

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ARQUITECTURA, DISEÑO Y ARTES  
CARRERA ARQUITECTURA

DENUNCIA DEL PLAN DE DISERTACIÓN DEL TRABAJO DE  
INTEGRACIÓN CURRICULAR

**CENTRO PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS ADOLESCENTES**  
Volumen I

EMILIO ARAUJO PACHECO

DIRECTOR: MSC. CÉSAR EDUARDO PÉREZ GUZMÁN

QUITO – ECUADOR  
2023



## **DEDICATORIA**

A la memoria de Ricardo Luna Espinoza 2000-2018

Mi mejor amigo, aquel niño que soñaba ser adulto, dedico mi tesis en honor a nuestra amistad y a todos los momentos hermosos que vivimos juntos. Te extraño y te recordaré eternamente.

Por un futuro donde “diseñemos un planeta entre tú y yo”- Álvaro Bermeo

Descansa en paz, querido amigo.

## ÍNDICE

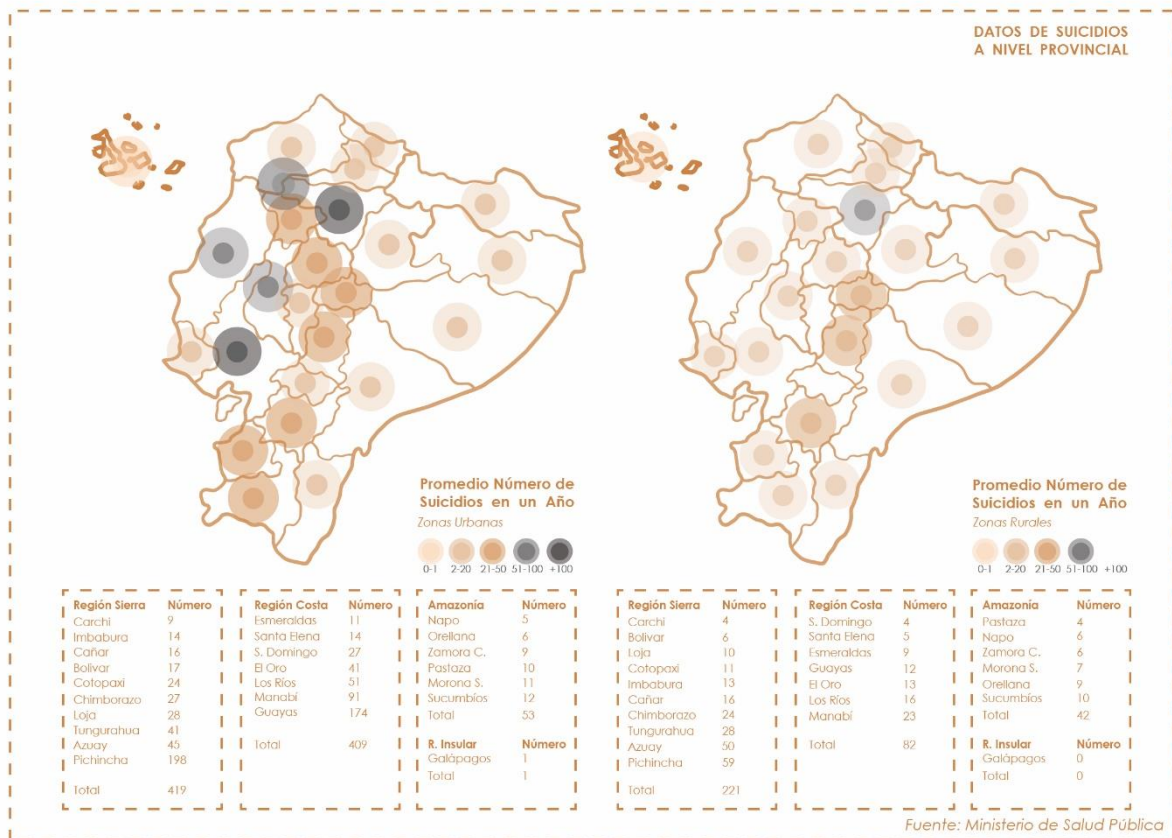
|   |    |
|---|----|
| LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....                                      | 1  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ANTECEDENTES .....                   | 1  |
| JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....                                 | 4  |
| OBJETIVOS .....   | 5  |
| METODOLOGÍA .....   | 6  |
| CAPÍTULO 1: LUGAR Y COMUNIDAD .....                               | 8  |
| CONCLUSIONES CAPÍTULO 1 .....                                     | 9  |
| CAPÍTULO 2: FACTORES PROTECTORES.....                             | 10 |
| CAPÍTULO 2.1: FACTOR PROTECTOR CONTEXTUAL .....                   | 10 |
| CAPÍTULO 2.2: FACTOR PROTECTOR SOCIAL.....                        | 12 |
| CAPÍTULO 2.3: FACTOR PROTECTOR DE SALUD .....                     | 12 |
| CONCLUSIONES CAPÍTULO 2 .....                                     | 14 |
| CAPÍTULO 3: TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO .....     | 15 |
| CAPÍTULO 3.1: TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL DE LINEHAN (DBT)..... | 15 |
| CAPÍTULO 3.2 APLICACIÓN DE LA TERAPIA (DBT) EN EL PROYECTO .....  | 17 |
| CONCLUSIONES CAPÍTULO 3 .....                                     | 22 |
| CAPÍTULO 4: ARQUITECTURA Y PSICOLOGÍA .....                       | 23 |
| CAPÍTULO 4.1: ESTRATEGIAS CONCEPTUALES .....                      | 23 |
| CAPÍTULO 4.1.1: VISTA DEL PROFESIONAL .....                       | 23 |
| CAPÍTULO 4.1.2: VISTA DEL PACIENTE .....                          | 25 |
| CAPÍTULO 4.2: ESTRATEGIAS ARQUITECTÓNICAS .....                   | 26 |
| CAPÍTULO 4.2.1: MOVIMIENTO DE TIERRA Y PLATAFORMAS .....          | 26 |
| CAPÍTULO 4.2.2: MUROS .....                                       | 27 |
| CAPÍTULO 4.2.3: PATIO .....                                       | 28 |
| CAPÍTULO 4.2.4: JARDÍN .....                                      | 28 |
| CAPÍTULO 4.3: ESTRATEGIAS PISCOLÓGICO ESPACIAL .....              | 30 |
| CAPÍTULO 4.3.1: MATERIALIDAD .....                                | 30 |
| CONCLUSIONES:.....  | 32 |
| BIBLIOGRAFÍA .....  | 34 |

## LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de integración curricular “Centro de bienestar para el adulto mayor en Nono” se enfoca en la línea investigación de “Hábitat, infraestructura y movilidad”. Este dominio aborda tecnologías de la información y la comunicación; diseño, infraestructura y sistemas sociales y ambientales para un hábitat sostenible. Esta línea corresponde directamente a mi proyecto ya que, es de carácter arquitectónico y responde al déficit de infraestructura con fines sociales.

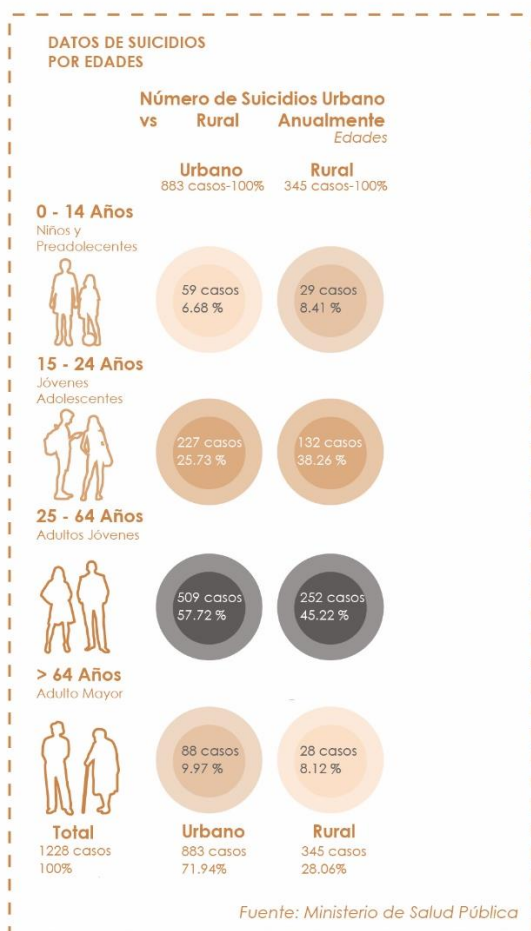
## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ANTECEDENTES

Según el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador, el suicidio representa una preocupación para la salud pública ya que anualmente se presentan más de mil casos de suicidios, y de estos casos aproximadamente la mitad le corresponde a jóvenes y adolescentes. Además, por cada suicido se estima alrededor de diez a veinte intentos fallidos que requieren de atención inmediata, estos números están en ascenso y año tras año se registra un aumento significativo de manifestaciones suicidas, es por esta razón que “el Ecuador se encuentra entre los diez países con mayor incidencia de muertes autoinfligidas en jóvenes a nivel mundial” (Ministerio de Salud Pública, 2021).



