

CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA DE SALUD MENTAL

Paola Andrea Suescún Palacios



UNIVERSIDAD
La Gran Colombia

Vigilada MINEDUCACIÓN

Facultad de Arquitectura

Universidad La Gran Colombia

Bogotá D.C

2025

Centro De Atención Prioritaria De Salud Mental

Paola Andrea Suescún Palacios

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Arquitecto

Director:

Arq. Mg. Cesar Iván Chávez Izquierdo



UNIVERSIDAD
La Gran Colombia

Vigilada MINEDUCACIÓN

Facultad de Arquitectura

Universidad La Gran Colombia

Bogotá D.C

2025

Tabla de contenido

RESUMEN	8
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
JUSTIFICACIÓN	15
HIPÓTESIS	15
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	16
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	<i>16</i>
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	<i>16</i>
CAPÍTULO II: MARCOS DE REFERENCIA	16
ESTADO DEL ARTE	16
MARCO REFERENCIAL	21
<i>Centro de Atención Psicosocial CAPS III Boa Esperança</i>	<i>21</i>
<i>Centro Ambulatorio de Salud Mental San Lázaro</i>	<i>22</i>
<i>Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alicante</i>	<i>24</i>
MARCO TEÓRICO	25
<i>BARRERAS DE SALUD</i>	<i>25</i>
<i>ENTORNO OPRESIVO</i>	<i>28</i>
<i>ESPACIO LIMINAL</i>	<i>30</i>
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	33
ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	33

CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA DE SALUD MENTAL	4
<i>Diseño metodológico</i>	33
<i>Consideraciones éticas</i>	35
ANÁLISIS DE DATOS	35
<i>BARRERAS DE SALUD</i>	35
<i>ENTORNO OPRESIVO</i>	41
<i>ESPACIO LIMINAL</i>	44
RESULTADOS Y REFLEXIONES FINALES	47
CAPÍTULO IV: PROYECTO ARQUITECTÓNICO	49
NECESIDAD Y POBLACIÓN OBJETIVO	49
OBJETIVOS PROYECTUALES	50
<i>Objetivo General</i>	50
<i>Objetivos específicos</i>	50
CONCEPTO DE DISEÑO	51
<i>Memoria</i>	52
<i>Pliegues cerebrales (Emociones)</i>	52
<i>Plasticidad neuronal (Sensorialidad)</i>	53
DESARROLLO DEL PROYECTO	53
<i>Principios y características de diseño</i>	53
<i>Memoria compositiva</i>	54
<i>Programa arquitectónico</i>	56
<i>Zonificación</i>	62
DISEÑO CAPS-M 01 PARA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	65
<i>Nivel 1</i>	65
<i>Nivel 2</i>	66
<i>Cubiertas</i>	68
<i>BIOCLIMÁTICA</i>	68

CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA DE SALUD MENTAL	5
<i>Vegetación y Paisajismo</i>	70
<i>Sistema estructural</i>	74
CONCLUSIONES	76
LISTA DE REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	77

Lista de Figuras

Figura 1 Tasa de suicidio en Colombia.....	12
Figura 2 Tasa de intentos de suicidio en Colombia	13
Figura 3 Intentos de suicidios por localidad	13
Figura 4 Intentos en Suba por género y por grupo de edad 2024.....	14
Figura 5 Planta CAPSIII Boa esperanza	21
Figura 6 Centro ambulatorio de salud mental San Lázaro.....	23
Figura 7 Planta Centro de Rehabilitación psicosocial de Alicante	
Figura 8 Puntos de abuso de drogas y alcohol en la UPL Rincón	38
Figura 9 Casos de consumo en Bogotá	38
Figura 10 Servicios de Salud mental en Bogotá.....	40
Figura 11 Inseguridad y desplazamiento	42
Figura 12 Percepción de inseguridad de día y de noche en la UPL Rincón	43
Figura 13 Casos de delito contra la mujer	44
Figura 14 Espacios que permiten, y no permiten una conexión con el entorno y la comunidad .	45
Figura 15 Variables y Sub variables	47
Figura 16 Ubicación de CAPS-M.....	50
Figura 17 Sistema Límbico del cerebro.....	51
Figura 18 Concepto Memoria	52
Figura 19 Concepto de Emociones	52
Figura 20 Concepto de lo Sensorial	53
Figura 21 Retícula de diseño.....	54
Figura 22 Formas básicas de diseño	55

Figura 23 Tensiones del contexto	56
Figura 24 Organigrama espacial Urgencias	57
Figura 25 Organigrama espacial Unidad Ambulatoria.....	58
Figura 26 Organigrama espacial Refugio	58
Figura 27 Organigrama espacial Prevención	59
Figura 28 Organigrama espacial Administración	60
Figura 29 Organigrama espacial U. Mujeres.....	61
Figura 30 Organigrama espacial U. TSP	61
Figura 31 Organigrama espacial general.....	62
Figura 32 Zonificación CAPS-M 01	63
Figura 33 Zonificación CAPS-M 02	64
Figura 34 Zonificación CAPS-M 03	64
Figura 35 Planta arquitectónica nivel 1	66
Figura 36 Planta arquitectónica nivel 2	67
Figura 37 Isométrico de cubiertas	68
Figura 38 Asoleación	69
Figura 39 Sistema estructural	75

Lista de Tablas

Tabla 1 Especies de plantas implementadas.	71
Tabla 2 Especies de arbolado urbano implementado	73
Tabla 3 especies de hierbas, vegetales y frutos, para huerta urbana.	74

RESUMEN

La salud mental enfrenta una crisis global, debido al aumento de problemáticas como el suicidio, que es la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años, según la Organización mundial de la salud (OMS) (2022). En Bogotá, Colombia, localidades como Suba, presentan tasas alarmantes de suicidio e intento de suicidio. Este proyecto busca identificar los factores de riesgo asociados a estas conductas en la Unidad de Planeamiento Local (UPL) Suba Rincón y analizar cómo el entorno urbano influye en la salud mental. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se propone el diseño de un Centro de Atención prioritaria en Salud Mental, enfocado en atender situaciones críticas como intentos de suicidio y en la prevención de la afectación de la salud mental, mediante el diseño de espacios seguros y terapéuticos, fortaleciendo así el sistema de salud mental en contextos urbanos.

ABSTRACT

Mental health is facing a global crisis due to the rise in issues such as suicide, which is the fourth leading cause of death among people aged 15 to 29, according to the WHO (2022). In Bogotá, Colombia, areas like Suba exhibit alarming rates of suicide and suicide attempts. This project aims to identify the risk factors associated with these behaviors in the Suba Rincón Local Planning Unit (UPL) and analyze how the urban environment influences mental health. From an interdisciplinary perspective, the project proposes the design of a *Priority Mental Health Care Center*, focused on addressing critical situations such as suicide attempts and preventing mental health deterioration. By creating safe and therapeutic spaces, this initiative seeks to strengthen the mental health system within urban contexts.

INTRODUCCIÓN

La salud mental ha adquirido una relevancia creciente a nivel global, no solo por su estrecha relación con el bienestar individual, sino también por su impacto directo en la integración social y la calidad de vida de las personas. Sin embargo, pese a su importancia, continúa siendo una de las áreas más desatendidas en numerosos contextos, lo que ha contribuido al agravamiento de problemas críticos como el suicidio. Esta situación se refleja en las cifras reportadas por la OMS (2022), que indican que el suicidio es actualmente la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 29 años. A nivel latinoamericano, los datos socio-demográficos presentados por la ONU y DatosMacro (2023) evidencian una marcada disparidad entre países: Bolivia registra la tasa más alta de suicidios en la región (18.56 por cada 100 mil habitantes), seguida por Uruguay (16.8) y Cuba (14.19), mientras que Perú (1.70), Guatemala (2.57) y Venezuela (3.02) presentan los índices más bajos. En este panorama, Colombia no está exenta de la problemática, con una tasa de 5.09, una cifra inferior al promedio mundial (9.2), pero que sigue siendo significativa y evidencia la necesidad de un abordaje más integral y preventivo frente a esta crisis de salud pública.

Los datos recientes del Instituto Nacional de Medicina Legal revelan un aumento alarmante del 24.3% en la tasa de suicidios y en los intentos de suicidio en Colombia entre 2020 y 2024. Territorios como Vaupés (193.0), Risaralda (120.8) y Amazonas (107.7) presentan las tasas más altas de intentos de suicidio en el país. Por otro lado, Antioquia (5.587), Bogotá (5.372) y Cundinamarca (2.397) reportan la mayor cantidad de casos.

En relación con Bogotá, según los datos proporcionados por el Observatorio de Salud de Bogotá, entre 2020 y 2024 hubo un incremento de 1.757 casos de intentos de suicidio, siendo Suba una de las localidades con más casos registrados (862). Además, en Suba se registraron 2.528 de ideación en jóvenes de edades comprendidas entre 18 a 28 años, estos en su mayoría ubicados en la UPL Rincón.

Sin embargo, la salud mental ha sido parte de las políticas públicas en Colombia mediante normativas como el CONPES de Salud Mental (3992), la Ley 1616 de 2013, la Resolución 429 de 2016 y la Resolución 4886 de 2016, las cuales, en el papel, buscan promover, prevenir y garantizar el derecho a la salud mental de la población. A pesar de estos avances legislativos, su implementación ha resultado limitada, ya que muchas de estas políticas se han quedado en el nivel discursivo sin transformar las estructuras reales del sistema de atención. Estas normativas, en lugar de habilitar entornos incluyentes, a menudo refuerzan un modelo centralizado, es decir, un sistema de atención concentrado en hospitales especializados ubicados principalmente en centros urbanos, con énfasis en tratamientos clínicos y farmacológicos de tipo correctivo, dejando de lado la prevención, la promoción y la atención comunitaria. Este enfoque limita el acceso efectivo a servicios de salud mental para poblaciones rurales o de bajos recursos y reproduce lógicas de exclusión.

En contraste, otros países de América Latina han logrado introducir enfoques más inclusivos e innovadores. Chile, por ejemplo, ha integrado los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, permitiendo un acceso más equitativo y cercano a las comunidades. Ecuador ha promovido iniciativas como “Huertomanías”, que no solo ofrecen tratamiento, sino que impulsan la inclusión social y económica de personas con padecimientos mentales, favoreciendo su reincorporación a una vida productiva. Brasil, con la creación de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), ha liderado un cambio de paradigma desde la hospitalización psiquiátrica hacia un modelo comunitario, participativo y humanizado.

La diferencia de percepción entre Colombia y estos países radica en la manera en que se concibe y valora la salud mental: mientras algunos apuestan por modelos centrados en el cuidado colectivo, la inclusión social y la prevención, en Colombia persiste una visión clínica, fragmentada y asistencialista. Esta desconexión entre normativas y prácticas, sumada a la falta de inversión, el estigma social y la

escasez de servicios fuera de las grandes ciudades, ha llevado al país a una situación crítica donde la salud mental no solo es descuidada, sino también profundamente desigual

En este contexto, se plantea la necesidad de investigar ¿Cuáles son los factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida en adultos jóvenes de 18 a 28 años en la UPL El Rincón de Suba?, no solo desde una perspectiva psicológica, sino también arquitectónica y urbanística, dado que los entornos construidos tienen un papel fundamental en la promoción de la salud mental. A través de una metodología cualitativa, se abordará tanto la infraestructura del sistema de salud como las experiencias de quienes reciben atención en salud mental. Asimismo, se estudiarán los entornos sociales y físicos para comprender de qué manera influyen en la salud mental de esta población vulnerable.

Este estudio no solo permitirá entender los factores de riesgo asociados al suicidio, sino que también contribuirá al desarrollo de estrategias y directrices para el diseño de espacios que promuevan el bienestar mental, abordando una necesidad crítica tanto para los profesionales de la salud, para la comunidad y los profesionales de la arquitectura.

CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental ha adquirido una relevancia creciente a nivel global, no solo por su estrecha relación con el bienestar individual, sino también por su impacto directo en la integración social y la calidad de vida de las personas. Sin embargo, pese a su importancia, continúa siendo una de las áreas más desatendidas en numerosos contextos, lo que ha contribuido al agravamiento de problemas críticos como el suicidio. Esta situación se refleja en las cifras reportadas por la OMS (2022), que indican que el suicidio es actualmente la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 29 años.

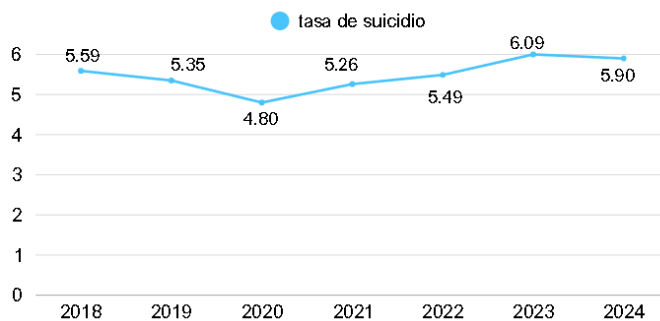
De acuerdo a los datos socio-demográficos tomados de ONU & DatosMacro (2023), Bolivia es el país con más tasa de suicidio en América Latina (18.56), seguido de Uruguay (16.8) y Cuba (14.19), por

otro lado, Perú (1.70), Guatemala (2.57) y Venezuela (3.02) presentan las tasas más bajas en la región Latinoamérica. Colombia no es ajena a esta crisis, con una tasa de suicidio de 5.09 por cada 100 mil habitantes, en comparación con el resto de países de la región latinoamericana y el promedio mundial (9.2).

Sin embargo, según los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal, a diferencia de la tasa mundial, Colombia ha mostrado una tasa levemente creciente entre el 2020 y el 2024, lo que representa un incremento del 24.3%, lo que demuestra que se trata de un problema de salud pública cada vez más creciente.

Figura 1

Tasa de suicidio en Colombia

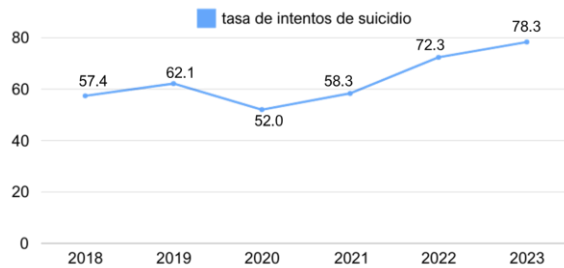


Nota: La figura representa el crecimiento de la tasa de mortalidad por suicidio en Colombia entre el año 2018 al 2024.

Datos tomados del "Instituto Nacional de medicina legal 2024" (<https://bit.ly/4jd7tr7>).

Por otro lado, la tasa de intentos de suicidio en Colombia es aún más alarmante. Como se relaciona en la figura 2, en 2019 esta tasa era de 62,1 por cada 100 mil habitantes, descendió a 52,0 en 2020, pero incrementó un 35% hasta 2023, alcanzando una tasa de 78,3. El Instituto Nacional de Salud (2024), reportó 35.695 casos a nivel nacional en 2024. Las entidades territoriales con mayor tasa de intentos de suicidio por cada 100 mil habitantes son Vaupés (193,0), Risaralda (120,8) y Amazonas (107,7). A pesar de esto, las entidades con más casos registrados son Antioquia (5,587 casos), Bogotá (5,768 casos), Cundinamarca (2,397 casos), Santander (1,699 casos) y Cali (1,135 casos).

Figura 2
Tasa de intentos de suicidio en Colombia

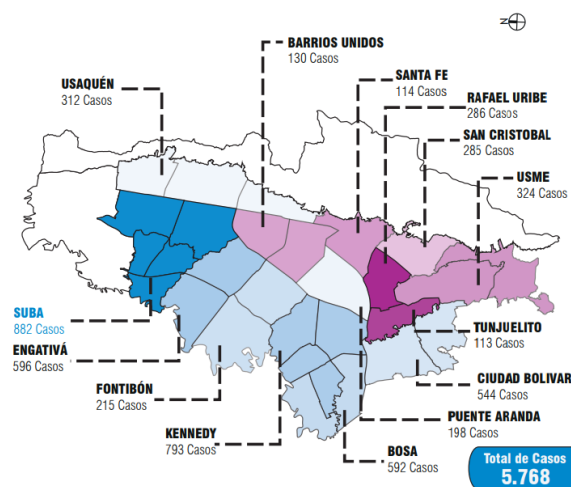


Nota: La figura representa el crecimiento de la tasa de intentos de suicidio en Colombia entre el año 2018 al 2023.

Según los datos tomados del “Instituto Nacional de Salud 2024” (<https://bit.ly/43sOD9L>)

Dado que Bogotá es una de las ciudades con mayor número de casos de intentos de suicidio, es importante identificar la problemática en esta ciudad. Según los datos proporcionados por el Observatorio de Salud de Bogotá, entre 2020 y 2024 hubo un incremento de 1,756 casos de intentos de suicidio, Según esta información, como se observa en la figura 3, la localidad con más casos registrados de intentos de suicidio en 2024 es Suba, con 882 casos, seguida de Kennedy con 793 casos y Engativá con 596 casos, como se muestra en la figura 3.

