raíz de esta problemática se cerró el centro, no por ello eliminando las aportaciones que dicha experiencia trajo al campo de las Comunidades Terapéuticas en nuestro país. Como el mismo Dr. Barriguete dijera:

"La Comunidad Terapéutica de Michoacán hizo caminos hacia el exterior cuando la mayoría de los programas institucionales de nuestro país obstaculizan e impiden el acercamiento entre la sociedad y el enfermo mental" (Barriguete, 1988, p. 9).

Años más tarde se funda el Instituto de Psicoterapia Integral, Comunidad Terapéutica de León Guanajuato. Esta institución surge con un plan de trabajo dinámico que evoluciona en función de las necesidades que se presentan, y en donde se busca un tratamiento que contempla al paciente como una entidad total (Kuri, 1994, p. 62).

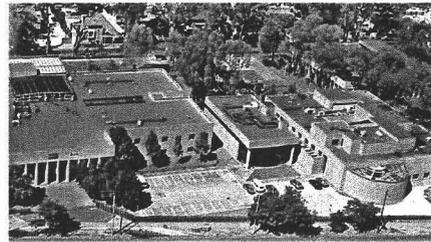
En febrero de 2005 se re-inauguró la Comunidad Terapéutica de Michoacán. Este hecho es de gran relevancia pues reivindica y da vigencia al modelo que propone esta tesis, y constituye actualmente, junto con la Comunidad Terapéutica de León, la presencia de alternativas en el interior de la república.

Estudio Comparativo (Casos Análogos)

El estudio comparativo se basa en la visita a tres instituciones, dos de carácter privado (la Clínica del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Clínica San Rafael), y una de carácter gubernamental (el Hospital Psiquiátrico para niños Juan N. Navarro) para tener una idea de las condiciones actuales de distintos tipos de instituciones psiquiátricas para enfermos mentales agudos en nuestro país.

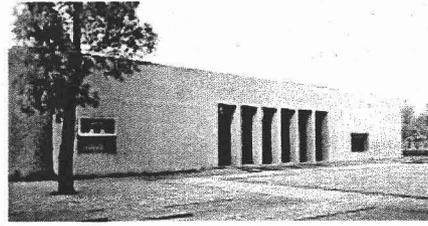
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (antes Instituto Mexicano de Psiquiatría) tiene como objetivos realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental, formar personal capaz de llevarlas al cabo, adiestrar profesionales y técnicos, hacer un estudio integral de los enfermos psiquiátricos y fungir como asesor de otros organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia. Para llevar al cabo estos objetivos cuenta en su interior con una clínica de carácter privado que se especializa en trastornos mentales agudos en un corto plazo.



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Los alcances de esta institución a nivel numérico, en cuanto a posibilidades de servicio, son bastante reducidos, (cuenta tan solo con 44 camas). Las posibilidades de atención plantean la opción de un entrenamiento variable básicamente para pacientes esquizofrénicos y depresivos de ambos sexos y de diferentes estratos socioeconómicos.

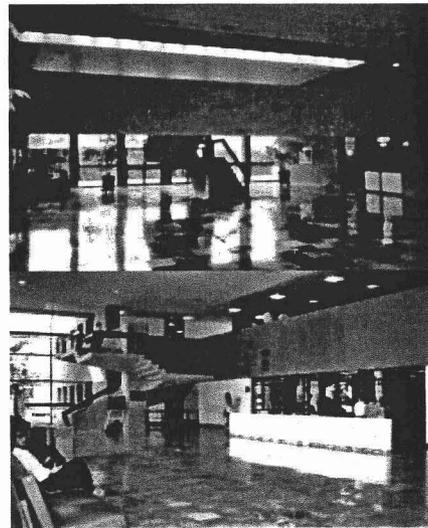


La clínica del Instituto cuenta con el siguiente programa arquitectónico:

1. Recepción y Control de Acceso.

2. Consulta Externa.

- a. Área de espera para 8 personas
- b. Sanitarios públicos
- c. Cuarto de aseo
- d. Archivo clínico y caja
- e. Consultorios médicos
- f. 2 oficinas de trabajo social
- g. Sala de juntas



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

3. Gobierno.

- a. Oficina del director
- b. Oficina del subdirector
- c. Oficina del administrador
- d. Área secretarial
- e. Sanitarios
- f. Sala de juntas

4. Servicios Generales.

- a. Cocina y alacena
- b. Oficina del nutriólogo
- c. Comedor para empleados
- d. Intendencia
- e. Mantenimiento
- f. Ropería y lavandería
- g. Cuarto de maquinas

5. Hospitalización.

- a. área de admisión
- b. 4 alas de dormitorios c/u con:
 - 11 cuartos con una cama y baño
 - central de enfermería
 - 2 consultorios
 - sala de recreación y comedor
 - cuarto de residente.
- c. terraza para actividades recreativas
- d. zona de laboratorio y muestras
- e. sala de terapia electrocompulsiva
- f. sala de radiología y tomografía
- g. área de urgencias medicas
- h. farmacia

6. Zona de estacionamiento y control vehicular

En esta visita se pudo observar que debido a que los objetivos principales del Instituto Nacional de Psiquiatría son la investigación y la docencia, y que no es en sí un hospital psiquiátrico, las condiciones espaciales en las que se encuentran los pacientes no son las más adecuadas (aún cuando las condiciones de higiene y limpieza si cumplen con los más altos estándares). Lo que más llama la atención en este sentido es la total desvinculación del paciente con la naturaleza, contacto que, según algunas corrientes psiquiátricas, resulta esencial para la rehabilitación de ciertos desequilibrios psicológicos. Los espacios son cerrados y oscuros, y no existe ninguno al aire libre destinado a algún tipo de terapia o simplemente para las actividades recreativas (este tipo de actividades las llevan al cabo los pacientes en un patio cerrado con piso de firme de cemento, y sin ningún tipo de ventilación).

Los pasillos dentro de la clínica son largos y sin ningún tipo de iluminación natural, lo que puede llegar a incrementar la sensación de ambigüedad y depresión. La falta de espacios abiertos o por lo menos con luz natural hacen que las labores terapéuticas sean tediosas y poco provechosas. Resulta complicado crear un ambiente armonioso en los momentos de visita, pues los espacios destinados a esta actividad también son oscuros y angustiantes.

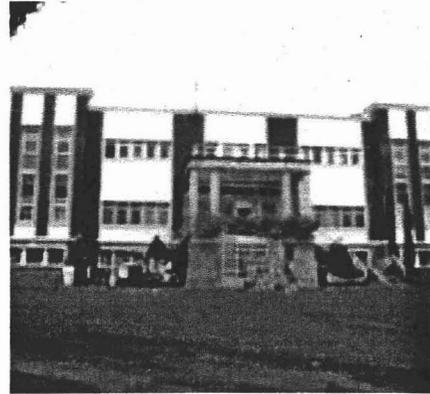
Esta institución de asistencia pública, de carácter no lucrativo, presenta una serie de inconvenientes reales, pero a pesar de esto se puede sentir un ambiente sano y una disposición activa por parte del cuerpo médico y administrativo. El Instituto Nacional de Psiquiatría goza de tener una crítica favorable dentro del ambiente de la psiquiatría en nuestro país y representa hoy en día una de las mejores opciones para el tratamiento de pacientes de este tipo. Sin embargo, no se puede dejar de resaltar -en concordancia con el cuerpo médico de la clínica- que la arquitectura de un lugar de esta naturaleza es un factor definitivo para el cumplimiento de sus objetivos, y que en este caso en particular no se da.

Clínica San Rafael

La Clínica San Rafael es una institución de carácter privado que da asistencia psiquiátrica a corto, mediano y largo plazo.

Los alcances de sus posibilidades aceptan un internamiento variable para pacientes agudos y crónicos con características depresivas, esquizofrénicas y paranoicas. Su política de aceptación bajo el sistema tradicional de hospital psiquiátrico es variable, ya que reciben pacientes de muy diferentes estratos sociales.

Recientemente se ha inaugurado dentro de la clínica un nuevo servicio de hospitalización que funciona bajo el modelo de comunidad terapéutica, diseñado específicamente para dar atención a enfermos que padecen trastornos de ansiedad y depresivos. La Unidad de Ansiedad y Depresión de la Clínica San Rafael, una de las primeras unidades de este tipo en el país, ofrece una nueva opción terapéutica para los enfermos que necesitan este tipo de ayuda. La unidad tiene capacidad para 22 enfermos mayores de 15 años, de ambos sexos, en habitaciones individuales y bajo el sistema de "puertas abiertas".



Clínica San Rafael

La Clínica San Rafael cuenta con el siguiente programa arquitectónico:

1. Recepción y Control.

- a. Área de espera para 20 personas
- b. Conmutador
- c. Sanitarios públicos

2. Gobierno.

- a. Dirección con sanitario
- b. Subdirección
- c. Administración
- d. Área secretarial

3. Consulta Externa.

- a. Área de espera para 10 personas
- b. 8 Consultorios médicos
- c. Oficina de trabajo social
- d. Archivo clínico
- e. Caja
- f. Farmacia

4. Área de fisioterapia (Gimnasio)

5. Hospitalización.

- a. Unidad de Ansiedad y Depresión
 - 22 cuartos aislados
 - cafetería
 - área común recreativa
 - zona de recreación exterior



Clínica San Rafael

- b. 2 pabellones de cuartos c/u con:
 - 50 cuartos aislados con sanitario
 - 1 cuarto para medico residente
 - ropería y séptico
 - cuarto de aseo
 - sala de día
 - comedor de pacientes
 - comedor de médicos

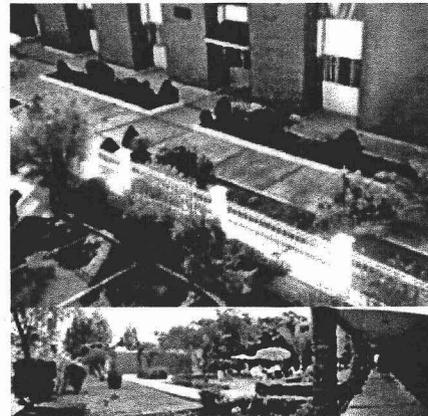
c. zona de terapia ocupacional, recreativa y educativa

d. zona de recreación exterior con canchas deportivas

6. Capilla.

7. Zona de servicios generales.

- a. cocina y alacena
- b. oficina del nutriólogo
- c. cafetería
- d. biblioteca
- e. auditorio
- f. área de mantenimiento
- g. cuarto de maquinas
- h. intendencia



Clinica San Rafael



Clinica San Rafael

8. Zona de estacionamiento.

La clínica cuenta con un número considerablemente mayor de pacientes y con problemáticas más complejas que las del Instituto Mexicano de Psiquiatría, lo que hace que su funcionamiento sea más elaborado y que se requiera de un control más preciso y de un mantenimiento más costoso.

Se observó, sin embargo, que las condiciones arquitectónicas - aún cuando no son las óptimas ni se encuentran en tan buen estado de limpieza y mantenimiento - resultan más agradables y humanistas y, por lo tanto, cumplen mejor su objetivo terapéutico ya que la clínica cuenta con múltiples espacios abiertos que invitan al paciente al contacto con la naturaleza y a estados contemplativos que les proporcionan mayor calma y quietud.

La reciente inauguración de la Unidad de Ansiedad y Depresión habla de la tendencia de la Clínica hacia métodos nuevos que se formulan desde la perspectiva del tratamiento comunitario (en el que la responsabilidad de la rehabilitación no recae ya solamente en el personal, sino en la sociedad y en el paciente mismo), el internamiento voluntario y la importancia terapéutica de mantener lazos permanentes con la familia y con el resto de la sociedad durante el periodo de hospitalización (se programan semanalmente reuniones y terapias grupales, así como reuniones con los familiares de los pacientes) (www.clinicasanrafael.com.mx).



Clinica San Rafael

Hospital Juan N. Navarro

El Hospital Juan N. Navarro es una institución gubernamental que aunque tiene como objetivo principal atender a niños con trastornos mentales leves y que requieren de estancias cortas, cuenta con todo tipo de pacientes por ser de las pocas instituciones que se especializan en niños en el país.



Hospital Juan N. Navarro

El Hospital cuenta con el siguiente programa arquitectónico:

1. Recepción y Control de Acceso.

- a. Vestíbulo
- b. Sanitarios públicos

2. Gobierno.

- a. Dirección
- b. Subdirección
- c. Administración
- d. Sanitarios

3. Docencia.

- a. Vestíbulo
- b. Aula para conferencias



Hospital Juan N. Navarro

4. Consulta Externa.

a. Clínicas

Clínica del desarrollo

Clínica de las emociones

Clínica de los trastornos de la conducta

PAINAVAS (atención a víctimas de abuso sexual)

Clínica de la adolescencia

Terapia ambiental

b. Sanitarios

c. Oficina de trabajo social

d. Archivo clínico

e. Caja



Hospital Juan N. Navarro

5. Hospitalización con capacidad para 140 camas.

a. Admisión

b. 4 unidades de hospitalización

c. PAIDEIA (farmacodependencia)

d. Unidad de cuidados prolongados

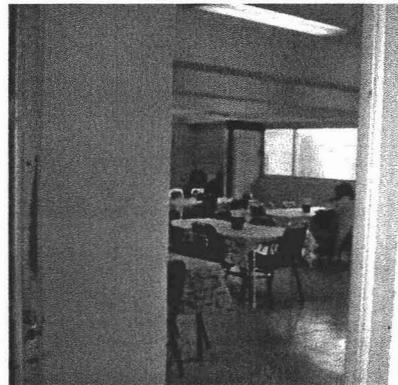
e. Laboratorio y rayos X



Hospital Juan N. Navarro

6. Servicios Generales.

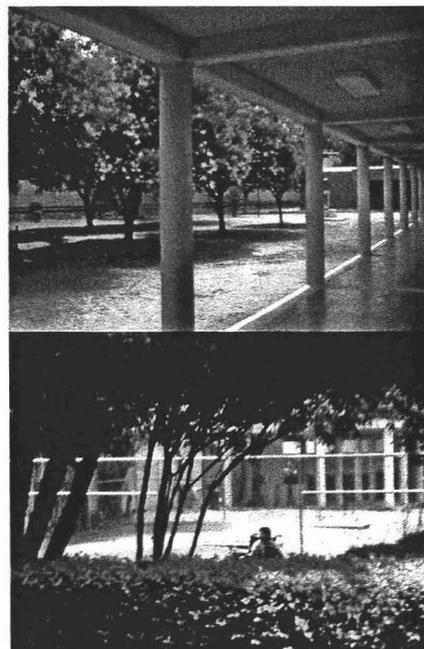
- a. cocina y alacena
- b. comedor empleados y pacientes
- c. intendencia
- d. mantenimiento
- e. ropería y lavandería
- f. cuarto de máquinas / bodega



Hospital Juan N. Navarro

7. Jardín.

8. Estacionamiento y Control Vehicular.



Hospital Juan N. Navarro

Desafortunadamente encontramos que debido a la falta de presupuesto que tienen la mayoría de las instituciones gubernamentales, algunas de las zonas claves para el desarrollo terapéutico y educacional del paciente de este hospital se encuentran muy abandonadas y descuidadas, aún cuando es uno de los hospitales psiquiátricos que cuentan con mayor apoyo del Estado. El hospital opera la mayor parte del tiempo a un 50% de ocupación (70 camas permanentes en promedio), lo que lo hace de fácil manejo para el personal. La falta de soluciones arquitectónicas adecuadas hacen que las problemáticas, que en su mayoría se deben a bajo presupuesto, sean más puntuales.

El problema de la admisión de pacientes de todo tipo y con enfermedades y grados de los padecimientos tan variados hace que los objetivos se confundan, y que la oportunidad que tienen los pacientes menos graves de rehabilitarse y reintegrarse a la sociedad en lapsos cortos de tiempo se complique y, en muchos casos, se pierda, pasando éstos a formar parte de los pacientes que difícilmente se restablecen por completo y abandonan el Hospital.

Es importante destacar que debido al flujo constante de pacientes esta clínica resulta ser un excelente campo para la investigación y la educación de jóvenes psiquiatras. La creación integral de espacios dedicados a estas actividades podrían facilitar la docencia.

La visita a estas clínicas resultó ser de gran utilidad para la comprensión de algunas de las situaciones cotidianas que se viven dentro de estos lugares. Es importante enfatizar cómo permanece, al cerrar las puertas de estas instalaciones, la certeza del alto nivel de sensibilidad al espacio que tienen tanto doctores como pacientes, y la determinante influencia que tienen dichos espacios en el espíritu del hombre.

Datos socio-economicos

Especular sobre las maneras en que se puede realizar una institución de este tipo lleva a incursionar en una serie de disciplinas de carácter político, económico y administrativo. Es innegable que el costo real de un proyecto como éste es muy elevado.

Existen dos opciones de financiamiento: una gubernamental y otra privada. Cada una de éstas ofrece sus ventajas y desventajas, las cuales deben de ser estudiadas a profundidad para poder entenderlas y tratar de mejorarlas. Sin embargo, después del recorrido de estas instituciones varias problemáticas adicionales al financiamiento se hicieron evidentes y es a partir de éstas que se llega a la conclusión de que una institución particular sería una opción más viable para el modelo que se propone en esta tesis, ya que de esta manera el seguimiento de un programa prefijado, con alcances determinados y objetivos claros sería más factible. Además, un control claro en el posterior manejo, funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones se considera más posible bajo la batuta de una autoridad individual.

La experiencia de la Comunidad Terapéutica de Morelia, en la que, después de 7 años de trabajar con un equipo de médicos al tanto de las características y de la metodología de una Comunidad Terapéutica, el gobierno de Michoacán asignó a personal del sistema público de salud que no conocía el esquema y que empezó a manejar a la comunidad bajo métodos tradicionales ocasionando problemáticas tales que hicieron inminente el cierre de dicha institución, puntualiza la conclusión de que, por lo menos por el momento, el esquema más viable para sustentar y, sobre todo, manejar una Comunidad Terapéutica es privado e independiente del sistema gubernamental.

Tiempo de Uso del Espacio

En una institución de este tipo es necesario un proyecto arquitectónico que sea lo suficientemente flexible para satisfacer las demandas y requerimientos que se puedan presentar con el paso del tiempo. Así por ejemplo, existen algunos casos de instituciones que han tenido que aumentar sus servicios a un número mayor de habitantes, improvisando espacios que no fueron diseñados para esas funciones. Este tipo de situaciones entorpecen todo el funcionamiento de un hospital y es fundamental tomarlas en cuenta desde el principio, ya sea previendo las posibilidades de crecimiento en el futuro o controlando el crecimiento para mantener las instalaciones funcionando siempre en óptimas condiciones.

La realidad de los problemas económicos de estos lugares en referencia a su mantenimiento y restauración nos obligan también a considerar soluciones arquitectónicas que hagan del tiempo no un enemigo sino un aliado, proponiendo materiales que sean fáciles de mantener, al mismo tiempo que proporcionen ambientes cálidos y cómodos tanto para los pacientes como para el personal que trabaja en ellos. En este aspecto cabe volver a mencionar el gran desgaste tanto físico como espiritual de las personas involucradas en este tipo de instituciones que se percibió en las visitas.

Programa Arquitectónico

1. Gobierno

1.1 Dirección 42 m2

1 escritorio c/sillón giratorio
2 sillas
1 librero
1 toilet: 1 lavabo, 1 w.c.

1.2 Subdirección 30 m2

1 escritorio c/sillón giratorio
2 sillas
1 librero
1 toilet: 1 lavabo, 1 w.c.

1.3 Sala de Juntas para 12 personas 42 m2

1 mesa de 1.20 m. x 3.80 m.
12 sillas
1 consola

1.4 Oficina del Administrador 24 m2

1 escritorio
3 sillas
1 librero

1.5. Área Secretarial (2 secretarias) 25 m2

2 escritorios
6 sillas
2 archiveros

1.6 Oficina de Trabajo Social (2) 20 m2

1 escritorio
3 sillas
1 librero

| | |
|---|--------|
| 1.7 Sanitario de Hombres | 16 m2 |
| 4 w.c. | |
| 3 mingitorios | |
| 3 lavabos | |
| 1.9 Sanitario de Mujeres | 16 m2 |
| 4 w.c. | |
| 4 lavabos | |
| 1.10 Cuarto de Aseo | 6 m2 |
| 1 escalera plegadiza | |
| 1 vertedero entrepaños | |
| total Gobierno | 241 m2 |
| 2. Consulta Externa | |
| 2.1 Recepción y Archivo Clínico | 24 m2 |
| área de archivos (26 archiveros aprox.) | |
| librero | |
| mesa de trabajo | |
| 4 sillas | |
| 2.2 Caja | 24 m2 |
| 1 barra de ventanilla | |
| 2 banco giratorio | |
| 2 escritorios | |
| 2 sillas | |
| 2.3 Sala de Espera | 60 m2 |
| 1 sofá para 4 personas | |
| 2 sofás para 3 personas | |

2.4 Consultorios

| | |
|------------------------------------|--------|
| 2.4.1 tipo a. Medicina General (2) | 30 m2 |
| 1 escritorio | |
| 1 sillón giratorio | |
| 2 sillas | |
| 1 vestidor | |
| 1 mesa de exploraciones | |
| 1 lavabo | |
| 2.4.2 tipo b. Psicología (3) | 24 m2 |
| 1 escritorio | |
| 1 sillón giratorio | |
| 2 sillas | |
| 1 chaise-longue | |
| 2.4.3 tipo c. Psiquiatría (4) | 24 m2 |
| 1 escritorio | |
| 1 sillón giratorio | |
| 2 sillas | |
| 1 chaise longue | |
| 2.5 Sanitario Público Hombres | 16 m2 |
| 4 w.c. | |
| 3 mingitorios | |
| plancha con 3 lavabos | |
| 2.6 Sanitario de Mujeres | 16 m2 |
| 4 w.c. | |
| 4 lavabos | |
| 2.7 Cuarto de Aseo | 5 m2 |
| 1 escalera plegadiza | |
| 1 vertedero | |
| entrepaños | |
| total Consulta Externa | 370 m2 |

3. Hospitalización (para 120 pacientes)

3.1 Cuartos (por pabellón):

| | |
|--------------------------------------|-------|
| 3.1.1 Cuartos aislados (2) | 24 m2 |
| 1 cama | |
| 1 armario | |
| 1 silla | |
| 1 baño: 1 w.c., 1 lavabo, 1 regadera | |
| 3.1.2 Cuartos para 3 pacientes (9) | 24 m2 |
| 3 camas | |
| 3 armarios | |
| 3 sillas | |