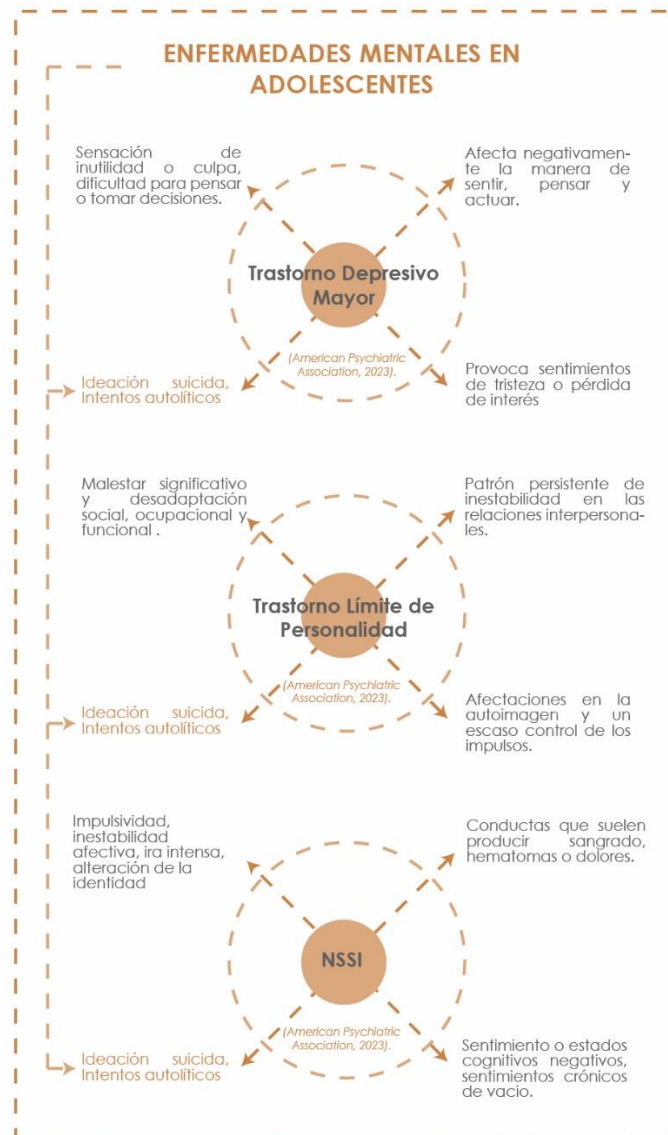
En aproximadamente catorce años se suscitaron más de catorce mil muertes a causa de suicidios, esto representa el 1,7% de las muertes que ocurren en el país, superando así las cifras de muerte por agresión interpersonal (INEC, 2023). En las provincias que corresponden a la Sierra y la Amazonía, las tasas de suicidios son las más altas, en especial en el área urbana ya que en promedio tienen cifras que doblan a la región de la costa y la insular, de hecho, los datos demuestran que, de mil suicidios anuales, doscientos cincuenta y siete le corresponden a las zonas urbanas y rurales de Pichincha, la evidencia confirma que Pichincha es un foco del problema y hay que prestarle atención urgente.

El espectro de condiciones que hacen que las personas se suiciden es muy variado, pero el Ministerio de Salud Pública atribuye las causas más recurrentes a problemas de salud como: **la depresión grave, los trastornos de personalidad (TLP), las autolesiones no suicidas (NSSI)** provocadas por el abuso sexual o de sustancias, la violencia, y por el bajo nivel de instrucción. Actualmente existen Leyes que forman parte del Sistema Nacional de Salud que ejecutan planes que identifican a estas personas en riesgo y brindan atención integral, estos planes tratan el problema, pero solo cuando las personas ya se encuentran en un estado crítico, lo cual hace que la situación empeore periódicamente.



En síntesis, el problema es el suicidio adolescente en la provincia de Pichincha-Ecuador y su relación con los trastornos y la sintomatología depresiva deficientemente tratados en el país. Los adolescentes y jóvenes adultos pueden enfrentar una variedad de desafíos y condiciones que pueden afectar su salud mental, si estos problemas no se abordan adecuadamente y los jóvenes no reciben el tratamiento que necesitan, pueden experimentar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos depresivos y otros problemas de salud mental. A su vez, estos problemas pueden aumentar el riesgo de suicidio entre los jóvenes. Por lo tanto, es esencial abordar y tratar los trastornos y la sintomatología depresiva en los jóvenes de manera adecuada para evitar tragedias y mejorar su salud y bienestar.

A continuación, se detalla terminología según The American Psychiatric Association:



## **JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El centro de prevención de suicidios “Luna” es una propuesta de espacio de recuperación escondido entre las montañas que rodean a la parroquia de Nono, donde los adolescentes con tendencias autolíticas provocadas por trastornos, depresión, y afecciones personales pueden refugiarse para recibir un tratamiento de calidad enfocado en la preservación de la vida y en la conexión tanto con la naturaleza como con la comunidad. La propuesta general es un lugar para encontrar un propósito y fortalecer la voluntad de existir.

El desarrollo de un centro para la prevención del suicidio adolescente en Ecuador es crucial debido a varias razones. En primer lugar, el suicidio es un problema importante de salud pública en todo el mundo y en Ecuador, como en otros países, es un problema en aumento. Los adolescentes y jóvenes adultos son particularmente vulnerables, y se han reportado altas tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados entre este grupo de población en Ecuador. Por lo tanto, es esencial desarrollar un centro de prevención que se centre en abordar las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes adultos y brindarles el apoyo que necesitan para reducir las tasas de suicidio.

En segundo lugar, el desarrollo de un centro para la prevención del suicidio adolescente en Ecuador puede ayudar a reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental. En muchos casos, los adolescentes y jóvenes adultos que enfrentan problemas de salud mental o que están lidiando con pensamientos suicidas pueden sentirse estigmatizados o avergonzados de buscar ayuda. Al tener un centro de prevención del suicidio específico para adolescentes y jóvenes adultos, se puede normalizar la idea de buscar ayuda y reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental.

En tercer lugar, un centro puede proporcionar un lugar seguro y confidencial para que los jóvenes puedan hablar y tratar abiertamente sobre sus problemas. Los adolescentes y jóvenes adultos pueden enfrentar una variedad de desafíos en la vida, muchos de ellos relacionados con problemas de salud mental. Un centro de prevención del suicidio puede brindar un lugar seguro y confidencial para que los jóvenes compartan sus experiencias, traten sus problemas y obtengan el apoyo que necesitan para superar estos desafíos. Además, es importante porque también puede brindar información y recursos útiles para ayudar a los jóvenes a hacer frente a estos problemas y fortalecer su resiliencia.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Crear un equipamiento para la prevención del suicidio en adolescentes, que reduzca el estigma asociado a los tratamientos de bienestar mental y que ofrezca servicios de salud accesibles y confidenciales para adolescentes en la ciudad de Quito, Ecuador.

### **ESPECÍFICOS**

1. Determinar el lugar adecuado para implantar el proyecto y señalar sus características.
2. Plantear como los factores protectores de la vida pueden reducir el riesgo de que una persona intente o cometa suicidio, y cómo a través de los lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida del Ministerio de Salud se puede:
  - Determinar el lugar de implantación del proyecto en base al acceso a recursos de apoyo.
  - Generar un sistema de apoyo social sólido y efectivo que promocióne el vínculo entre la comunidad, la familia y los pacientes.
  - Establecer una red de atención integral para el centro de prevención de suicidios.
3. Evidenciar la factibilidad de una propuesta de tratamiento para la prevención del suicidio adolescente en el contexto elegido, y señalar que terapia puede tener un impacto más significativo en la salud mental y brindar mayor seguridad a los adolescentes de la ciudad de Quito.
4. Explicar la relación que el proyecto genera entre la arquitectura y la psicología. Cómo la arquitectura puede proporcionar un entorno físico que promueva el bienestar mientras que la psicología puede aportar una comprensión profunda de cómo los espacios pueden afectar la salud mental y emocional.

## METODOLOGÍA

El taller dirigido por el Arq. César Pérez tiene como enfoque el desarrollo de una propuesta arquitectónica que surge de una comprensión profunda del entorno y las necesidades del territorio, que en este caso es el Chocó Andino. Para ello, se llevó a cabo una serie de análisis grupales donde se consideraron aspectos esenciales del territorio, además de las necesidades de la población, entre otros.

En base a la investigación, se desarrolló un conjunto de propuestas arquitectónicas que buscan integrarse armónicamente con el entorno elegido y brindar soluciones a las necesidades identificadas. El objetivo final de este taller es diseñar un proyecto que no solo sea estéticamente agradable, sino que también cumpla con las necesidades de la población y contribuya al desarrollo sostenible de la región del Chocó Andino.