Figura 3
Intentos de suicidios por localidad

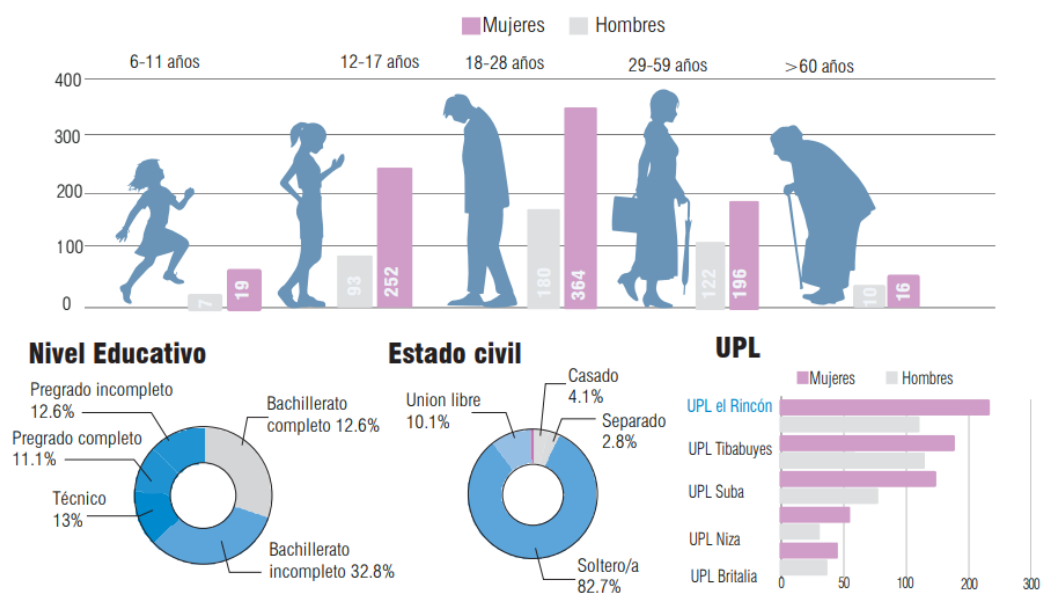


Nota: La figura representa la cantidad de casos registrados de intentos de suicidio por localidad en Bogotá en el año

2024. Adaptado del “Observatorio de salud de Bogotá 2024” (<https://bit.ly/4jefTi1>)

Debido a que Suba es una de las localidades con mayor registro de casos de intentos de suicidio, se observa que la mayoría de estos intentos se presentan en adultos de 18 a 28 años (ver figura 6), generalmente en su mayoría en mujeres solteras con un nivel educativo de bachillerato completo o incompleto. Además, La Unidad de Planeamiento Local (UPL) de la localidad que presenta más casos es El Rincón.

Figura 4
Intentos en Suba por género y por grupo de edad 2024



Nota: La figura es un gráfico que representa la cantidad de casos registrados de intentos de suicidio por género y edad en la localidad de Suba en el año 2024. Adaptado del “Observatorio de salud de Bogotá 2024”

(<https://bit.ly/4jefTi1>)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida en adultos jóvenes de 18 a 28 años en la UPL El Rincón de Suba?

JUSTIFICACIÓN

La salud mental se ha convertido en un tema de vital importancia a nivel global. No obstante, a pesar de su creciente visibilidad en la agenda pública, sigue siendo desatendida en muchos ámbitos, especialmente en lo que respecta a la infraestructura física, los servicios de salud y la creación de entornos que favorezcan el bienestar psicosocial. Esta falta de atención agrava problemáticas estructurales como el suicidio, que afecta de manera preocupante a la población joven. La presente investigación se vuelve fundamental para analizar los factores que inciden en la salud mental de personas entre los 18 y 28 años en la UPL Rincón de Suba, una población particularmente vulnerable, no solo por el aumento de casos desde el año 2020, año marcado por la pandemia de COVID-19, sino también por encontrarse en una etapa de transición vital hacia la adultez. Esta etapa implica tensiones identitarias, presión social y alta demanda emocional, elementos que, en contextos de precariedad urbana, desigualdad social y limitada oferta de cuidado, pueden convertirse en detonantes de afectaciones mentales. Comprender estas dinámicas permitirá sentar bases para propuestas integrales y contextualizadas desde el diseño espacial, orientadas a fortalecer redes de cuidado y entornos protectores para la juventud.

HIPÓTESIS

Los factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida en adultos jóvenes de 18 a 28 años en la UPL El Rincón de Suba están relacionados con la falta de acceso a atención en salud mental, la precariedad socioeconómica, el aislamiento social y las secuelas emocionales derivadas de la pandemia de COVID-19, lo que incrementa la vulnerabilidad de esta población.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Examinar los factores de riesgo que contribuyen a la afectación de la salud mental e influyen a tener una conducta suicida en los adultos de 18 a 28 años de la UPL Rincón de Suba

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recopilar información sobre el sistema de salud de Colombia con relación a la salud mental.
2. Analizar de qué manera la configuración del espacio urbano incide en el bienestar psicológico de los jóvenes adultos en la UPL Rincón de Suba.
3. Demostrar la realidad social de personas con ideación suicida con edad entre los 18 a 28 años de la UPL Rincón de Suba.

CAPÍTULO II: MARCOS DE REFERENCIA

ESTADO DEL ARTE

En Colombia, la atención en salud mental ha sido objeto de múltiples críticas debido a las deficiencias en cobertura, calidad del servicio, inversión y acceso a tratamientos especializados. El presente estado del arte revisa investigaciones relevantes que abordan la crisis de salud mental desde diferentes enfoques, clínico, político, cultural, social y ambiental. Con el objetivo de identificar vacíos, tensiones y oportunidades para repensar la salud mental desde una perspectiva integral, con el fin de aportar al estudio de los factores que afectan la salud mental a jóvenes entre los 18 y 28 años en entornos como la UPL Rincón de Suba.

El estigma, el miedo y la desinformación continúan siendo obstáculos significativos para una atención efectiva en crisis de personas con padecimientos mentales. Cohen & Natella (2013) destacan cómo estas barreras impiden la búsqueda oportuna de ayuda, afectando tanto la detección temprana

como el tratamiento, en contraste, la experiencia argentina de desmanicomialización en Río Negro ofrece una alternativa. Esta reforma promovió un enfoque comunitario e inclusivo con participación ciudadana, modificando no solo la estructura institucional sino también las prácticas de atención. Por otro lado, Rojas et al. (2018) hacen un análisis crítico del sistema de salud mental en Colombia, evidenciando una brecha entre la normativa y su implementación real. Las barreras de acceso, la escasez de personal especializado especialmente fuera de las grandes ciudades y la falta de servicios en áreas rurales reflejan un sistema fragmentado y altamente centralizado. Esta estructura impide que las estrategias preventivas y de cuidado integral lleguen a las poblaciones más vulnerables. En esta misma línea, Holguín & Rueda (2018) plantean que la salud mental en Colombia se encuentra atrapada en una paradoja estructural: por un lado, se proclaman derechos humanos y bienestar como principios rectores; por otro, las políticas se diseñan bajo una lógica económica que prioriza la rentabilidad del sistema de salud por encima del cuidado del paciente. Proponen como salida una relectura de las políticas públicas desde dimensiones éticas y políticas. En relación a la salud, el impacto de la pandemia de Covid-19 afectó la calidad de vida especialmente en dimensiones de salud mental, vitalidad, función social y salud general, según Guzmán et al. (2021) los efectos psicológicos comunes tras eventos traumáticos como la pandemia son la ansiedad, preocupación, recuerdos intrusivos y afectación del bienestar subjetivo, especialmente en jóvenes, El deterioro se asocia a factores como, Aislamiento social prolongado, Estados de alerta, miedo e incertidumbre, Cambios en las rutinas familiares y aumento de responsabilidades en el hogar, Reducción de actividad física y adopción de hábitos no saludables (ej. consumo de alcohol). En consecuencia, el sedentarismo, ocasionado por la pandemia genero un impacto en la salud mental, Villalobos et al. (2022) sostiene que existe una relación directa entre sedentarismo y salud mental deteriorada, particularmente en jóvenes expuestos a largas jornadas de inactividad o uso excesivo de pantallas. Especialmente las personas que tienen rutinas laborales sedentarias tienden a dedicar su tiempo libre al descanso pasivo,

disminuyendo su probabilidad de realizar actividad física y recreativas, en consecuencia, se incrementa el riesgo de padecer depresión, ansiedad, estrés, ideación suicida y estrés psicológico.

Más allá del sistema de salud, en aspectos socioculturales, la "enfermedad mental" está influenciada por prejuicios y la falta de comprensión de las verdaderas necesidades de la población, Arias (2024), describe que los efectos que afectan la salud mental en relación a la comunidad son determinados por Carencia de acceso a experiencias estéticas significativas, sin embargo, indica que participar en actividades culturales o artísticas no garantiza por sí mismo una experiencia estética transformadora, por otro lado, menciona que cuando el arte se instrumentaliza exclusivamente como herramienta terapéutica, se limita su potencia como vehículo de expresión, identidad y transformación en comunidad.

Otros factores sociales han sido señalados como detonantes del malestar psíquico. Barrera et al. (2022), analizando el caso chileno tras el estallido social de 2019, evidencian el impacto de la violencia y la represión en la salud mental de los jóvenes de 18 a 28 años. Esta población vivió una transformación en su rol dentro de la sociedad, acompañada de emociones como miedo, angustia y un estado de alerta constante. Por otro lado, Cerda et al. (2018) abordan los efectos de la violencia temprana en la infancia y adolescencia, mostrando cómo la exposición constante al trauma puede cronificar el estrés y alterar el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Esta alteración neuroendocrina incrementa la vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Si bien el enfoque biológico del estudio es esclarecedor, deja por fuera las condiciones sociales y espaciales que agravan o mitigan estos efectos en etapas posteriores de la vida. Otros estudios destacan que la exposición constante a entornos inseguros o hostiles puede erosionar el bienestar emocional y la autoestima durante etapas clave del desarrollo psicosocial, en jóvenes, esta conexión puede generar o agravar problemas como ansiedad, depresión y estrés postraumático, sobre todo cuando se encuentran en relaciones abusivas o entornos violentos, especialmente en violencia contra la mujer, Arriaga & Rivera (2024), mencionan que en jóvenes, esta exposición constante a dichos entornos puede generar o agravar problemas como ansiedad, depresión y

estrés postraumático, sobre todo cuando se encuentran en relaciones abusivas, otros de los factores mencionados son la falta de acompañamiento terapéutico, déficit educativo en prevención y apoyo, y una cultura poco empática.

Por otro lado, estudios de investigación relacionan que el consumo de sustancias psicoactivas afectan la salud mental, Encina et al. (2023) reporta en estudios realizados a jóvenes paraguayos con una muestra compuesta por mujeres jóvenes (edad media: 29 años) que el 74 % de los participantes consumen alcohol, el 15,8 % consumía marihuana y 4,6 % otras drogas, en estos participantes se observaron altas prevalencias de síntomas depresivos (82,5 %) y ansiosos (75,7 %), lo que confirma un alto deterioro de salud mental, en donde se observaron altas prevalencias de síntomas depresivos (82,5 %) y ansiosos (75,7 %), lo que confirma una alta carga de salud mental.

En el caso particular de Madrid España, Esteban et al (2012), destaca que una de cada cinco personas podría padecer un trastorno mental, particularmente debido a los roles sociales y laborales tradicionales que afectan a las mujeres, como la mayor dependencia económica y la combinación del trabajo con las tareas domésticas, también observan que los jóvenes y los inmigrantes son más propensos a sufrir trastornos mentales, las clases sociales más bajas y el bajo nivel educativo también están correlacionados con la salud mental deteriorada. Sin embargo, Novas (2021) indica que los jóvenes de entre 15 y 29 años constituyen el grupo con peor salud mental en la ciudad de Madrid, presentando hasta 10 puntos porcentuales más de riesgo respecto a otros grupos de edad. Esta vulnerabilidad se ve acentuada por diversos factores interrelacionados con la desigualdad económica, soledad, estilo de vida, diseño urbano deficiente y percepción de inseguridad.

Otro factor son los que ocasionan la vulnerabilidad por condiciones sociales, determinados por el desamparo filial, el embarazo adolescente, el consumo de sustancias, la violencia intrafamiliar y la deserción escolar, todos ellos factores de riesgo especialmente prevalentes en este grupo etario, González (2002), sostiene que estos factores y el entorno urbano o comunitario puede influir negativamente, la

mala iluminación, calles descuidadas, inseguridad, el ruido, la falta de espacios públicos adecuados, afectan la percepción de seguridad, movilidad y bienestar, limitando el desarrollo saludable y la participación activa en comunidad.

En relación con la ciudad, el urbanismo puede promover la salud pública o deteriorarla, Ballesteros et al (2021), Se señala que, una vez construida una ciudad, es difícil corregir errores de planificación, por lo que es vital anticipar los efectos sobre la salud, considerando factores sociales, económicos, ambientales, estilos de vida y condiciones de vulnerabilidad. Los barrios marginales suelen sufrir más contaminación, peores servicios y mayores tasas de enfermedad mental, por otra parte, la actividad industrial y el transporte urbano, aunque traen beneficios económicos, también generan impactos negativos en la salud, sobre todo en las poblaciones con bajos recursos, además, los entornos urbanos con escasos servicios, zonas verdes o espacios de encuentro favorecen la marginación y los problemas psicosociales.

En conclusión, los estudios revisados evidencian la complejidad de la salud mental en jóvenes como un fenómeno atravesado por determinantes individuales, estructurales y territoriales. Se identifican como factores recurrentes el estigma, las barreras de acceso a servicios, la violencia, el impacto psicosocial de la pandemia, la desigualdad de género y la precariedad del entorno urbano. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones se concentran en enfoques biomédicos o institucionales, dejando en segundo plano la relación entre salud mental y espacio físico, como el diseño del entorno construido, la calidad del hábitat y la infraestructura comunitaria. Esta omisión abre un campo fértil para desarrollar propuestas interdisciplinarias que articulen salud mental, espacio urbano y diseño arquitectónico, especialmente en zonas marginadas como la UPL Rincón de Suba. La necesidad de incorporar esta dimensión proyectual se vuelve urgente para construir entornos que no solo eviten el daño, sino que también activen el cuidado, la contención emocional y el bienestar colectivo.

MARCO REFERENCIAL

Centro de Atención Psicosocial CAPS III Boa Esperança

Autora: Brenda Dala Paula Cordeiro

Ubicación: Barrio Planalto da Boa Esperança, región João Pessoa, Brasil

Año: 2019

Este proyecto hace parte del modelo de atención comunitaria en salud mental implementado en Brasil, el cual se basa en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), distribuidos estratégicamente según la densidad poblacional de cada municipio. En particular, el CAPS III Boa Esperança está diseñado para ofrecer atención integral y continua a adultos con trastornos mentales graves y persistentes.

El centro se organiza en cinco sectores principales sobre un terreno de 1440 m²:

- Sector de reposo
- Sector de atención ambulatoria
- Sector de servicios generales
- Sector administrativo
- Sector de Convivencia

Figura 5
Planta CAPSIII Boa esperanza



Nota. La figura representa la distribución espacial y la zonificación del proyecto referente (CAPS III Boa Esperança). Adaptado del "CAPS III Boa Esperança: proposta para um centro de atenção psicossocial" por Cordeiro (2019) (<https://bit.ly/44HsvdX>)

Una característica clave del proyecto es la coexistencia de zonas de atención ambulatoria con espacios de internamiento temporal, lo cual permite ofrecer cuidados diferenciados según las necesidades de cada paciente. Además, el diseño promueve la integración comunitaria mediante espacios de convivencia, con un enfoque en la rehabilitación psicosocial.

Este referente es relevante por su enfoque social y por representar un modelo comunitario de atención en salud mental, basado en la desinstitucionalización, la humanización del cuidado y la inclusión de la persona en su entorno. Su organización funcional, la articulación de espacios de uso común y privado, así como su ubicación estratégica dentro del tejido urbano, constituyen elementos clave para el desarrollo del proyecto.

Centro Ambulatorio de Salud Mental San Lázaro

Autores: Daniel Moreno Flores, Jorge Andrade Benítez

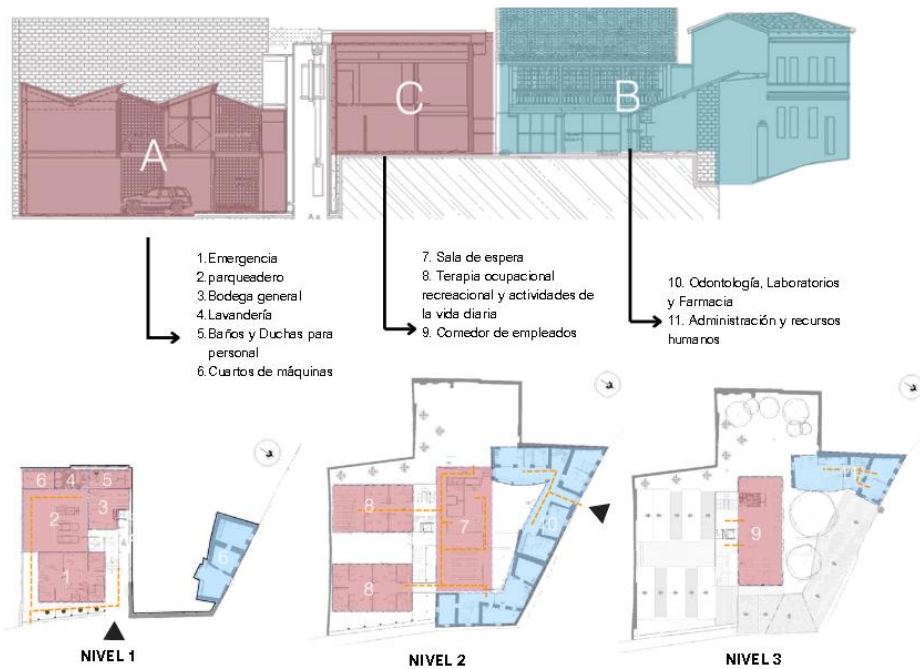
Ubicación: Quito, Ecuador

Año: 2014

Este centro ambulatorio forma parte de la red de atención en salud mental de la ciudad de Quito. Se ubica en un predio con valor patrimonial, donde se conserva parte de la arquitectura antigua del lugar, integrando el nuevo programa arquitectónico en armonía con el entorno construido. El proyecto se estructura en tres módulos principales, diferenciados por funciones específicas.