3.2 Servicios (por pabellón):

| | |
|--------------------------------------|-------|
| 3.2.1 Central de Enfermeras | 24 m2 |
| 1 mostrador | |
| 2 bancos | |
| 1 mesa de trabajo con fregadero | |
| anaquel de medicamentos | |
| 1 refrigerador | |
| 3.2.2 Cuarto de Médico Residente | 24 m2 |
| 1 cama | |
| 1 armario | |
| 1 silla | |
| 1 baño: 1 w.c., 1 lavabo, 1 regadera | |
| 3.2.3 Sala de T.V. / Estar | 60 m2 |
| 2 mesas de 0.90 x 0.90 m. | |
| 8 sillas | |
| 2 sofás para 4 personas | |
| 1 sofá para 3 personas | |
| 2 sillones individuales | |
| 1 librero | |
| 1 consola para T.V. | |
| 3.2.4 Sanitarios | 48 m2 |
| 8 w.c. | |
| 8 regaderas | |
| 6 lavabos | |
| 1 banca | |

| | |
|---|---------|
| 3.2.5 Ropería | 16 m2 |
| 1 carro de ropa limpia entrepañños para ropa | |
| 2 porta bolsas de ropa sucia | |
| 1 carro de aseo | |
| 1 fregadero | |
| 1 vertedero | |
| total Hospitalización 435 (por 4 pabellones): | 1740 m2 |
| 4. Terapias Médicas y Ocupacionales | |
| 4.1 Terapias Médicas | |
| 4.1.1 Control | 16 m2 |
| 1 barra | |
| 2 sillas altas | |
| 4.1.2 Área de Espera para 15 personas | 42 m2 |
| 1 sofá para 6 personas | |
| 1 sofá para 4 personas | |
| 5 sillones individuales | |
| 4.1.3 Cafetería | 60 m2 |
| 8 mesas de 0.90 x 0.90 | |
| 32 sillas | |
| 1 barra de autoservicio | |
| anaqueles para alimentos (fríos) | |
| 4.1.4 Fisioterapia (Gimnasio) | 45 m2 |
| 1 colchón de piso | |
| 1 escalera vertical fija a pared | |
| 1 espejo de 3 piezas | |
| 1 barras paralelas | |
| 1 escalera con rampa | |
| 3 camillas | |
| 4.1.5 Cubículos de terapias (3) | 8 m2 |
| 1 camilla | |
| 1 silla | |
| 1 carrito para aparatos | |

| | |
|---|------------|
| 4.1.6 Ropería | 9 m2 |
| 1 carro de ropa limpia entrepañños para ropa 1 carro de aseo 1 fregadero | |
| 4.1.5 Sanitario hombres | 16 m2 |
| 4 w.c. 3 mingitorios plancha con 3 lavabos | |
| 4.1.6 Sanitario de Mujeres | 16 m2 |
| 4 w.c. 4 lavabos | |
| 4.2 Terapia Ocupacional | |
| 4.2.1 Talleres (3) | 80 m2 |
| 4 mesas de 0.75 x 2.00 m. 24 bancos entrepañños y anaqueles 2 fregaderos | |
| 4.2.2 Sanitario hombres | 16 m2 |
| 4 w.c. 3 mingitorios plancha con 3 lavabos | |
| 4.2.3 Sanitario de Mujeres | 16 m2 |
| 4 w.c. 4 lavabos | |
| total Terapias Ocupacionales | 495 m2 |
| 5. Terapias de Recreación al Exterior | |
| 5.1 Canchas de 26 m. x 14 m. (2) | 730 m2 |
| 5.2 Zona de Cultivo | 500 m2 |

6. Servicios Complementarios

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 6.1 Comedor para 100 personas | 240 m ² |
| 6 mesas de 0.90 m. x 2.80 m. | |
| 12 mesas de 0.90 m. x 0.90 m. | |
| 100 sillas | |
| 6.2 Sanitario Hombres | 16 m ² |
| 4 w.c. | |
| 3 mingitorios | |
| plancha con 3 lavabos | |
| 6.3 Sanitario Mujeres | 16 m ² |
| 4 w.c. | |
| plancha con 4 lavabos | |
| 6.4 Sala de Día | 240 m ² |
| 6 sofás para 4 personas | |
| 6 sofás para 3 personas | |
| 12 sillones individuales | |
| 6 mesitas centrales y 6 laterales | |
| 6.5 Sala de Lectura | 120 m ² |
| 4 mesas de lectura | |
| 16 sillas | |
| 4 sofás para 3 personas | |
| 4 mesitas laterales | |
| anaqueles de 0.40 de profundidad | |
| 6.6 Sala de Juegos | 50 m ² |
| 8 mesas de 0.90 x 00.90 m. | |
| 32 sillas | |
| anaqueles de 0.40 de profundidad | |
| total Servicios Complementarios | 680 m ² |

7. Servicios Generales

7.1 Cocina 80 m2

- Área de preparación
- Área de cocción
- Área de refrigeración
- Anaqueles
- Area de Lavado
- Área de autoservicio

7.2 Despensa 68 m2

- Control
- Cámara de refrigeración
- Almacén de alimentos

7.3 Basura 18 m2

- 3 contenedores de basura orgánica
- 3 contenedores de basura inorgánica
- 1 contenedor para composta

7.4 Baños / Vestidores para Personal – Hombres 35 m2

- 25 casilleros
- 4 regaderas
- 4 w.c.
- 2 mingitorios
- 4 lavabos

7.4 Baños / Vestidores para Personal - Mujeres 35 m2

- 25 casilleros
- bancas
- 4 regaderas
- 6 w.c.
- 6 lavabos

7.5 Intendencia y Bodega 30 m2

- 1 escritorio
- 3 sillas
- 1 mostrador

| | |
|-------------------------------------|---------|
| 7.6 Bodega de Jardinería | 35 m2 |
| máquina podadora | |
| anaqueles | |
| carretilla | |
| mangueras | |
| escalera | |
| 7.7 Cuarto de Máquinas | 120 m2 |
| sub-estación eléctrica | |
| equipo de calderas | |
| equipo de bombeo | |
| 7.8 Estacionamiento de Visitas | 600 m2 |
| 50 cajones para visitas | |
| 20 cajones para personal | |
| 5 cajones minusválidos | |
| total (sin área de estacionamiento) | 425 m2 |
| m2 construidos | 4200 m2 |
| + 20 % circulaciones | 840 m2 |
| Total m2 construidos | 5040 m2 |

Características Geográficas del Terreno

Ubicación

El terreno se encuentra en el pueblo de Ahuatepec, en el estado de Morelos (municipio de Cuernavaca).

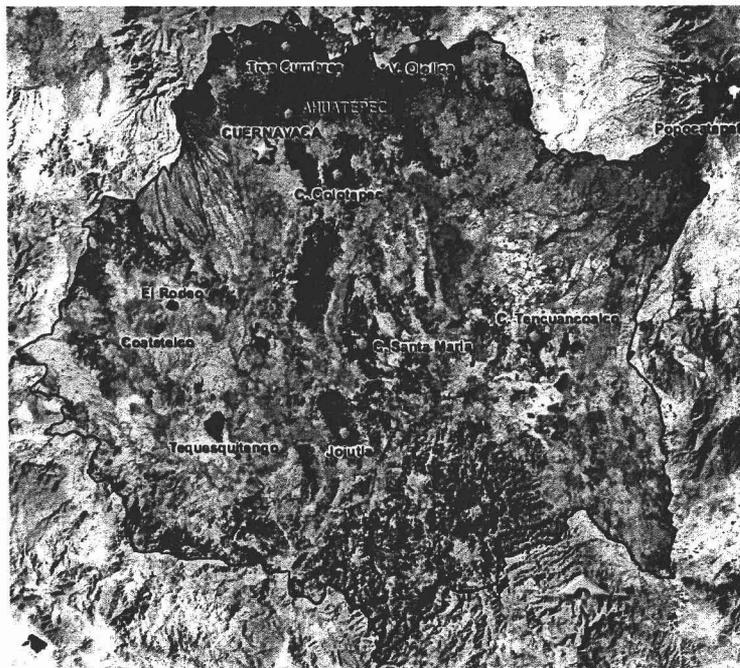
El estado de Morelos presenta las siguientes características geográficas (fuentes: INEGI, Marco Geoestadístico, 2000; INEGI-DGG, Superficie de la República Mexicana por Estados, 1999):

Coordenadas: al norte 1908'
 al sur 1820' de latitud norte
 al este 9838'
 al oeste 9930' de longitud oeste

Porcentaje territorial: Morelos representa el 0.2% de la superficie del país.

Colindancias: al norte con el Estado de México y el D.F.
 al este con el Estado de México y Puebla
 al sur con Puebla
 al oeste con Guerrero y el Estado de México

Capital: Cuernavaca



Division Geoestadística Municipal

Con base en los resultados preliminares del XXII Censo General de Población y Vivienda (2000) del INEGI, el estado de Morelos tiene una población de 1'552'878 habitantes distribuidos en 33 municipios; el 21.77% de ellos se encuentra en el municipio de Cuernavaca.

Fisiografía y Tipo de Suelo

El municipio de Cuernavaca corresponden a la provincia fisiográfica del Eje Neovolcánico y, más específicamente, a la subprovincia de Lagos y Volcanes de Anáhuac:

El área de la subprovincia es de 2,204.132 km², lo que significa el 44.45% con respecto al total estatal. Un rasgo destacado en la zona es el de la sierra de laderas escarpadas del Tepozteco, formado por una intensa erosión de material de lahar (flujo de pedacería volcánica). En el extremo noreste los límites estatales se extienden en angosta franja por las faldas del Popocatepetl hasta el cráter del volcán.

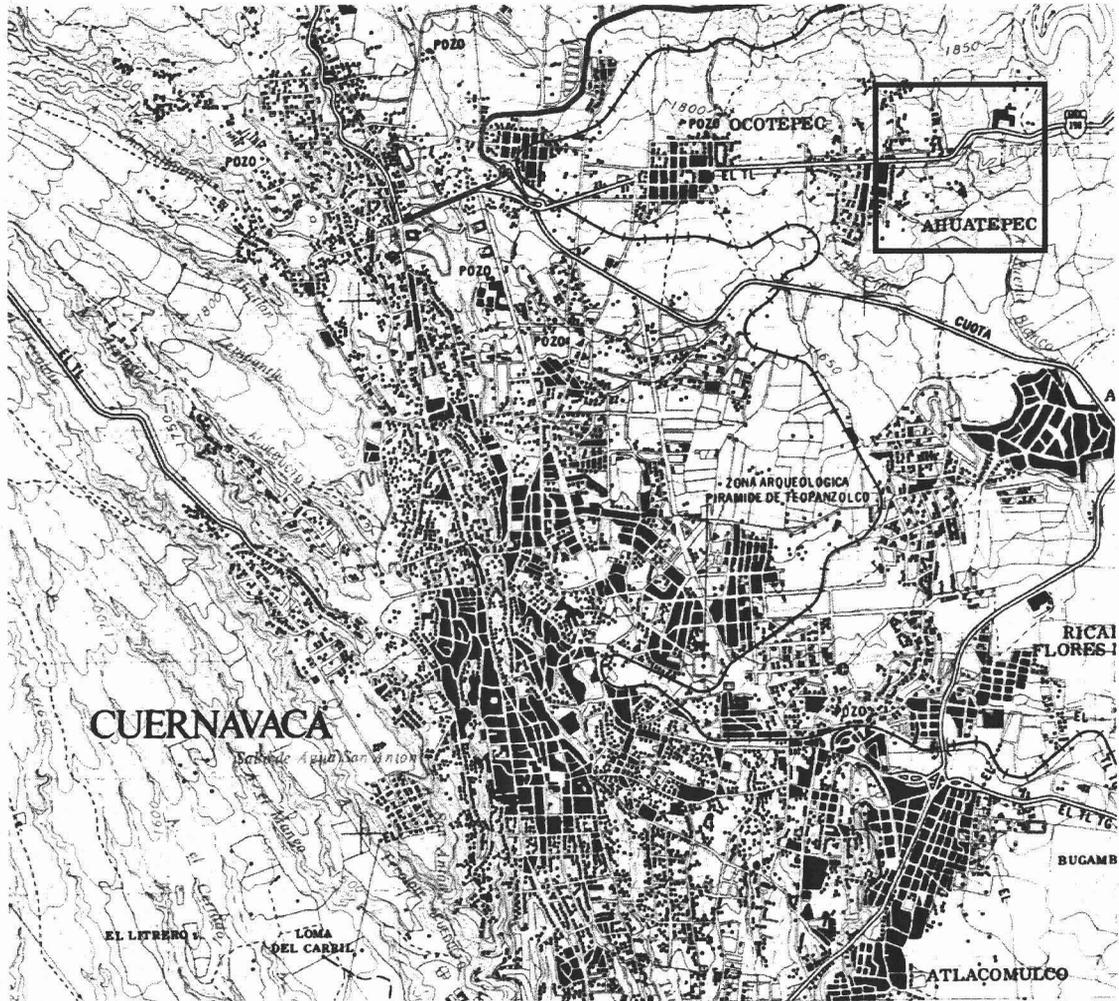
Al norte de la entidad, los suelos tienen un origen predominantemente residual y volcánico, lo que los hace ácidos y poco fértiles, por lo que su uso agrícola es muy limitado.

Clima

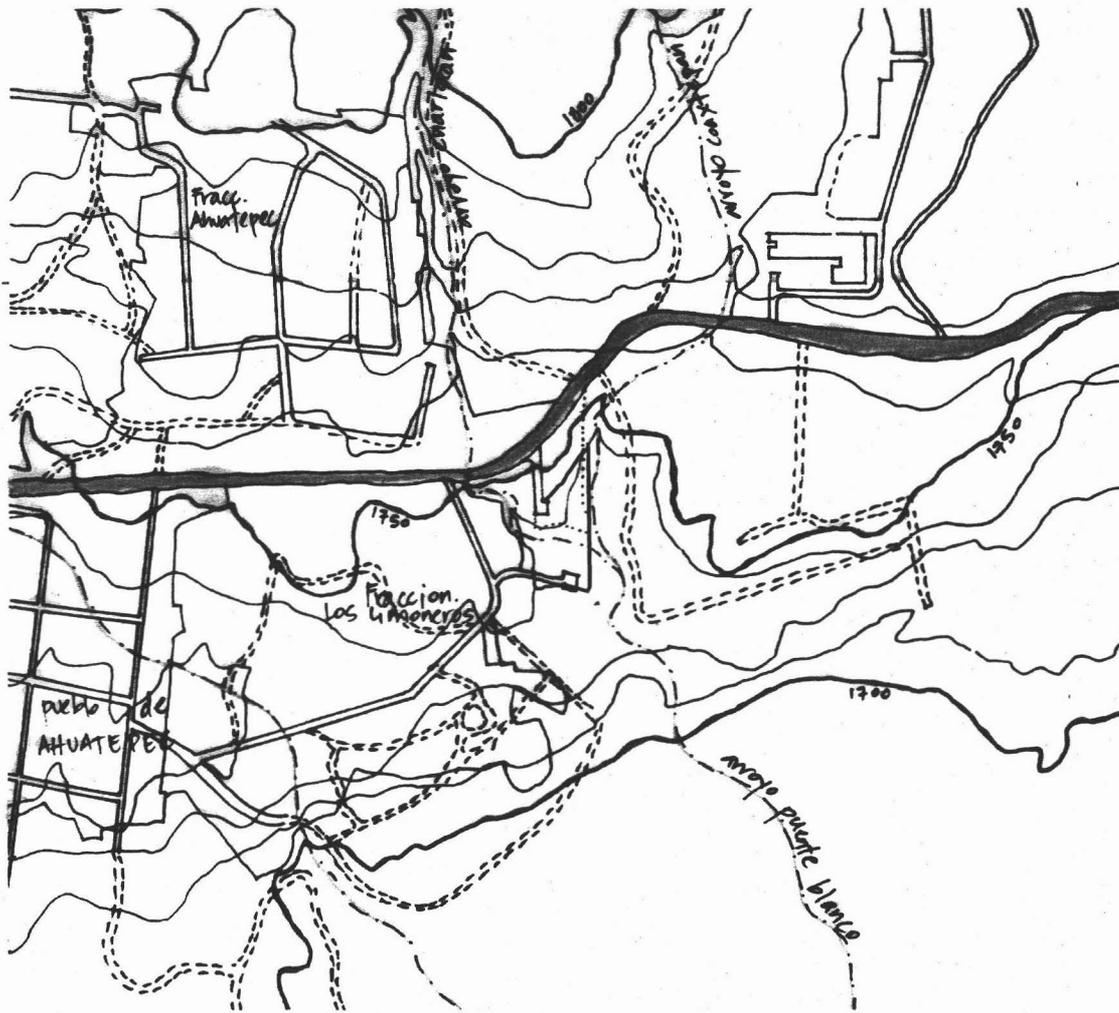
El clima del municipio de Cuernavaca es de tipo cálido subhúmedo con lluvias en verano y cuenta con los siguientes datos estadísticos:

- Temperatura media anual 20.7° C
- Oscilación térmica media anual 4.7° C (de 18.5° C a 23.2° C)
- Precipitación pluvial total anual de 1 000 a 1 200 mm

Plano de Localización



Topografía y Vialidades



 Carretera federal

 Curva de nivel acotado

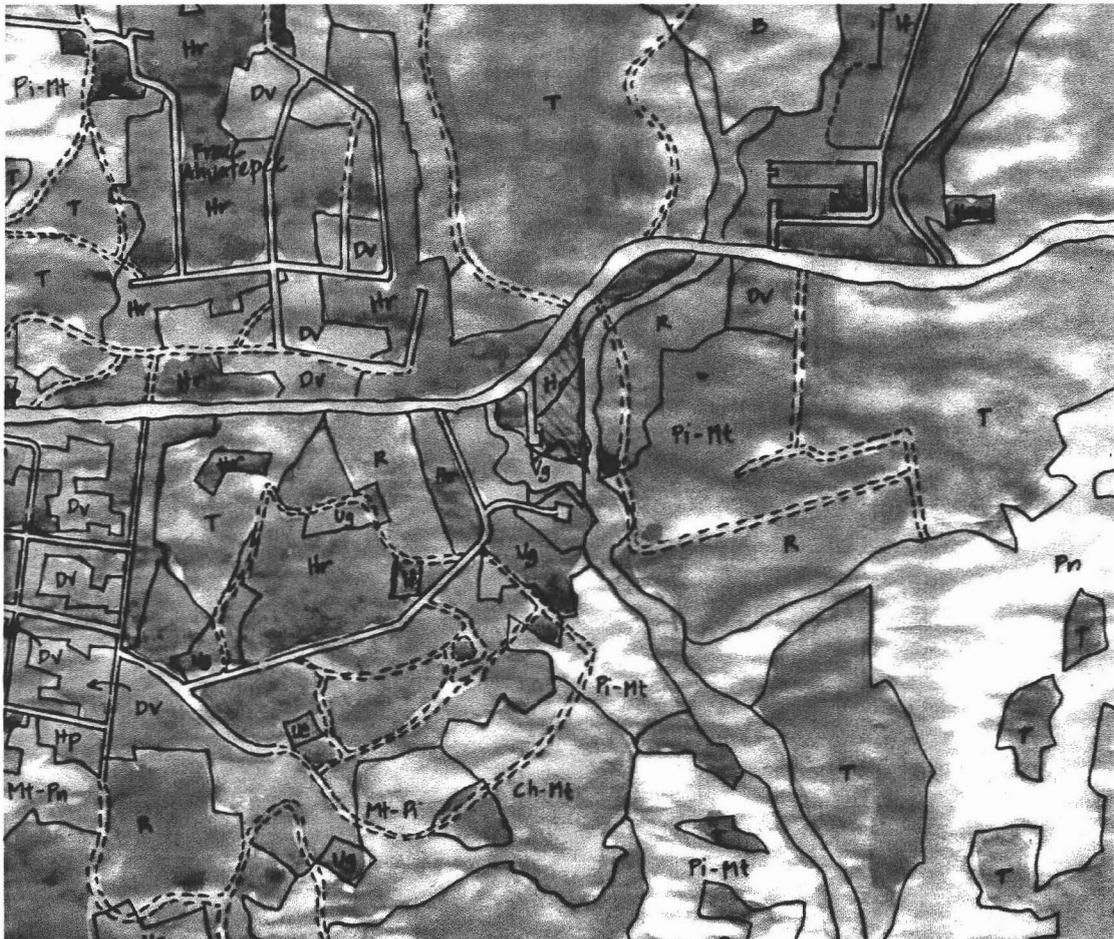
 Calle principal

 Curva de nivel ordinaria

 Calle de terracería

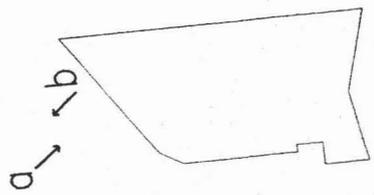
 Arroyo en época de lluvias

Uso del suelo

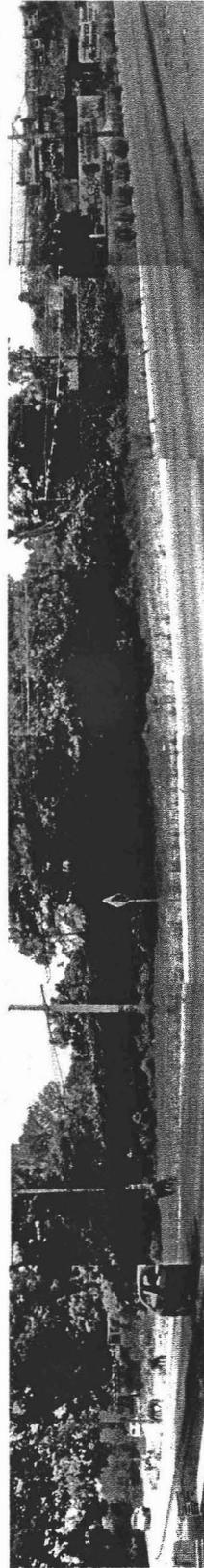


| | |
|------|---------------------------|
| ■ Hr | habitacional residencial |
| ■ Hp | habitacional popular |
| ■ Hm | habitacional medio |
| ■ Ue | ganadero estable |
| ■ Ug | ganadero granja |
| ■ Dv | desprovisto de vegetación |
| ■ If | industrial de fabricación |