La metodología para el taller arquitectónico se planteó en cuatro etapas:

1. Análisis del entorno y las necesidades: se realizó una investigación de cinco parroquias diferentes: Nono, Mindo, Nanegal, Nanegalito y Calacalí donde se analizó su entorno y su contexto sociocultural, económico y ambiental, y donde se identificaron las necesidades y problemáticas de los lugares de estudio, esto dio paso a una serie de posibles proyectos a desarrollar. Para facilitar el trabajo de investigación que conlleva, esta se manifestó alrededor de nueve áreas específicas de estudio que se subdividen en tres triadas distintas:

|  |   |
|--|---|
| <b>TRIADA 1</b><br>Asentamientos<br>Geología<br>Hidrología | <ul style="list-style-type: none"><li>● Centro de investigación y tratamiento del suelo para mejoramiento y producción sin riesgo erosivo.</li><li>● Centro de aprendizaje técnico de conocimientos básicos agrícolas y ganaderos.</li><li>● Equipamientos de ecoturismo que potencien las actividades en el territorio natural y atraigan a turistas de otras zonas estratégicas.</li></ul>  |
| <b>TRIADA 2</b><br>Educación<br>Cultura<br>Psicología      | <ul style="list-style-type: none"><li>● Centros de bienestar y cuidado del adulto mayor.</li><li>● Espacios de inclusión social y desarrollo integral para mayorías y minorías como discapacitados.</li><li>● Espacios lúdicos de relación social intergeneracional: niños, jóvenes, adultos.</li><li>● Centros de acogida temporal para turistas y locales, hoteles comunitarios.</li></ul>  |
| <b>TRIADA 3</b><br>Biología<br>Economía<br>Espiritualidad  | <ul style="list-style-type: none"><li>● Equipamientos de educación como escuelas, talleres o institutos especializados en el área agrícola, ganadera y turística para el autosustento de la comunidad.</li><li>● Centros de meditación, espacios de desconexión y descanso en espacios naturales.</li><li>● Regeneración de plazas con especies endémicas de flora para la llegada natural de fauna del sector.</li><li>● Espacios de contemplación como miradores.</li><li>● Laboratorios biológicos.</li><li>● Museos interactivos de flora y fauna, aviarios.</li><li>● Centros de rehabilitación y protección animal.</li></ul> |

2. Ideación y conceptualización: Una vez que se eligió la problemática a tratar se plantearon ideas y se generaron conceptos arquitectónicos que integraron las necesidades identificadas y las características del entorno.
3. Desarrollo de propuestas arquitectónicas: se elaboraron propuestas arquitectónicas que respondieron respectivamente al concepto generado y a las necesidades identificadas. En esta etapa se trabajó en el desarrollo de, maquetas y visualizaciones que permitieron entender mejor la propuesta.
4. Presentación y retroalimentación: se presentaron repetidamente las propuestas y se recogieron las opiniones y sugerencias de los arquitectos inmersos en el desarrollo de la tesis. La retroalimentación se utilizó para mejorar y ajustar las propuestas, y para generar un diálogo y un aprendizaje conjunto entre los participantes.

Como conclusión la metodología del taller arquitectónico busca generar propuestas arquitectónicas que sean sensibles al entorno y a sus necesidades, que integren la belleza y la estética en el diseño, y que sean el resultado de un proceso colaborativo y participativo entre los asistentes.

## **CAPÍTULO 1: LUGAR Y COMUNIDAD**

La parroquia San Miguel de Nono, comprendida entre los 2727 y 3800 m.s.n.m. está ubicada en la provincia de Pichincha, a 18km hacia el Noroccidente de la ciudad de Quito, aproximadamente a 35 minutos de la Av. Mariscal Sucre. Los límites de la parroquia de Nono son: al norte Calacalí, al sur Lloa y Mindo, al este Cotocollao, y al oeste Nanegalito y Mindo. La historia de la parroquia según el PDOT 215-2019 se remonta a 1660, donde se registraron los primeros asentamientos humanos pertenecientes a grupos del Obispado de Quito que subdividieron el territorio en grandes haciendas.

San Miguel de Nono se constituyó como parroquia rural en el año de 1720 juntamente con Mindo y Zámiza, siendo éstas las parroquias rurales más antiguas del Distrito Metropolitano de Quito (PDOT Nono, 2015).

Los análisis demográficos revelan que, a pesar de que Nono es una de las parroquias más antiguas del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y forma parte de la provincia de Pichincha, la segunda provincia más poblada de Ecuador, su población se limita tan solo a 1732 habitantes. De esta población, el 52,5% son hombres (910 hombres) y el 47,5% son mujeres (822 mujeres). Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023) (INAMHI, 2023) esto da como resultado una densidad poblacional aproximada de 8 habitantes por kilómetro cuadrado.

La parroquia cuenta con una notable cantidad de personas económicamente activas desempeñando roles diversos que contribuyen al desarrollo del sector. Los habitantes locales se benefician de la economía popular y solidaria en los sectores agrícolas, impulsada por una agricultura de alta productividad, tecnificada y calificada, lo que les permite satisfacer tanto la demanda local como externa. Esta capacidad productiva se ve enriquecida por la presencia de un turismo diverso, que ofrece una amplia gama de oportunidades económicas y fomenta el crecimiento dentro del mismo sector. Desde la producción y comercialización de productos agrícolas hasta la oferta de una variedad de servicios turísticos, se generan múltiples opciones para el progreso económico de la comunidad.

Hablando de las características climáticas del lugar, de acuerdo con el Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología del Ecuador (INAMHI, 2023), (GAD, 2015) Nono se caracteriza por tener un clima montañoso húmedo y semi húmedo. Esta región experimenta precipitaciones anuales que varían entre 1000 y 3000 mm/año, lo que contribuye a la presencia de exuberante vegetación y una

rica diversidad de flora y fauna. Las temperaturas en Nono oscilan entre los 8° C y los 19° C, lo que proporciona un clima fresco y agradable para aquellos que visitan la zona.

El Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de Nono 2015-2019 en adición destaca que esta localidad posee una gran riqueza ecológica debido a la presencia de bosques primarios nublados y su ubicación en las estribaciones occidentales del volcán Pichincha. Además, menciona que la región se encuentra dentro de dos "Hotspots" o áreas de alta biodiversidad: el Hotspot Tumbes-Chocó-Magdalena y el Hotspot Andes Tropicales. Estas características sitúan al territorio como una Zona de Conservación y Uso Sustentable de Recursos Naturales (GAD, 2015).

## **CONCLUSIONES CAPÍTULO 1**

Nono, por tanto, es un lugar de historia que se destaca por su población modesta y su belleza escénica, con montañas majestuosas, ríos, cascadas y canteras que rodean la parroquia las personas locales dan la bienvenida a las personas que entran en su territorio. Estas características del lugar ofrecen vistas impresionantes y una amplia gama de actividades al aire libre con espacios únicos como parques naturales y grandes áreas verdes que brindan un entorno tranquilo y protegido. Esta combinación de elementos naturales con un población controlada y enfocada en el desarrollo crea un ambiente propicio para establecer una conexión profunda con la naturaleza y la comunidad.

## **CAPÍTULO 2: FACTORES PROTECTORES**

“En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica” (Páramo, 2011)

Por tanto:

- Un factor protector de la vida es aquel elemento o circunstancia que actúa como un escudo frente a las situaciones adversas y que promueve la salud mental y emocional de los individuos en diferentes aspectos. En el contexto de la prevención de suicidios adolescentes, los factores protectores desempeñan un papel crucial al proporcionar apoyo y fortaleza a los jóvenes en momentos de vulnerabilidad, tristeza y desesperanza.
- Un factor de riesgo hablando del suicidio y los comportamientos suicidas se define como un fenómeno multicausal. (Ministerio de Salud Pública, 2021) resalta que los factores de riesgo existen en diferentes niveles: individuales, interpersonales, comunitarios, y de la sociedad, entre los principales factores de riesgo se encuentra el género, la edad, la orientación sexual, el nivel de instrucción, los trastornos mentales, los acontecimientos violentos entre otros.

### **CAPÍTULO 2.1: FACTOR PROTECTOR CONTEXTUAL**

Este factor se encarga de determinar un contexto adecuado para tratar una problemática identificada, en este caso se busca el mejor lugar para brindar atención mental a los adolescentes de la ciudad de Quito, además debe cumplir con los “factores contextuales de los lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida” (Ministerio de Salud Pública, 2021):

Si las cifras de suicidios consumados exponen una realidad donde las personas que viven en las urbes son los principales afectados, el lugar adecuado para establecer un centro son las zonas alejadas de la ciudad y con abundante naturaleza, existen diversos motivos para justificar esta afirmación, uno de ellos es que la presencia de un entorno natural ha demostrado tener efectos positivos en el estado de ánimo de las personas, y según los estudios realizados por Gregory Bratman de la Universidad de

Stanford, "permanecer en un ambiente natural puede ayudar a reducir los estados anímicos vagos y sosegados de tristeza y desinterés, al disminuir la irritabilidad, agresividad y fatiga mental, así como aliviar el insomnio y restaurar la atención" (Bratman, 2015).

Dentro de la provincia de Pichincha, la ciudad de Quito se convierte en un foco central de atención por sus altas tasas de suicidios anuales, de hecho, las cifras determinan que hay 3 veces más casos de suicidios consumados en zonas urbanas que en rurales en Pichincha. En la provincia en promedio al año existen 198 casos de suicidio en la zona urbana, y 59 en la zona rural (Ministerio de Salud Pública, 2021), es por esta razón que para establecer un lugar de intervención se buscó un lugar cerca del foco de atención que es Quito, pero con características contrarias a la ciudad, así es como San Miguel de Nono, una parroquia rural se propone como una opción directa debido a su cercanía a la zona urbana norte de la ciudad de Quito y su características rurales.