- **Módulo A:** Emergencias y servicios generales
- **Módulo B:** Consultorios de enfermería y laboratorios (ubicado en el edificio conservado)
- **Módulo C:** Espacios destinados a terapia ocupacional

Figura 6
Centro ambulatorio de salud mental San Lázaro



Nota. La figura representa la distribución espacial y la zonificación del proyecto referente (Centro Ambulatorio de Salud Mental San Lázaro). Adaptado del “Centro ambulatorio de salud mental San Lázaro / Jorge Andrade Benítez + Daniel Moreno Flores” por Benitez & Flores (2019) (<https://bit.ly/4dsGUx1>)

El diseño logra una transición coherente entre lo patrimonial y lo contemporáneo, tanto a nivel estético como funcional, y responde a una estrategia ambulatoria centrada en la prevención y el acompañamiento terapéutico. La inclusión de espacios para terapia ocupacional refuerza el enfoque integral, social y rehabilitador del proyecto.

Este referente es pertinente ya que ejemplifica cómo un enfoque ambulatorio y preventivo, es implementado dentro del tejido urbano, articulando lo nuevo con lo existente y reconociendo la importancia del entorno en la recuperación de los usuarios.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alicante

Autor: Otxotorena Arquitectos

Ubicación: Alicante, España

Año: 2014

Este proyecto se compone de tres unidades funcionales que conforman una red de atención integral a personas con trastornos mentales graves. Su diseño responde a un enfoque de rehabilitación psicosocial progresiva, orientado tanto a la recuperación funcional como a la integración comunitaria.

Las unidades que lo componen son:

- **Centro de Día:** Atiende a personas con un deterioro significativo en sus capacidades funcionales y sociales. Ofrece programas intensivos de recuperación funcional y actividades de ocupación del tiempo libre, con capacidad para 25 usuarios.
- **Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS):** También dirigido a personas con graves trastornos mentales, enfocado en procesos de integración mediante actividades estructuradas, con enfoque grupal y terapéutico.
- **Residencia para personas con trastorno mental grave:** Ofrece alojamiento y atención a un máximo de 50 personas con enfermedades mentales crónicas, facilitando un entorno protegido pero abierto al desarrollo de la autonomía personal.

Figura 7*Planta Centro de Rehabilitación psicosocial de Alicante*

Nota. La figura representa la distribución espacial y la zonificación del proyecto referente (Centro Ambulatorio de Salud Mental San Lázaro). Adaptado del “Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alicante” por Otxotorena Arquitectos(2014)

(<https://otxotorenaarquitectos.com/centro-de-rehabilitacion-psicosocial/>)

El programa del centro incluye espacios para talleres prácticos vinculados a oficios como carpintería, electricidad, electrónica y fontanería, con el objetivo de fomentar la creatividad, la percepción y el aprendizaje a través de la experiencia directa.

Este proyecto se toma como referente tanto por su función como por su lenguaje arquitectónico. La estética sobria y digna, junto con un diseño sensible a las necesidades del usuario, genera un entorno terapéutico no estigmatizante. Además, su estructura por módulos independientes pero conectados permite una atención personalizada y gradual, favoreciendo la inclusión social y la reconstrucción de redes comunitarias.

MARCO TEÓRICO

BARRERAS DE SALUD

Las crisis en salud, ya sean físicas o mentales, demandan respuestas rápidas y eficaces que garanticen una atención oportuna y adecuada. En el caso particular de la salud mental, estas situaciones tienden a ser minimizadas o mal gestionadas dentro de los sistemas de atención tradicionales. Cohen & Natella (2013) proponen el enfoque de crisis como una estrategia clave para comprender y atender

estos episodios, considerándolos como eventos reversibles, transitorios y propios del ciclo vital humano. Este enfoque no solo permite su tratamiento en espacios sanitarios convencionales como hospitales y centros de salud, sino que también reivindica el malestar psíquico como una experiencia legítima que debe ser reconocida, visibilizada y abordada como parte del derecho a la salud. Al integrar la atención en crisis dentro del sistema general, se avanza hacia un modelo más accesible, humano y preventivo, que fomenta la recuperación y dignificación de quienes atraviesan por sufrimiento mental. Por el contrario, Desviat (2021) declara que la desinstitucionalización de la salud mental no sea suficiente para resolver los problemas actuales. Señala la necesidad de una nueva aproximación que no se limite a la farmacología y la normalización de los síntomas, además, critica el modelo actual, centrado en el uso de fármacos, ha desplazado a enfoques más holísticos como la psicoterapia y la intervención comunitaria. Además, menciona el riesgo de patologizar emociones y malestares normales, como se observó durante la pandemia de COVID-19, donde se amplió la idea de que todas las reacciones emocionales eran síntomas de trastornos mentales. En el ámbito de la atención primaria, los trastornos más frecuentes, como la depresión, la ansiedad y el abuso de alcohol, suelen ser subestimados o incluso ignorados por el personal médico. Patel (2003) enfatiza que la salud mental y la salud física no deben considerarse separadas, ya que muchas veces coexisten y se manifiestan conjuntamente. Sin embargo, los síntomas psicológicos suelen interpretarse como padecimientos físicos sin una causa clara, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Además, la falta de capacitación del personal de salud agrava esta problemática, evidenciando la necesidad de un enfoque integral que garantice la misma urgencia y accesibilidad para la salud mental que para las enfermedades físicas, asegurando así una atención efectiva y completa. En el contexto colombiano, Hernández et al. (2023) señalan que, en el departamento del choco, aparte de los desafíos que destacan al sistema de salud como la supervisión y la adaptabilidad, los factores sociales pueden influir negativamente en estrategias que mejoren la salud mental, estos marcados por situaciones de intereses, violencia, desplazamiento, desigualdad social, la

calidad de los servicios de salud, especialmente en poblaciones desplazadas, de bajos recursos y en zonas periféricas. Rojas et al. (2018) sostienen que la accesibilidad a los servicios debido a factores económicos, geográficos y culturales, así como a la percepción negativa de la población sobre su eficacia. Como resultado, muchas personas no reciben atención a tiempo, lo que agrava su estado de salud y aumenta la prevalencia de trastornos mentales crónicos y costosos, estas barreras crean una distancia entre el derecho y su obtención. Por otro lado, Patel (2003), afirma que el estigma es una barrera física en la sociedad actual, en donde las personas con enfermedades mentales suelen ser aisladas, muchos pasan años en un psiquiátrico por abandono de sus familiares, suelen estar encadenados a paredes, en donde el objetivo es mantenerlos fuera de la sociedad. Sin embargo, Cohen & Natella (2013), plantea que los modelos de atención centrados únicamente en la reducción de síntomas refuerzan esta problemática, lo que evidencia la necesidad de descentralizar la atención en salud mental. Para ello, sugiere la integración de estos servicios en hospitales generales y centros de salud, con el fin de:

1. Prevenir violaciones a los derechos humanos.
2. Superar la ineffectividad de los hospitales psiquiátricos.
3. Abordar los problemas de salud mental en la comunidad.
4. Garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.
5. Optimizar los recursos económicos mediante la reducción de costos en instituciones psiquiátricas.

En este sentido, la transformación del modelo de atención requiere superar las barreras económicas, geográficas y socioculturales que limitan el acceso a la salud mental. La integración de los servicios en redes de atención primaria y el fortalecimiento de estrategias comunitarias pueden contribuir a la reducción del estigma y a la construcción de un sistema de salud más accesible y equitativo.

ENTORNO OPRESIVO

Los entornos físicos y sociales juegan un papel fundamental en la salud mental de las personas. A medida que aumenta la urbanización, la salud mental pública deja de ser una preocupación exclusiva de psiquiatras y psicólogos, convirtiéndose en un aspecto clave en la planificación y diseño de las ciudades. Ballesteros et al (2007), señalan que es vital anticipar los efectos sobre la salud, en procesos de planeación urbana, considerando factores sociales, económicos, ambientales, estilos de vida y condiciones de vulnerabilidad, asimismo, subraya que los entornos urbanos con escasos servicios, zonas verdes o espacios de encuentro favorecen la marginación y los problemas psicosociales. McCay et al. (2017) destacan que los espacios verdes no solo fomentan la actividad física, sino que también contribuyen a mejorar la autoestima, reducir el estrés y la ansiedad, y fortalecer el bienestar general. En este sentido, la integración de áreas verdes en el diseño urbano no solo favorece la salud física, sino que se convierte en una estrategia clave para el bienestar mental. No obstante, Giles (2016) matiza que la vegetación no impacta directamente en la salud física, sino que su relación con el bienestar mental está vinculada al uso recreativo del entorno y a factores sociales. Según este autor, caminar en espacios naturales tiene un efecto restaurador, lo que resalta la necesidad de mejorar la calidad y accesibilidad de estos entornos para promover su uso como estrategia de salud mental. Asimismo, Flores (2019) argumenta que la exposición a la vegetación acelera la recuperación psicológica, pues el cerebro humano responde positivamente a los entornos donde predomina el color verde, generando un impacto significativo a nivel psicosocial. El diseño y la configuración del paisaje urbano también influyen en el estado emocional de las personas. McCay et al. (2017) afirman que elementos como la apariencia de las calles, las fachadas de los edificios y el mobiliario urbano tienen un impacto diario en la salud mental de los habitantes urbanos. La presencia de fachadas monótonas y estructuras inmutables, como edificios de oficinas o locales comerciales, puede generar aburrimiento, fomentar pensamientos negativos y reducir las oportunidades de interacción social. En contraste, los espacios públicos abiertos favorecen la

integración social y la generación de experiencias positivas. Por otra parte, el diseño de las fachas no es un factor relevante, Novas (2021) sostiene que la carencia de espacios públicos accesibles, seguros y conectados, así como la mala integración de zonas verdes dentro del tejido barrial, limita las oportunidades de encuentro, aumentando el riesgo de aislamiento. Halpern (2013) complementa esta visión al señalar que los entornos urbanos deteriorados o mal diseñados pueden aumentar el estrés, la ansiedad y la depresión. Factores como la falta de conectividad, la inaccesibilidad de ciertas zonas y la ausencia de espacios comunitarios refuerzan el aislamiento social, afectando negativamente la salud mental. Además, subraya la relación entre la calidad de la vivienda y el bienestar psicológico, indicando que condiciones como el hacinamiento o la mala infraestructura incrementan el estrés y agravan los trastornos mentales. Sin embargo, Tizón et al (2006) sostiene que cualquier proyecto de transformación urbana debe garantizar estabilidad, gradualidad, accesibilidad y la presencia de equipos públicos ya integrados en la comunidad, debido a que las intervenciones urbanas, llegan poco sostenibles y escasamente fundamentadas, favoreciendo a entidades externas, propone que se debe garantizar el acceso a medios educativos, espacios de juego y participación adaptados a cada etapa vital. Otro factor determinante en la salud mental es la exposición al ruido y el tráfico urbano. Según Giles-Corti (2016), el ruido constante tiene efectos perjudiciales, causando alteraciones del sueño, aumento del estrés y una disminución general del bienestar psicológico. Para mitigar estos efectos, sugiere ubicar viviendas, escuelas y otros servicios lejos de zonas con alto tráfico, reducir la velocidad vehicular, utilizar materiales de construcción que minimicen el ruido y mejorar la insonorización en las edificaciones. Por su parte, Halpern (2013) enfatiza que la percepción ambiental varía según factores personales como edad, género y nivel socioeconómico, lo que influye en cómo los individuos experimentan el impacto del tráfico en sus viviendas y entornos cotidianos. En conclusión, el entorno urbano constituye un factor determinante en el estado de salud mental, especialmente en jóvenes que enfrentan múltiples transiciones personales y sociales. La evidencia teórica y contextual revisada demuestra que las

condiciones del espacio urbano incluyendo la calidad de la vivienda, la presencia o ausencia de espacios públicos accesibles, el ruido, la densidad y la segregación social influyen significativamente en el bienestar psicológico. Por ello, es fundamental que la planificación urbana incorpore estrategias integrales que promuevan entornos de cuidado, como la inclusión de espacios verdes, la creación de zonas de encuentro comunitario y el fortalecimiento de infraestructuras locales de atención psicosocial. Esto no solo favorecerá la salud mental, sino que también fomentará comunidades más equitativas, cohesionadas y resilientes.

ESPACIO LIMINAL

El concepto de espacio liminal alude a aquellos territorios simbólicos o físicos que funcionan como umbrales: zonas intermedias entre estados, condiciones o categorías sociales. En estos espacios se suspenden momentáneamente las normas habituales, permitiendo tanto la transformación como la vulnerabilidad. En términos de salud mental, estos umbrales pueden representar zonas donde se manifiestan con especial intensidad las tensiones entre exclusión e integración, entre cuidado y abandono.

Oldenburg (1999) introduce la noción de los “terceros lugares”, espacios ubicados fuera del hogar y del trabajo que permiten la interacción social cotidiana, como cafés, plazas o salones comunales. Estos lugares, accesibles y neutrales, promueven el sentido de pertenencia, el reconocimiento mutuo y la contención emocional —factores protectores frente al aislamiento social y el deterioro del bienestar psicológico. No obstante, cuando estos espacios carecen de elementos significativos o son degradados física y simbólicamente, pierden su capacidad de generar identidad colectiva. Relph (1967), al estudiar el sentido del lugar, advierte que los espacios sin atributos distintivos impiden el arraigo emocional y tienden a volverse efímeros, erosionando la posibilidad de interacción genuina.

Arias (2024) complementa esta visión al señalar que la ausencia de experiencias estéticas significativas y prácticas culturales compartidas en la comunidad limita los vínculos sociales, dificultando la construcción simbólica de futuros posibles. En este sentido, los espacios públicos también operan como escenarios afectivos y narrativos donde se elaboran las experiencias individuales y colectivas.

En un plano más disruptivo, Foucault (1967) propone el concepto de heterotopía, entendido como un tipo de espacio distinto, marginal o alternativo, donde se suspenden o impugnan las reglas habituales. Espacios como hospitales psiquiátricos, cárceles o refugios funcionan simultáneamente como lugares de exclusión y de control, en los cuales se refleja la relación ambivalente de la sociedad con la otredad. En contextos de salud mental, estos espacios pueden representar tanto posibilidades de cuidado como dispositivos de segregación.

A partir de esta mirada crítica, se vuelve esencial considerar cómo las condiciones estructurales —como la precariedad, la inseguridad urbana y las normas de género— configuran espacios opresivos o excluyentes para ciertos grupos. Mora et al. (2003) subrayan que la precariedad laboral, especialmente en el sector informal, genera un estrés constante que impacta la salud mental. Asimismo, el peso desigual de los roles tradicionales de género, que recargan a las mujeres con tareas de cuidado no remuneradas ni visibilizadas, intensifica esta carga psicoemocional. Estos factores estructurales definen qué se considera un problema de salud y a quién se le reconoce el derecho al cuidado.

En esta línea, Montiel et al. (2020) enfatizan que la probabilidad de recibir un diagnóstico o buscar ayuda profesional está mediada por el acceso a redes sociales funcionales. Las personas que viven aislamiento, violencia de género o precariedad extrema, al no contar con apoyo emocional o social, tienen mayores dificultades para reconocer el malestar o movilizar recursos de afrontamiento, lo que agrava su situación psíquica. De allí que se plantee la necesidad de estrategias comunitarias más equitativas e integrales, que incorporen perspectiva de género y justicia social.

Por otra parte, Desviat y Pérez (2012) proponen un reordenamiento del espacio terapéutico comunitario, señalando que dicho proceso implica una reconstrucción profunda de saberes, prácticas y dispositivos. En su planteamiento, esta transformación conlleva no solo una nueva reforma psiquiátrica, sino también la emergencia de nuevos sujetos de derecho, cuyas voces y experiencias deben ser consideradas en el diseño de políticas públicas y servicios de salud.

Finalmente, otros autores profundizan en los efectos de estos entornos sobre los cuerpos y subjetividades. Arriaga & Rivera (2024) advierten que los contextos inseguros u hostiles — particularmente para mujeres jóvenes— pueden desencadenar trastornos como ansiedad, depresión o trauma, resultado de violencias recurrentes en espacios íntimos, escolares o comunitarios. Gonzales (2002) destaca que ciertas poblaciones viven expuestas a múltiples riesgos sociales como desescolarización, embarazo precoz, consumo de sustancias y violencia familiar, elementos que configuran territorios de alta vulnerabilidad psicosocial.

Desde un enfoque conductual y de estilo de vida, Esteban et al. (2012) advierten que la normalización de prácticas como el consumo excesivo de alcohol en entornos comunitarios puede convertirse en un factor de riesgo significativo para la salud mental. Estas prácticas, muchas veces sostenidas por dinámicas sociales locales, no solo afectan el cuerpo individual, sino que se integran a una cultura del malestar que perpetúa comportamientos autodestructivos o de evasión emocional, reforzando círculos de deterioro colectivo.

Por otro lado, Villalobos et al. (2022) identifican una relación directa entre sedentarismo prolongado y deterioro de la salud mental, especialmente en jóvenes. Factores como la fatiga, el dolor, los trastornos del sueño y la baja energía están presentes en personas sometidas a jornadas largas de inactividad física o uso excesivo de pantallas. Este patrón no solo influye en la dimensión física, sino que también afecta la motivación, la interacción social y la percepción del entorno, profundizando estados depresivos o de desconexión emocional.

Desde este marco, se entiende que la salud mental no puede ser abordada sólo desde el plano clínico, sino que requiere considerar el rol del entorno, las condiciones estructurales, las dinámicas comunitarias y la agencia de los sujetos. La falta de vínculos con el entorno, la exposición a contextos hostiles y los estilos de vida sedentarios refuerzan la vulnerabilidad psicosocial, especialmente en jóvenes. Por tanto, repensar el diseño de estos espacios es clave para promover bienestar emocional y cohesión comunitaria.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación adopta un enfoque cualitativo, orientado a comprender en profundidad las experiencias en salud mental de jóvenes entre 18 y 28 años en la Unidad de Planeamiento Local (UPL) Rincón de Suba. El estudio parte del reconocimiento de que dichas experiencias están condicionadas por múltiples factores estructurales: barreras de acceso al sistema de salud, condiciones urbanas opresivas, y la vivencia de espacios liminales, es decir, aquellos lugares intermedios que median entre la inclusión y la exclusión, el cuidado y el abandono.