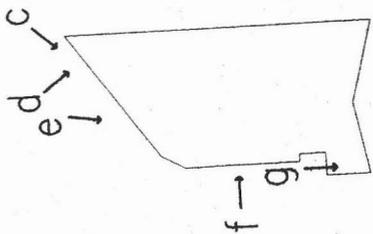
| | |
|------|----------------------|
| ■ R | agrícola de riego |
| ■ T | agrícola de temporal |
| □ Pi | práctico inducido |
| □ Pn | práctico natural |
| ■ Mt | matorral |
| ■ Ch | chaparral |
| ■ B | bosque |



a



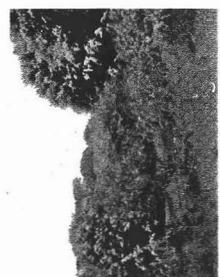
b



c



e



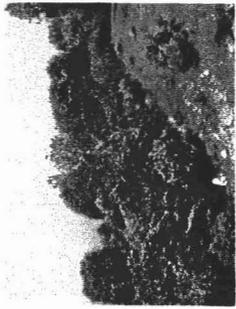
g



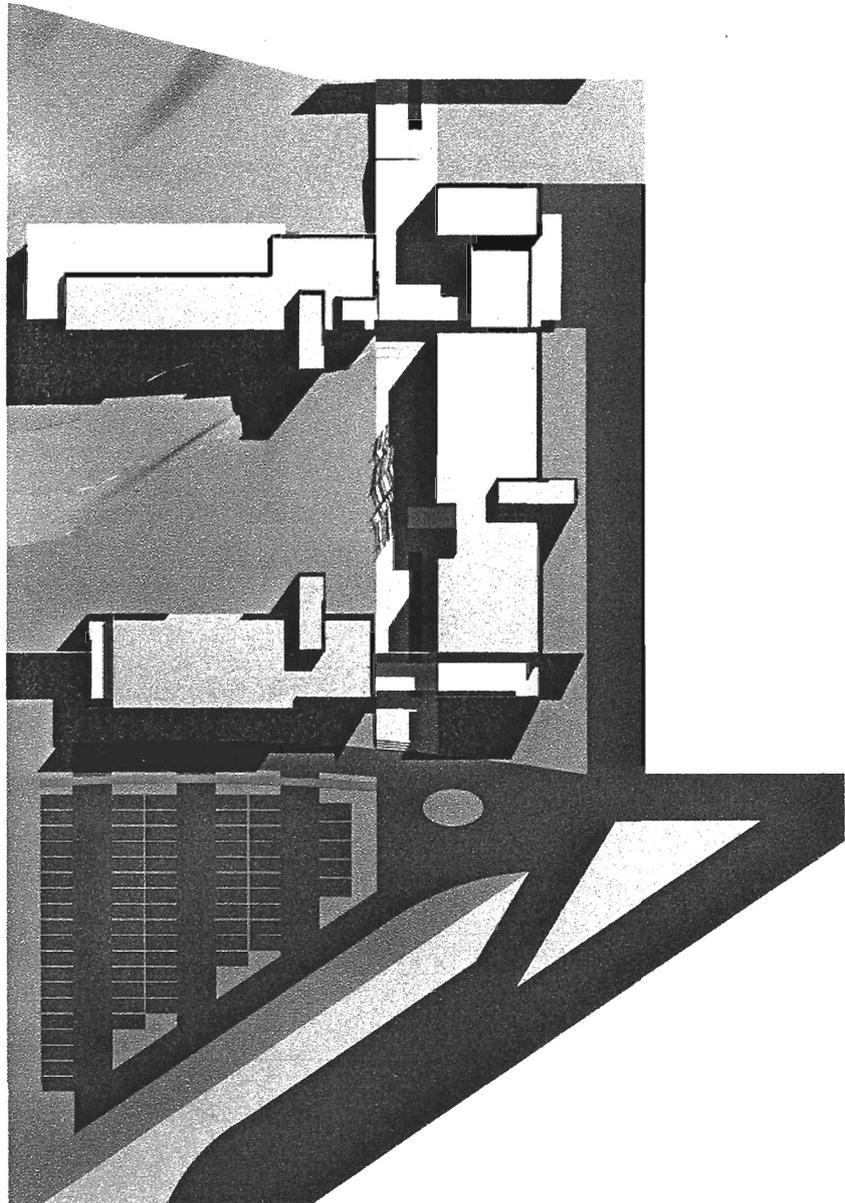
d



f



vistas del desnivel



com
uni
dad terapéutica



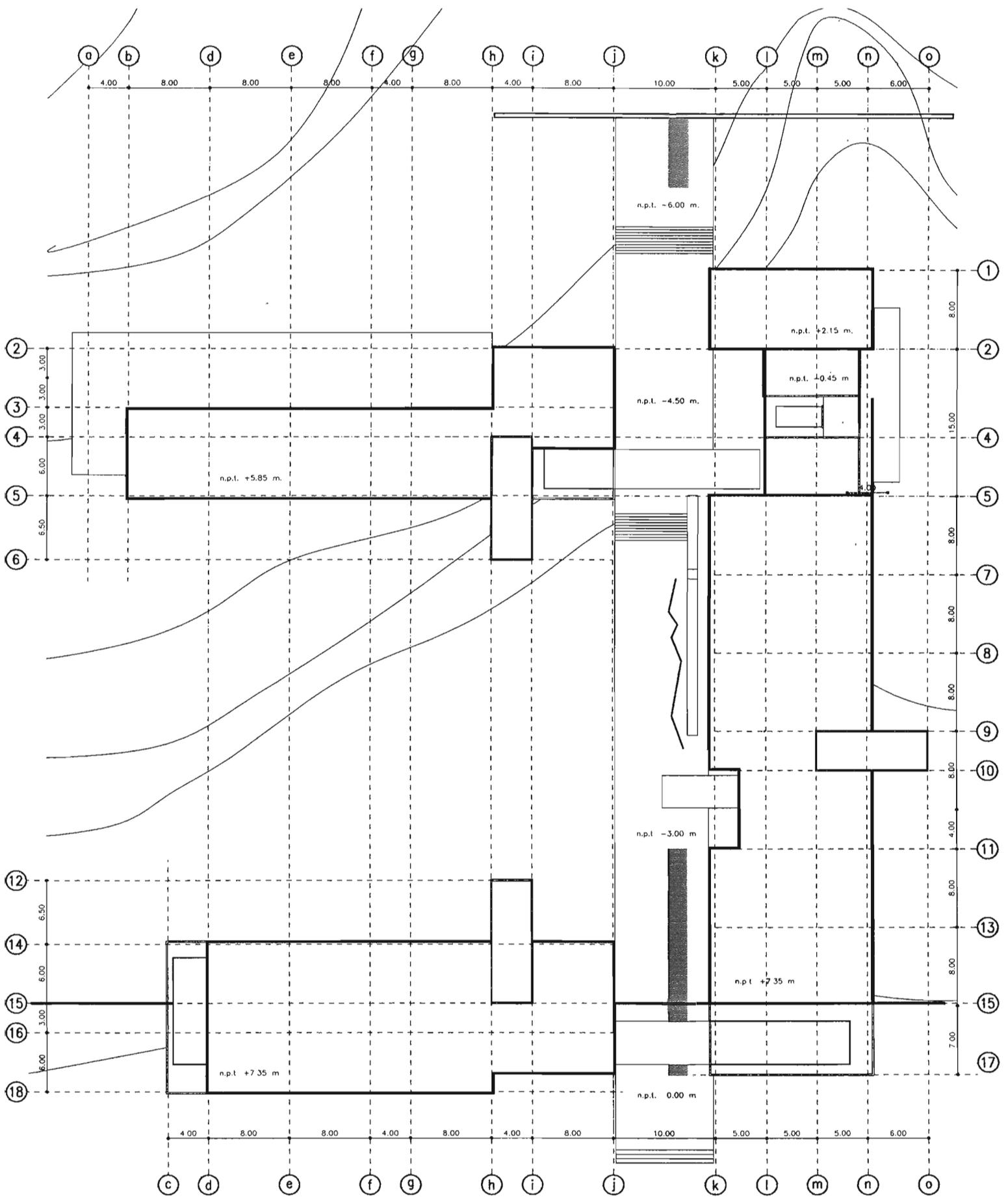
planta de conjunto

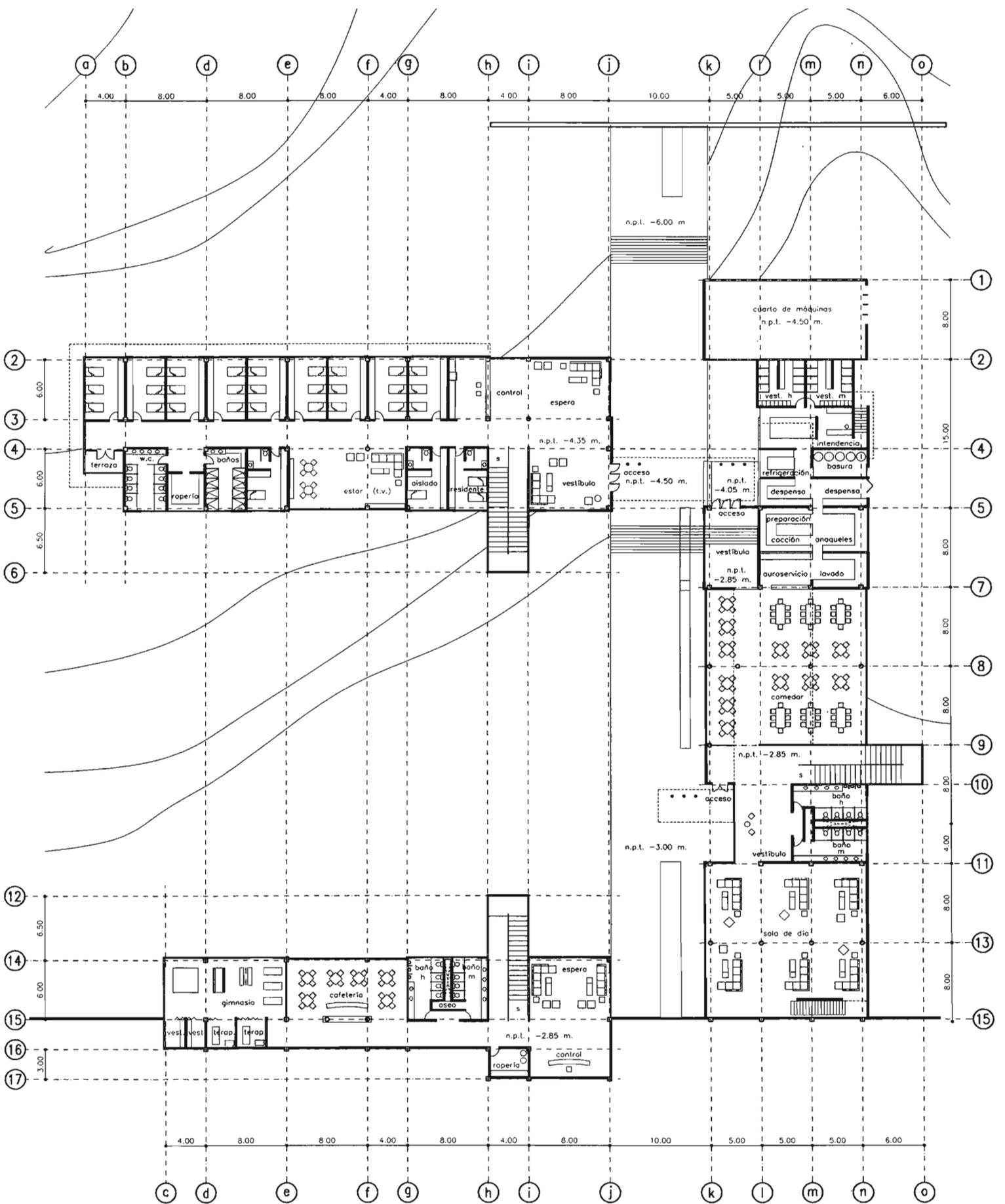


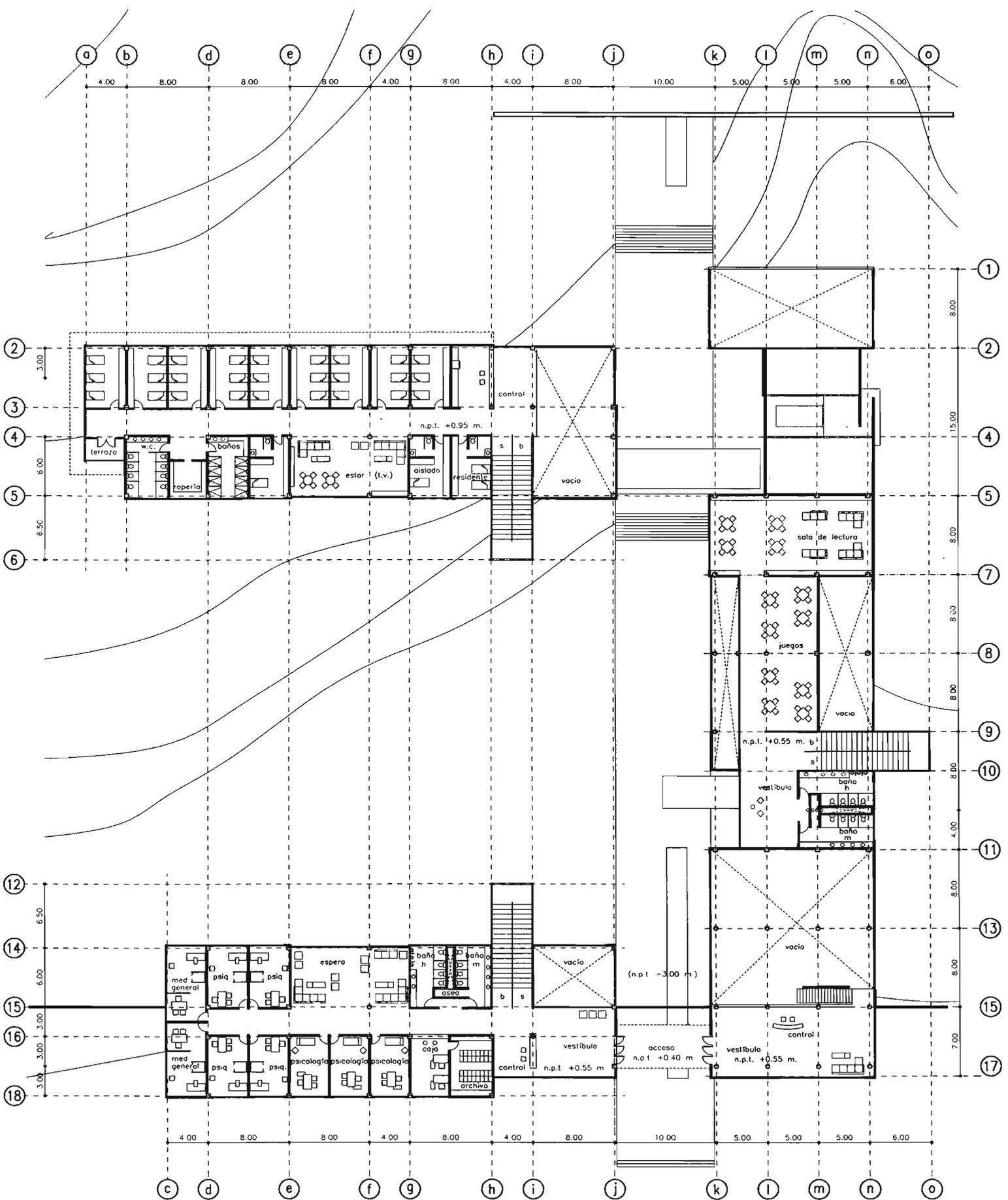
a1

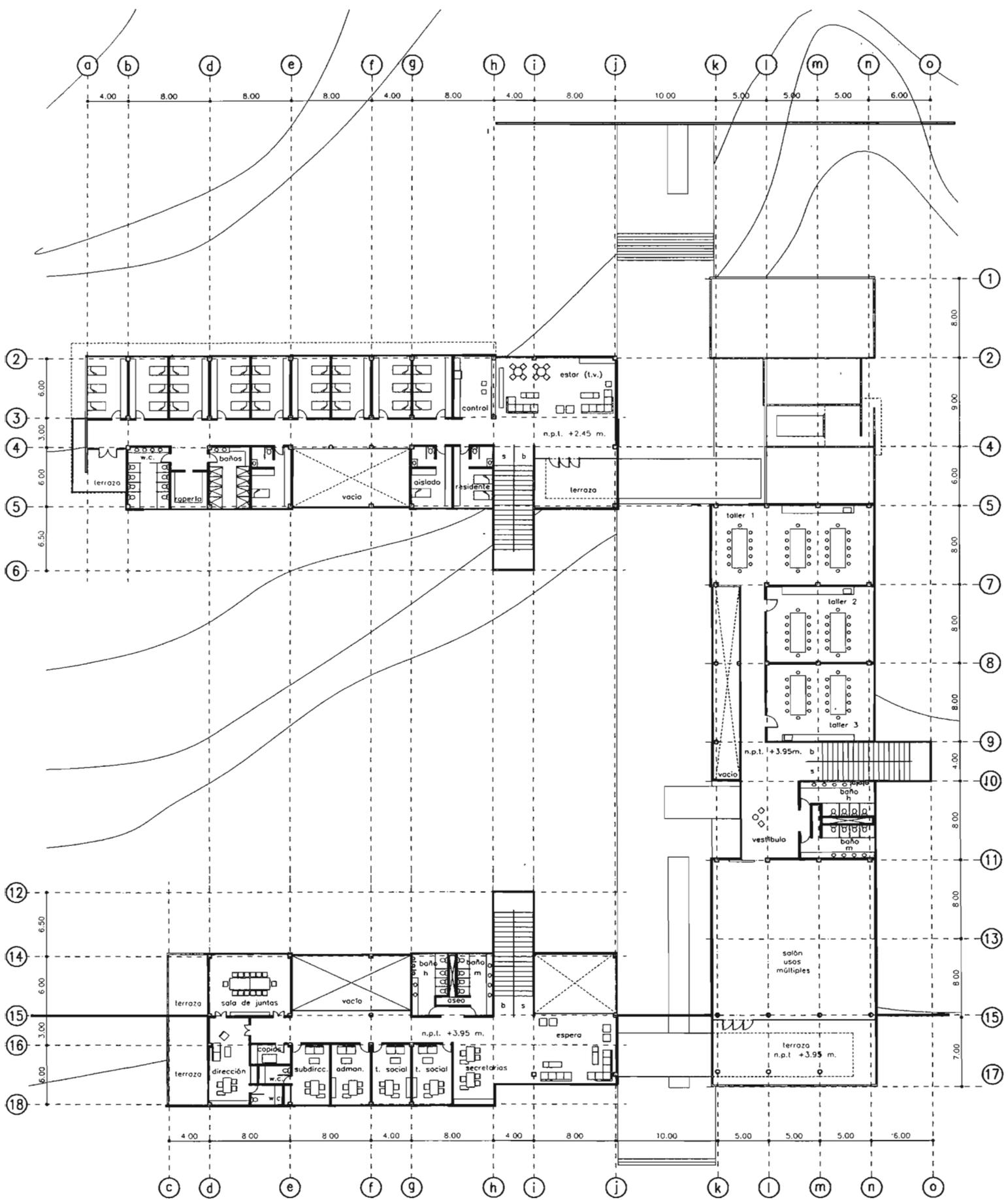
maría fernanda cobo ocejo

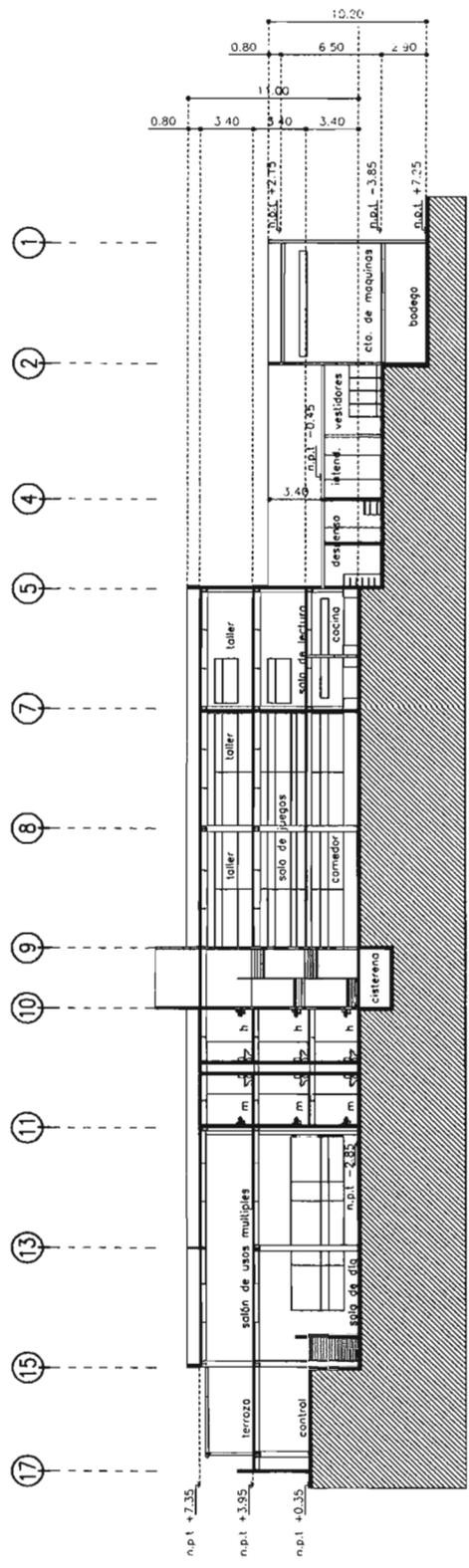
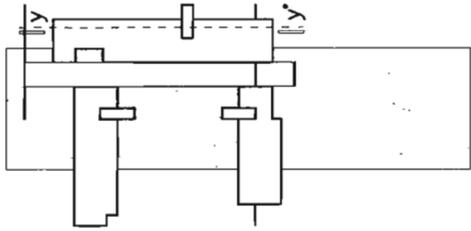


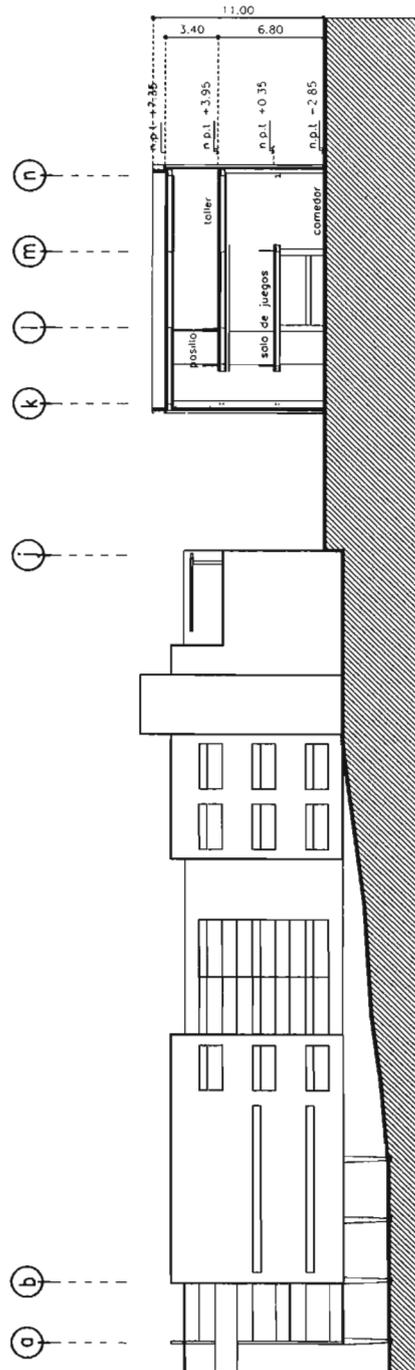
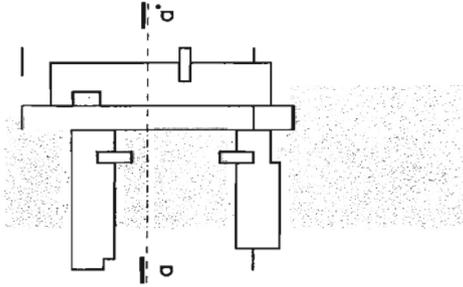


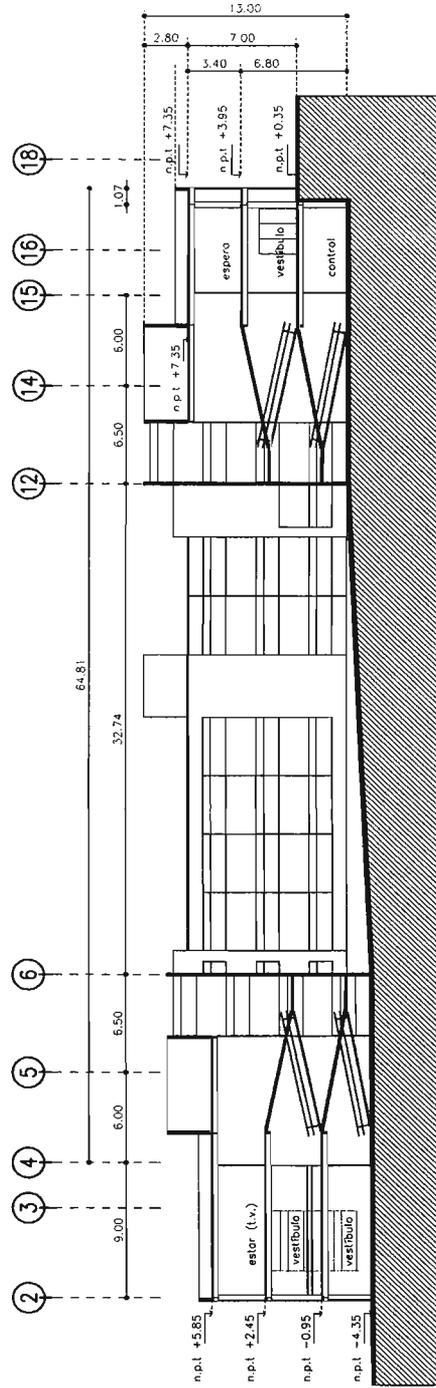
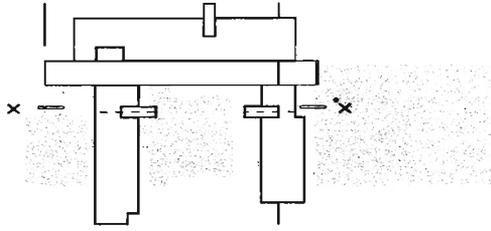