Como se mencionó en el capítulo de lugar, Nono se encuentra a 18 km de la Av. Mariscal Sucre, esto quiere decir treinta minutos en carro privado o a cuarenta minutos en transporte público desde el norte de la ciudad de Quito, la accesibilidad es una ventaja porque se puede ingresar desde distintos lugares de la provincia, la ruta más rápida es desde el sector del Contado subir por la calle Rancho Alto hasta la N71 que conecta con la Calle A1 que es el ingreso a Nono, todo esto facilita el acceso tanto para aquellos que viven en la ciudad como para aquellos que provienen de otras zonas en la provincia de Pichincha. Esta proximidad permite que las personas lleguen rápidamente al centro y reciban la atención necesaria en situaciones de emergencia, esta es una de las justificaciones más importantes para determinar la zona de intervención y por tanto cumple con los "factores contextuales de los lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida" (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Debido a su situación geográfica Nono cuenta con una proximidad aceptable para tratar a los pacientes de la ciudad de Quito quienes son unos de los más afectados por el fenómeno de los suicidios consumados, el lugar es de fácil accesibilidad desde la zona norte de Quito, cuenta con un entorno de naturaleza abundante que ayuda a tratar los estados anímicos negativos, y conjuntamente con la disponibilidad de servicios básicos y complementarios a la salud mental, Nono sería un lugar propicio para confrontar la problemática.

## **CAPÍTULO 2.2: FACTOR PROTECTOR SOCIAL**

Este factor se encarga de determinar un sistema de apoyo adecuado para tratar la problemática identificada, en este caso se busca entender como el sistema de apoyo familiar y de comunidad establecidos en los “factores sociofamiliares de los lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida” (Ministerio de Salud Pública, 2021) puede fomentar el bienestar mental en los adolescentes de la ciudad de Quito:

El Ministerio de Salud Pública en sus lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida expone dentro de los factores sociofamiliares que evitar el aislamiento y fomentar una mayor integración con la comunidad y familia mejora las tasas de retención en los programas de rehabilitación para adolescentes (Ministerio de Salud Pública, 2021), por este motivo el establecimiento de un sistema de apoyo integral entre la familia y la comunidad es fundamental para brindar un tratamiento digno y efectivo ante las tentativas suicidas.

En este sentido, involucrar a la comunidad, la familia y los amigos en la rehabilitación de los pacientes puede resultar en una red de información y apoyo sólida y efectiva, y como el punto focal del asunto es la ciudad de Quito, la red de apoyo de los adolescentes en la mayoría de los casos está dentro de la misma ciudad, por esta razón es importante recalcar que el lugar es de fácil accesibilidad para las personas de la ciudad y por tanto No cumple con los “lineamientos operativos sociofamiliares del Ministerio de Salud”.

## **CAPÍTULO 2.3: FACTOR PROTECTOR DE SALUD**

Este factor se encarga de determinar un sistema de salud adecuado para tratar la problemática identificada, en este caso se busca entender como el sistema de apoyo de otros centros médicos especializados pueden ofrecer una red de apoyo sólida y segura “factores sanitarios de los lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida” (Ministerio de Salud Pública, 2021):

Los lineamientos operativos del Ministerio de Salud Pública resaltan que es esencial contar con la colaboración de algunas redes de salud mental y servicios sociales para tratar a las personas que sufren de tentativas suicidas (Ministerio de Salud Pública, 2021), Por este motivo se destacan los equipamientos de salud que podrían formar una valiosa red de apoyo para un centro de prevención de suicidios. Estos equipamientos incluyen hospitales, centros de atención primaria, clínicas de salud mental, centros de rehabilitación y servicios sociales.

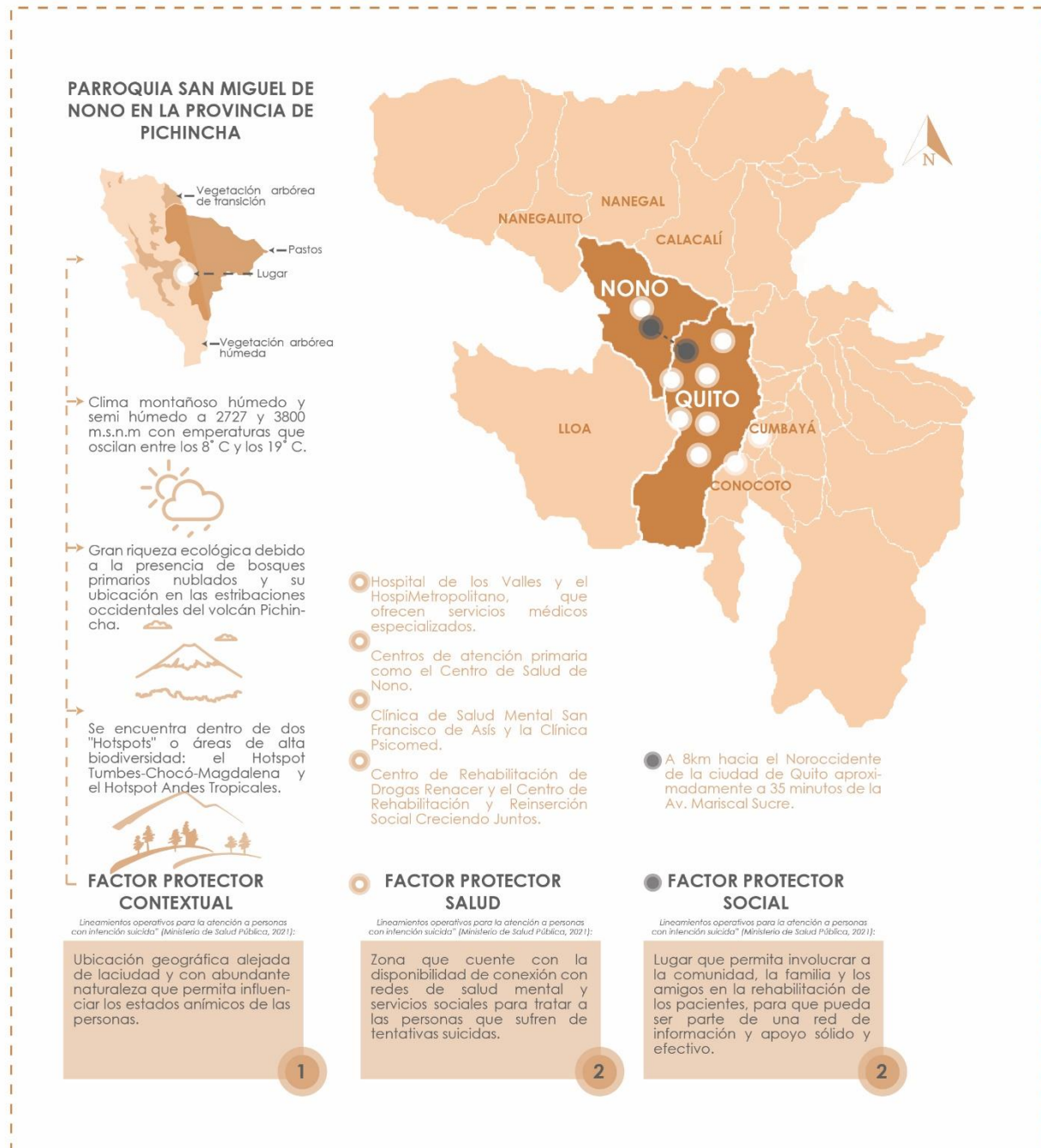
En primer lugar, están los hospitales que disponen de unidades de salud mental y cuentan con profesionales capacitados como el Hospital de los Valles y el Hospital Metropolitano, que ofrecen servicios médicos especializados y atención de emergencia, lo que brinda un respaldo esencial en situaciones de crisis. Después, están los centros de atención primaria como el Centro de Salud de Nono y el Centro de Salud de Carcelén, y, por último, las clínicas de salud mental, como la Clínica de Salud Mental San Francisco de Asís y la Clínica Psicomed que se enfocan específicamente en brindar servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos.

Por otro lado, los centros de rehabilitación, como el Centro de Rehabilitación de Drogas Renacer y el Centro de Rehabilitación y Reinserción Social Creciendo Juntos, están especializados en la recuperación de personas con adicciones y trastornos de salud mental. Y Finalmente, los servicios sociales, como los ofrecidos por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y organizaciones no gubernamentales, pueden complementar la labor de un centro de prevención de suicidios al proporcionar apoyo socioeconómico, asistencia en la búsqueda de empleo, acceso a vivienda y programas de reinserción social.

Una vez identificados los sistemas de apoyo que se encuentran en la ciudad de Quito se puede decir que es factible formar una red de apoyo integral para el centro de prevención de suicidios. Su colaboración permitiría una atención más completa, desde la detección temprana hasta la intervención y el seguimiento, brindando una respuesta más efectiva para prevenir el suicidio en las comunidades jóvenes del país y por tanto Nono al ser un lugar accesible desde cualquiera de estos centros cumple con los “factores sanitarios de los lineamientos operativos para la atención a personas con intención suicida” (Ministerio de Salud Pública, 2021).

## CONCLUSIONES CAPÍTULO 2

El siguiente gráfico demuestra el cumplimiento de los lineamientos operativos para atención a personas con intención suicida en cada uno de los factores tratados, por tanto, la parroquia San Miguel de Nono es un lugar adecuado para el centro de tratamientos.