A través de esta mirada, se busca interpretar cómo se configuran los procesos de atención en salud mental desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados, captando no solo sus trayectorias individuales, sino también las tensiones del territorio, los vínculos comunitarios, y las condiciones simbólicas y materiales del entorno.

Diseño metodológico

La metodología se estructura a partir de los siguientes componentes:

1. Entrevistas semiestructuradas:

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a diversos actores sociales vinculados al sistema de salud y la comunidad. El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo mediante el software de análisis cualitativo MAXQDA

Estudios de caso: Se entrevistaron a seis personas de entre 25 y 28 años que han recibido atención en salud mental dentro del contexto de estudio. Estos casos permiten examinar las rutas de atención, las condiciones de los servicios disponibles, y las percepciones personales frente a las barreras institucionales y territoriales.

A profesionales de la salud: Fueron entrevistados un médico general, un residente de psiquiatría, cuatro enfermeros y dos psicólogos, todos vinculados a procesos de atención en salud mental. Estas entrevistas permiten identificar prácticas, desafíos institucionales y perspectivas sobre las limitaciones del sistema y las necesidades tanto clínicas como sociales de los pacientes.

A miembros de la comunidad: También se entrevistaron a ocho personas de la comunidad local: cuatro de 25 años, dos de 28, una de 30 y una de 36 años. Estas entrevistas abordaron temas como accesibilidad a servicios, percepción del entorno, barreras sociales o culturales, y los impactos atribuidos al bienestar psicológico, con especial atención al rol de los espacios cotidianos y su influencia sobre la salud mental.

2. Evaluación del entorno

Se realizará un análisis cualitativo de las dinámicas locales del entorno urbano, considerando los siguientes **criterios**:

- Accesibilidad y proximidad a servicios de salud mental.
- Condiciones de habitabilidad y seguridad del espacio urbano.
- Existencia de redes comunitarias de apoyo.
- Presencia o ausencia de espacios públicos que favorezcan el bienestar emocional.
- Percepción social del entorno por parte de los habitantes.

Consideraciones éticas

- La investigación atenderá a principios éticos fundamentales:
- Se garantizará el consentimiento informado de todas las personas participantes.
- Se mantendrá la confidencialidad y el anonimato de los testimonios recolectados.
- Se evitará la revictimización de los participantes, ofreciendo contención emocional en caso necesario y respetando la decisión de interrumpir la participación en cualquier momento.
- El lenguaje utilizado en entrevistas será respetuoso, incluyente y sensible a las condiciones personales de cada persona entrevistada.

ANÁLISIS DE DATOS***BARRERAS DE SALUD***

Las Barreras de Salud, entendida como los obstáculos que limitan el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud mental. A partir de la revisión teórica y del análisis de entrevistas realizadas a profesionales de la salud y a personas que han recibido atención médica por salud mental, se identifican tres barreras principales: barreras económicas, barreras socioculturales y barreras estructurales y geográficas.

Barreras económicas

Las barreras económicas representan una limitación significativa para el acceso a servicios de salud mental, particularmente en contextos socioeconómicos vulnerables. Según Rojas et al. (2018), la distribución desigual de recursos de salud y el costo elevado de los servicios especializados restringen las opciones terapéuticas disponibles para la población.

En las entrevistas realizadas, los profesionales de la salud manifestaron que, tras la pandemia de COVID-19, muchos jóvenes enfrentaron pérdida de empleo y precarización económica, lo que dificultó aún más el acceso a tratamientos psicológicos o psiquiátricos. Estos jóvenes, en su mayoría, no cuentan con cobertura en planes de salud mental o con la capacidad económica para costear servicios privados, generando retrasos en la atención o abandono del tratamiento.

Además, la falta de inversión pública en servicios de salud mental comunitaria agudiza esta problemática, perpetuando la desigualdad en el acceso y aumentando el riesgo de cronificación de los trastornos mentales entre los jóvenes.

Barreras Socioculturales

El estigma asociado a la enfermedad mental constituye una barrera sociocultural profunda que impide la búsqueda oportuna de ayuda. Patel (2003) sostiene que las percepciones negativas y el aislamiento social de las personas con trastornos mentales refuerzan su exclusión y limitan su recuperación.

En el análisis realizado, los profesionales entrevistados señalaron que muchos jóvenes sienten vergüenza o temor de ser etiquetados como "locos" o "débiles", lo que los lleva a ocultar sus síntomas y a evitar el contacto con los servicios de salud mental. Esta estigmatización no solo proviene de la sociedad en general, sino también de sus entornos familiares y comunitarios, profundizando la sensación de soledad y abandono.

Además, la falta de campañas de sensibilización y educación en salud mental contribuye a que persistan prejuicios culturales, como la idea de que los problemas emocionales son señales de debilidad o deben "aguantarse" sin asistencia profesional.

Además, los jóvenes adultos de 18 a 28 años de edad se encuentran en un periodo crítico hacia la adultez, caracterizado por cambios significativos en el ámbito académico, laboral, social y personal. El

abuso de drogas y alcohol es un problema de salud mental importante asociado con el crecimiento, ya que muchos jóvenes prueban el tabaco, el alcohol y el consumo de drogas a corta edad, lo que puede convertirse en un hábito, además, otros problemas de salud mental incluyen la depresión, que puede deberse a peleas dentro de la familia, dificultades académicas y problemas en las relaciones. Uno de los principales factores que desencadenó la afectación de la salud mental a partir del año 2019 fue el encierro abrupto por la pandemia Covid-19, esto ocasionó problemas como ansiedad, angustia, incertidumbre y soledad, debido a que se debió afrontar una pandemia de manera súbita, el fallecimiento de familiares y la pérdida de trabajo.

Según el análisis de las entrevistas que se realizaron a profesionales de la salud, se logró identificar los trastornos mentales que se presentan en jóvenes entre los 18 a 29 años son los trastornos de ansiedad, de estado de ánimo, por sustancias psicoactivas, de personalidad, alimentarios y psicóticos. Por otro lado, en la UPL Rincón se logró identificar que no queda exenta de esta problemática, pues es la tercera localidad en Bogotá que más presenta casos de consumo por sustancias psicoactivas, según el Observatorio de Salud de Bogotá, como se muestra a continuación en la siguiente figura 8 y 9.

Figura 8
Puntos de abuso de drogas y alcohol en la UPL Rincón



Nota: La figura representa los lugares en los que se suelen consumir sustancias psicoactivas en la UPL Rincón.

Elaboración propia.

Como se observa en la figura 8, a través de una evaluación del entorno se identificaron los lugares en la UPL Rincón en donde se ve mayor afluencia de consumo de alcohol (representados en color rojo) y los lugares de mayo afluencia de consumo de sustancias psicoactivas (representados en color naranja).

Figura 9
 Casos de consumo en Bogotá



Nota: La figura es un gráfico lineal que representa la cantidad de casos registrados el año 2023 por consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá. Adaptado del “Observatorio de salud de Bogotá 2024”

(<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/conducta-suicida/>)

Como se observa en la figura 9, la UPL Rincón, es la tercera UPL con más casos de consumo de sustancias psicoactivas de Bogotá.

Barreras estructurales y geográficas

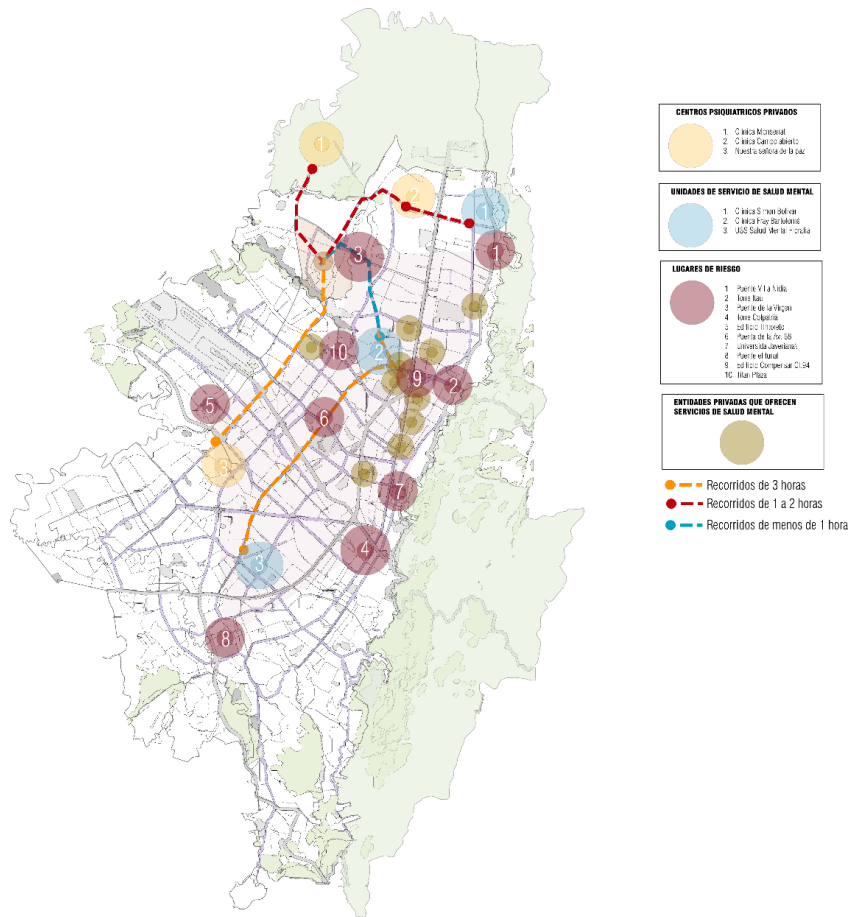
Cohen & Natella (2013) advierten que los sistemas de salud mental que priorizan la hospitalización especializada y excluyen la atención comunitaria crean barreras estructurales significativas para la población general.

Este patrón se evidencia en la UPL Rincón, donde a pesar de la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y depresión entre jóvenes de 18 a 28 años, la infraestructura de servicios de salud mental es insuficiente. Los profesionales entrevistados destacaron la escasez de programas de intervención temprana, la falta de integración de servicios de salud mental en hospitales y centros de atención primaria, y la lejanía física de los centros especializados, lo cual dificulta el acceso para muchos jóvenes que residen en zonas periféricas.

La limitada oferta de atención en crisis a nivel local también fue señalada como un problema crítico, dado que muchas situaciones de urgencia no reciben respuesta adecuada y terminan agravándose, asimismo, la atención por Salud mental es un modelo centralizado con un enfoque correctivo, lo que ha generado una deshumanización en la prestación de los servicios de salud. Los principales problemas identificados son: la falta de líneas directas de atención en casos de crisis o emergencia, los prolongados tiempos de espera para consultas, la dificultad de acceso a la atención en salud mental, y la falta de seguimiento y tratamiento oportuno, especialmente en casos de riesgo para la vida. Mientras que los derechos humanos y la calidad de los servicios son objetivos declarados, en la práctica predominan los intereses financieros y el estigma hacia la salud mental. Esto se refleja en problemas de acceso a servicios de calidad y la necesidad de una atención integral, centrada en la prevención. En Bogotá, se evidencia una centralización privatizada de servicios de salud mental hacia el

Nororiente de la ciudad, mientras que, por otro lado, hay 3 centros de servicios públicos para los 7 millones de habitantes de la ciudad y se reflejan más los lugares de riesgo en donde las personas han atentado contra su propia vida, como se muestra en la siguiente figura 10.

Figura 10
Servicios de Salud mental en Bogotá



Nota: La figura representa los lugares en la ciudad de Bogotá, en donde hay centros de servicio de salud mental privados, públicos y los lugares en donde han ocasionado intentos de suicidio, por otra parte, se representa los desplazamientos que debe hacer un habitante de la UPL Rincón para obtener servicios de salud mental.

Elaboración propia.

En la anterior figura se ven representados con un color naranja los centros psiquiátricos privados (3), en color azul, los centros públicos que ofrecen servicios de salud mental (3), en color café

son las entidades que ofrecen servicios de salud mental privados (+10) y los puntos de color rojo son aquellos lugares en donde los ciudadanos de Bogotá han atentado contra su propia vida.

ENTORNO OPRESIVO

El entorno opresivo se refiere a aquellas características físicas, sociales y de infraestructura en los espacios urbanos que afectan negativamente la salud mental de las personas. Estos entornos promueven estrés, ansiedad, aislamiento social e incrementan la vulnerabilidad a trastornos mentales, especialmente en poblaciones jóvenes.

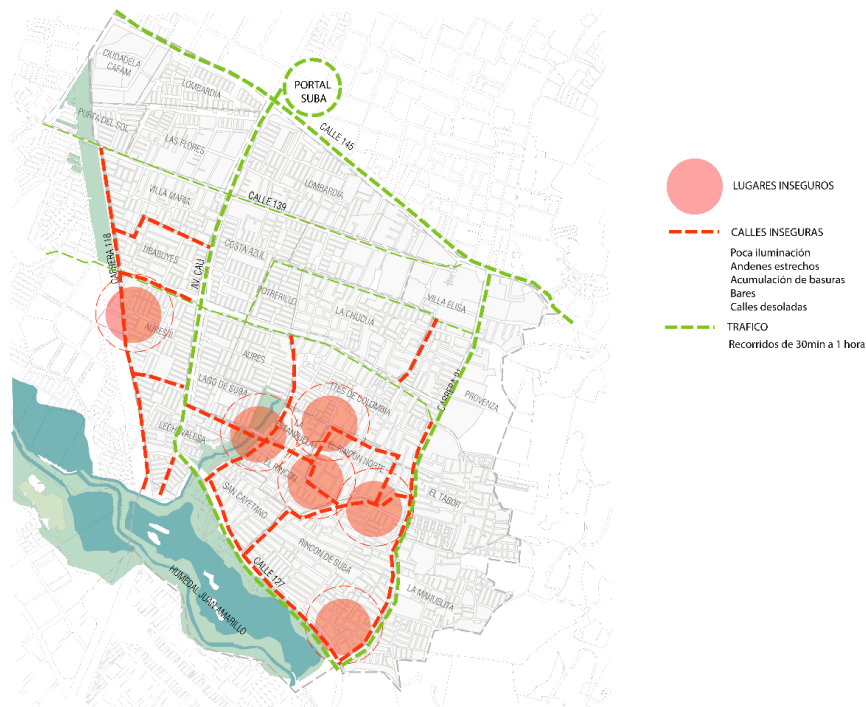
A partir del análisis del marco teórico y los datos recogidos, se identifican tres factores que permiten comprender cómo opera un entorno opresivo:

Condiciones de movilidad urbana

Hace referencia a los factores asociados a los desplazamientos diarios en las ciudades, como la duración, la congestión vehicular, la inseguridad en los medios de transporte y la exposición a estímulos ambientales negativos (ruido, multitudes).

Los largos desplazamientos, especialmente en ciudades densamente pobladas, generan niveles elevados de estrés y ansiedad. El tráfico impredecible, la exposición constante al ruido y las aglomeraciones afectan la salud emocional de los individuos, aumentando sentimientos de hostilidad, irritabilidad y agotamiento mental. En particular en la UPL Rincón, como se observa en la figura 4, se evidencia por la comunidad los largos recorridos que deben hacer hacia el Portal Suba, La calle 145 y específicamente a sus lugares de trabajos, que comprende desplazamientos de 45 minutos a 2 horas, por otro lado, lo que incrementa la afectación de salud mental son aquellos lugares y calles inseguras por donde deben transitar diariamente.

Figura 11
Inseguridad y desplazamiento



Nota: La figura representa los lugares en los que se percibe mayor inseguridad y los desplazamientos que deben hacer los habitantes de la UPL Rincón hacia la Calle 145 y hacia el portal Suba. Elaboración propia.

Los lugares y calles que la comunidad percibe como inseguros se representan en color rojo y las líneas verdes, son la representación de mayor tráfico en la UPL Rincón.

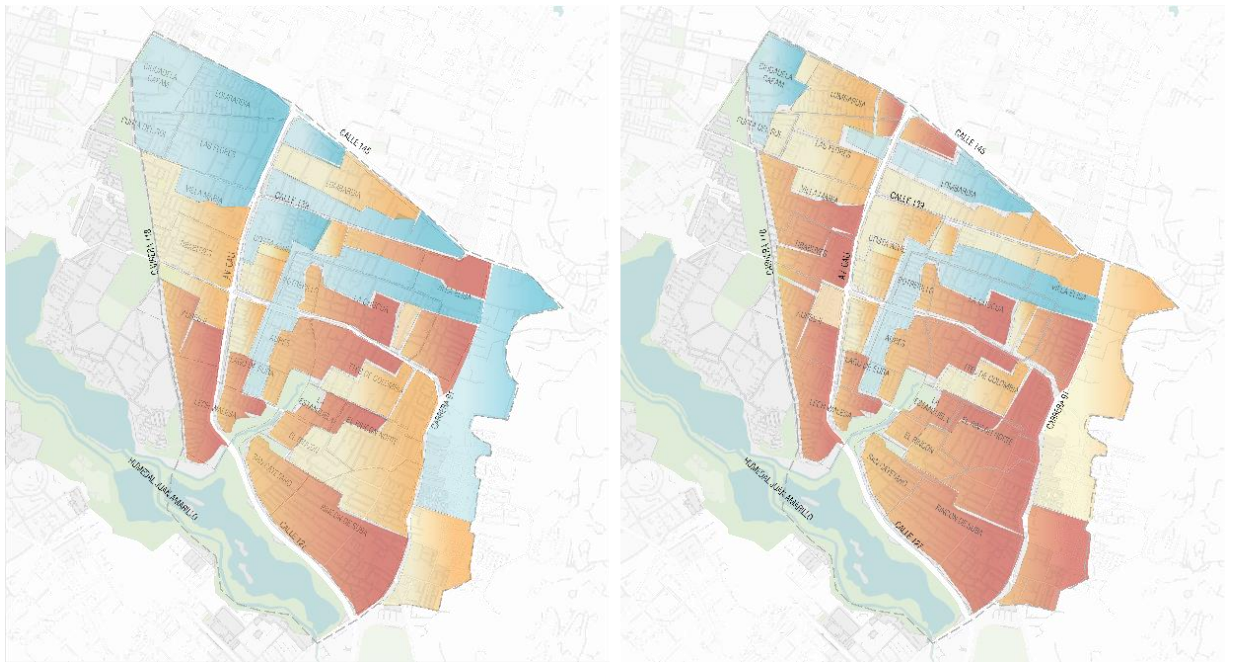
Deterioro urbano y percepción de inseguridad

Comprende el impacto que tienen los espacios públicos degradados, la falta de mantenimiento en calles, parques y mobiliario urbano, así como la violencia o criminalidad percibida en la salud mental de los habitantes.