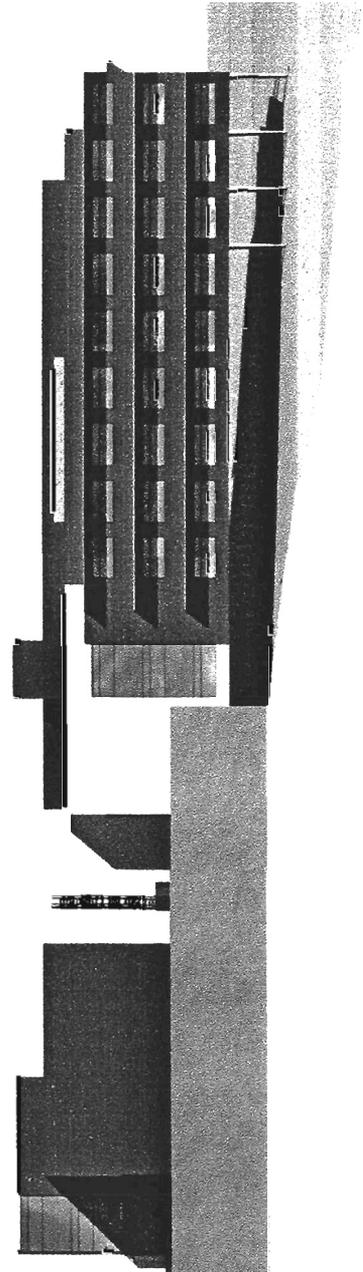






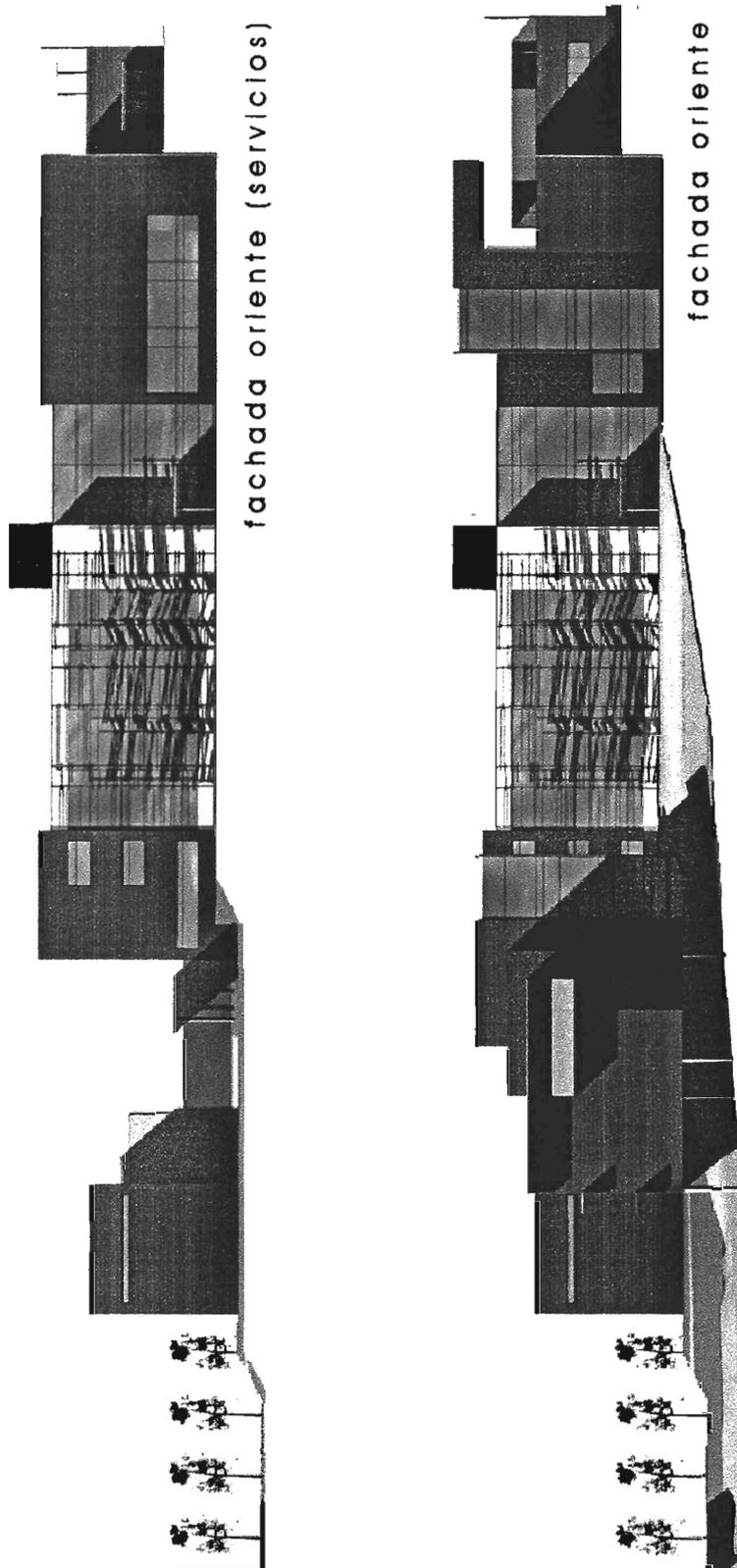


fachada norte



fachada sur





com
uni
dad terapéutica

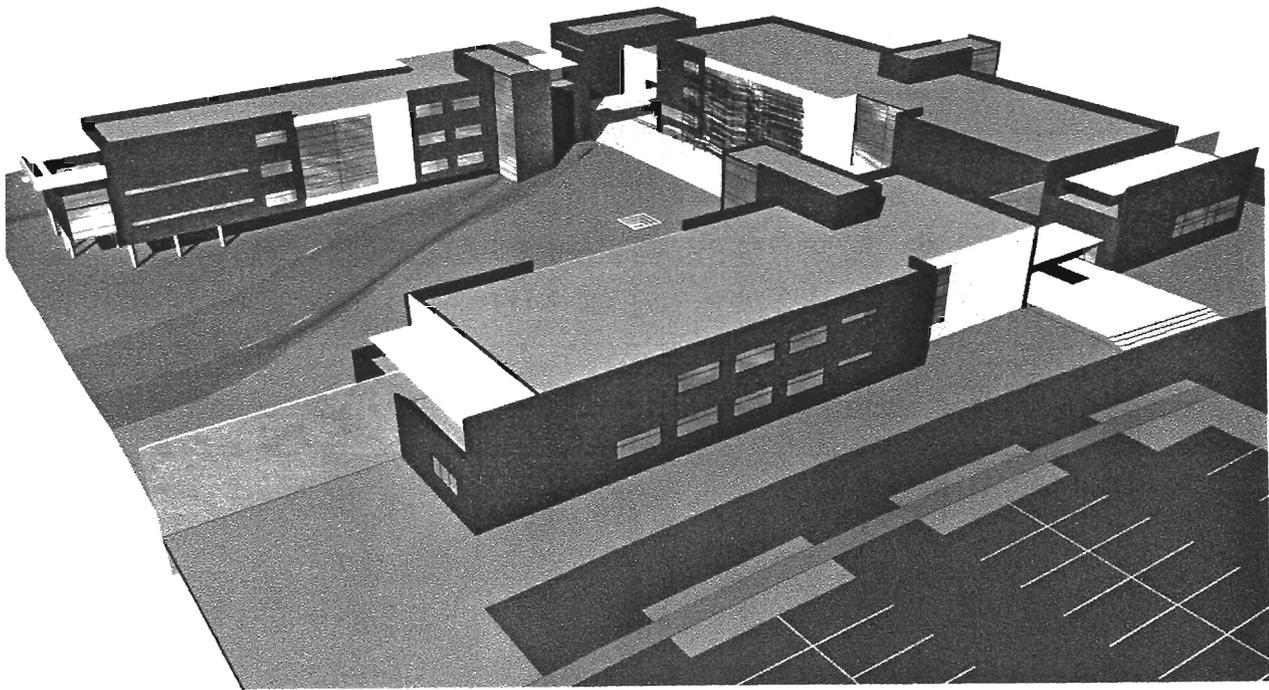


fachadas

a 10

s/e

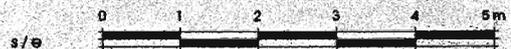
maría fernanda cobo ocejo



c o m
u n i
d a d t e r a p é u t i c a

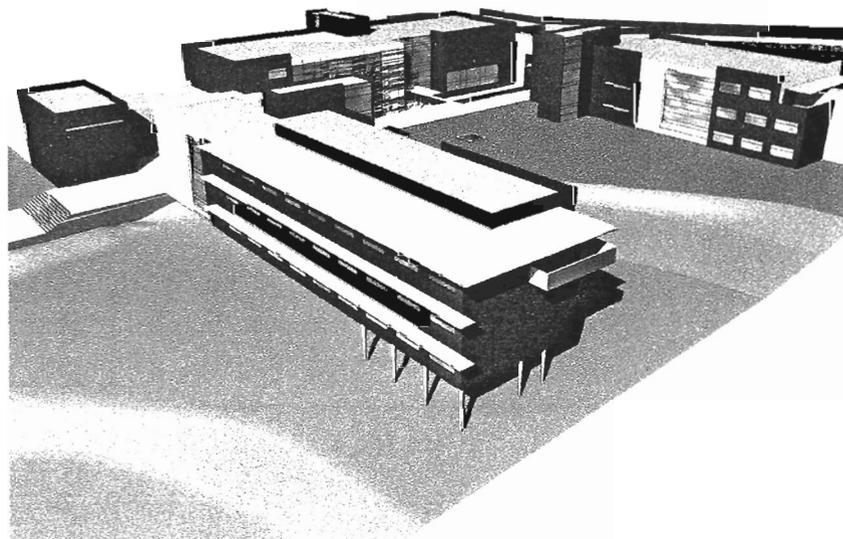
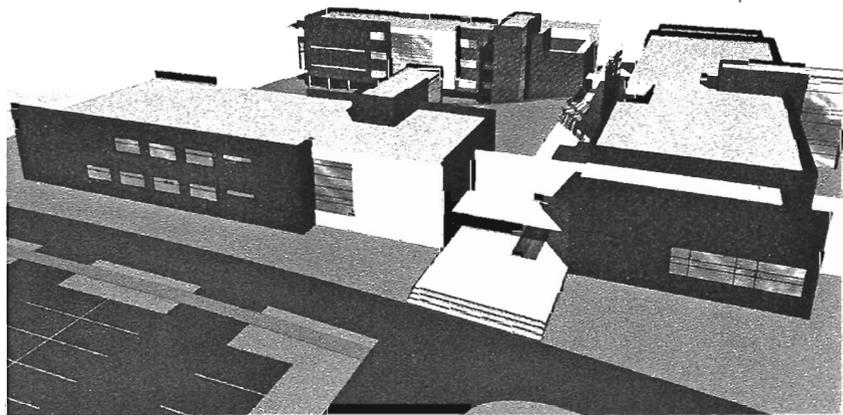


isométrico



a 11

maría fernanda cobo ocelo



c o m
u n i
d a d t e r a p é u t i c a

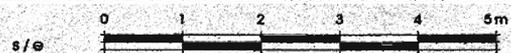
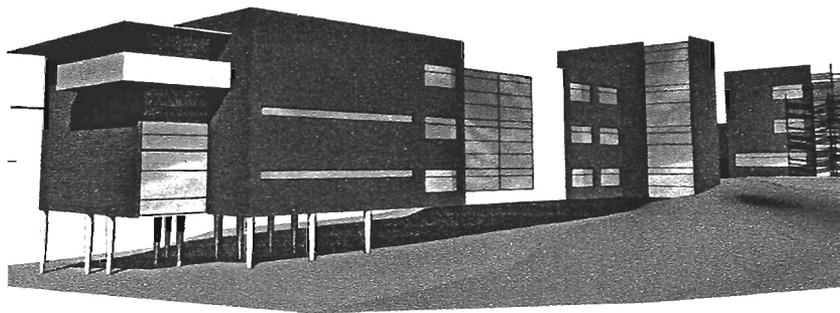
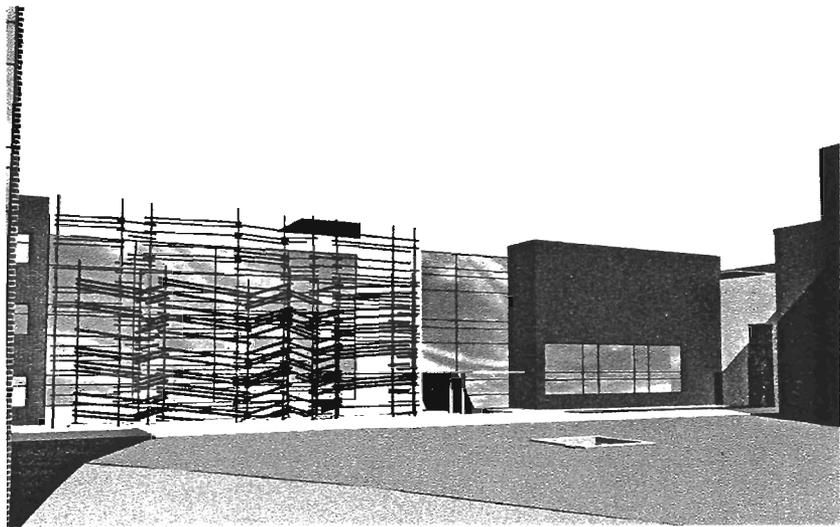


perspectivas

a 12



maría fernanda cobo ocelo

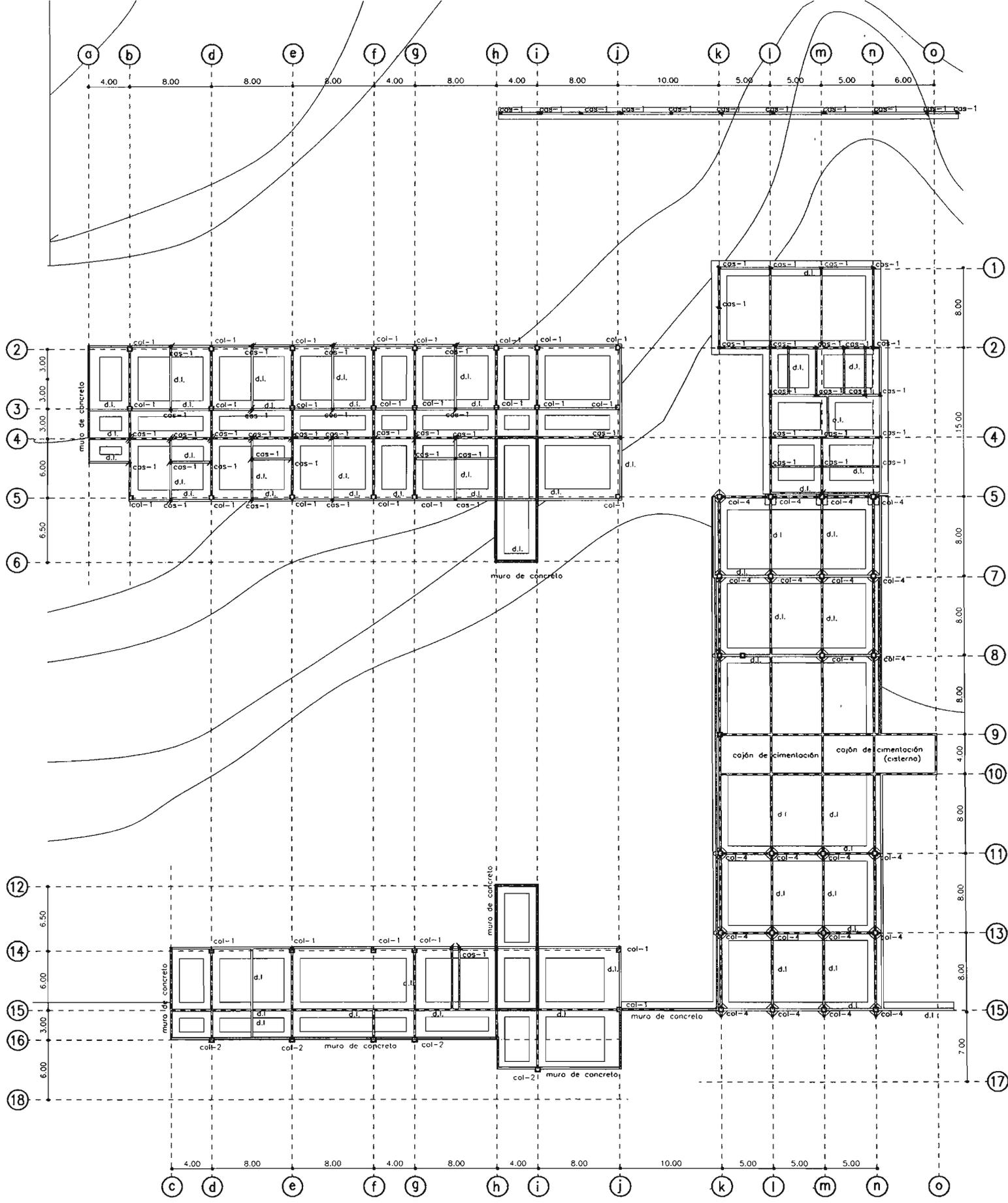


memoria descriptiva: criterio estructural

El sistema estructural de cimentación que se utilizó en todo el proyecto es de zapatas corridas con dados de cimentación sobre los que se desplantan las columnas de concreto armado de 40 x 40 cm. El único lugar en el que se utilizó una losa de cimentación fué en el volúmen de rampas del edificio de servicios pues éste funciona, bajo el nivel de planta baja, como cisterna. En algunos casos se utilizan muros de carga de concreto ya sea por el esfuerzo de dichos muros (como en el caso del muro de contención del desnivel del terreno de la planta baja), por el desplante del edificio en el terreno (en el caso del edificio de habitaciones que se desplanta sobre una serie de columnas por encima del nivel del terreno) o por eliminar columnas por cuestiones estéticas (en el caso de las terrazas en los extremos de los 3 edificios). Los 3 volúmenes de rampas también están resueltos con muros de carga pues funcionan como "cajas" o elementos independientes estructuralmente.

El criterio estructural que se siguió para los entrepisos responde a las necesidades de cada edificio, por lo que no es igual en los tres casos. En los dos edificios más chicos, el de gobierno / consulta externa y el de habitaciones, por tener claros más chicos (el mayor es de 6.00 m.) se solucionó con un sistema de vigueta y bovedilla, que al ser prefabricado baja los costos hombre / hora, y agiliza la construcción. El edificio de servicios se solucionó con un sistema de losa acero que, aunque es de mayor costo, responde a claros más grandes (se dan claros hasta de 8 m.). En el caso del salón de usos múltiples de este último edificio se quisieron eliminar, por cuestiones de funcionamiento del espacio, las dos columnas que resultaban en medio del salón; para lograr esto se llegó a una solución de viga de alma abierta que, por tener un peralte muy elevado, y como dicho salón se encuentra en el último piso del edificio, se soluciona por arriba de la losa, armándose del nivel del entrepiso para arriba.





com
uni
dad terapéutica



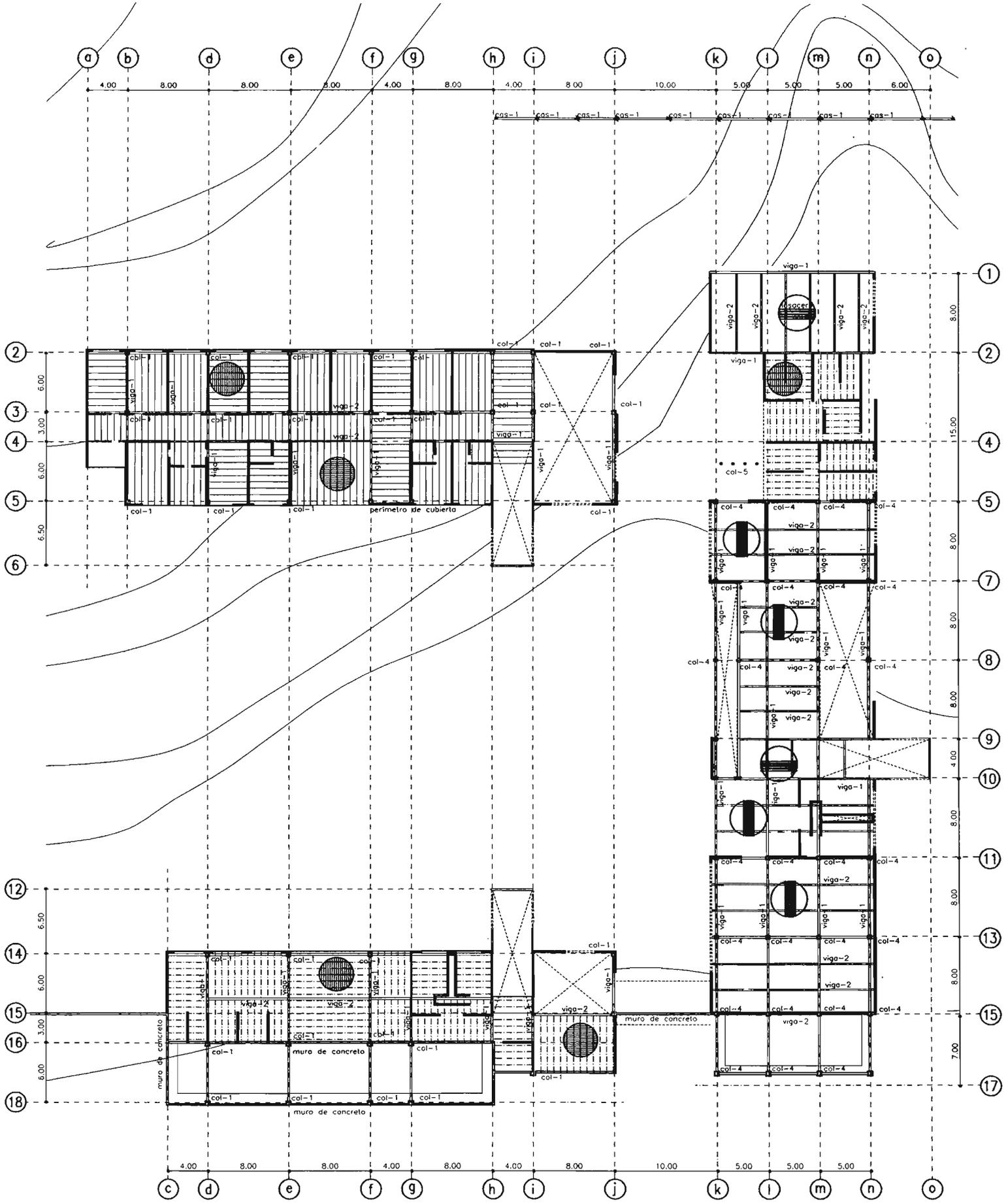
planta de cimentación (niv. -3.00 y -6.00)