### **CAPÍTULO 3: TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Lo más importante para tratar a pacientes que necesitan de atención sanitaria y de salud mental es disponer de un lugar que ofrezca un tratamiento adecuado y enfocado en el problema, que brinde comodidades y facilidades para una mejora significativa en su estado individual. Por esta razón la elección del tratamiento es fundamental en el desarrollo del centro, pues, el tratamiento determina pautas de diseño y de distribución para que todo funcione correctamente y para evitar pérdidas de vidas humanas.

#### **CAPÍTULO 3.1: TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL DE LINEHAN (DBT)**

En la búsqueda de tratamientos enfocados en abarcar el amplio espectro de condiciones que aumentan el riesgo de que los adolescentes realicen tentativas autolíticas, una de las revistas de la Asociación Española de Psicología Clínica llamada Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 51-61, 2015 propone una revisión de los tratamientos psicológicos actualmente abordados para tratar temas relacionados a las autolesiones en adolescentes donde incluyen varios estudios que evalúan una intervención psicoterapéutica para el tratamiento de NSSI, ideación suicida, síntomas TLP, depresión, ansiedad y severidad global.

De todos los estudios analizados el que tiene mejores resultados es la terapia dialéctico conductual (dialectical behavior therapy, DBT, en inglés), de Linehan (AEPCP, 2015), la cual propone el entrenamiento en habilidades sociales, el manejo de contingencias, el entrenamiento en solución de problemas, la reestructuración cognitiva con técnicas de mindfulness, entre otros. Lo que la diferencia de otras terapias es que esta no solo se enfoca en el cambio de la conducta de los pacientes, o en la aceptación de sus condiciones, sino es una solución compuesta por ambos componentes dialécticos, dicho en otras palabras:

Nuestra realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión. Es así como cada tesis contiene su antítesis. El cambio dialéctico ocurre cuando una tesis y su anti-tesis pueden encontrar una síntesis, que no es otra cosa que una nueva dialéctica. La dialéctica más importante para la DBT es la que ocurre entre cambio y aceptación (Elices & Cordero, 2011).

“Esta terapia tiene una duración de 16 semanas para su primera fase en grupo y otras 16 semanas para su seguimiento, y se da de esta manera porque es más atractiva para los adolescentes y reporta menores tasas de deserción en el grupo DBT” (AEPCP, 2015), durante este periodo de tiempo el propósito de la terapia es flexibilizar el pensamiento tanto de los pacientes como de sus tutores, es decir trata de integrar la idea de que ningún extremo es correcto al momento de tratar situaciones determinantes en la vida de los adolescentes y en sus respectivos tratamientos, por ejemplo, se establece límites apropiados entre:

- “Excesiva indulgencia vs. control autoritario”
- “Normalizar conductas patológicas vs patologizar conductas normales”
- “Forzar autonomía vs acoger dependencia”

Otra característica de la DBT es que, dado que fue adaptada para casos adolescentes, está tiene algunas condiciones que la hacen especialmente particular a comparación de otras terapias. En primer lugar, es importante enfatizar que la familia es uno de los pilares del tratamiento ya que periódicamente se establecen sesiones de terapia familiar como sistema de soporte primario y además se especializan en grupos enfocados en entrenamiento de habilidades para reforzar, estructurar y ambientar a los adolescentes. Otro punto fuerte de la DBT es que incluyen estrategias como:

- “Coaching entre pares”
- “Consulta y solución de problemas con miembros del grupo”
- “Soporte, más que dependencia en el terapeuta”

Si bien existen más terapias relacionadas con el tema propuesto como lo son la terapia basada en mentalización o las terapias cognitivo-conductuales ninguna de las ya mencionadas arrojan los mismos datos de efectividad como la “DBT”, a continuación, una síntesis de los resultados manifestados en la revisión de los tratamientos psicológicos de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología:

La terapia dialéctica-conductual para adolescentes (DBT) ha demostrado efectividad en 13 estudios que valoran NSSI e intentos autolíticos (7 estudios la miden en un contexto clínico comunitario y 6 en un contexto residencial). Así, han demostrado una disminución de las autolesiones, con o sin intencionalidad suicida, disminución en la

tasa de hospitalización psiquiátrica, disminución de síntomas asociados TLP y trastorno depresivo mayor durante el tratamiento.

Se ha observado un mantenimiento significativo de la disminución de las autolesiones, de la ideación autolítica y de la sintomatología depresiva a los 12 meses. También destaca la retención de la población adolescente en el tratamiento, la elevada aceptabilidad y la baja tasa de abandono. Por último, implica una mejoría del funcionamiento general del adolescente y de la sintomatología depresiva en los cuidadores (AEPCP, 2015).

### **CAPÍTULO 3.2 APLICACIÓN DE LA TERAPIA (DBT) EN EL PROYECTO**

Una vez asegurada la aplicabilidad del DBT en un contexto grupal adolescente, ahora se plantea una adaptación del tratamiento para un centro especializado en conductas autodestructivas para poblaciones jóvenes (10 a 19 años) de la ciudad de Quito-Ecuador y zonas aledañas, dado que dentro de todas las investigaciones nunca se ha determinado un espacio acondicionado y enfocado en los adolescentes que pueda tener un valor agregado al tratamiento, la propuesta del proyecto es establecer un lugar adecuado para cuidar de los adolescentes y detallar como la terapia dialéctico conductual de Linehan puede ser pauta para el desarrollo, distribución y manejo del mismo.

#### **PARTES DEL TRATAMIENTO**

Investigaciones de la Universidad de la República de Uruguay sugiere que el tratamiento debe ser enfocado en cuatro partes fundamentales:

##### **1. La psicoterapia individual:**

Se imparten sesiones individuales de aproximadamente una hora, donde se trata específicamente las afecciones emocionales de cada adolescente.

| Propósito   | Actores   | Lugar - Cerrado  |
|---|---|--|
| La concepción de un tratamiento que conlleva un orden específico para obtener resultados donde el paciente logre <b>integrar y aplicar aquello que aprende durante su estadía.</b> Además, se encarga de ayudar al paciente durante las crisis ( <b>Elices &amp; Cordero, 2011</b> ). | -Un profesional con saber psicológico que justique y evalúe la actividad de manera científica al paciente.<br><br>-Paciente | Espacio con una adecuada ventilación e iluminación natural para brindar confort a los usuarios. Este debe garantizar la privacidad del paciente, tanto visual como auditiva, hacia y desde otros locales o circulaciones. (2p) |

- 2. El entrenamiento grupal en habilidades:** Se enseñan cuatro módulos donde su principal objetivo es instruir a los adolescentes en habilidades que según estudios DBT reducen la aparición futura de comportamientos autodestructivos por otros cuyas consecuencias son menos aversivas. La frecuencia de los grupos depende del estado del paciente, pero cada reunión tiene una duración de dos horas y media.

### Mindfulness

| Propósito  | Actores   | Lugar - Abierto  |
|--|---|--|
| Derivado de prácticas espirituales orientales. El concepto ha sido traducido como “conciencia plena”. La premisa fundamental implica dirigir conscientemente la atención hacia el presente (Kabat-Zinn, 1990). El propósito es que el individuo aprenda a concentrarse en sus propios pensamientos y emociones, tratando de observar y describir lo que sucede sin juzgar (Linehan, 1993). | -Un profesional con saber psicológico que justique y evalúe la actividad de manera científica a los pacientes.<br><br>-Grupo de Pacientes | Espacio al aire libre, bien iluminado con abundante vegetación y vistas que evoquen tranquilidad. Lo esencial es que sea agradable y sin distracciones. (6p) |

### Habilidades de tolerancia al malestar

| Propósito   | Actores   | Lugar – Abierto/Cerrado  |
|---|---|--|
| La tolerancia al malestar se compone por técnicas para el control de impulsos que ayudan al paciente a <b>sobrellevar las crisis sin incurrir en abusos de sustancias, intentos de autoeliminación u otros comportamientos disfuncionales (Elices &amp; Cordero, 2011).</b> | -Un profesional con saber psicológico que justique y evalúe la actividad de manera científica a los pacientes.<br><br>-Grupo de Pacientes | Espacio con una adecuada ventilación e iluminación natural para brindar confort a los usuarios.<br><br>Espacioso para mantener distanciamiento en caso de ser necesario y de fácil accesibilidad. (6p) |

### Habilidades de efectividad interpersonal

| Propósito  | Actores   | Lugar – Abierto/Cerrado  |
|--|---|--|
| Se enseña <b>asertividad y a lograr objetivos propios</b> manteniendo el respeto por uno mismo y los demás <b>(Elices &amp; Cordero, 2011)</b> . | -Un profesional con saber psicológico que justique y evalúe la actividad de manera científica a los pacientes.<br><br>-Grupo de Pacientes | Espacio con una adecuada ventilación e iluminación natural para brindar confort a los usuarios.<br><br>Espacioso para mantener distanciamiento en caso de ser necesario y de fácil accesibilidad. (6p) |

### Habilidades de regulación emocional.

| Propósito  | Actores   | Lugar – Abierto/Cerrado  |
|--|---|--|
| Se ayuda al paciente a <b>disminuir los comportamientos impulsivos que ocurren en contextos de alta activación emocional</b> . | -Un profesional con saber psicológico que justique y evalúe la actividad de manera científica a los pacientes.<br><br>-Grupo de Pacientes | Espacio con una adecuada ventilación e iluminación natural para brindar confort a los usuarios.<br><br>Espacioso para mantener distanciamiento en caso de ser necesario y de fácil accesibilidad. (6p) |