La presencia de espacios deteriorados o inseguros incrementa la percepción de amenaza constante, lo cual eleva el estrés crónico y limita el uso recreativo de los espacios públicos. Esta percepción promueve el retraimiento social y disminuye las oportunidades de interacción saludable en la comunidad. Las entrevistas realizadas a la comunidad, señalan que ha a partir de las 6 de la tarde se

percibe mayor sensación de inseguridad, lo que ocasiona que algunas familias o niños no salgan a las calles a partir de esta hora, además, en la UPL Rincón hay distintas zonas que son percibidas como inseguras durante todo el día e incrementa esta sensación en la noche, como se representan a en figura 9.

Figura 12
Percepción de inseguridad de día y de noche en la UPL Rincón



Nota: La figura representa los lugares en los que se percibe mayor inseguridad en color rojo y en color azul, los lugares más seguros en el día y en la noche. Elaboración propia.

Desigualdad de género en el espacio urbano

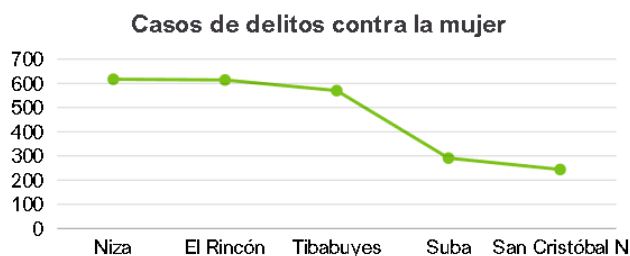
Se refiere a las diferencias en la experiencia de los espacios urbanos entre hombres y mujeres, particularmente en términos de percepción de seguridad, acceso y bienestar en la ciudad.

El análisis señala que las mujeres, al enfrentarse a mayores riesgos de violencia y a la percepción constante de inseguridad en los entornos urbanos, experimentan mayores niveles de ansiedad, aislamiento social y miedo, debido a que en este sector se han evidenciado por la comunidad casos de

violencia contra la mujer, lo que incluye robos, maltrato y asesinatos. Esto limita su participación en la vida pública y reduce su acceso a espacios de socialización y recreación.

En la siguiente gráfica lineal, tomado de la secretaría distrital de la mujer, se evidencia que la UPL Rincón es la segunda UPL con más casos de violencia contra la mujer.

Figura 13
Casos de delito contra la mujer



Nota: La figura es un gráfico lineal que representa la cantidad de casos registrados el año 2023 de delitos contra la mujer en Bogotá. Adaptado del “La secretaria distrital de la mujer”

(https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2021/infografias/61_PanoramaViolencia.pdf)

ESPACIO LIMINAL

El *espacio liminal* hace referencia a lugares de transición dentro del entorno urbano que no son ni el hogar ni el trabajo, y que tienen el potencial de convertirse en entornos significativos para la interacción social, el descanso y el desarrollo de un sentido de pertenencia. Sin embargo, cuando estos espacios carecen de cualidades simbólicas, funcionales o accesibles, pueden generar desconexión, ansiedad y deterioro del bienestar psicológico, especialmente en jóvenes. Estos espacios pueden ser tanto físicos como simbólicos, y operan en los márgenes de la estructura urbana o social, siendo determinantes en los procesos de inclusión o exclusión.

Fragilidad simbólica de los espacios comunitarios

Se refiere a la falta de espacios intermedios accesibles, neutrales y comunitarios (como cafés, plazas, parques o bibliotecas), donde las personas puedan socializar, descansar o construir vínculos

sociales fuera del hogar y el trabajo. La inexistencia o degradación de estos espacios aumenta el aislamiento social, reduce la posibilidad de interacción significativa y debilita el sentido de comunidad. En análisis se logró identificar aquellos espacios que permiten y no permiten una conexión con el entorno y la comunidad (ver figura 14), una de las características de estos lugares son la pérdida de identificación y conexión con el entorno, al no existir un espacio que permita la conexión con lo social en un sentido significativo, las relaciones humanas se vuelven más superficiales y funcionales, afectando negativamente la cohesión comunitaria y, en consecuencia, puede generar sentimientos de soledad, ansiedad y desconexión.

Figura 14

Espacios que permiten, y no permiten una conexión con el entorno y la comunidad



Nota: La figura representa los lugares que generan cohesión comunitaria, como los parques, los lugares de culto y los centros de salud, y, por otro lado, los lugares que carecen de un significado para la comunidad, como los lugares inseguros y descuidados. Elaboración propia.

Los lugares que permiten una conexión comunitaria son los parques, los lugares de culto y los centros de salud (representados en color verde, naranja y azul, por otro lado, los lugares que no tienen ningún carácter simbólico por la comunidad, son los espacios inseguros y descuidados.

Violencia de género en espacios comunitarios y familiares

Los espacios liminales pueden reforzar la desigualdad de género cuando se desarrollan en contextos donde persiste la violencia hacia mujeres y diversidades, tanto en el entorno familiar como comunitario. La exposición constante a agresiones físicas, psicológicas o simbólicas limita la posibilidad de construir vínculos seguros con el entorno, afectando la salud mental y la autonomía de las mujeres jóvenes. Esta violencia, muchas veces normalizada o invisibilizada en el tejido social, transforma los espacios cotidianos en escenarios de tensión, vigilancia o retraimiento, erosionando la confianza, el sentido de pertenencia y la participación activa en la comunidad.

Dinámicas comunitarias de riesgo

Se refiere a los comportamientos y estilos de vida normalizados en ciertos territorios que refuerzan prácticas perjudiciales, como el consumo habitual de sustancias psicoactivas, el sedentarismo o la evasión emocional. Estas dinámicas no solo reflejan una carencia de alternativas saludables, sino que generan formas colectivas de desgaste emocional que afectan especialmente a los jóvenes.

Los espacios liminales, concebidos como territorios de transición y ambigüedad, se han convertido en escenarios clave para comprender la salud mental de los jóvenes entre 18 y 28 años. En contextos marcados por la fragilidad simbólica de los espacios comunitarios, la exclusión estructural en los lugares de cuidado y la normalización de dinámicas colectivas de riesgo, se debilitan los vínculos afectivos, el sentido de pertenencia y las redes de contención emocional. Estos factores inciden directamente en la emergencia de síntomas como ansiedad, depresión o estados de disociación social. Por tanto, repensar el papel de estos espacios implica no solo mejorar su diseño físico, sino también transformarlos en territorios de cuidado, agencia y justicia social, donde los jóvenes puedan reconocerse como sujetos activos en la producción de bienestar colectivo

RESULTADOS Y REFLEXIONES FINALES

Figura 15
Variables y Sub variables



Nota: La figura representa las variables de investigación empleadas para la investigación. Elaboración propia.

Como resultado de la metodología empleada en categorización de variables y sub variables, de acuerdo al marco teórico, se identificaron diversos factores que afectan negativamente el bienestar emocional de los jóvenes entre 18 y 28 años, así como las implicaciones de los entornos sociales, urbanos y comunitarios en su salud mental. Las siguientes conclusiones sintetizan los hallazgos más relevantes:

Primero, la insuficiencia en la oferta de servicios, la discriminación estructural y las limitaciones económicas restringen el acceso oportuno a intervenciones preventivas y terapéuticas, generando un efecto acumulativo de vulnerabilidad.

La dificultad para obtener atención oportuna y de calidad no solo prolonga el sufrimiento, sino que agrava trastornos emergentes, incrementando el riesgo de cuadros crónicos de ansiedad, depresión y conductas autolesivas.

La falta de un sistema de salud inclusivo y accesible debilita los factores de protección, aumentando la sensación de abandono, frustración y desesperanza en esta población. Por otro lado, el abuso de drogas y alcohol, los conflictos familiares y sociales, la individualización de la responsabilidad y el encierro abrupto provocado por la pandemia contribuyen al deterioro del bienestar emocional. Estos factores resultan especialmente críticos cuando los jóvenes carecen de estrategias adecuadas para enfrentar los desafíos de esta etapa.

Segundo, el entorno urbano opresivo, caracterizado por desplazamientos largos, entornos inseguros y desigualdad de género, impacta profundamente la salud mental de los jóvenes. La percepción constante de peligro en espacios deteriorados o inseguros incrementa la ansiedad y reduce la movilidad autónoma, afectando especialmente a las mujeres, quienes experimentan mayor aislamiento y miedo.

Tercero, La ausencia o degradación de espacios de interacción y las dinámicas cotidianas de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la violencia de género, limita las posibilidades de construir comunidad y encontrar apoyo emocional en el entorno comunitario. La falta de “terceros lugares” significativos debilita los vínculos sociales y acentúa el aislamiento afectivo, mientras que los espacios impersonales (no-lugares) fomentan experiencias urbanas deshumanizadas, carentes de arraigo y pertenencia, en consecuencia, la inexistencia de espacios comunitarios accesibles reduce las oportunidades de conexión social significativa, lo que contribuye a sentimientos de soledad, ansiedad y desconexión emocional en jóvenes que atraviesan procesos críticos de construcción de identidad y pertenencia social.

En conjunto, estos factores revelan la urgente necesidad de estrategias integrales que mejoren el acceso a servicios de salud mental, promuevan entornos urbanos, seguros e inclusivos, y fortalezcan la creación de espacios comunitarios que favorezcan la pertenencia y el bienestar emocional.

CAPÍTULO IV: PROYECTO ARQUITECTÓNICO

NECESIDAD Y POBLACIÓN OBJETIVO

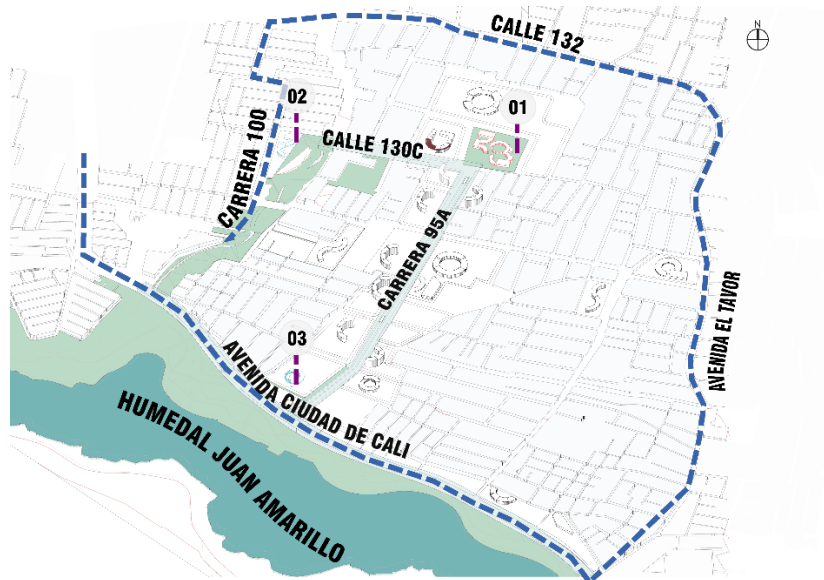
Ante la creciente problemática relacionada con los factores que afectan negativamente el bienestar mental y emocional de los jóvenes entre 18 y 28 años, se plantea el diseño de un **Centro de Atención Prioritaria de Salud Mental (CAPS-M)**. Este equipamiento busca responder tanto a situaciones críticas como intentos de suicidio y a necesidades preventivas, a través un enfoque es **preventivo y comunitario**, priorizando intervenciones oportunas que eviten la cronificación de los trastornos mentales, promuevan el acompañamiento psicosocial y fortalezcan las redes de apoyo dentro de la comunidad.

El proyecto está orientado a tres grupos poblacionales específicos:

1. Jóvenes con trastornos del estado de ánimo
2. Mujeres en situación de vulnerabilidad psicosocial
3. Jóvenes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

Cómo se observa en la figura 16, estos centros estarán ubicados en 4 barrios de la UPL Rincón de Suba, estos son San Cayetano, El Rincón, El Rincón Norte y Rincón de Suba, debido a que en estos barrios se logró identificar la mayoría de los factores negativos que afectan la salud mental. Sin embargo, aunque se concibe un modelo de CAPS-M replicable en distintos barrios, el diseño arquitectónico se enfocará en un **solo centro piloto**, el cual integrará atención para las tres poblaciones.

Figura 16
Ubicación de CAPS-M



Nota. La figura representa los lugares en los que se propone la ubicación de tres tipos de CAPS-M. Elaboración propia.

OBJETIVOS PROYECTUALES

Objetivo General

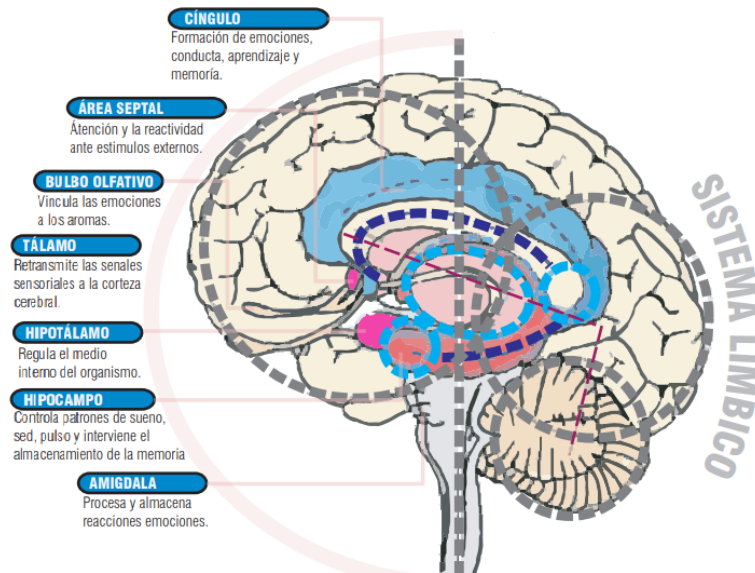
Diseñar un Centro de Atención Prioritaria de Salud Mental (CAPS-M) para jóvenes adultos entre 18 y 28 años, enfocado en la atención de casos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos del estado de ánimo y situaciones de vulnerabilidad psicosocial en mujeres.

Objetivos específicos

1. Generar espacios arquitectónicos que favorezcan la cohesión social, la desconexión de la rutina y el acceso a actividades recreativas y de ocio.
2. Integrar el diseño arquitectónico con el entorno urbano mediante espacios seguros, accesibles y de encuentro comunitario.
3. Desarrollar un modelo de equipamiento replicable en su función en otras zonas de la ciudad, adaptado a las necesidades locales.

CONCEPTO DE DISEÑO

Figura 17
Sistema Límbico del cerebro



Nota: La figura es un dibujo esquemático de la forma del sistema límbico del cerebro, en ella se describe cada una de sus partes y sus respectivas funciones. Elaboración propia.

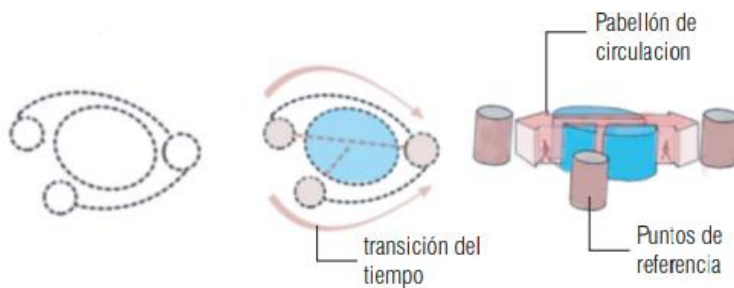
Inspirado en el sistema límbico del cerebro, responsable de la memoria, los procesos emocionales y la adaptación neuronal, este proyecto propone una arquitectura límbica. Un espacio que no solo se habita, sino que también se experimenta y transforma. Así como el sistema límbico articula funciones invisibles pero esenciales para el equilibrio humano, el proyecto busca conectar lo tangible con lo intangible, lo racional con lo emocional, y lo físico con lo simbólico.

La arquitectura se concibe como un sistema de pliegues, como aquellos del cerebro, donde cada curva, cada transición y cada vacío funciona como un contenedor de memoria y experiencia. Los materiales, la luz, los sonidos y las texturas se combinan para generar espacios que evocan recuerdos, provocan introspección y permiten resignificar vivencias. Cada componente se convierte en un recuerdo construido, capaz de activar la memoria individual y colectiva desde lo espacial.

Las formas fluidas y orgánicas expresan la complejidad de la mente humana. Los espacios de transición, por su parte, representan el tránsito entre estados mentales, facilitando la sanación, la contención emocional y la reapropiación del entorno.