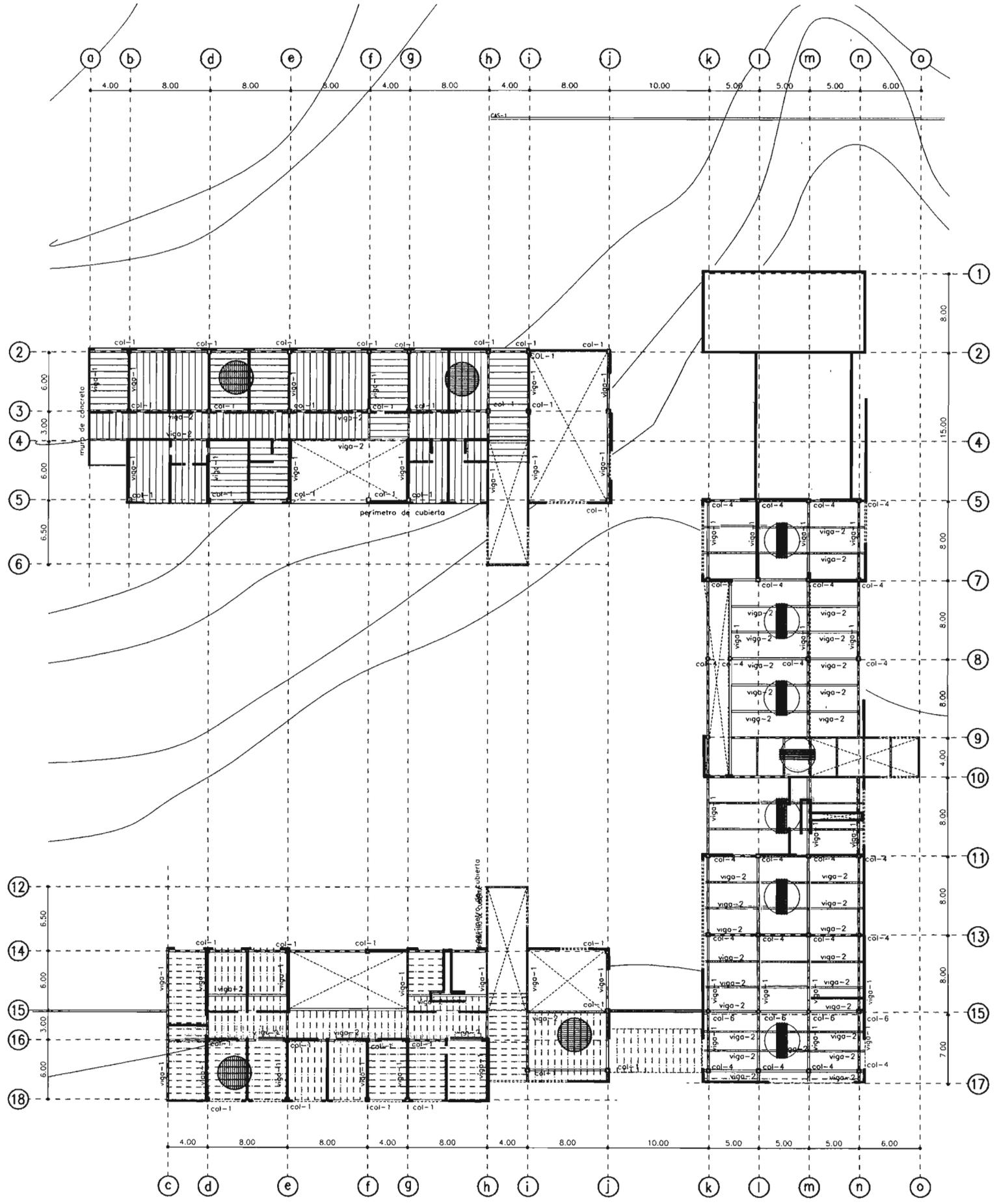


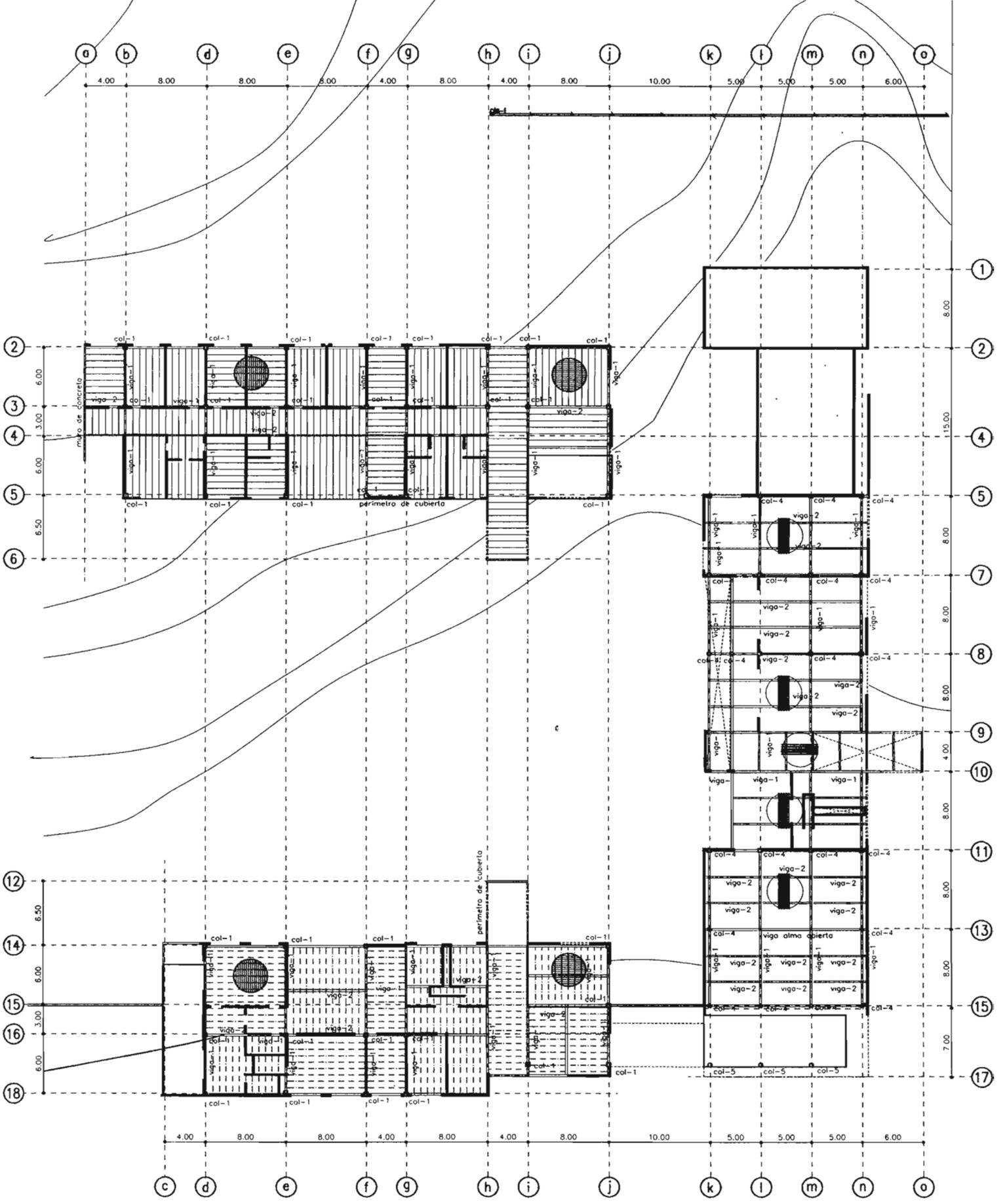
maría fernanda cobo ocejo

e1

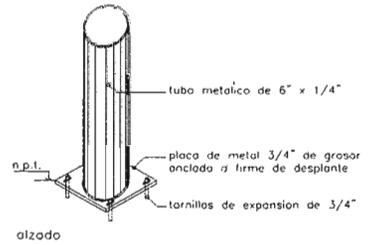
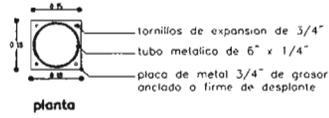




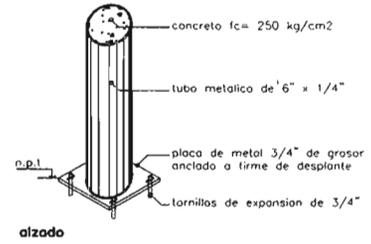
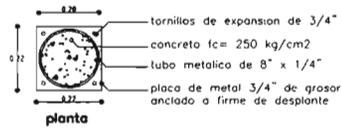




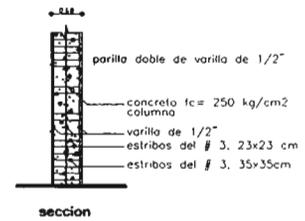
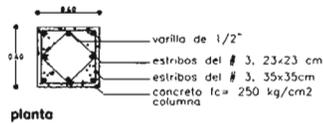
C-4



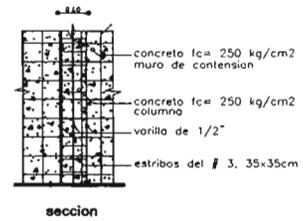
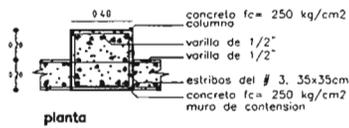
C-5



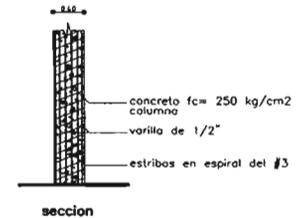
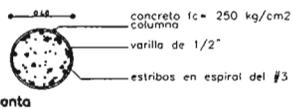
C-1



C-2

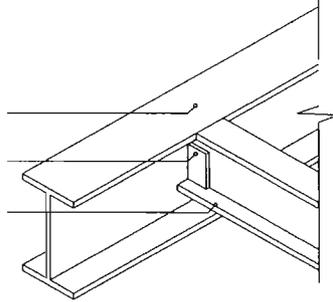


C-3



detalle de unión vigas

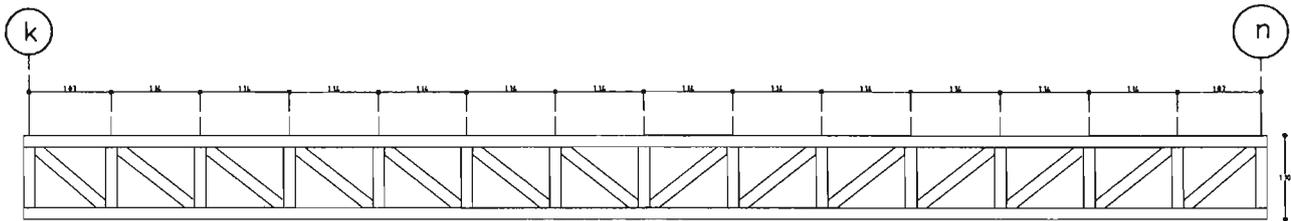
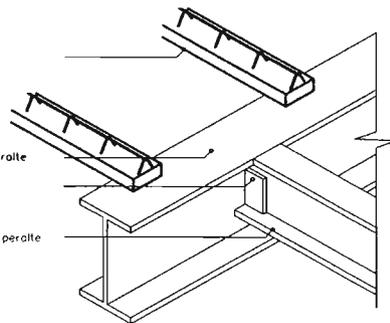
viga "I" acero (primaria) de 45 cm de peralte
 placa metálica soldada a ambas vigas.
 viga "I" acero (secundaria) de 30 cm de peralte



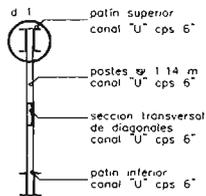
detalle de unión vigas

viga precalada para sistema de cubierta
 vigueta y bovedilla

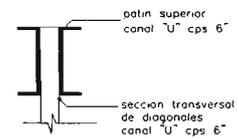
viga "I" acero (primaria) de 45 cm de peralte
 placa metálica soldada a ambas vigas
 viga "I" acero (secundaria) de 30 cm de peralte



viga alma abierta



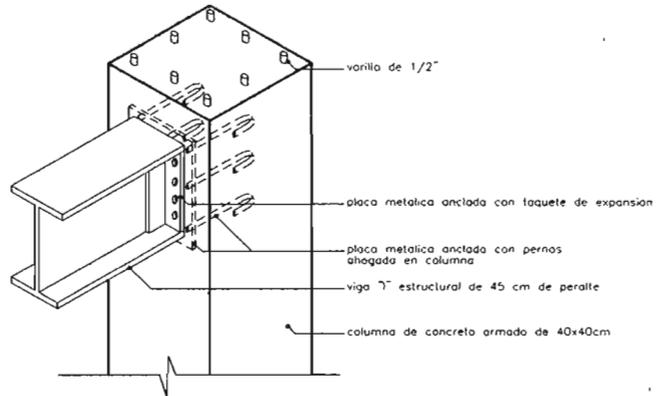
seccion de armadura



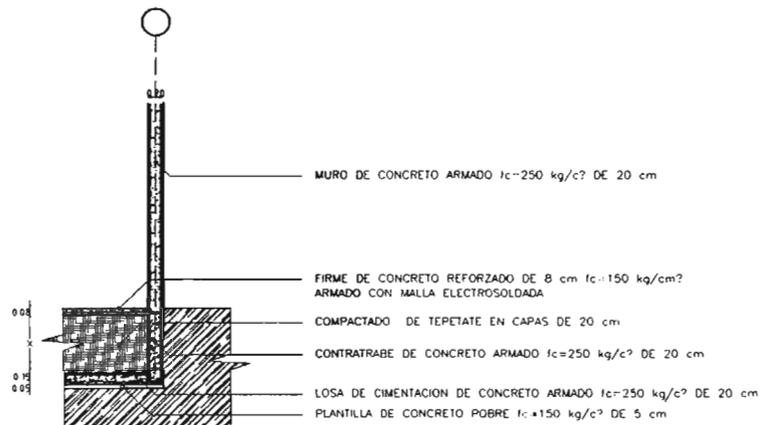
d 1



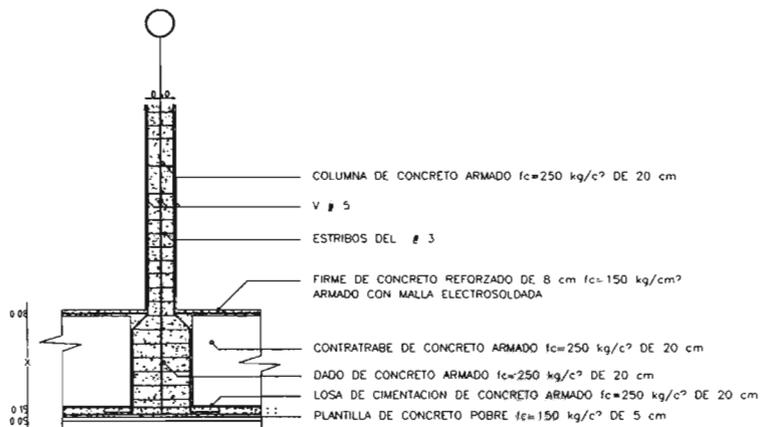
anclaje de vigas a columnas

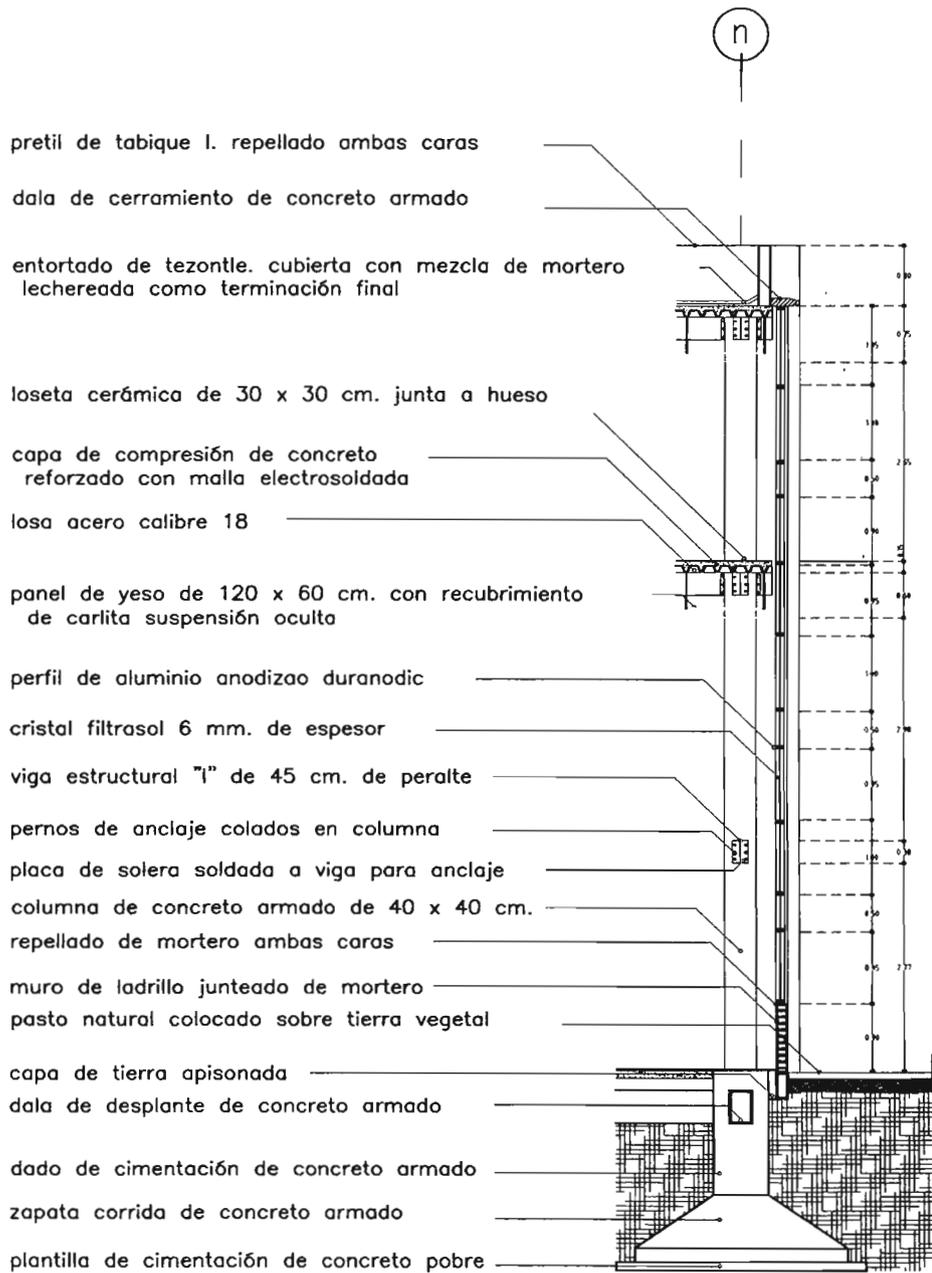


Detalle de Muro de Concreto



Detalle de Columna





2

pretil de tabique l. repellado ambas caras

dala de cerramiento de concreto armado

lechereada como terminación final

loseta cerámica de 30 x 30 cm. junta a hueso

capa de compresión de concreto reforzado con malla electrosoldada

sistema de cubierta prefabricada de vigueta y bovedilla

viga estructural "I" de 30 cm de peralte

panel de yeso de 120 x 60 cm. con recubrimiento de carlita suspensión oculta

perfil de aluminio anodizado duranodic

crystal filtrazol 6 mm. de espesor

pernos de anclaje colados en columna

placa de solera soldada a viga para anclaje

dala de cerramiento de concreto armado

columna de concreto armado de 40 x 40 cm.

muro de ladrillo junteado de mortero

loseta cerámica de 30 x 30 cm. junta a hueso

firme de concreto armado reforzado

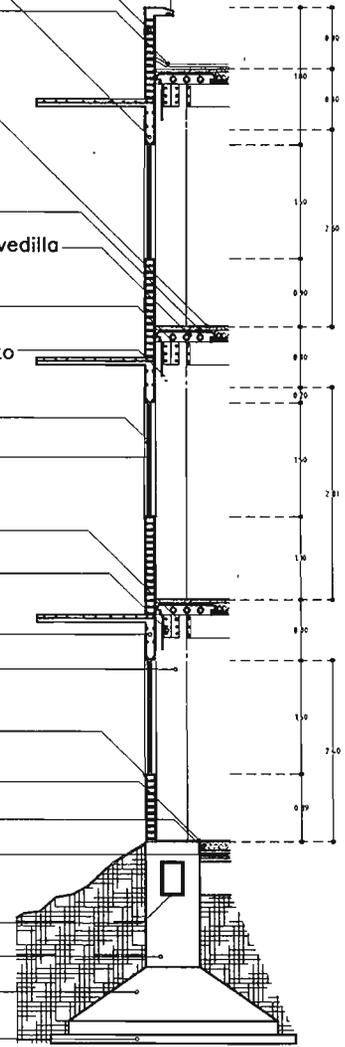
capa de tierra apisonada

dala de desplante de concreto armado

dado de cimentación de concreto armado

zapata corrida de concreto armado

plantilla de cimentación de concreto pobre



memoria descriptiva: instalación hidro-sanitaria

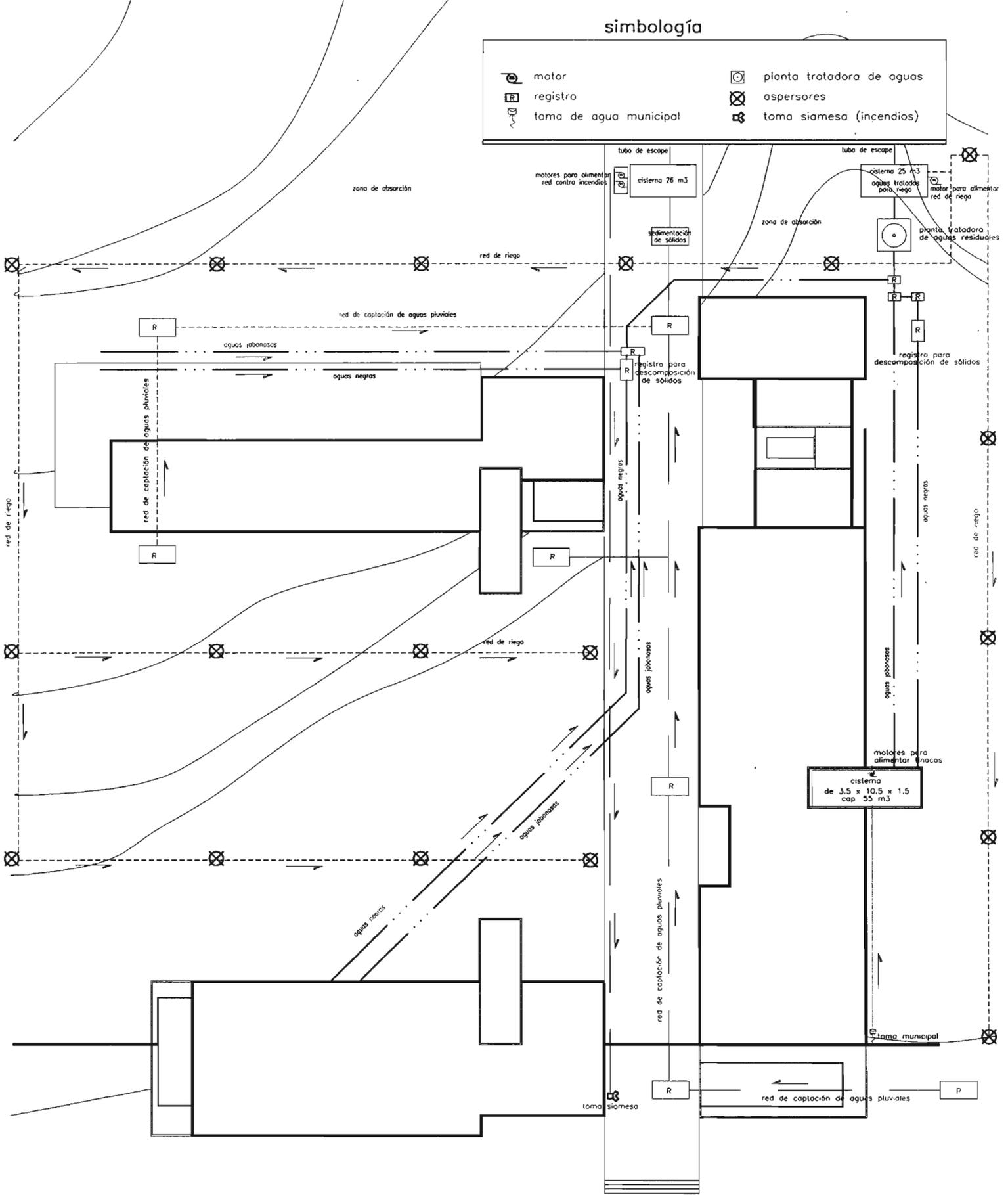
La instalación sanitaria parte de la toma de agua municipal de donde baja hasta la cisterna, debajo del volúmen de rampas del edificio de servicios. De esta cisterna se sube el agua con una bomba hidroneumática hasta los tanques que se encuentran en ese mismo volumen en el nivel de azoteas. De los tanques, el agua (fría) es bombeada por un equipo hidroneumático en tres ramales: el primero al núcleo de baños del edificio de gobierno / consulta externa; el segundo y tercero salen juntos y luego se separan, uno al núcleo de baños del edificio de habitaciones (con una bajada a los talleres y a la cocina) y el otro al calentador que se encuentra en el cuarto de máquinas, de donde luego sale hacia la cocina y al núcleo de baños del edificio de habitaciones. Se pensó en un equipo hidroneumático debido a que el gran desnivel que presenta el terreno podría haber tenido consecuencias en cuanto a la presión con la que llegara el agua a los edificios que se encuentran más arriba; así, se garantiza que la presión siempre será la misma independientemente de la ubicación de la salida y del número de muebles que se estén utilizando al mismo tiempo.