- 3. La revisión:** Consiste en encuentros individuales de corta duración (alrededor de diez minutos) en las habitaciones de los adolescentes, durante los cuales el terapeuta evalúa el nivel de riesgo del paciente y le brinda orientación para aplicar lo aprendido durante las sesiones de terapia.

| Propósito   | Actores   | Cerrado  |
|---|---|--|
| <b>Asegurar la integridad física y mental de los adolescentes.</b><br>El protocolo que se maneja es que el paciente debe contactarse con su terapeuta individual antes de efectuar una conducta problemática, si esto no ocurriese el terapeuta deberá evaluar el riesgo del paciente <b>(Elices &amp; Cordero, 2011)</b> . | -Un profesional con saber psicológico que justique y evalúe la actividad de manera científica al paciente.<br><br>-Paciente | Tranquilas, cómodas y prácticas estancias individuales que deben ser de fácil accesibilidad y constar de estrategias espaciales para poder ser supervisadas sin interrumpir las actividades de los pacientes. (2p) |

**4. Reuniones de consultoría del equipo terapéutico.** Este es un espacio seguro donde el equipo de trabajo terapéutico se reúne semanalmente para discutir, planificar y dar el correcto seguimiento al régimen de terapias del centro.

| Propósito   | Actores   | Cerrado  |
|---|---|--|
| Su propósito radica en estructurar, respaldar y proveer orientación a los terapeutas que trabajan de manera individual y en grupos de entrenamiento. Asimismo, busca mantener su motivación y compromiso con el modelo de tratamiento, promoviendo una mayor empatía hacia los pacientes y previniendo el síndrome de desgaste profesional (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007). <b>(Elices &amp; Cordero, 2011).</b> | Grupo de profesionales encargados de las terapias individuales o grupales del centro. | Espacio con una adecuada ventilación e iluminación natural para brindar confort a los usuarios. Este debe garantizar la privacidad de los profesionales tanto visual como auditivamente, hacia y desde otros locales o circulaciones. (6-8p) |

### ETAPAS DE LA TERAPIA

Las terapias dialécticas se construyen bajo idea de que ningún extremo es correcto al momento de tratar situaciones determinantes en la vida de los adolescentes, por este motivo para plantear un modelo de tratamiento general se debe tener en mente el equilibrio en varios aspectos fundamentales como la tolerancia o la autonomía, se dice además que, “La ausencia de límites y normas es contraproducente en el proceso, del mismo modo que implicarse en métodos coercitivos, limitando la libertad, la autonomía y la independencia” (Elices & Cordero, 2011).

La adaptación de la terapia DBT demanda aplicar este equilibrio ya mencionado en cada una de las fases del tratamiento dentro del centro, de esta manera se asegura: proyecciones favorables de resultados, menores tasas de deserción, la integración voluntaria tanto de pacientes como de familia, y procedimientos seguros para el ingreso de los pacientes. El tratamiento se compone de cuatro etapas, y en cada una de ellas se establecen objetivos claros y distintos que terapeutas y pacientes deben respetar desde el momento de ingreso al centro.

### **1.- Pretratamiento**

En primera instancia cuando se ingresa al centro se realiza un análisis donde se determinará si es seguro que el adolescente ingrese al centro y se tratarán los siguientes puntos entre terapeuta y el posible paciente:

- La capacidad del paciente para colaborar de manera conjunta con los profesionales.
- Las creencias o expectativas que el paciente alberga respecto al centro.
- Las conductas que afectan la vida cotidiana, como ideación suicida o autolesiones.
- Las conductas que obstaculizan el progreso en la terapia, como la deserción y el abandono.
- Las conductas que impactan negativamente en la calidad de vida, como trastornos y problemas.
- Las habilidades conductuales y de relación con el entorno y con otras personas.

### **2.- Tratamiento**

Cuando se determina que el adolescente es apto para residir en el centro, inmediatamente se inicia el proceso para determinar un plan de tratamiento e ingresarlo a su propia estancia donde estará las 16 semanas correspondientes, durante este tiempo se trabajará:

- La psicoterapia individual
- El entrenamiento grupal en habilidades

### **3.- Objetivos Personales**

**Reeducación mediante la relación:** Para que el adolescente pierda el sentido de incompletitud y encuentre libertad y alegría es importante que el centro mediante sus actividades cotidianas favorezca la reeducación, los autocuidados, los hábitos y las habilidades para la vida diaria, a través de la continua relación, la utilización de recursos comunitarios o trabajados conjuntamente, a modo que mejore la experiencia individual y evite situaciones de aislamiento y abandono mientras se trabaja las habilidades sociales.

**Talleres u Oficios:** Dentro de la estructura original de la terapia no se propone un espacio determinado para desarrollar habilidades que en un futuro puedan dar motivo, soporte o sustento a la vida de los adolescentes, y ya que según la Organización Mundial de la Salud uno de los factores de riesgo más importantes que pueden llevar a cometer suicidio es la carencia de aprendizaje en general, se considera que es imprescindible espacios de aprendizaje como talleres de desarrollo individual para aportar al conocimiento pleno en los ámbitos que más le guste al adolescente.

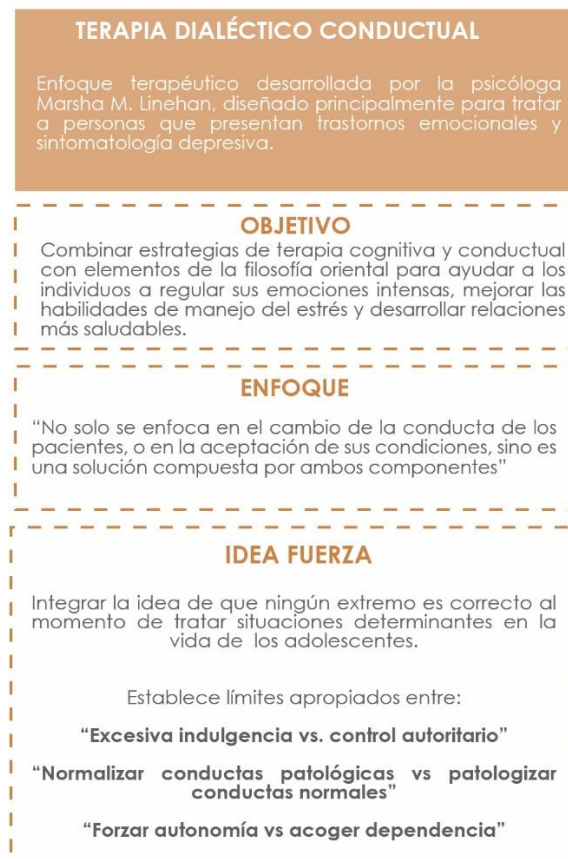
#### 4.- Seguimiento

Una vez concluido las 16 semanas de tratamiento internado en el centro los pacientes son dados de alta, para este punto la DBT ha demostrado su efectividad en la reducción de varios problemas asociados a la TLP, las autolesiones, intentos de autoeliminación, ideación suicida, desesperanza, depresión y comportamientos asociados a otros trastornos (Lynch et al., 2007). Además, los pacientes van a contar con un entrenamiento en habilidades sociales, y establecerán objetivos de desarrollo claros que permitirán su reincorporación social completa.

Después de salir del centro se establece un proceso continuo de análisis y supervisión de los pacientes fuera del programa con el objetivo de cumplir sus expectativas y guiar en las decisiones futuras, esta cuarta fase de tratamiento de igual manera tiene una duración de dieciséis semanas y se llama “grupo graduado” la cual es opcional para los adolescentes que continúen teniendo dificultades o los que deseen seguir participando en las actividades grupales del centro.

### CONCLUSIONES CAPÍTULO 3

La terapia dialéctico conductual es:



## **CAPÍTULO 4: ARQUITECTURA Y PSICOLOGÍA**

El centro de prevención de suicidios Luna tiene como principal objetivo ser un equipamiento que reduzca el estigma asociado a los tratamientos de bienestar mental y que ofrezca servicios de salud accesibles y confidenciales para adolescentes en la ciudad de Quito. Para lograr esto, es fundamental establecer un fuerte vínculo entre la arquitectura y la psicología, de modo que el entorno físico refleje la misma calidad y atención que se ofrece el tratamiento mencionado anteriormente.

El objeto de discusión es ¿cómo brindar seguridad física y emocional a los jóvenes del centro que experimentan ideaciones suicidas, trastornos, y sintomatología depresiva? En este punto es donde la arquitectura y la psicología juegan un rol importante, pues, el espacio físico a desarrollar además de prestar absoluto control y orden debe sentirse acogedor y propicio para el bienestar y la recuperación individual, cabe mencionar que no se ha encontrado registro de algún establecimiento únicamente enfocado en la prevención de suicidios adolescentes, por tanto, las estrategias próximas a plantar son postulados propios que se sustentan al ser un complemento físico directo de las terapias propuestas en el capítulo 3.