Memoria

Figura 18
Concepto Memoria



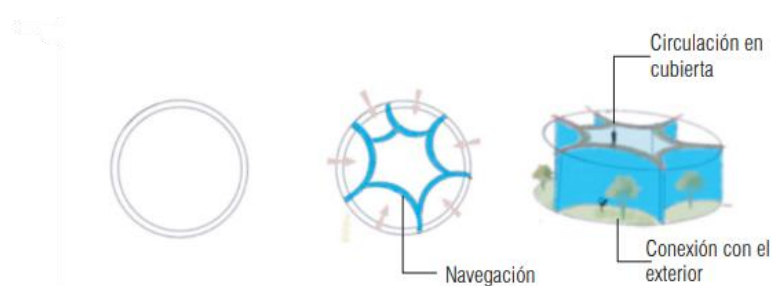
Nota: La figura es un dibujo esquemático de los diagramas de diseño inspirados en la forma del sistema límbico.

Elaboración propia.

Los espacios están diseñados para almacenar y evocar memorias, tanto personales como compartidas. La disposición espacial se orienta a permitir que los usuarios reconecten con fragmentos de su historia a través de recorridos, texturas y atmósferas que construyen un hilo narrativo sensible.

Pliegues cerebrales (Emociones)

Figura 19
Concepto de Emociones



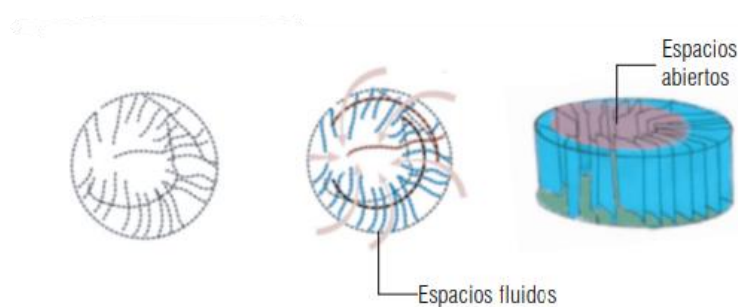
Nota: La figura es un dibujo esquemático de los diagramas de diseño inspirados en la forma del sistema límbico.

Elaboración propia.

En lugar de representar emociones directamente, se evocan mediante **pliegues arquitectónicos** que aluden a la topografía del cerebro. Estas geometrías curvas generan sensaciones de fluidez, contención y transición emocional. Los espacios se abren y se cierran, se contraen y se expanden, simulando el flujo de los estados mentales.

Plasticidad neuronal (Sensorialidad)

Figura 20
Concepto de lo Sensorial



Nota: La figura es un dibujo esquemático de los diagramas de diseño inspirados en la forma del sistema límbico.

Elaboración propia.

Así como el cerebro es capaz de reorganizarse y adaptarse, la arquitectura busca ser **plástica, adaptable y multisensorial**. Los elementos naturales como el agua, el viento, la vegetación o la luz permiten crear experiencias que favorecen la reconexión con el presente, la atención plena y la recuperación emocional. Esta dimensión sensorial no es solo estética, sino terapéutica y simbólica: invita a la transformación interna.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Principios y características de diseño

El CAPS-M se plantea como un equipamiento accesible, visible y conectado con el contexto. Su objetivo es integrarse al tejido social para fomentar el cuidado colectivo y reducir el estigma asociado a la salud mental.

La arquitectura se concibe como un sistema vivo, capaz de transformarse según las necesidades terapéuticas, sociales o comunitarias. Se buscan espacios que admitan el cambio y la resignificación, para esto, se proponen secuencias arquitectónicas que narran y acompañan el tránsito emocional del usuario y se prioriza una atmósfera que brinde refugio sin encierro.

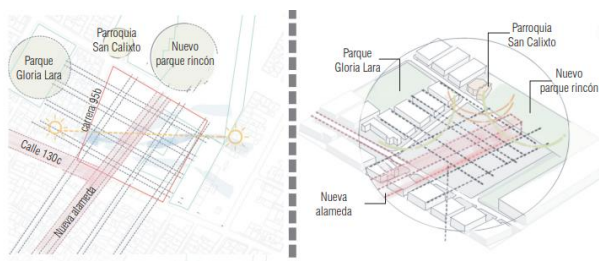
Características aplicadas:

- Espacios exteriores abiertos a la comunidad como huertas, plazoletas y talleres.
- Diseño participativo y transparente, que invita a habitar sin miedo.
- Integración de galerías cubiertas, patios interiores y pasajes semiabiertos.
- Texturas blandas, agradables al tacto, y atmósferas relajantes.
- Elementos como agua, vegetación y viento para generar estímulos sensoriales positivos.

Memoria compositiva

El proceso de desarrollo formal del Centro de Atención Prioritaria de Salud Mental parte de una lectura sensible del entorno físico, social y climático del sector. En primer lugar, se traza una **retícula base** sobre el contexto urbano, la cual permite organizar el proyecto de manera coherente con la trama del barrio y garantizar una implantación ordenada y adaptable al tejido existente.

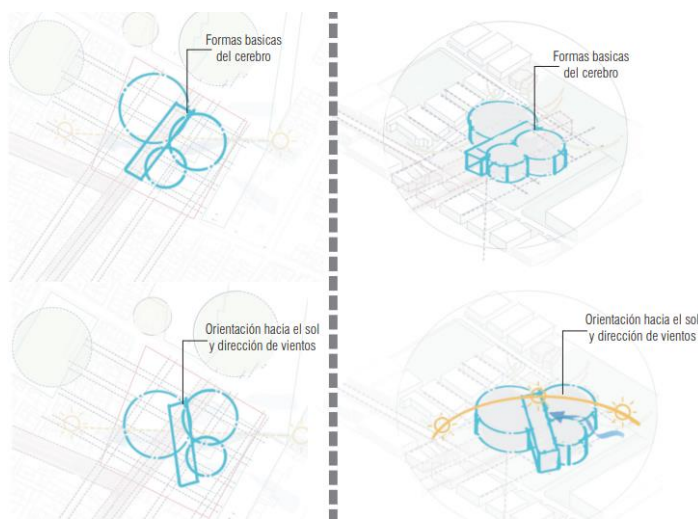
Figura 21
Retícula de diseño



Nota: La figura es un dibujo esquemático de los diagramas de diseño, en esta se representa la retícula demarcada por los vecinos en el lote. Elaboración propia.

Sobre esta retícula, se integran **formas básicas inspiradas en el sistema límbico del cerebro**, como curvas, círculos y barras. Posteriormente, se realiza un **ajuste de orientación** en relación con el **sol y los vientos predominantes**, optimizando la entrada de luz natural, la ventilación cruzada y el confort térmico. Este giro estratégico de los volúmenes responde no solo a criterios bioclimáticos, sino también al deseo de favorecer atmósferas serenas y saludables al interior de cada espacio.

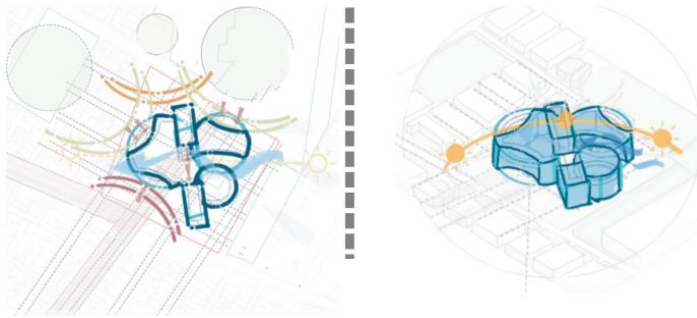
Figura 22
Formas básicas de diseño



Nota: La figura es un dibujo esquemático de los diagramas de diseño, en esta se representa las formas básicas para el desarrollo del diseño arquitectónico. Elaboración propia.

Finalmente, se incorporan **las tensiones del contexto inmediato**, como ejes de circulación peatonal, barreras físicas o visuales, y puntos de encuentro comunitario. Estas tensiones modelan la forma final del proyecto, generando aberturas, vacíos y direccionalidades que conectan el edificio con su entorno. El resultado es una forma arquitectónica básica que surge del equilibrio entre el orden urbano, la inspiración biológica, el clima y la interacción comunitaria.

Figura 23
Tensiones del contexto



Nota: La figura es un dibujo esquemático de los diagramas de diseño, en esta se representa las formas básicas para el desarrollo del diseño arquitectónico. Elaboración propia.

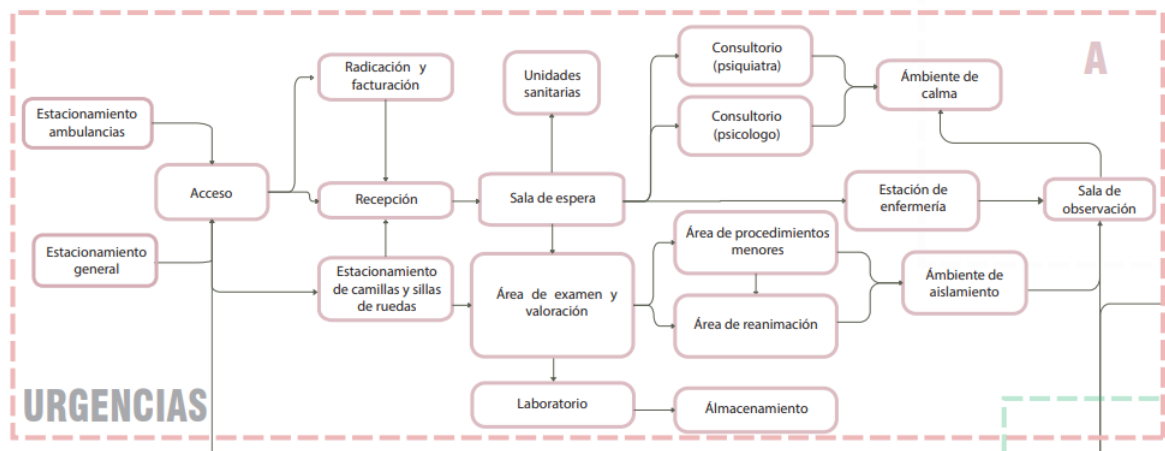
Programa arquitectónico

El diseño del Centro de Atención Prioritaria de Salud Mental (CAPS-M) se estructura a partir de diversas unidades arquitectónicas que responden a las necesidades específicas de la población joven entre los 18 y 28 años. Estas unidades no solo atienden distintos niveles de afectación en salud mental, sino que también promueven la prevención, el acompañamiento terapéutico y la inclusión social. A continuación, se describen las principales unidades arquitectónicas que componen el proyecto.

A. Urgencias

La unidad de urgencias está concebida como un espacio de contención inmediata, preparado para recibir a usuarios en crisis emocional o psicológica. Su ubicación estratégica garantiza un acceso rápido y discreto, evitando exposiciones innecesarias. Incluye una sala de evaluación rápida, áreas de estabilización, observación temporal y un consultorio médico. La arquitectura favorece la calma, con iluminación tenue, materiales blandos y recorridos controlados que disminuyen la ansiedad del paciente. Funciona como el primer umbral de acogida terapéutica del centro.

Figura 24
Organigrama espacial Urgencias

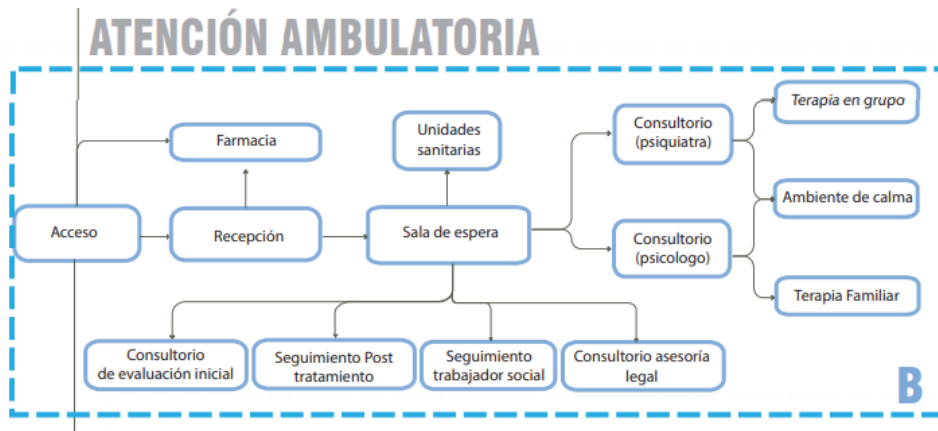


Nota: La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

B. Atención ambulatoria

Esta unidad ofrece atención en modalidad externa para usuarios que requieren seguimiento constante sin necesidad de internamiento. Está conformada por consultorios psicológicos, médicos y de trabajo social, además de salas para terapia grupal e individual. Los espacios se diseñan con privacidad, pero sin aislamiento, con visuales controladas hacia patios interiores o jardines terapéuticos. El objetivo es generar un entorno que apoye el vínculo terapéutico, manteniendo un ambiente amable, accesible y humano.

Figura 25
Organigrama espacial Unidad Ambulatoria

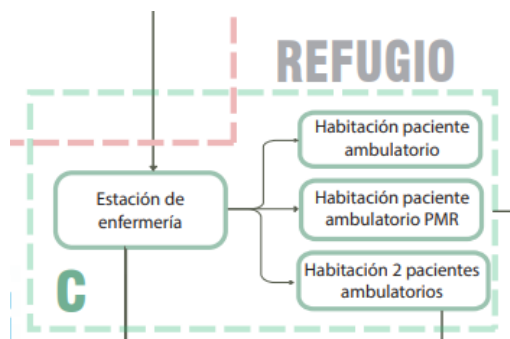


Nota: La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

C. Refugio

El refugio se configura como una unidad de descanso psicoemocional para usuarios que, sin requerir hospitalización, necesitan permanecer temporalmente en un entorno protegido. Está compuesta por dormitorios individuales o dobles, espacios comunes de encuentro, comedor, zona de lectura y jardines de contemplación. Esta unidad simboliza la necesidad de pausa, reparación y cuidado.

Figura 26
Organigrama espacial Refugio



Nota. La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

D. Prevención

El área de prevención se orienta a la promoción activa de la salud mental desde un enfoque comunitario y educativo. Aquí se desarrollan talleres, charlas, actividades artísticas, recreativas y programas de formación. Este sector establece un puente con la comunidad, fomentando el empoderamiento colectivo, el autocuidado y la desestigmatización de los temas relacionados con la salud mental.

Figura 27
Organigrama espacial Prevención



Nota. La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

E. Administración

La unidad administrativa articula los procesos operativos y logísticos del centro. Incluye oficinas, salas de reunión, archivo y áreas de descanso para el personal. A pesar de su carácter técnico, esta área se integra al diseño general mediante visuales hacia el paisaje y un lenguaje arquitectónico coherente con el resto del proyecto. Se garantiza la eficiencia sin perder de vista el bienestar del equipo profesional que acompaña los procesos terapéuticos.

Figura 28
Organigrama espacial Administración

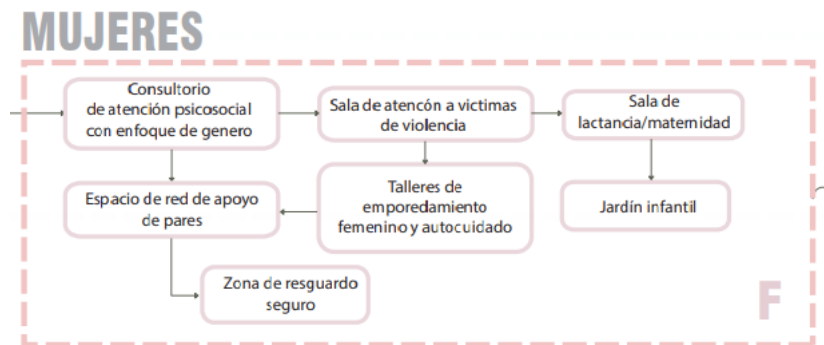


Nota. La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

F. Mujeres

Esta unidad está especializada en la atención de mujeres jóvenes, con un enfoque sensible al género y a las violencias estructurales que enfrentan. Incluye espacios para asesoría psicológica, contención emocional, trabajo grupal y zonas de cuidado infantil si es requerido. Su diseño garantiza la seguridad física y emocional, con recorridos controlados, patios protegidos y ambientes que evocan calidez y protección. El objetivo es crear un entorno restaurador, íntimo y empático.

Figura 29
Organigrama espacial U. Mujeres

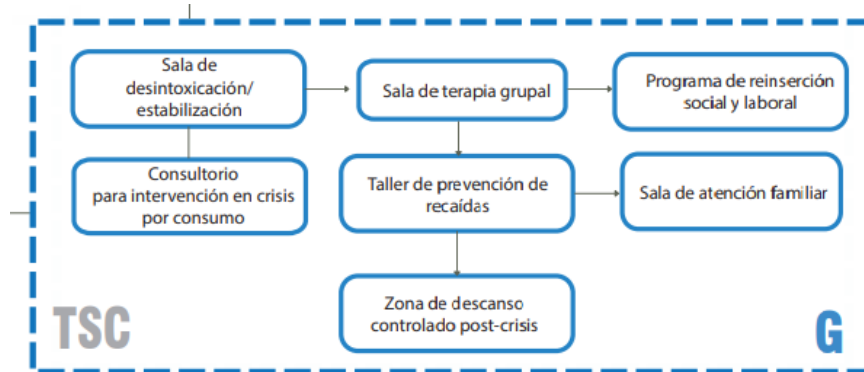


Nota. La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

G. Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas (TSP)

Dedicada al tratamiento integral de jóvenes con trastornos relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas, esta unidad ofrece consultorios especializados, espacios para terapias ocupacionales y grupales, zonas de desintoxicación supervisada y talleres de reintegración social. Se promueve un ambiente no punitivo, basado en el respeto, el acompañamiento y la recuperación.