En cuanto a la instalación hidrosanitaria, y debido no sólo al gran problema global del agua sino en específico a la preocupante escasez de la zona, se están utilizando dos plantas para re-utilizar la mayor parte del agua residual posible. Por un lado, las aguas pluviales se captan a una red que luego las lleva, por gravedad y aprovechando el desnivel del terreno, a una plantita de sedimentación de sólidos de donde luego pasan a una cisterna que se encuentra en el nivel más bajo del terreno y desde donde, de ser necesario, se bombea con una bomba de emergencia a la red contra incendios. Por otro lado, las aguas grises (jabonosas) y negras también son captadas en una red; las aguas grises van directamente a la planta tratadora de aguas residuales, y las negras pasan antes por un registro de descomposición de sólidos y luego van a la planta. Una vez tratadas, pasan a una cisterna que alimenta el sistema de riego de las áreas verdes y del huerto.



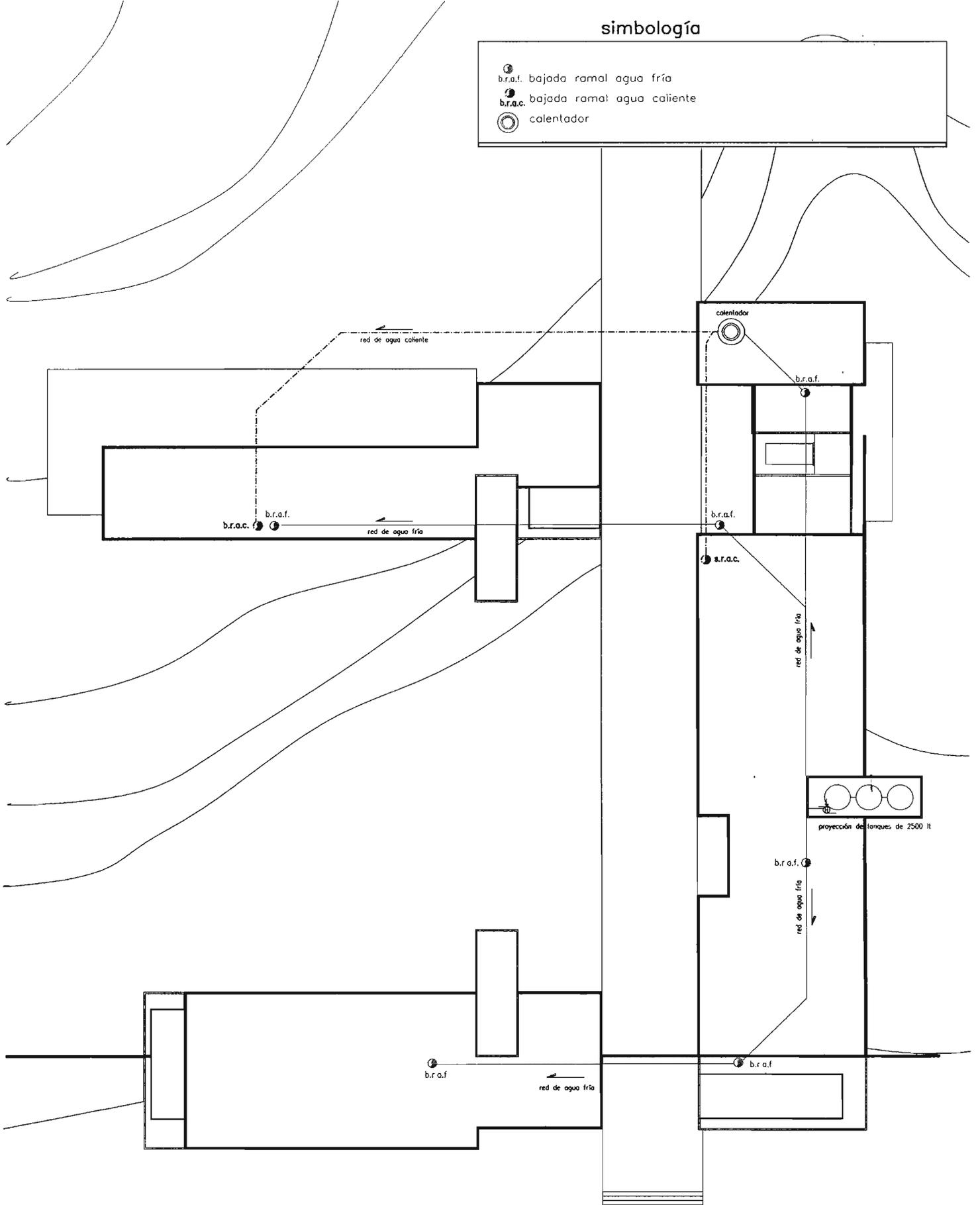
simbología

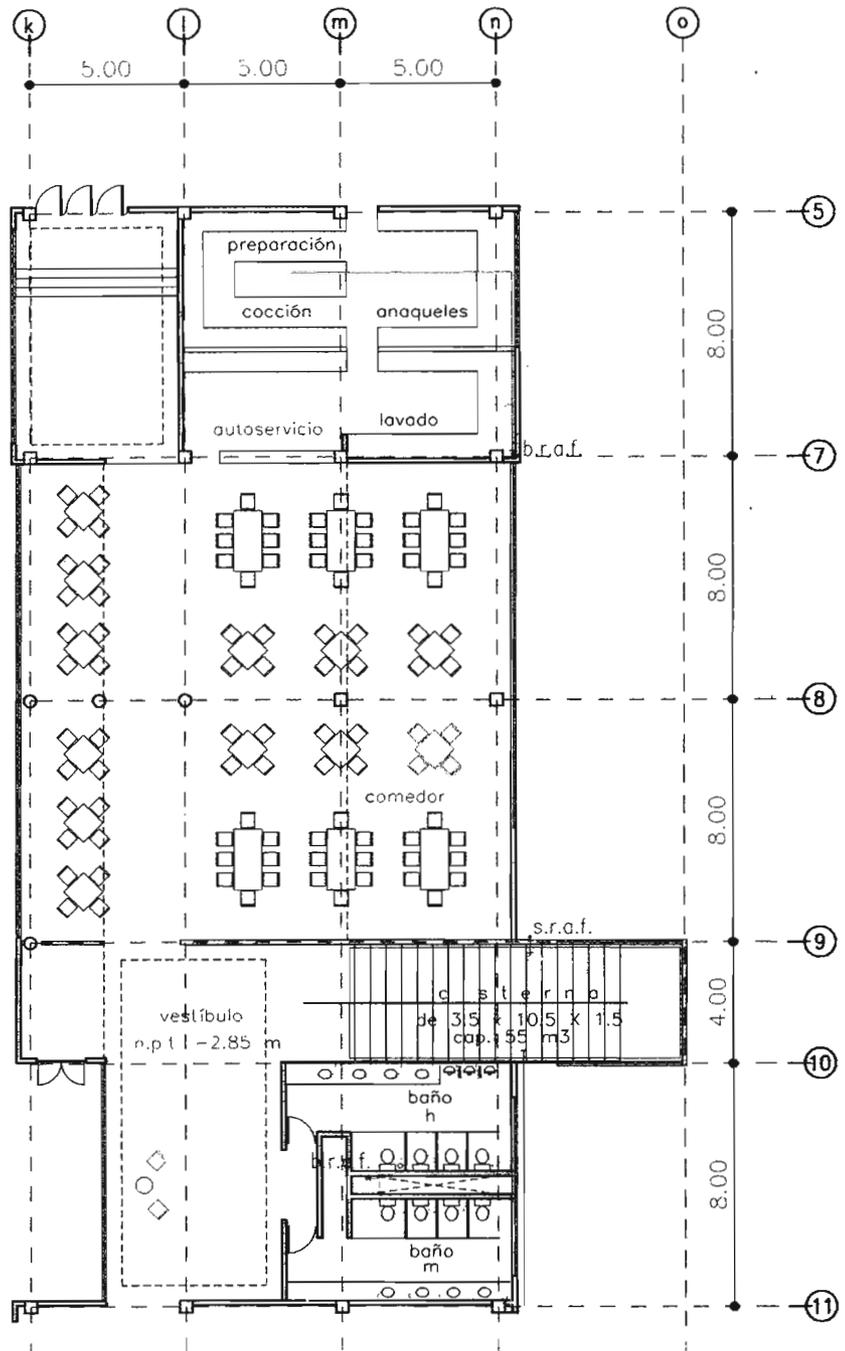
| | | | |
|--|------------------------|--|---------------------------|
| | motor | | planta tratadora de aguas |
| | registro | | aspersores |
| | toma de agua municipal | | toma siamesa (incendios) |



simbología

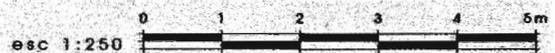
- ⊖ b.r.a.f. bajada ramal agua fría
- ⊕ b.r.a.c. bajada ramal agua caliente
- ⊙ calentador

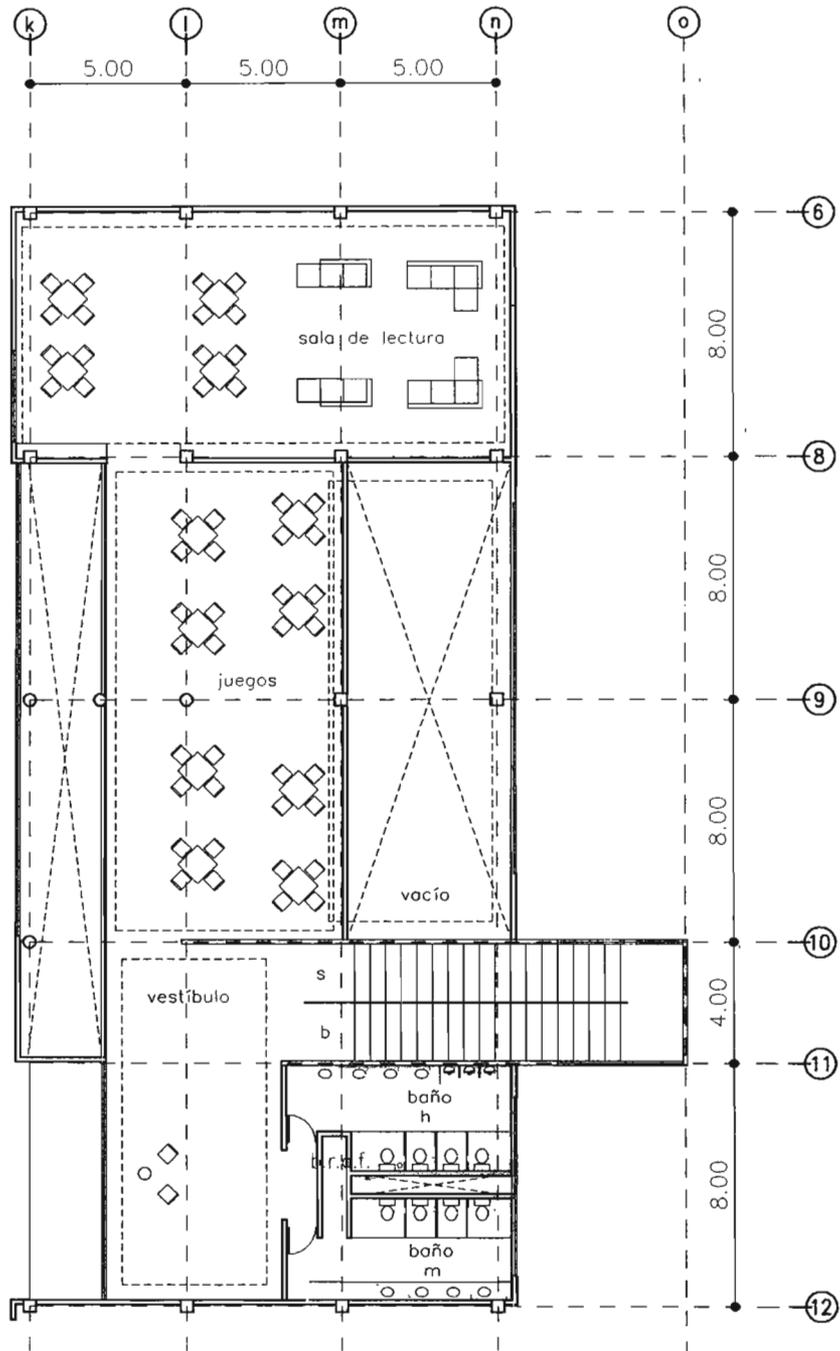




simbología

- tubería de cobre
- motor (bomba hidroneumática)
- electroneveles
- válvula de paso
- codo de 90 grados
- tee
- sube ramal de agua fría (a tinacos)
- baja ramal de agua fría (de tinacos)

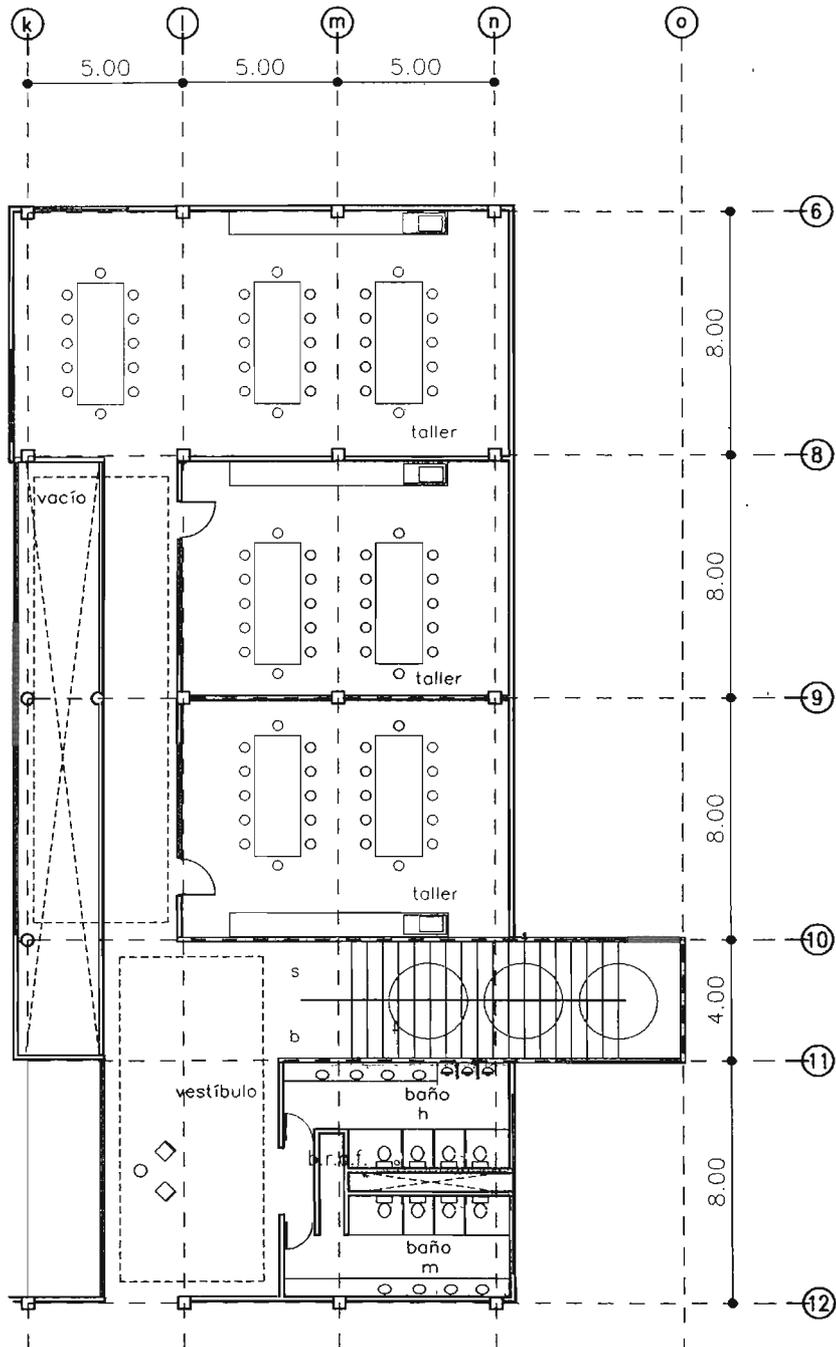




simbología

- tubería de cobre
- válvula de paso
- ◊ codo de 90 grados
- ⊕ tee
- sube ramal de agua fría (a tinacos)
- baja ramal de agua fría (de tinacos)

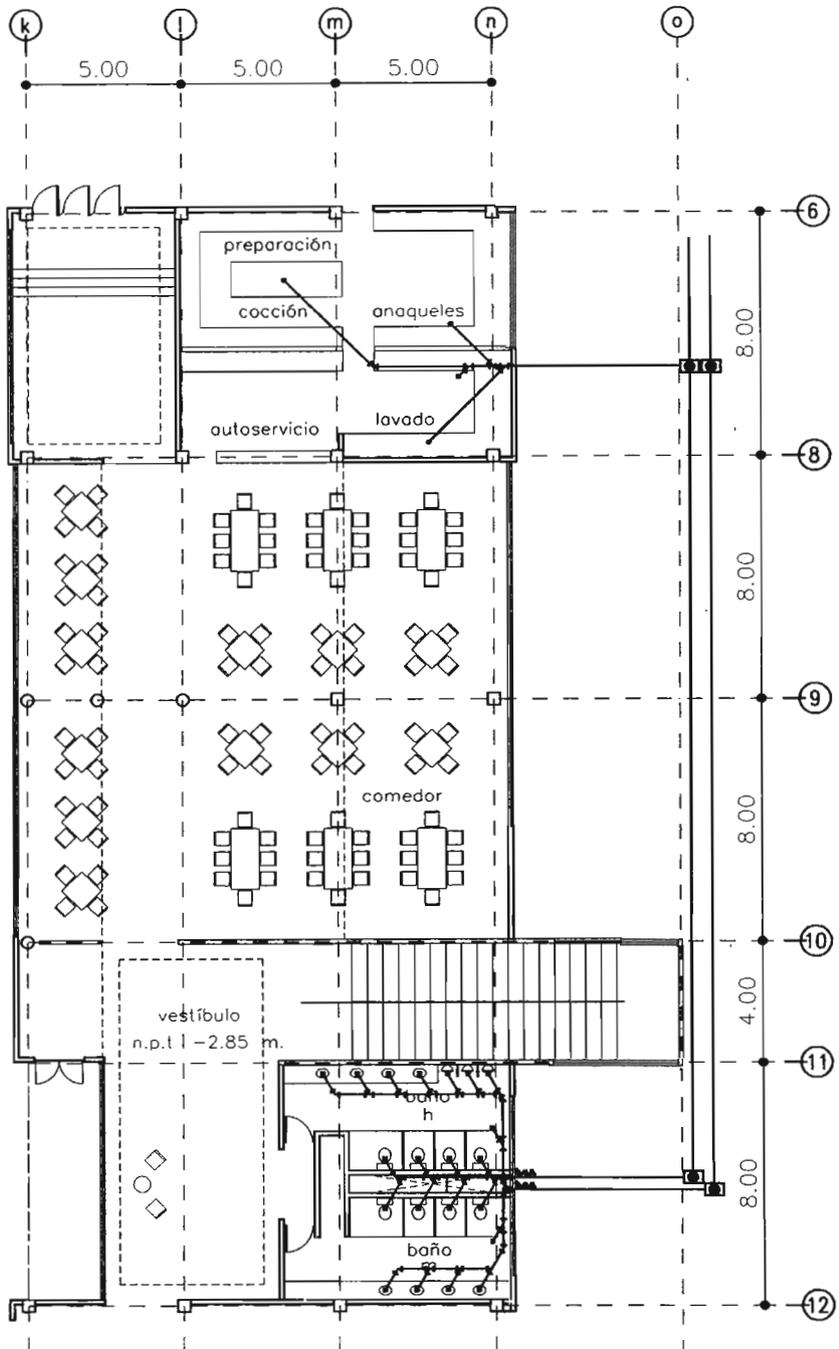




simbología

- tubería de cobre
- motor (equipo hidroneumático)
- electroneveles
- válvula de paso
- codo de 90°
- tee
- sube ramal agua fría
- baja ramal agua fría

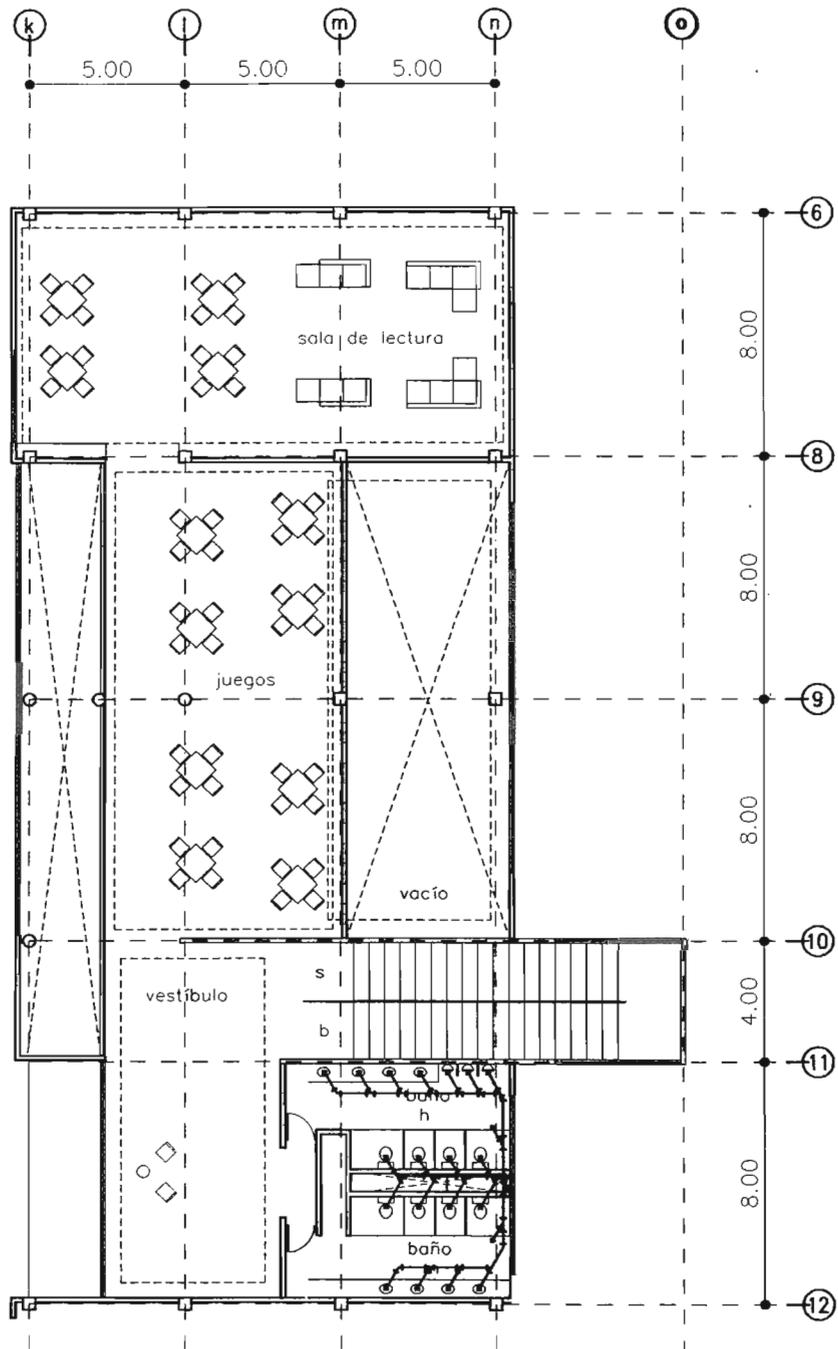




simbología

- tubería de p.v.c.
- ⊗ salida de mueble
- ⊕ codo de 90 grados
- ⊘ codo de 45 grados
- ⊙ registro
- ⊖ coladera
- b.a.n bajada de aguas negras
- b.a.g bajada de aguas grises