### **CAPÍTULO 4.1: ESTRATEGIAS CONCEPTUALES**

#### **CAPÍTULO 4.1.1: VISTA DEL PROFESIONAL**

Las ideas que sustentan el concepto parten de dos escenarios distintos, el primero es el punto de vista de las personas encargadas de cuidar a un grupo determinado de adolescentes, donde cada uno representa una amenaza a la integridad de su propia vida, por tanto, es fundamental resaltar la importancia del:

1. Control de acceso: Se debe tener absoluto control sobre las personas que entran al centro, y dentro del centro control de quienes salen y entran de los pabellones de estancias para los jóvenes.
2. Control de medicación: Existen rigurosos protocolos para el manejo, almacenamiento, y administración de medicamentos.
3. Control de movimientos y restricciones: Se manejan medidas de contención física donde se trabajan límites del proyecto y los lugares donde las personas no autorizadas no pueden acceder.

4. Control de suicidio y autolesiones: Se necesita controlar que los espacios sean seguros y salvaguarden la integridad de las personas.
5. Control de las terapias y tratamientos: Se dispone de los protocolos establecidos en el desarrollo de la terapia asignada en el capítulo 3.

Por tanto, el primer concepto a manejar es el **“hipercontrol”**, el centro debe ser capaz de monitorear el estado y la ubicación de sus pacientes permanentemente, por este motivo el centro se maneja a través de tres **“zonas de control”** que son lugares céntricos por donde se accede al centro, donde se guardan registros y se administra el lugar, donde se almacenan medicamentos y de donde los profesionales van a permanecer en caso de cualquier emergencia. Por el tamaño y capacidad del centro estos lugares de control son tres, ya que esto posibilita dividir la carga de trabajo de las zonas de control y que funcionen con mayor efectividad, para entender las zonas de control se maneja algunos conceptos adicionales:

1. La conectividad: El centro garantiza la comunicación efectiva y fluida entre los profesionales que trabajan en el centro y los pacientes. El objetivo es que los profesionales que se encuentran en las zonas de control siempre puedan acceder igual de rápido a cualquier zona del proyecto.
2. La accesibilidad: Es esencial que independientemente de las capacidades físicas de las personas todos puedan acceder a las zonas de control y entre zonas de control, y ya que cada zona se encuentra en un nivel diferente siempre se da la posibilidad de usar, rampas, escaleras y plataformas mecánicas.
3. La visibilidad o transparencia: El punto más importante sobre el hipercontrol es que exista a todo momento conexiones visuales que permitan monitorear a los pacientes, las estrategias de visión son múltiples, primero que desde las zonas de control se tenga gran visibilidad de resto del centro, después se manejan los niveles para que siempre las personas que se encuentran en un nivel superior puedan monitorear a los pacientes del nivel consecuente y por ultimo las transparencias que hacen que aunque existan lugares más cerrados que otros, estos lugares cuenten con elementos transparentes, o con secuencias de aperturas que no interrumpan las visuales.

4. El grupo de personas: Aunque siempre exista algún profesional monitoreando el centro, es importante agrupar a los pacientes en pequeños grupos para que sirvan como fuente de información y vinculación con las actividades del resto de pacientes.

#### **CAPÍTULO 4.1.2: VISTA DEL PACIENTE**

El segundo punto de vista es el de un adolescente que experimenta profunda tristeza y desesperanza abrumadora, que no tiene interés en realizar actividades, carece de energía y motivación y está luchando contra el aislamiento que siente y la dificultad para encontrar esperanza o sentido a su vida, en este caso a diferencia de las personas que cuidan el centro, cada adolescente va a vivir una experiencia y un proceso diferente en el cual existirán buenos y malos días, el objetivo conceptual en este caso es brindar la libertad de mejorar a un ritmo individual y permitir los altos y bajos que el proceso de recuperación conlleva.

A continuación, se presentan dos escenarios distintos que pueden manifestarse a través de dos tipos diferentes de interacción. En el primer escenario, el individuo busca disfrutar de la experiencia del espacio, ya sea en su propio entorno o en los espacios públicos del proyecto. En el segundo escenario, el individuo busca interactuar con otros individuos, ya sea en su propio entorno o en los espacios públicos del proyecto. Lo que claramente diferencia la situación uno de la situación dos es que en el segundo escenario el individuo está acompañado, mientras que en el primero no lo está. Sin embargo, las características comunes de ambos escenarios son que en ambos casos el individuo tomó una decisión propia y en ninguno de los dos dejó de participar en el tratamiento.

Una vez establecido que la mejora del paciente es un proceso individual y a su propio ritmo y que independientemente de que, si decide integrarse a otras personas o no va a seguir siendo parte del tratamiento, la estrategia conceptual propone la "**integración optativa**". Esto significa que existen diferentes opciones de tratamiento donde cada individuo decide qué tipo de enfoque necesita. Por un lado, está la opción de estar parcialmente aislado, interactuando con el entorno natural y consigo mismo. Por otro lado, está la opción de integrarse a la comunidad de pacientes y mejorar junto con el resto de las personas. Como se mencionó anteriormente, cada proceso es único y los adolescentes deben tener la oportunidad de elegir cómo mejorar. Para acabar de entender la integración optativa se manejan algunos conceptos adicionales:

### **Aislamiento Parcial:**

El individuo forma parte integral de las terapias dirigidas por un profesional, manteniéndose en un entorno terapéutico que le permite enfocarse en su crecimiento personal. En todo momento esta resguardado por los profesionales a cargo del centro, se le proporciona espacios íntimos donde puede relajarse y llevar a cabo autoevaluaciones. Se autodefine como aislamiento parcial porque, aunque no es participe de las actividades colectivas directamente, el individuo puede ver, escuchar y participar indirectamente de ellas si desea.

### **Integración Optativa:**

Se presentarán días en las que el paciente optará por integrarse a la comunidad que se desenvuelve en el entorno del centro. La integración del paciente es optativa porque los elementos arquitectónicos como muros, patios, pasillos y plataformas constituirán espacios propicios para entablar relaciones significativas y promover el contacto con otros individuos presentes en el centro si es que se desea. Se habilitarán espacios determinados donde múltiples personas mostrarán su disposición para escuchar y ser escuchadas, y estas circunstancias permitirán el desarrollo de habilidades sociales, el fortalecimiento de vínculos interpersonales y la adquisición de recursos para el afrontamiento de diversas situaciones de la vida cotidiana.

## **CAPÍTULO 4.2: ESTRATEGIAS ARQUITECTÓNICAS**

Como se mencionó en el capítulo 3 el centro experimenta una condición donde según la (AEPCP, 2015) tiene que llegar a un equilibrio entre la excesiva indulgencia vs. control autoritario, la forma de racionalizar esta idea es que la arquitectura debe garantizar la seguridad de las personas que utilizan el centro de manera muy estricta para evitar tragedias, pero las personas en el centro deben sentirse en un espacio libre de expresión y desahogo emocional. Por esta razón las estrategias arquitectónicas funcionan en base a la seguridad y plenitud de los pacientes del centro. Los elementos que se manejan para brindar seguridad y plenitud son los siguientes:

### **CAPÍTULO 4.2.1: MOVIMIENTO DE TIERRA Y PLATAFORMAS**

Los límites del proyecto no deben reflejar barreras físicas sino simbólicas, la estrategia que se utiliza en el centro es jugar con la morfología del terreno y con el movimiento de tierra, de esta manera el proyecto se esconde 2 o 3 metros sobre el nivel natural del suelo y los límites no son más que taludes que separan el terreno de sus colindantes, y para complementar se usa vegetación del lugar que contenga las franjas para que se mantengan como un elemento que siempre ha existido en el lugar.

Esto también evita imponerse en el lugar de implantación como un elemento que cree barreras visuales y que opaque la condición natural del sector.

Este movimiento de tierras se complementa con las plataformas que permiten compensar las irregularidades del terreno y establecer bases estables para la construcción, además influye en el nivel freático y ayuda a la humedad en el sector, al construir estas plataformas se mejora la accesibilidad al centro y permite bajar sus niveles con facilidad, también le ofrece un valor importante a la arquitectura, permitiendo resaltar la materialidad y creando un conjunto de escalonamientos que resaltan las vistas al territorio, por último y más importante las plataformas permiten esconder el centro del exterior pues para los transeúntes no es más que otra fachada de la calle principal, el sentido de esto es mantener la privacidad de los pacientes y brindarles seguridad.

### **CAPÍTULO 4.2.2: MUROS**

Un aspecto crucial para el desarrollo del proyecto son los recorridos y el cómo plantear la circulación como algo simple pero funcional, por esta razón se determinaron 3 zonas centrales que funcionan como activadores del proyecto, son las zonas de control, alrededor de estas zonas se manifiestan un conjunto de muros que distinguen los lugares públicos y los privados y los servidos de los servidores.

1. Privados: Los espacios privados hacen referencia a las estancias de los pacientes, estos están conectados directamente a través de los muros con las zonas centrales o de seguridad del proyecto, estos muros además de brindar confort y delimitar zonas crean amplios pasillos donde se puede interactuar con las personas y dividen las estancias de cada bloque para generar privacidad.
2. Públicos: Los espacios públicos son todos aquellos donde existe interacción entre los pacientes del centro y el entorno natural, estos espacios, aunque estén separados por distintos niveles siempre tienen conexiones guiadas por los muros que crea recorridos ambiguos donde la intervención de la naturaleza también se ve afectada, los muros en el espacio público cumplen el rol de generar situaciones de encuentro y de desorden, todo esto para que la experiencia de transitar lo público no sea monótono y siempre exista una ruta alternativa que descubrir para llegar a los espacios de encuentro o las terapias.
3. Servidos: Cuando se habla del espacio arquitectónico que está destinado a ser ocupado o utilizado por las personas o usuarios se propone el trabajo con el vacío que genera el muro, por

el mismo motivo las áreas públicas, las estancias de los pacientes, los espacios de talleres, las zonas de circulación, los jardines, entre otros están delimitados por los muros, pero no son parte de estos.