Figura 30
Organigrama espacial U. TSP

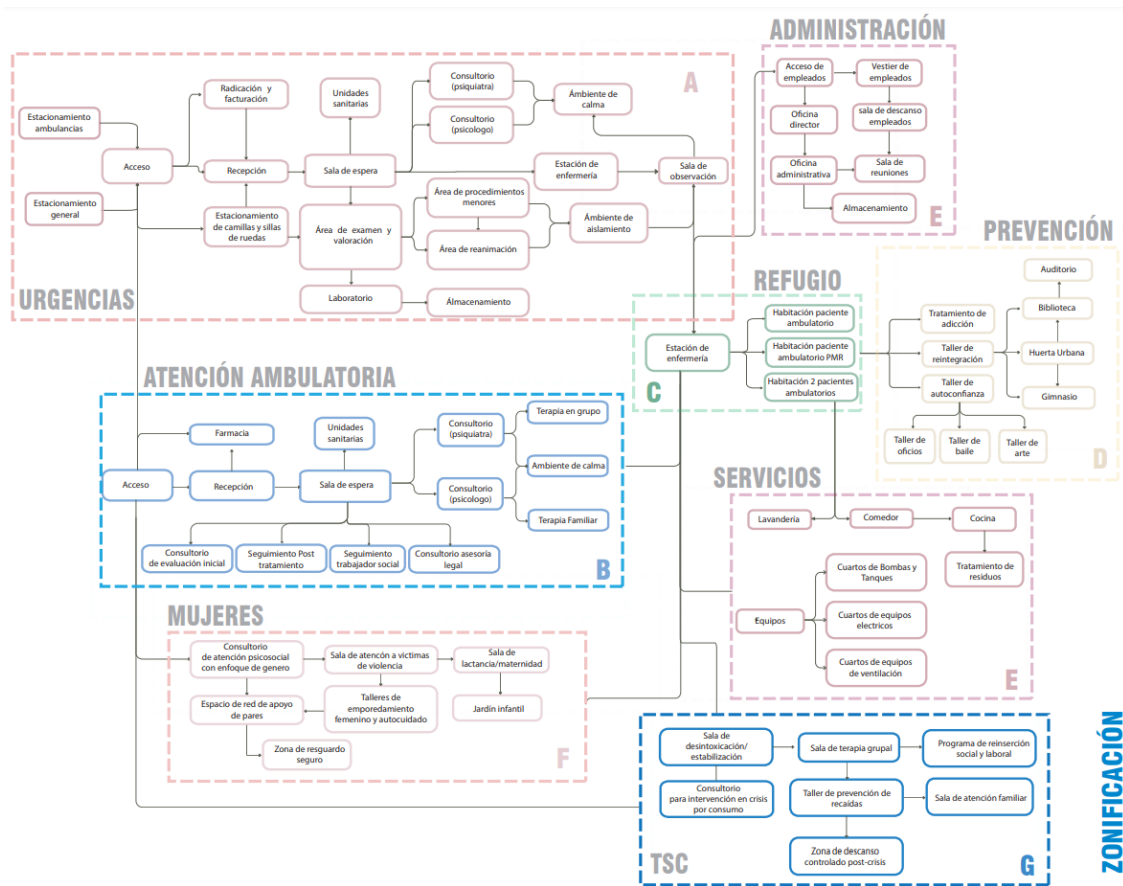


Nota. La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene la respectiva unidad. Elaboración propia.

Zonificación

La zonificación del Centro de Atención Prioritaria de Salud Mental (CAPS-M) responde a una lógica funcional, sensible y especializada, que busca ofrecer espacios adecuados para distintas problemáticas que afectan a los jóvenes entre los 18 y 28 años. A partir de un sistema modular y replicable, se plantean tres tipologías de centro, cada una con una combinación específica de unidades arquitectónicas según el tipo de atención requerida.

Figura 31
Organigrama espacial general



Nota. La figura representa un organigrama espacial, en donde se describen los espacios que tiene el CAPS-M.

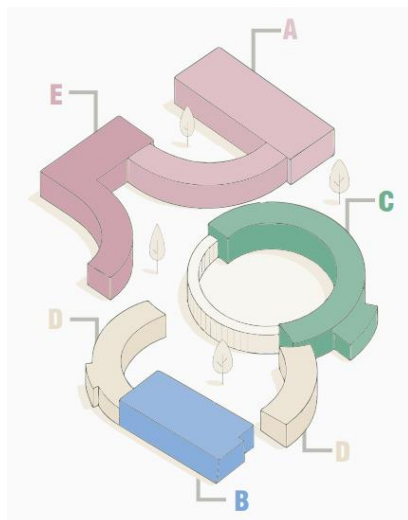
Elaboración propia.

CAPS-M 01 – Jóvenes con trastornos del estado de ánimo

Este centro se enfoca en atender a jóvenes que presentan trastornos afectivos como depresión, ansiedad o episodios mixtos. Para ello, se organiza a partir de las siguientes unidades:

A. Urgencias, B. Atención ambulatoria, C. Refugio, D. Prevención y E. Administración. Esta combinación permite una atención integral desde la crisis hasta el acompañamiento terapéutico, el descanso emocional y la integración social.

Figura 32
Zonificación CAPS-M 01



Nota. La figura es un dibujo esquemático en donde se representa la disposición de las distintas áreas del edificio.

Elaboración propia.

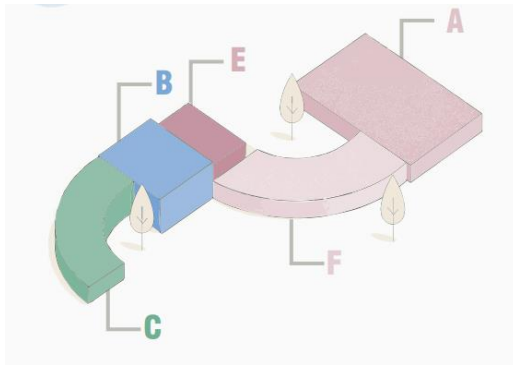
CAPS-M 02 – Mujeres

Dirigido a mujeres jóvenes que requieren un enfoque diferencial y sensible frente a situaciones como violencia de género, abuso o vulnerabilidad emocional. Este CAPS incluye las unidades:

A. Urgencias, B. Atención ambulatoria, C. Refugio, E. Administración y F. Mujeres.

La incorporación de una unidad específica para mujeres permite la creación de espacios seguros, de cuidado y empoderamiento.

Figura 33
Zonificación CAPS-M 02



Nota: La figura es un dibujo esquemático en donde se representa la disposición de las distintas áreas del edificio.

Elaboración propia.

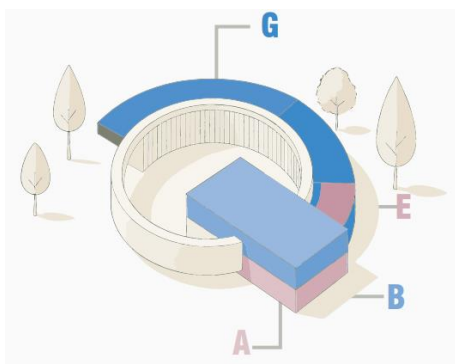
CAPS-M 03 – Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (TSP)

Este centro aborda el tratamiento y acompañamiento de jóvenes con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Se compone de las unidades:

A. Urgencias, B. Atención ambulatoria, E. Administración y G. TSP.

La inclusión de una unidad especializada permite trabajar desde un enfoque clínico, ocupacional y comunitario.

Figura 34
Zonificación CAPS-M 03



Nota: La figura es un dibujo esquemático en donde se representa la disposición de las distintas áreas del edificio.

Elaboración propia.

DISEÑO CAPS-M 01 PARA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

El proyecto arquitectónico del **Centro de Atención Prioritaria de Salud Mental (CAPS-M)** se sitúa en el barrio El Rincón, dentro de la localidad de Suba. El diseño se articula como un nodo de integración urbana y social, insertándose con sensibilidad en la trama existente y generando espacios de encuentro, contención y cuidado para la comunidad, mediante una propuesta de tejido comunitario que refuerza la seguridad barrial, la accesibilidad peatonal y la cohesión social.

El equipamiento se desarrolla en **dos niveles** claramente definidos, cuya organización espacial responde tanto a la funcionalidad del programa como a principios de confort, accesibilidad y contención emocional.

Nivel 1

En el primer nivel se localizan las áreas de urgencias, atención ambulatoria, prevención, acceso administrativo, comedor comunitario y una huerta terapéutica. Esta planta ha sido concebida con un alto grado de permeabilidad, permitiendo múltiples accesos desde diferentes puntos del entorno inmediato. Esta decisión fomenta la apertura del equipamiento hacia el barrio, promoviendo la participación ciudadana y el reconocimiento del CAPS-M como un lugar seguro, abierto y acogedor.

Figura 35
Planta arquitectónica nivel 1



Nota. La figura es una planta arquitectónica en donde se representa la disposición de las distintas áreas del edificio.

Elaboración propia.

Los recorridos en este nivel están pensados para permitir transiciones suaves entre lo público y lo privado, facilitando la interacción sin perder el control sobre la privacidad requerida en ciertas áreas. La huerta y los espacios abiertos funcionan como zonas de terapia ocupacional, recuperación simbólica del entorno y conexión con la naturaleza.

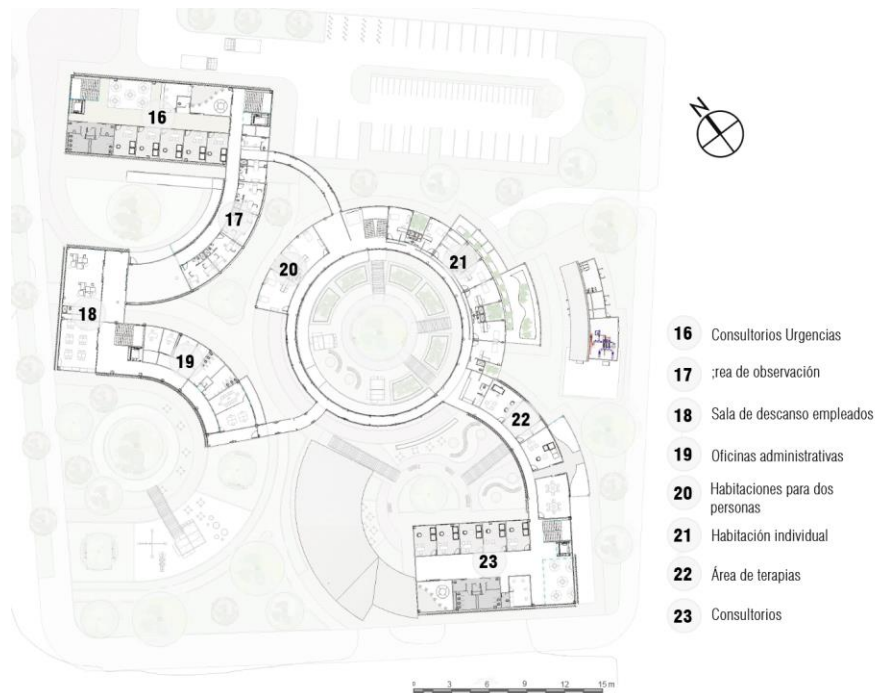
Nivel 2

El segundo nivel alberga los espacios de mayor privacidad y especialización. En el área de urgencias se ubican las salas de observación, equipadas para la contención de crisis. En la unidad de atención ambulatoria se encuentran consultorios diseñados para sesiones individuales y grupales, con iluminación natural controlada y acondicionamiento acústico.

En la zona administrativa se sitúan las oficinas de coordinación, salas de reunión y áreas de descanso para el personal, distribuidas para permitir una gestión eficiente del centro sin interrumpir el funcionamiento clínico.

El refugio temporal se ubica en un sector apartado pero conectado, y está compuesto por habitaciones individuales adaptadas para personas con movilidad reducida y habitaciones compartidas, todas orientadas hacia zonas verdes o patios internos para garantizar tranquilidad y contemplación.

Figura 36
Planta arquitectónica nivel 2



Nota. La figura es una planta arquitectónica en donde se representa la disposición de las distintas áreas del edificio.

Elaboración propia.

Una red de circulaciones suaves y fluidas conecta todas las áreas, generando una secuencia espacial que estimula el desplazamiento pausado, la introspección y el encuentro. Estas circulaciones están pensadas no solo como elementos funcionales, sino también como parte del proceso terapéutico y sensorial del usuario.

Cubiertas

Por último, Todas las cubiertas del proyecto se resuelven con formas curvas y pendientes suaves, que acompañan la morfología fluida del proyecto inspirada en el sistema límbico del cerebro. Estas formas no solo permiten una eficiente evacuación de aguas lluvias, sino que también aportan a la identidad visual del edificio, reforzando su carácter protector, envolvente y simbólicamente sanador.

Figura 37

Isométrico de cubiertas



Nota. La figura es un isométrico en donde se resaltan las cubiertas del edificio. Elaboración propia.

BIOCLIMÁTICA

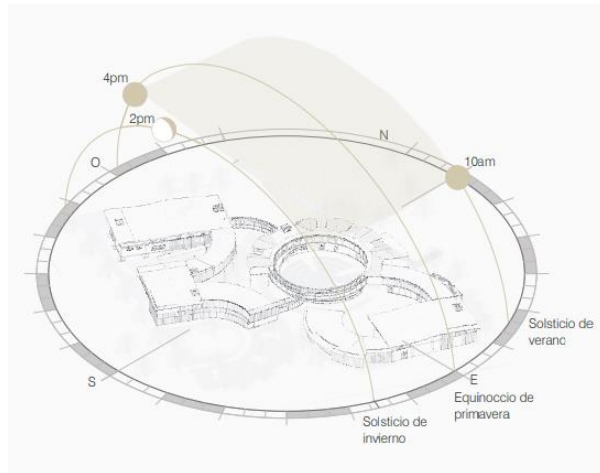
El diseño del CAPS-M incorpora estrategias bioclimáticas pasivas y activas que responden a las condiciones climáticas específicas del barrio El Rincón, en Bogotá. Estas estrategias no solo buscan garantizar el confort térmico, lumínico y acústico de los usuarios, sino también reducir la huella energética del edificio y fomentar un entorno saludable y sostenible.

Orientación y asoleación

El proyecto se orienta aprovechando la trayectoria solar, con una rotación inicial de las formas arquitectónicas hacia el oriente y el occidente, lo que permite una adecuada entrada de luz natural controlada en las mañanas y una protección contra la radiación directa en las horas de la tarde. Esta

orientación también favorece la ventilación cruzada y la iluminación difusa en áreas de uso sensible como consultorios, salas de observación y espacios de descanso.

Figura 38
Asoleación



Nota. La figura es un isométrico en donde se resalta la asoleación del edificio. Elaboración propia.

Ventilación natural y control térmico

El edificio está diseñado con aberturas opuestas y filtros vegetales que facilitan la ventilación cruzada natural, lo que permite renovar el aire sin necesidad de sistemas mecánicos complejos. En las fachadas expuestas se implantan elementos de protección solar, que actúan como elementos de control térmico y lumínico.

En las áreas de refugio y observación, las ventanas de apertura controlada garantizan la circulación de aire sin comprometer la seguridad ni la privacidad de los usuarios. Además, se han diseñado aletas y aleros para proteger las fachadas del ingreso directo del sol y de las lluvias intensas.

Cubiertas verdes y recolección de aguas

Las cubiertas curvas incorporan en algunos sectores jardines vegetales y cubiertas verdes extensivas, que contribuyen a la regulación térmica, la absorción de agua lluvia y la creación de

microclimas agradables en el entorno inmediato. Estas cubiertas también funcionan como aislantes térmicos naturales, especialmente en áreas de mayor permanencia.

El sistema de cubiertas se complementa con canaletas integradas para la recolección de aguas lluvias, dirigidas hacia un sistema de tratamiento básico para su reutilización en riego de jardines y huerta.

Vegetación y Paisajismo

El diseño del entorno paisajístico del CAPS-M se fundamenta en el uso de vegetación con propiedades sensoriales, terapéuticas y ambientales, con el fin de complementar los procesos de salud mental mediante el contacto directo con la naturaleza.

Especies de plantas implementadas

Se ha seleccionado una paleta vegetal diversa que combina especies nativas y adaptadas al clima de Bogotá, con el objetivo de ofrecer estímulos sensoriales variados a través de aromas, texturas, formas y colores. Entre las plantas menores se incluyen (ver tabla 1):

- Lavanda y jazmín, por su efecto relajante y su aroma suave, favoreciendo la calma y la estabilización emocional.
- Menta y caléndula, con fines tanto terapéuticos como funcionales, estimulando los sentidos y promoviendo el cuidado y la atención plena.
- Perenne, por su resistencia y capacidad de acompañar visualmente las estaciones sin perder su presencia estética.
- Bijao, bore morado y filodendro limón, por su valor ornamental, su textura llamativa y su capacidad de crear microclimas frescos y confortables.

Estas especies se distribuyen en jardines sensoriales, senderos contemplativos y patios interiores, conectando a los usuarios con la naturaleza desde diferentes puntos del proyecto.

Tabla 1
Especies de plantas implementadas.