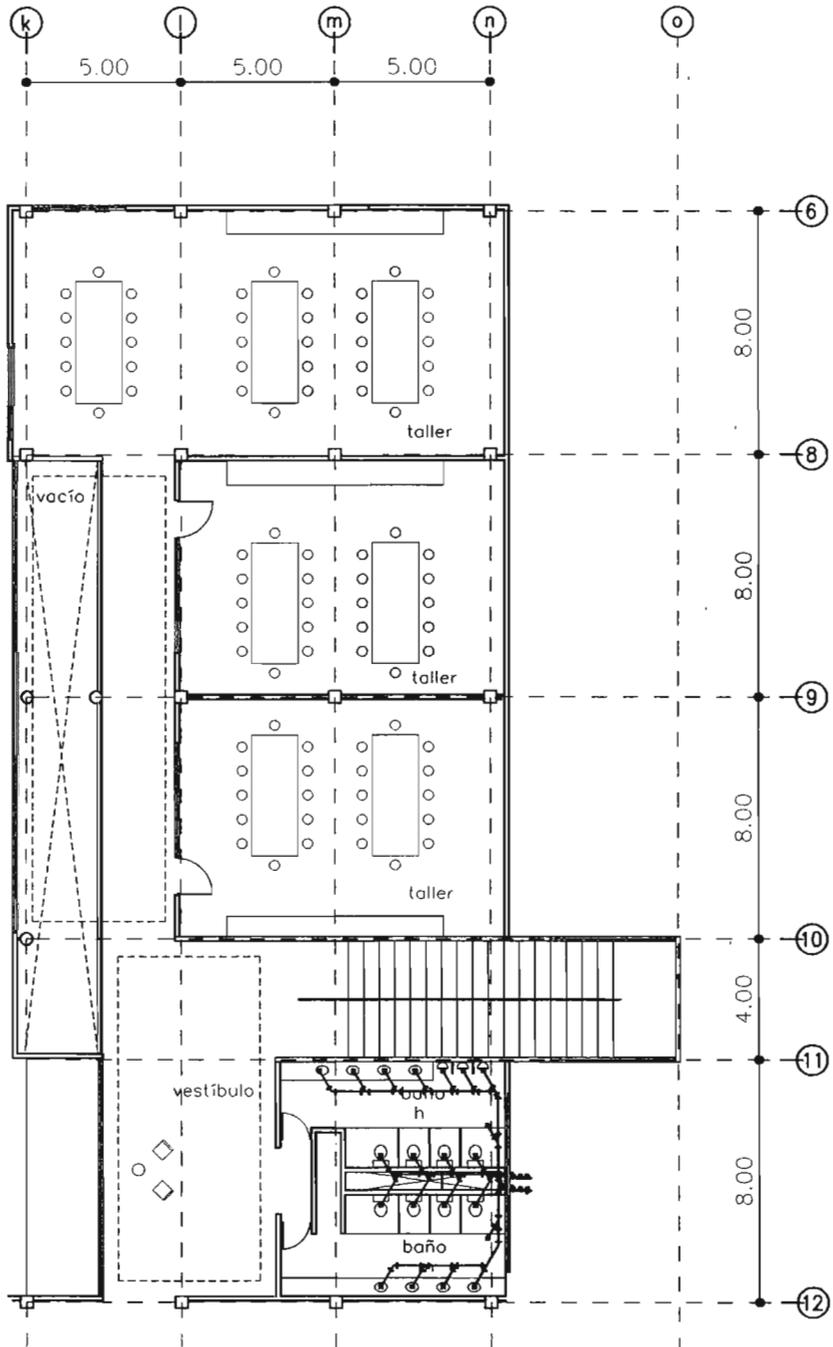




simbología

- tubería de p.v.c.
- ⊗ salida de mueble
- ⋈ codo de 90 grados
- ⋆ codo de 45 grados
- ⊕ registro
- coladera
- b.a.n bajada de aguas negras
- b.a.g. bajada de aguas grises

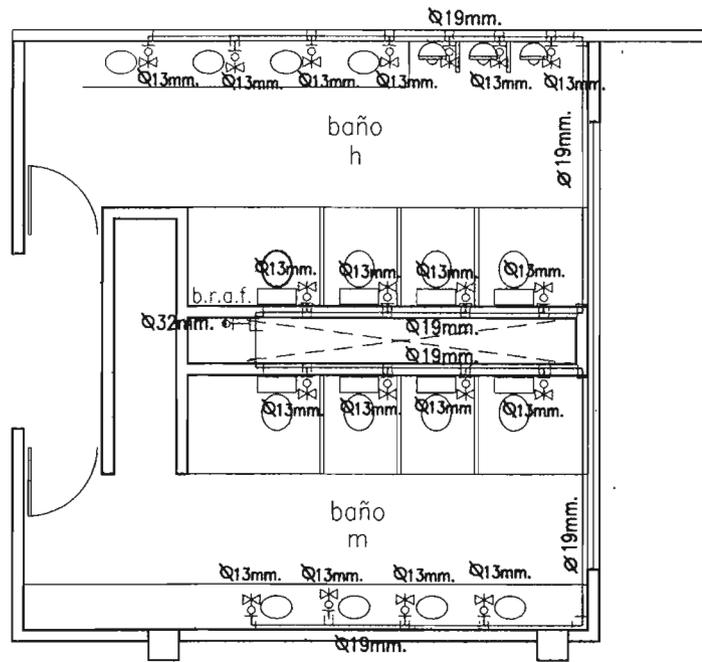




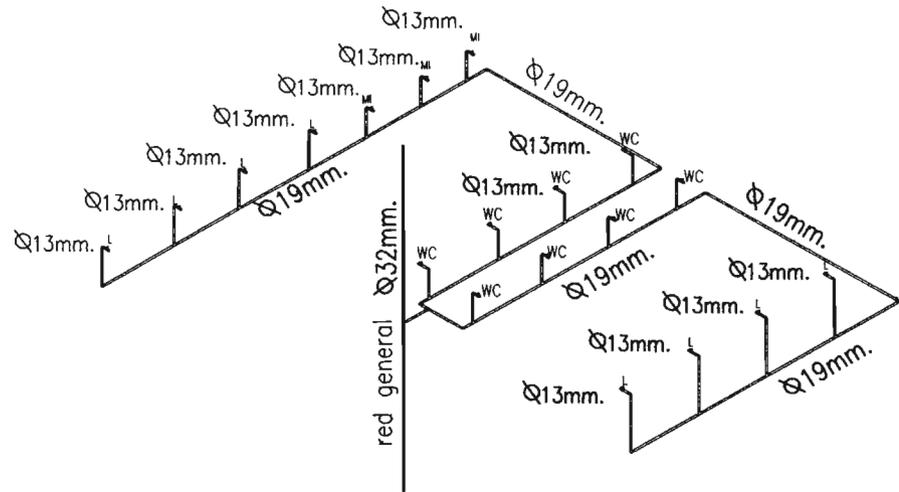
simbología

- tubería de p.v.c.
- ⊗ salida de mueble
- ⊕ codo de 90 grados
- ∟ codo de 45 grados
- Ⓜ registro
- coladera
- *b.o.n. bajada de aguas negras
- *b.o.g. bajada de aguas grises





detalle núcleo de baños (esc. 1 : 100)

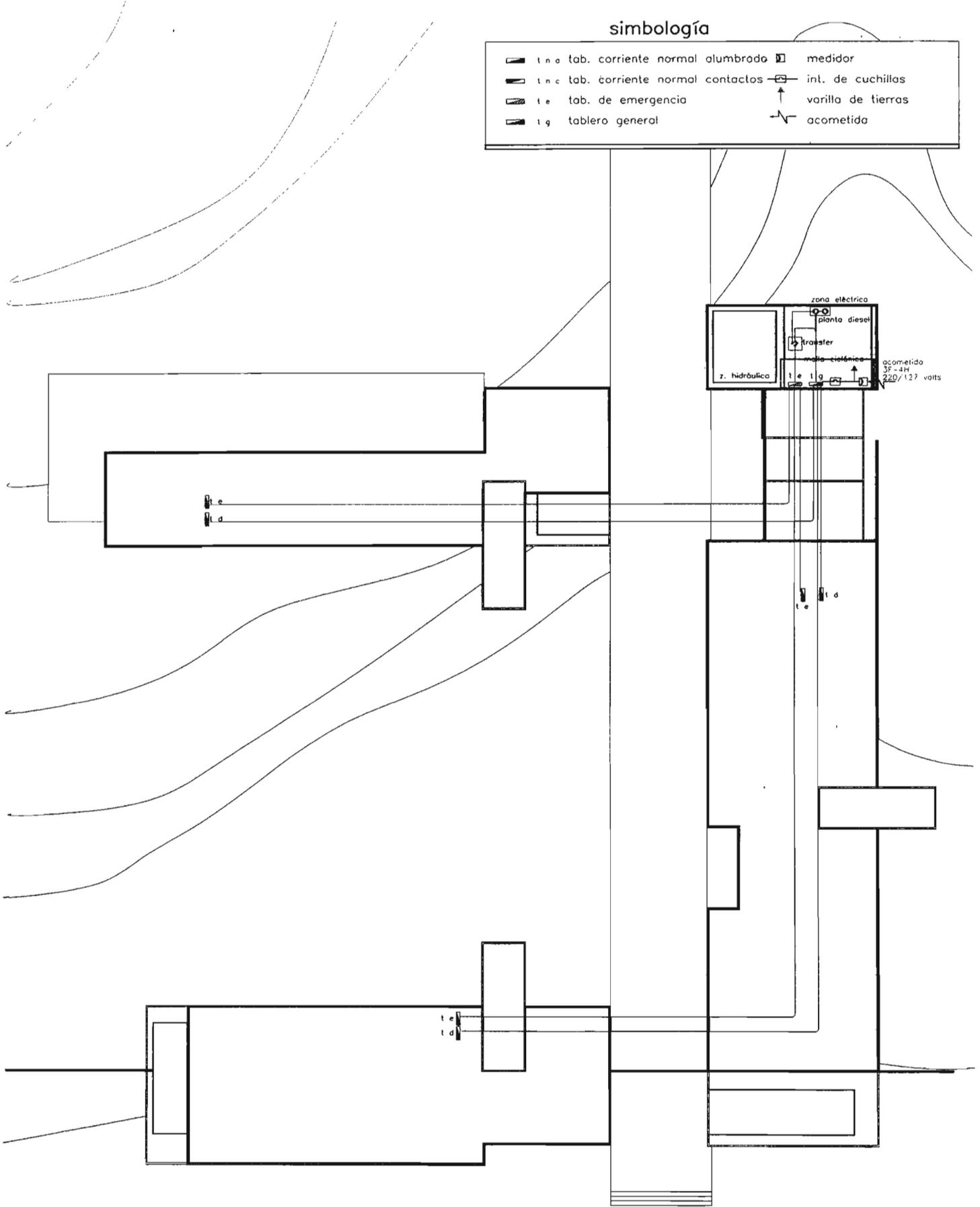


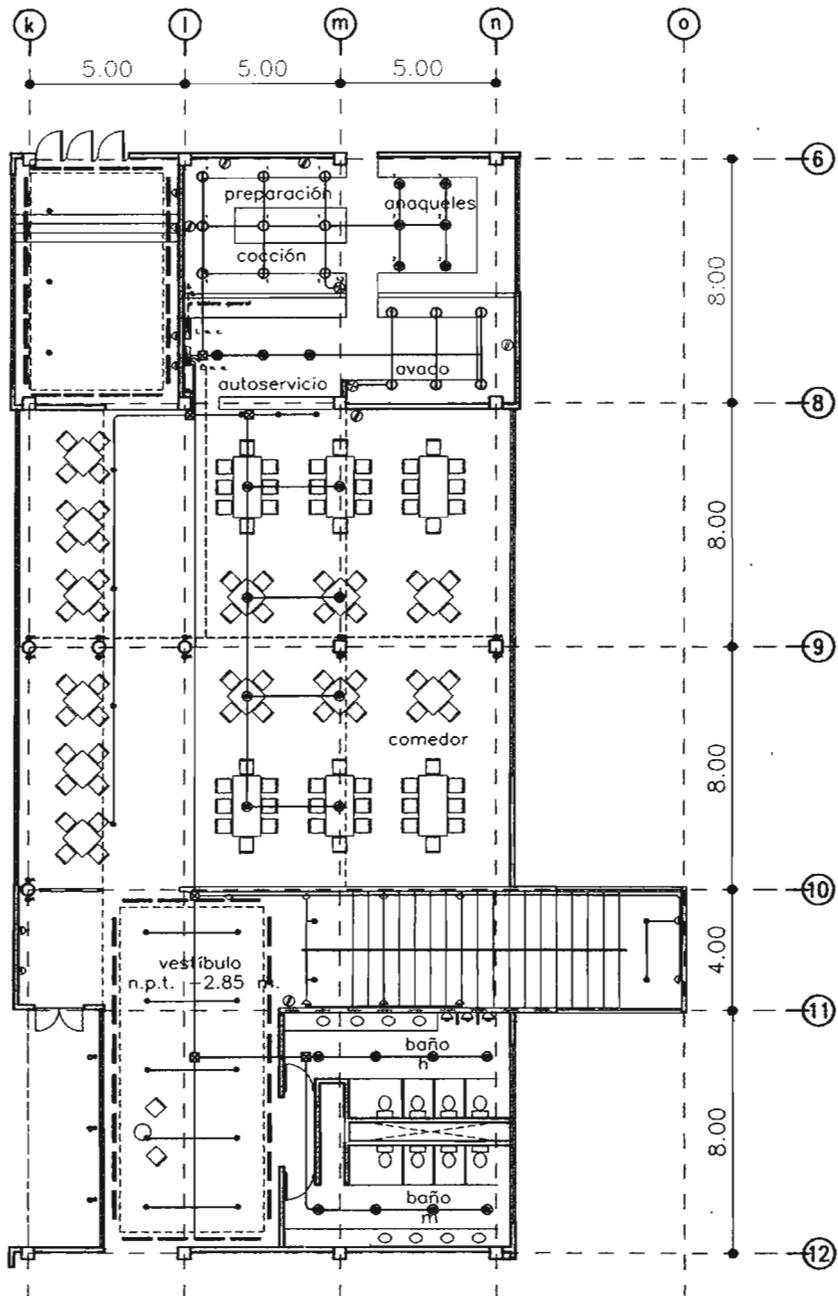
isométrico núcleo de baños (s/e)



simbología

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------|
| | t n o tab. corriente normal alumbrado | | medidor |
| | t n c tab. corriente normal contactos | | int. de cuchillas |
| | t e tab. de emergencia | | varilla de tierras |
| | t g tablero general | | acometida |

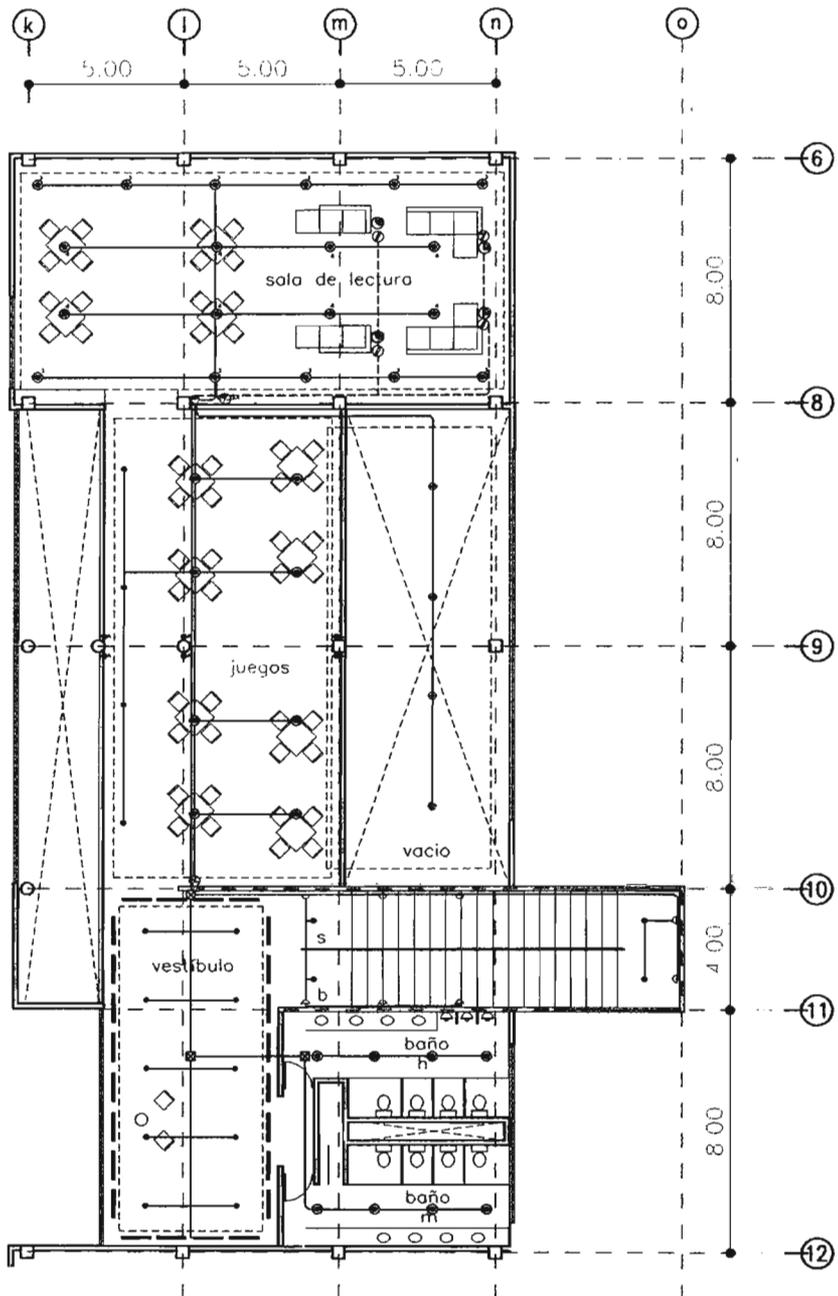




simbología

- tubería por muro y plafón
- - - - tubería por piso
- ⊙ reflector par 38 incand. 90 w para empotrar de construlita
- lampara fluorescente 2 x 38 w
- ⊕ lampara incandescente high tech conope 90 w de construlita
- ⊕ arbolante thria halógena 100 w de construlita
- ⊕ lamp. suspendida fluorescente 150 w de construlita
- ⊕ lampara de piso contra agua neptune de targetti
- ⊕ lamp. dicroica dirigible halógena 12 v rotolito de construlita
- ⊕ tablero corriente normal alumbrado
- ⊕ tablero corriente normal contactos
- ⊕ contacto normal
- ⊕ bajada de instalación por muro
- ⊕ caja registro

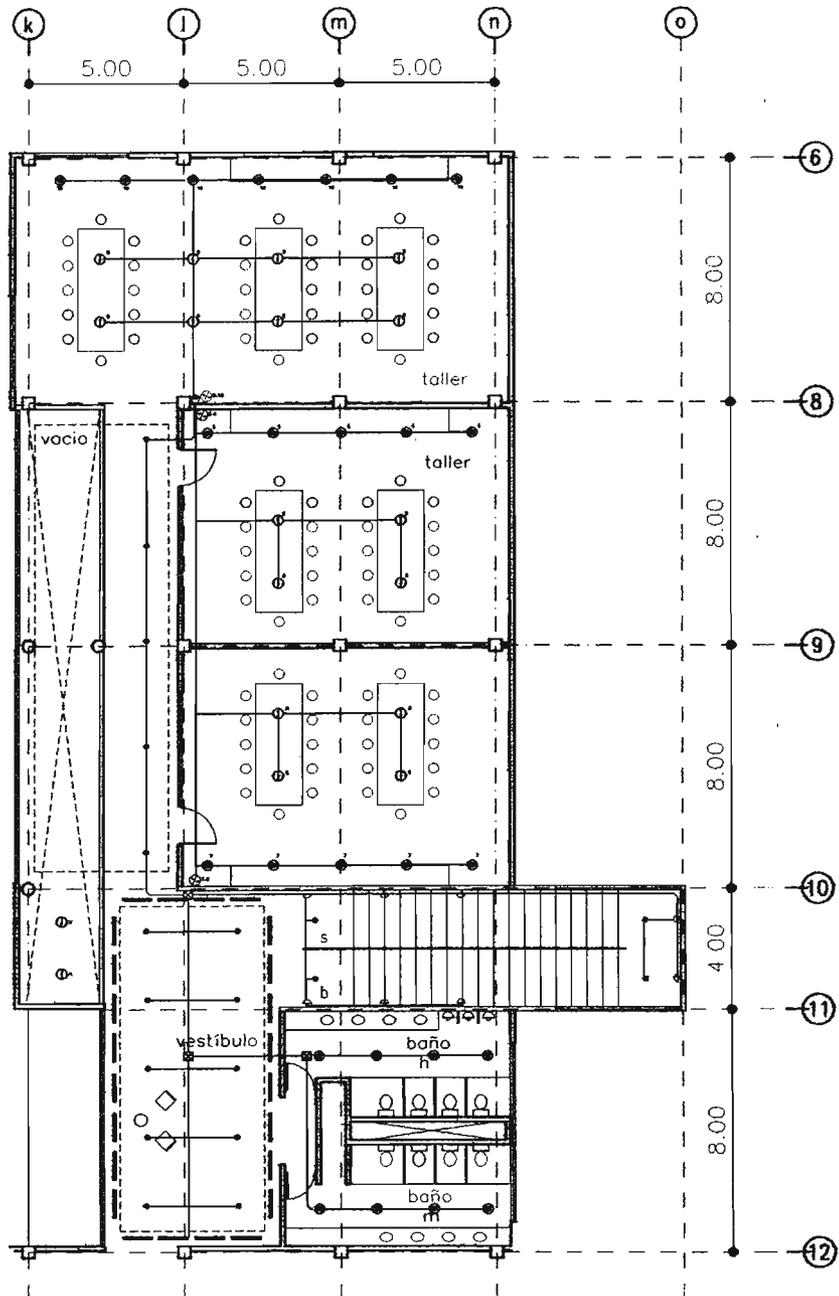




simbología

- tubería por muro y plafón
- - - tubería por piso
- ⊙ reflector par 38 incand. 90 w para empotrar de construlita
- lampara fluorescente 2 x 38 w
- ⊕ lampara incandescente high tech canope 90 w de construlita
- ⊖ arbotante thria halógena 100 w de construlita
- lamp. suspendida fluorescente 150 w de construlito
- lampara de piso 70 w LC de targetti
- lamp. dirroica dirigible halógena 12 v ratolita de construlita
- ⊙ contacto normal
- bajado de instalación por muro
- ☒ caja registr





simbología

- tubería por muro y plafón
- - - tubería por piso
- ⊙ reflector par 38 incand. 90 w para empotrar de construlita
- lampara fluorescente 2 x 38 w
- ⊕ lampara incandescente high tech canope 90 w de construlita
- ⊕ arbotante thria halógena 100 w de construlita
- ⊕ lamp suspendida fluorescente 150 w de construlita
- lamp. dicroica dirigible halógena 12 v rotolita de construlita
- ⊕ contacto normal
- bajada de instalación por muro
- ⊕ caja registro



simbología

A firme de concreto reforzado con malla electrosoldada

a impermeabilizante a base de manto prefabricado asfáltico acabado en gravilla gris

1 cantera gris 40 x 40 cm

A muro de tabique rojo recocido
B muro de concreto armado

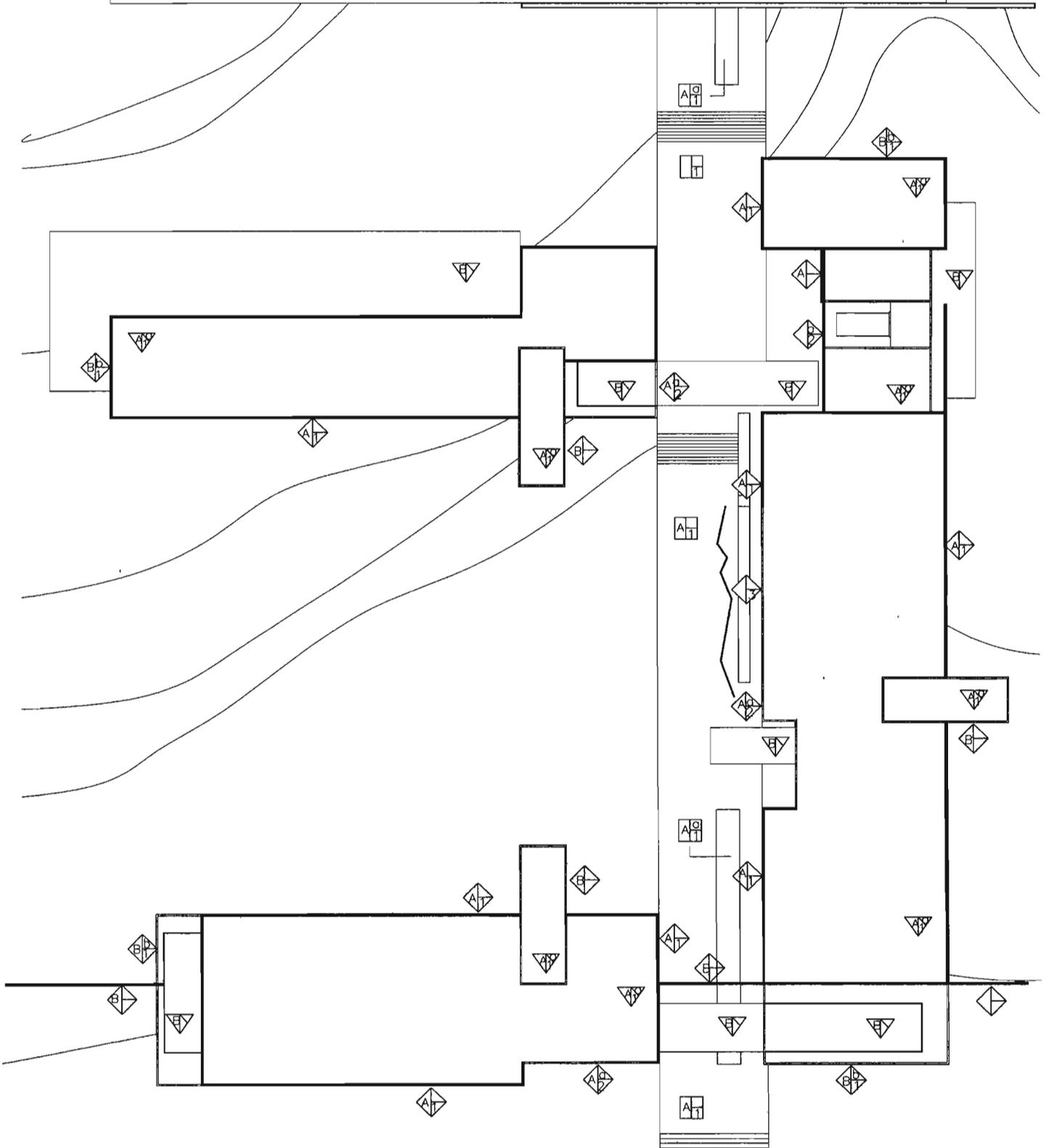
a aplonado cemento-arena
b ladrillo rojo recocido

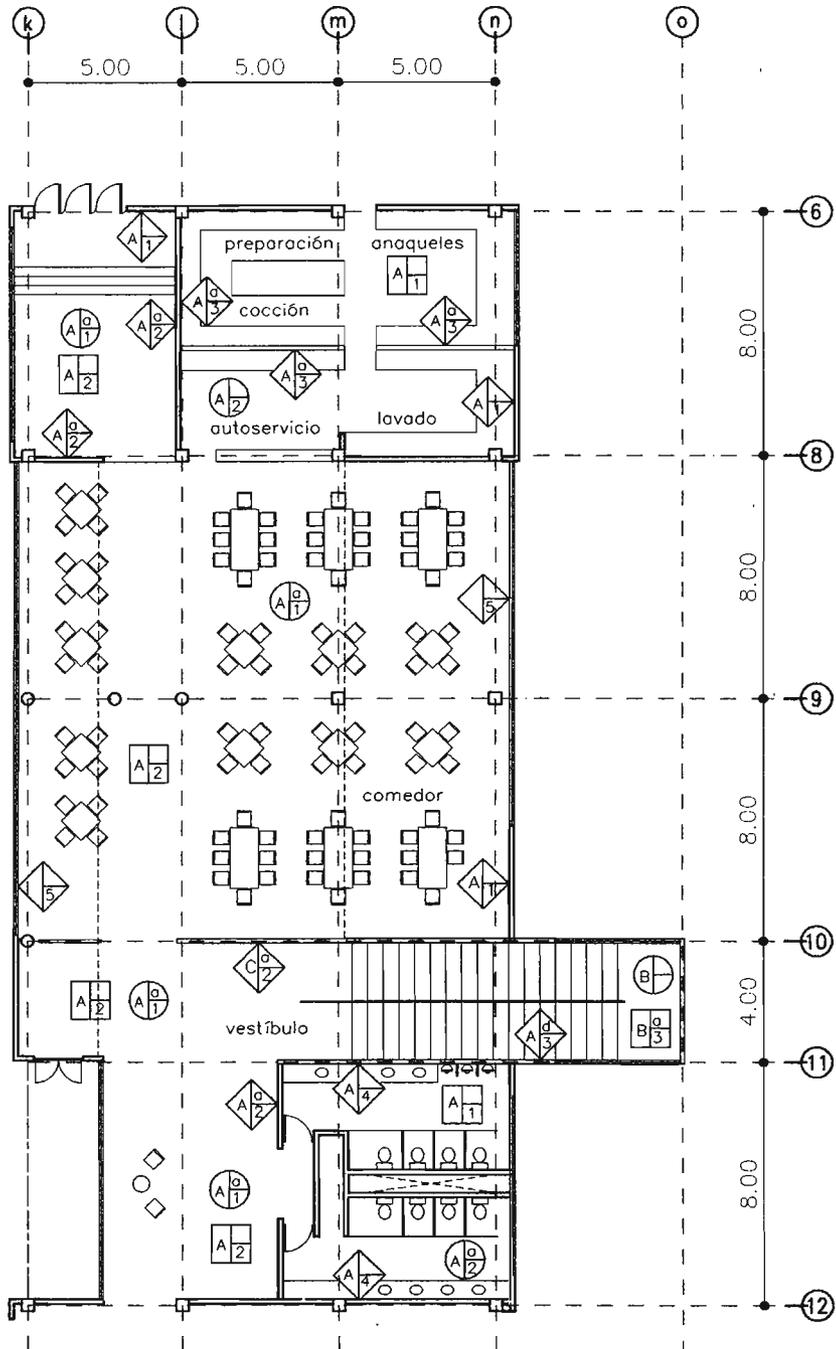
1 sella a base de silicon líquido
2 pintura vinil-acrílica brill. blanca
3 perfil de aluminio anodizado duranodic de 3" con cristal filtrazol de 6 mm

A capa de compresión de concreto reforzado con malla electrosoldada
B losa de concreto armado

a entortado de tezontle

1 mezcla de mortero lechereado

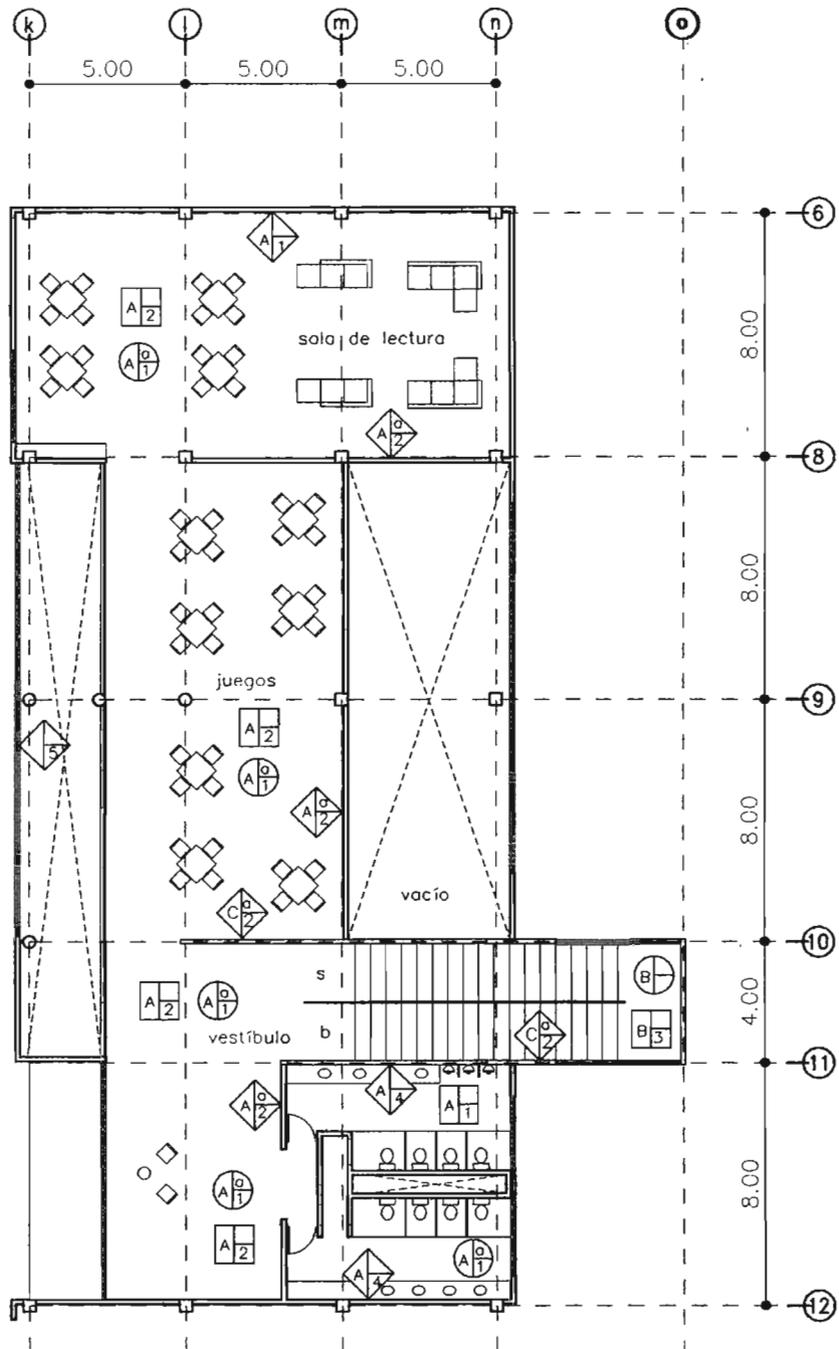




simbología

- | | | |
|---|--|--|
| <p> A firme de concreto reforzado con malla electrosoldada</p> <p> B losa de cimentación de concreto armado</p> <p> a relleno de tepetate compactado</p> <p> 1 loseta cerámica "marina" blanca de interceramic 31.5 x 31.5 cm</p> <p> 2 loseta cerámica "armenian" gris de interceramic 31.5 x 31.5 cm</p> <p> 3 losa de concreto armado con acabado ranurado</p> | <p> A muro de tabique rojo recocido</p> <p> C muro de concreto armado</p> <p> a yeso pulido</p> <p> 1 sello a base de silicona líquida</p> <p> 2 pintura vinil-acrílica mate blanca</p> <p> 3 esmalte alquidático sintético semi-mate blanco</p> <p> 4 mosaico veneciano gris perla 5 x 5 cm</p> <p> 5 perfil de aluminio anodizado duranodic línea arquitectónica de 3" con cristal filtrazol de 6 mm</p> | <p> A capa de compresión de concreto reforzado con malla electrosoldada</p> <p> B losa de concreto armado</p> <p> a panel de yeso de 120 x 60 cm suspensión oculta</p> <p> 1 pintura vinil-acrílica mate blanca</p> <p> 2 esmalte alquidático sintético semi-mate blanco</p> |
|---|--|--|

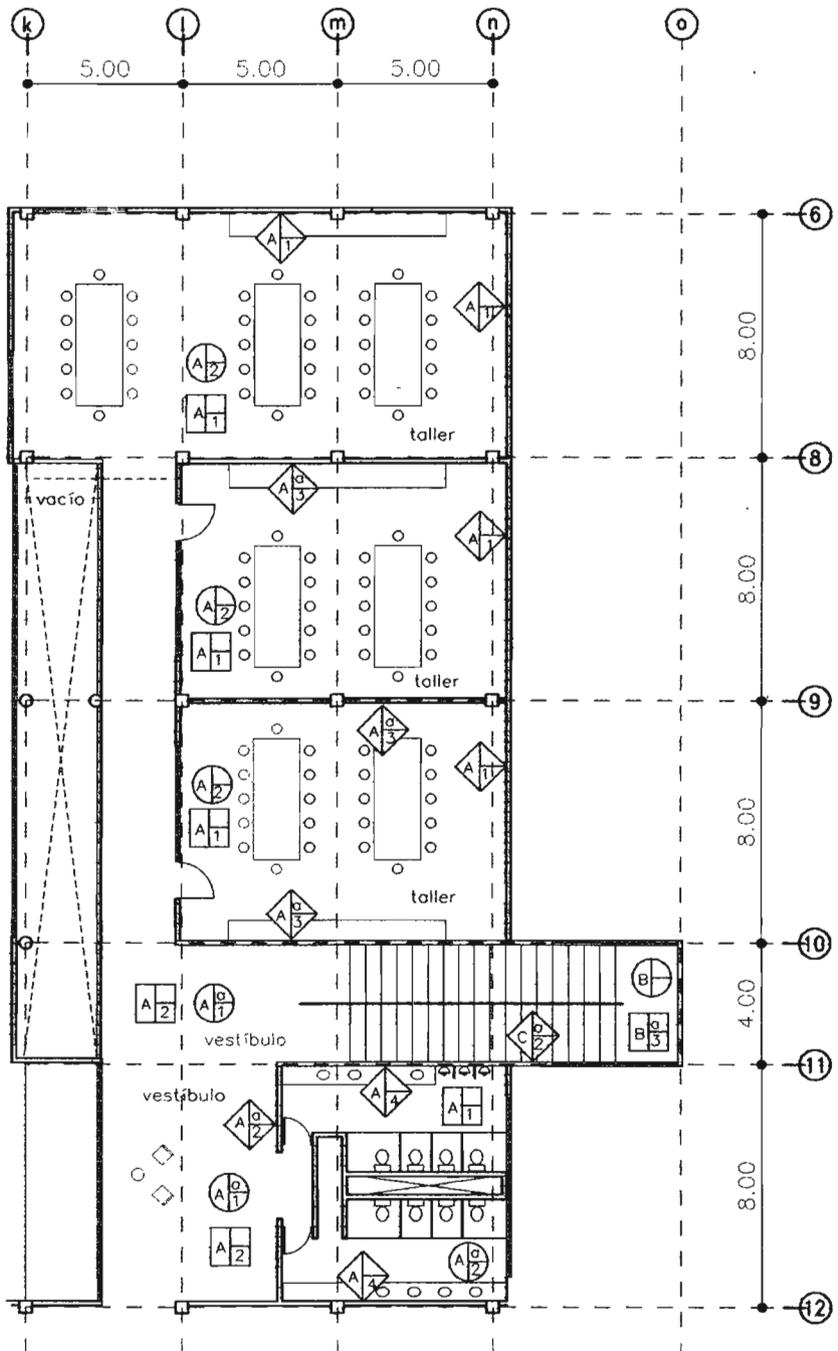




simbología

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">  A capa de compresión de concreto reforzado (malla electrosoldada)  B losa de concreto armado con acabado ranurado  1 loseta cerámica "marina" blanca de interceramic 31.5 x 31.5 cm  2 loseta cerámica "armenian" gris de interceramic 31.5 x 31.5 cm  3 losa de concreto armado con acabado ranurado | <ul style="list-style-type: none">  A muro de tabique rojo recocido  C muro de concreto armado  a yeso pulido  1 sello a base de silicón líquido  2 pintura vinil-acrítica mate blanca  3 esmalte alquidálico sintético  4 mosaico veneciano gris perla 5 x 5 cm  5 perfil de aluminio anodizado duranodic línea arquitectónica de 3" con cristal filterasol de 6 mm | <ul style="list-style-type: none">  A losa acero calibre 18 reforzado con malla electrosoldada  B losa de concreto armado  a panel de yeso de 120 x 60 cm suspensión oculta  1 pintura vinil-acrítica mate blanca  2 esmalte alquidálico sintético semi-mate blanco |
|---|--|--|





simbología

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">  A capa de compresión de concreto reforzado (malla electrosoldada)  B losa de concreto armado con acabado ranurado  1 loseta cerámica "marina" blanca de interceramic 31.5 x 31.5 cm  2 loseta cerámica "ormenian" gris de interceramic 31.5 x 31.5 cm  3 losa de concreto armado con acabado ranurado | <ul style="list-style-type: none">  A muro de tabique rojo recocido  C muro de concreto armado  a yeso pulido  1 sellto a base de silicón líquido  2 pintura vinil-acrítica mate blanca  3 esmalte alquidámico sintético semi-mate blanco  4 mosaico veneciano gris perla 5 x 5 cm  5 perfil de aluminio anodizado duranodic línea arquitectónica de 3" con cristal filtrasol de 6 mm | <ul style="list-style-type: none">  A losa acero calibre 18 reforzado con malla electrosoldada  B losa de concreto armado  a panel de yeso de 120 x 60 cm suspensión oculta  1 pintura vinil-acrítica mate blanca  2 esmalte alquidámico sintético semi-mate blanco |
|---|---|--|



Conclusión

Después de analizar las tendencias y experiencias de la Comunidad Terapéutica en otros países y en México se concluye que dicho método es deseable no sólo por sus resultados terapéuticos sino porque resulta ser muy eficiente desde el punto de vista del uso de recursos. Dicho espacio tendrá que corresponder arquitectónicamente a las necesidades específicas de una institución de este tipo situada en un entorno social, económico y político limitado.

Se buscó proyectar un espacio con un intenso contacto con el medio exterior, enfatizando el acceso a espacios verdes y abiertos donde se fomente el contacto del paciente con el medio ambiente y con los otros individuos de la comunidad, reflejando los lazos y las relaciones que se dan en la sociedad. Se intenta fomentar por medio del diseño arquitectónico lo que la terapéutica y la psiquiátrica buscan: una relación simbiótica entre el paciente, el equipo médico y el entorno, donde la responsabilidad de rehabilitación es compartida por todos estos elementos. De esta manera, y en base a la investigación de los casos análogos donde se pudo observar la enorme carencia de recursos, se buscó el diseño de espacios y el uso de materiales de fácil mantenimiento, con el fin de responder a un uso muy eficiente de los recursos tanto materiales como humanos. El resultado de estas conclusiones es un proyecto de una Comunidad Terapéutica en Ahuatepec, Mor. que busca proponer espacios que respeten la dignidad de los pacientes psiquiátricos y a coadyuvar a los tratamientos terapéuticos ligados a este tipo de instituciones.

Se espera que con espacios como este México dé un paso consistente en la dirección correcta.



Bibliografía

Barriguete, A., et al, *Comunidad Terapéutica: Agente de cambio*, trabajo presentado en el 1er. congreso del Instituto Mendao, México D.F., 3 y 4 de noviembre de 1988.

Cooper, D., *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.

Chamberlin, J., *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*, McGraw-Hill, Nueva York, 1978.

De la Fuente, R., *La Salud Mental (Problemas de la Medicina en México)*, Fondo de Cultura Económica, Mexico D.F., 1983.

Elizur, J., Minuchin, S., *La Locura y las Instituciones (Familias, terapia y sociedad)*, Ed. Gedisa, Buenos Aires, 1991.

Foucault, M., *Madness and Civilization*, Pantheon Books, Nueva York, 1965.

Hochmann, J., *Hacia una psiquiatría comunitaria*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 2001.

Hubard, J., "Casas de locos y de criminales", *El Gallo*, ejemplar 2, Departamento de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Iberoamericana, México D.F., 1994.

Jones, M., "The Therapeutic Community", *American Journal of Psychiatry*, December, 1955.

Jones, M., "The Concept of a Therapeutic Community", *American Journal of Psychiatry*, February, 1956.

Kurí, C., *Manual de acompañamiento terapéutico para pacientes psicóticos*, Universidad Iberoamericana, México D.F., 1994.

Marchant, N., *Experiencias Comunitarias en el Hospital Nacional "Dr. Braulio A. Moyano"*, Ed. Iberindia, Buenos Aires, 1987.

Marchant, N., Musache, S. et al, *"Resultados de 11 años de experiencia de Comunidad Terapéutica en 97 internadas psiquiátricas en el Pabellón "Magnan", Hospital Nacional "Dr. Braulio A. Moyano"*, Alcmeon (Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica), Buenos Aires, 1992.

Margolis, S., *La influencia del trabajo corporal dirigido en pacientes psicóticos internados en una Comunidad Terapéutica*, Universidad de las Américas, México D.F., 1989.

Meléndez, Y., *Hospital Psiquiátrico del IMSS para Agudos*, U.N.A.M., México D.F., 1991

Panero, L.M., *Poemas del manicomio de Mondragón*, Hiperión, Madrid, 1987.

Peña Gutiérrez, A., *Hospital Psiquiátrico*, U.N.A.M., México D.F., 1990

Wolowelsky, C., *Acompañamiento terapéutico familiar: una propuesta para la rehabilitación social del paciente psicótico hospitalizado*, Universidad Iberoamericana, México D.F., 1994.

<<www.capufe.gob.mx>>

<<www.clinicasanrafael.com.mx>>

<<www.inegi.gob.mx>>

<<www.psicofarma.com>>

<<www.sanctuaryweb.com>>

<<www.therapeuticcommunities.org>>