Nombre común	Nombre científico	Altura aprox. (m)	Características destacadas	Aporte al clima urbano	Aporte a la salud mental
Lavanda	Lavandula angustifolia	0.4–0.8	Aroma intenso, floración morada, resistente a suelos secos.	Aporta frescura y atrae polinizadores.	Relajación, reducción del estrés, sensación de calma.
Jazmín	Jasminum officinale	0.5–2.5	Flor blanca muy fragante, puede trepar o usarse en setos.	Purifica el aire y mejora la calidad del entorno inmediato	Aroma floral que estimula emociones positivas y bienestar sensorial.
Menta	Mentha spicata	0.2–0.5	Aroma fresco, crecimiento rápido, fácil mantenimiento.	Aporta humedad, repele insectos, mejora el microclima	Estímulo olfativo, frescura, mejora la concentración y la atención
Caléndula	Calendula officinalis	0.3–0.6	Floración vibrante en tonos anaranjados y amarillos.	Atractiva para insectos polinizadores, aporta color	Estímulo visual positivo, alegría y dinamismo en el espacio
Perenne (varias)	perennis	Variable	Hojas persistentes todo el año, aporta cobertura vegetal constante.	Estabilidad ecológica y visual durante el año	Estímulo visual positivo, alegría y dinamismo en el espacio.
Bijao	Calathea lutea	1.5–3	Hoja ancha, textura tropical, genera sombra baja.	Aporta humedad ambiental, refresca zonas soleadas	Favorece espacios de refugio visual y conexión con entornos naturales exóticos.
Bore morado	Tradescantia spathacea	0.6–1.2	Follaje morado intenso, contraste visual fuerte.	Control de erosión, aporta humedad	Aporta diversidad cromática, estimula la atención visual y rompe la monotonía.
Filodendro limón	Philodendron hederaceum	0.8–1.5	Hojas grandes de color verde claro o limón, resistente y decorativa.	Purificación del aire, sombra baja	Estética tropical que mejora el confort sensorial y la percepción positiva del entorno.

Nota. La tabla describe las especies de plantas propuestas para el proyecto CAPS-M.

Arbolado urbano

El arbolado complementa la vegetación baja con especies apropiadas para el clima de Bogotá, seleccionadas por su capacidad de adaptación, valor estético y beneficios ecosistémicos (ver tabla 2). Estas especies cumplen funciones clave en zonas de espera, transición y descanso, proporcionando sombra, regulando el microclima, mejorando la calidad del aire y generando ambientes restaurativos que benefician la salud mental.

Se incluyen especies como:

- **Liquidámbar** (*Liquidambar styraciflua*), por su coloración cambiante en las estaciones, que aporta valor estético y una conexión simbólica con el paso del tiempo, lo cual favorece procesos de contemplación y regulación emocional.
- **Arrayán** (*Myrcianthes leucoxylla*) y **alcaparro** (*Senna multiglandulosa*), especies nativas y resistentes, que aportan biodiversidad, sombra y estabilidad al ecosistema urbano.
- **Chocho** (*Lupinus mutabilis*), que mejora las condiciones del suelo y ofrece floración colorida, apoyando el bienestar visual y la polinización.
- **Carbonero rojo** (*Erythrina poeppigiana*), de gran valor paisajístico por sus flores intensas, genera sombra amplia y contribuye a la biodiversidad urbana.
- **Hojarasco** (*Clusia multiflora*), nativo del bosque altoandino, con follaje denso y persistente, útil para generar ambientes de refugio y protección acústica.
- **Raque** (*Vallea stipularis*), que aporta con su floración rosada al atractivo estético y atrae fauna polinizadora.

Estas especies fortalecen la dimensión simbólica, sensorial y ambiental del espacio público, ayudando a reducir el estrés y promoviendo la salud mental a través del contacto cotidiano con la naturaleza.

Tabla 2
Especies de arbolado urbano implementado

Nombre común	Nombre científico	Altura aprox. (m)	Tipo de hoja	Características destacadas	Aporte al clima urbano	Aporte a la salud mental
Arrayán	Myrcianthes leucoxylla	6–12	Perenne	Nativo, follaje denso, aroma suave, frutos para fauna	Regula temperatura y humedad; mejora calidad del aire	Aroma y sombra favorecen la relajación y el sentido de pertenencia.
Chocho	Lupinus mutabilis	1.5–3	Caduca	Herbáceo, floración vistosa, fijador de nitrógeno	Mejora suelos degradados, atrae insectos benéficos	Flores coloridas estimulan visualmente y favorecen estados de ánimo positivos.
Carbonero rojo	Erythrina poeppigian	8–15	Caduca	Tronco ramificado, floración roja intensa, sombra amplia	Refresca zonas expuestas, apoya biodiversidad urbana	Flores llamativas generan placer visual y estimulan el sentido estético.
Liquidámbar	Liquidambar styraciflua	15–20	Caduca	Follaje estacional, hojas en forma de estrella, corteza rugosa	Regula temperatura, ofrece sombra estacional	Cambios de color generan conexión emocional con el ciclo natural.
Hojarasco	Clusia multiflora	5–10	Perenne	Hoja gruesa y brillante, denso, ideal para setos	Amortiguación sonora, regulación térmica	Creación de sensación de protección y recogimiento en zonas de descanso.
Raque	Vallea stipularis	5–8	Caduca	Floración rosada abundante, hoja compuesta, nativo del bosque altoandino	Aporta humedad al suelo, sombra parcial	Floración vibrante estimula emociones positivas y sensación de conexión con el entorno.

Nota. La tabla describe las especies de arbolado urbano propuestas para el proyecto CAPS-M.

Huerta terapéutica

Una huerta urbana forma parte esencial del proyecto, ubicada en el primer nivel como espacio activo para la participación comunitaria y terapéutica. Esta huerta permite realizar actividades de horticultura como parte del tratamiento psicológico, reforzando habilidades como la paciencia, la responsabilidad y la autorregulación emocional. Además, la huerta se convierte en un recurso educativo, productivo y de encuentro, facilitando la integración social y ofreciendo un espacio simbólico de reconstrucción y cuidado.

Las especies seleccionadas son de ciclo corto y fácil mantenimiento (ver tabla 3), adaptables a camas elevadas o contenedores. Entre ellas se incluyen el cebollín, el cilantro, la coliflor, la espinaca, la fresa y el cidrón. Estas plantas aportan valor nutricional, atractivo visual, diversidad de texturas y aromas, y permiten desarrollar actividades colectivas con enfoque terapéutico y educativo.

Tabla 3
especies de hierbas, vegetales y frutos, para la huerta urbana.

Nombre común	Nombre Científico	Altura aprox. (m)	Características destacadas	Aporte al entorno	Aporte a la salud mental
Cebollín	<i>Allium schoenoprasum</i>	0.2–0.4	Tallos delgados, aroma suave, fácil de cultivar.	Tallos delgados, aroma suave, fácil de cultivar	Estímulo olfativo, favorece la motricidad fina y la atención
Cilantro	<i>Coriandrum sativum</i>	0.3–0.5	Aroma intenso, hojas comestibles, flores pequeñas.	Atrae insectos benéficos, regula el microclima	Activa el olfato, estimula la memoria emocional asociada a la cocina familiar.
Coliflor	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>botrytis</i>	0.3–0.6	Formación compacta, crecimiento lento, requiere cuidado y observación.	Mejora la estructura del suelo.	Fomenta la paciencia y la responsabilidad en el proceso de cultivo.
Espinaca	<i>Spinacia oleracea</i>	0.2–0.4	Hojas comestibles, crecimiento rápido, sensible a exceso de sol.	Aporta frescura, mejora la biodiversidad del cantero.	Incentiva hábitos alimentarios saludables, vincula el cuidado con el consumo.
Fresa	<i>Fragaria × ananassa</i>	0.1–0.3	Hojas comestibles, crecimiento rápido, sensible a exceso de sol.	Atrae polinizadores, favorece el microhábitat.	Estimula los sentidos, genera satisfacción visual y emocional en la cosecha.
Cidrón	<i>Aloysia citrodora</i>	0.5–1.0	Aroma cítrico suave, hojas usadas en infusiones relajantes.	Mejora la calidad del aire, repele insectos.	Induce calma, favorece la relajación y el bienestar sensorial en contacto.

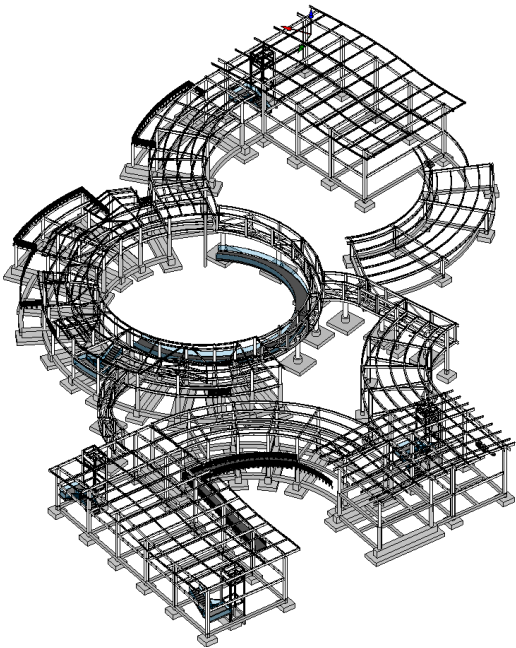
Nota. La tabla describe las especies de hierbas, vegetales y frutos, propuestos para el proyecto CAPS-M.

Sistema estructural

El proyecto arquitectónico del CAPS-M se apoya en una estructura metálica liviana en acero, complementada con una cimentación en concreto reforzado (ver figura 39), adecuada a las condiciones del suelo de Bogotá. Esta elección responde tanto a criterios de eficiencia constructiva, que contempla los lineamientos de la normativa colombiana vigente, particularmente, NSR-10 (Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente) Título D (Diseño estructural en acero) y el Título C (Diseño estructural

en concreto reforzado) son los principales referentes técnicos para garantizar la seguridad, resistencia sísmica y durabilidad de la estructura. Además, se tiene en cuenta las normas complementarias sobre accesibilidad (NTC 6047), y las condiciones técnicas mínimas para edificaciones de salud según el Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 39
Sistema estructural



Nota. La figura es un isométrico en donde se ve el sistema estructural del edificio. Elaboración propia.

La estructura principal está compuesta por:

- Pórticos metálicos en perfiles estructurales de acero laminado tipo IPR y tubos estructurales (PTR), que permiten luces amplias, formas fluidas y cubiertas curvas sin generar elementos intermedios que fragmenten los espacios.
- Vigas secundarias y cerchas metálicas para soportar las cubiertas con pendientes suaves, que canalizan el agua y permiten la integración de lucernarios y ventilación natural.

- El uso de entrepisos en losas colaborantes permite una ejecución eficiente del segundo nivel, integrando concreto y acero de forma complementaria.
- **Zapatas aisladas** y conectadas por vigas de amarre, adecuadas para las cargas distribuidas del sistema metálico.

CONCLUSIONES

El diseño del Centro de Atención Prioritaria en Salud Mental (CAPS-M) representa una propuesta arquitectónica con un fuerte compromiso social, orientada a responder de forma sensible y funcional a las problemáticas de salud mental en contextos urbanos. Este proyecto surge como una necesidad prioritaria frente a la creciente afectación del bienestar emocional y psicológico en jóvenes entre los 18 y 28 años, particularmente en territorios como la UPL Rincón de Suba, donde confluyen factores de riesgo sociales, económicos y espaciales.

Si bien el proyecto ha sido pensado con un enfoque específico hacia esta población joven, su estructura programática y espacial es lo suficientemente versátil para ser adaptada a diferentes grupos etarios y a diversas formas de afectación mental. Esto permite que el modelo sea escalable, replicable y ajustable según los requerimientos particulares de cada comunidad, sin perder su esencia como equipamiento de atención, contención y acompañamiento psicosocial.

Desde la arquitectura, este proyecto constituye un aporte significativo al entendimiento y diseño de infraestructuras orientadas a la salud pública, integrando variables como la seguridad, la prevención, la funcionalidad y la habitabilidad. La propuesta no solo responde a las necesidades técnicas de un equipamiento en salud mental, sino que también incorpora estrategias de diseño urbano, sostenibilidad ambiental y fortalecimiento del tejido comunitario, permitiendo una articulación coherente entre lo físico, lo social y lo institucional.

Lista de Referencia Bibliográfica

Agudelo-Hernández, F., García Cano, J. F., Salazar Vieira, L. M., Vergara Palacios, W., Padilla, M., &

Moreno Mayorga, B. (2023). Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e138.

Arriaga, K., & Pozas Rivera, J. (2024). Impacto psicológico y sociocultural de la violencia de género en México. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología Y Sociedad*, 13(26), 81-109.

<https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.843>

Arias, A. (2024). Dimensiones de la vida cotidiana potenciadas por las experiencias estéticas y culturales de personas con padecimientos subjetivos. *Salud Mental Y Comunidad*, (17), 48–70.

<https://doi.org/10.18294/smyc.2024.5581>

Barrera-Herrera, A., Baeza-Rivera, M. J., Escandón-Nagel, N., Constanzo, J., Moya, E., & Escobar, B.

(2022). Crisis social chilena y salud mental: Una mirada desde el ciclo vital. *Revista de Psicología (PUCP)*, 40(1), 241-263.

Ballesteros, J. C., & López, A. L. (2007). El urbanismo saludable. *Revista de Salud Ambiental*, 7(2), 215-220.

Benitez & Flores (2019). Centro ambulatorio de salud mental San Lázaro / Jorge Andrade Benítez +

Daniel Moreno Flores. ArchDaily Colombia. [https://www.archdaily.co/co/912414/centro-](https://www.archdaily.co/co/912414/centro-ambulatorio-de-salud-mental-san-lazaro-jorge-andrade-benitez-plus-daniel-moreno-flores)

[ambulatorio-de-salud-mental-san-lazaro-jorge-andrade-benitez-plus-daniel-moreno-flores](https://www.archdaily.co/co/912414/centro-ambulatorio-de-salud-mental-san-lazaro-jorge-andrade-benitez-plus-daniel-moreno-flores)> ISSN 0719-8914

Cohen, H., & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud*

mental en Río Negro (1.ª ed.). Mónica Erlich. [https://lugareditorial.com.ar/wp-](https://lugareditorial.com.ar/wp-content/uploads/2021/12/978-950-892-425-4.pdf)

[content/uploads/2021/12/978-950-892-425-4.pdf](https://lugareditorial.com.ar/wp-content/uploads/2021/12/978-950-892-425-4.pdf)

Cerda-Molina, A. L., Borráz-León, J. I., Mayagoitia-Navales, L., & Río, A. T. G. D. (2018). Reactividad del cortisol y salud mental en adultos expuestos a violencia temprana: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e171.

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167.

Cordeiro, B. (2019). CAPS III boa esperança: proposta para um centro de atenção psicossocial.

<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/15808>

Datos abiertos Bogotá. (s. f.). <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/tasa-de-suicidio-en-bogota-d-c/resource/0f7afde4-7597-41c2-9922-b2b8b5c2e1f8>

Desviat, M. (2021). La salud mental colectiva en tiempos inciertos. Barreras y reto. *Documentación social*, 8.

Encina, D., Figueroa, M. T., Fleitas, G., Flietas, J. Á., Gaona, J., Garbini, M., ... & Torales, J. (2023).

Asociación entre el consumo de sustancias y salud mental en adultos jóvenes paraguayos.

ScientiAmericana, 10(1), 18-22.

Esteban, M. M., Puerto, M. L., Fernández Cordero, X., Jiménez García, R., Gil de Miguel, A., & Hernández Barrera, V. (2012, August). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 35, No. 2, pp. 229-240). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud

Flores, D. Z. (2019). Trascendencia de la psicología ambiental en la salud mental individual y colectiva. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 9(1), 9-14.

Giles-Corti, B. (2016). City planning and population health: a global challenge. *The Lancet*, 388.

<https://viewpointvancouver.ca/wp-content/uploads/2016/12/lancet-city-planning.pdf>

- Gonzales, N. & Instituto Nacional de Salud. (2024, julio). Informe de evento, intento de suicidio. Instituto Nacional de Salud. Recuperado 10 de agosto de 2024, de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20PE%20VII%202024.pdf>
- Guzmán Muñoz, E., Concha Cisternas, Y., Lira Cea, C., Vásquez Yáñez, J., & Castillo Retamal, M. (2021). Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2).
- Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56.
- Halpern, D. (2013). *Mental health and the built environment* (2.^a ed.). Taylor & Francis.
- Mccay, L., Bremer, I., Endale, T., Jannati, M., & Yi, J. (2017). *Mental Health and Illness in the City* (1.^a ed., Vols. 1–25).
https://www.researchgate.net/publication/315864757_Urban_Design_and_Mental_Health
- Martínez-Soto, J., Montero, M., López-Lena, M., & de la Roca Chiapas, J. M. (2016). Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental. *Interamerican journal of psychology*, 50(2), 204-2014.
- Martínez-Soto, J., Lena, M. M. L., & Córdova, A. (2014). Restauración psicológica y naturaleza urbana: algunas implicaciones para la salud mental. *Salud mental*, 37(3), 217-224.
- Novas Paciencia, S. K. (2021). *Ciudades Conscientes: Análisis del impacto en la salud mental*.
- Ordóñez-Iriarte, J. M. (2020). Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 68-75
- Oldenburg, R. (1999). *The great good place* (7.^a ed.). Marlowe 8c Company. https://robotix.ah-oui.org/user_docs/2203/greatgoodplace-ch1-2.pdf

Otxotorena Arquitectos(2014).Centro de rehabilitación psicosocial. Recuperado el 16 de mayo de 2025,
de <https://otxotorenaarquitectos.com/centro-de-rehabilitacion-psicosocial/>

Prevención del suicidio. (2024, 9 septiembre). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Patel, V. (2003). *Where There Is No Psychiatrist* (2.^a ed.) [Royal College of Psychiatrists].

<https://www.cambridge.org/core/books/where-there-is-no-psychiatrist/47578A845CAFC7E23A181749A4190B54>

Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32(2), 129-140.

Rubio, N. M. Veamos qué es la Teoría de recuperación del estrés y cómo vincula urbanismo y salud mental.

Tizón, J. L., Dal Cin, A., & Mesones, J. D. (2006). Salud mental, ciudades y urbanismo: 2. Planificación regional y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2), 49-69.

Villalobos, S. D., Qiu, C. H., Cordero, L. G., & Sibaja, M. C. (2022). Impacto del sedentarismo en la salud mental. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(1), ág-81.

World Health Organization: WHO. (2022, 17 junio). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Bank Open Data. (s. f.). World Bank Open Data.

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?end=2019&start=2000&view=chart>