4. Servidores: Hace referencia a las áreas o elementos que están dentro del muro, pues para proporcionar más libertad en los espacios servidos, se amplió tamaño de los muros para contener los sistemas del proyecto, las instalaciones eléctricas, las redes de comunicación, los sanitarios, entre otros. Los muros además de ser estructura funcionan para mantener un orden en el proyecto.

### **CAPÍTULO 4.2.3: PATIO**

El patio desempeña un papel crucial al complementar y vincular los diferentes bloques que conforman el conjunto destinado a los pacientes. En este contexto, el patio cumple una función primordial al proporcionar iluminación y ventilación entre dichos bloques, actuando como un elemento conector que promueve la entrada de luz natural y la circulación de aire fresco. Este espacio se concibe como un contenedor de naturaleza, generando áreas abiertas y verdes en contraste con los muros que lo rodean.

Además, el patio se concibe como un umbral que establece una transición entre lo privado y lo público. En este entorno, se fomentan relaciones de encuentro, participación y socialización, donde las personas pueden interactuar y formar parte de una comunidad cohesionada. El patio se impone como el vacío que propicia la creación de un sentido de comunidad y fortalece los lazos entre los pacientes dentro del centro.

### **CAPÍTULO 4.2.4: JARDÍN**

El jardín es un elemento indispensable, los distintos tipo de jardines en el proyecto cumplen funciones diferentes, ya sea un jardín individual para meditar y contemplar el paisaje, o un jardín lleno de plantas y árboles medicinales, o una serie de jardines que sirvan como paseos arbolados y áreas de cultivo, o jardines de ocio y entretenimiento, o en la forma que el jardín desee presentarse estos cumplen el rol de expresar belleza y armonía en el centro pues son extensiones de la arquitectura y por tanto, parte de ella. Dentro de los jardines existen series de plantas y cultivos que se debe destacar porque son propias del lugar, medicinales, y aportan valor nutricional, como puede ser:

#### Valor Nutricional:

1. Papas autóctonas: Estas papas ofrecen varios nutrientes importantes para una alimentación equilibrada como carbohidratos, fibra, proteínas, vitaminas, calorías y minerales.
2. Ishpingo: Una planta tuberosa nativa de los Andes, reconocida por sus tubérculos comestibles y su valor nutricional.
3. Quinua: Un grano andino rico en proteínas y nutrientes, utilizado como alimento básico en varias culturas de la región.
4. Melloco: Otro tubérculo andino utilizado en la alimentación, apreciado por su sabor y textura.
5. Chirimoya: Este árbol frutal produce una fruta tropical comestible, famosa por su sabor dulce y cremoso. Es rica en vitamina C y minerales como el potasio y el magnesio.

#### Valor Medicinal:

6. Romero: Una planta aromática con propiedades empleada para tratar dolores musculares y mejorar la circulación.
7. Matico: Una planta con propiedades antisépticas y antiinflamatorias, usada para el tratamiento de heridas y afecciones de la piel.
8. Achicoria: Una planta con propiedades diuréticas y digestivas, empleada para tratar problemas gastrointestinales.
9. Manzanilla: Una planta conocida por sus propiedades sedantes y digestivas, utilizada para aliviar el estrés y problemas digestivos.
10. Uña de gato: Esta planta trepadora es conocida por sus propiedades medicinales, especialmente por sus efectos antioxidantes y antiinflamatorios.
11. Arrayán: Este arbusto se utiliza en la medicina tradicional como astringente y para tratar problemas digestivos.
12. Ruda: Se utiliza para aliviar dolores menstruales, trastornos digestivos y como repelente de insectos.

## **CAPÍTULO 4.3: ESTRATEGIAS PSICOLÓGICO ESPACIAL**

Según el reconocido psicólogo ambiental James J. Gibson, "la arquitectura es una herramienta poderosa que puede influir en nuestra experiencia psicológica y emocional del entorno construido" (Gibson, 1994, p. 56). En su obra seminal "La percepción del entorno: Ensayos sobre la ecología visual", Gibson destaca la importancia de la interacción entre el entorno físico y la psicología humana. Esta relación se vuelve especialmente relevante al considerar la creación de un centro de salud mental que está enfocado en la prevención de suicidios, pues una vez definido el tratamiento a seguir el siguiente paso es establecer el tipo de arquitectura que va a acompañar a las personas en su recuperación.

La arquitectura adecuada para este centro debe, en términos de diseño espacial, potenciar la iluminación y materiales, además de combinarlos con la distribución de espacios, esto puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de un ambiente terapéutico, que facilite la privacidad, la comodidad y la seguridad para los pacientes. Además, la utilización de elementos arquitectónicos que fomenten la conexión con la naturaleza y la inclusión de espacios tranquilos y acogedores como los jardines pueden contribuir a mejorar el bienestar emocional de los individuos que buscan tratamiento. En resumen, la combinación de la arquitectura y la psicología en un centro de salud mental se convierte en un factor clave para promover la curación y el bienestar de los pacientes (Gibson, 1994).

### **CAPÍTULO 4.3.1: MATERIALIDAD**

La elección de materiales adecuados en un centro de prevención de suicidios puede tener un valor terapéutico significativo al crear un entorno que promueva la curación y el bienestar emocional de los pacientes.

#### **1. Madera:**

La madera en el proyecto se encuentra en el revestimiento de las habitaciones, en los techos o en los lugares que necesitan más calidez como lugares de terapias, esto debido a que es un material cálido de naturaleza que puede tener un efecto calmante en el estado emocional de las personas. Según Roger Ulrich, profesor de arquitectura y psicología ambiental, "la madera tiene el potencial de proporcionar un entorno que induce a la relajación y puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés" (Ulrich, 2017, p. 112). Además, la madera puede evocar una sensación de conexión con la naturaleza, lo que contribuye a una mayor sensación de tranquilidad y bienestar.

## 2. Piedra:

La piedra en el centro se encuentra en el piso y las plataformas, además de estar en las zonas más introspectivas del proyecto, esto porque la presencia de piedra en el entorno arquitectónico puede tener un impacto positivo en el estado de ánimo y la estabilidad emocional de las personas. Según Francis Duffy, arquitecto y experto en diseño terapéutico, "la piedra puede transmitir una sensación de solidez y arraigo, brindando una sensación de seguridad y estabilidad psicológica" (Duffy, 2015, p. 78). La utilización de piedra en espacios terapéuticos puede proporcionar una sensación de conexión con la tierra y la fortaleza, lo que puede ser reconfortante para aquellos que buscan apoyo emocional.

## 3. Ladrillo:

El ladrillo, es el material más importante del proyecto, este compone la mayoría de los muros, esto se debe a que puede evocar una sensación de familiaridad y calidez. Según el arquitecto Louis Kahn, "el ladrillo quiere ser una arquitectura", sugiriendo que este material tiene una calidad innata que se conecta con nuestra identidad y nos proporciona un sentido de pertenencia (Kahn, 1991). Desde la perspectiva de la psicología ambiental, el psicólogo Roger Ulrich ha demostrado que los entornos con materiales naturales como el ladrillo pueden tener efectos positivos en la reducción del estrés y la mejora del bienestar emocional de las personas (Ulrich, 1991).

En resumen, la elección de materiales como la madera, la piedra y el ladrillo en un centro de prevención de suicidios es fundamental ya que esto complementa y acompaña a los procesos de terapia en todo momento, pues el valor terapéutico al crear un entorno arquitectónico y psicológico es fundamental, este va a promover la relajación, la estabilidad emocional, la conexión con la naturaleza y una sensación de seguridad. Estos materiales contribuyen a la creación de un ambiente acogedor y tranquilizador que respalda las terapias propuestas.

## **CONCLUSIONES:**

En conclusión, es fundamental destacar la gravedad de la situación de los casos de suicidio adolescente en la provincia de Pichincha, Ecuador, y su estrecha relación con los trastornos y la sintomatología depresiva que no se están tratando adecuadamente en el país. El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública con un aumento constante de casos cada año, especialmente entre los jóvenes y adolescentes. Las tasas de suicidio son más altas en las áreas urbanas de la Sierra y la Amazonía, y en particular en la provincia de Pichincha. Por lo tanto, es crucial abordar estos problemas de manera integral y brindar el tratamiento necesario para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes ante este fenómeno.

En este sentido, el establecimiento de un centro para la prevención del suicidio adolescente en Ecuador se vuelve de vital importancia para afrontar el creciente problema de suicidio en esta población. Este centro permitiría enfocarse en las necesidades específicas de los jóvenes y brindarles el apoyo necesario para reducir las tasas de suicidio. Además, contribuiría a reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental al normalizar la búsqueda de ayuda y proporcionar un entorno seguro y confidencial donde los jóvenes puedan compartir y abordar sus problemas. Asimismo, el centro ofrecería información y recursos útiles para fortalecer su resiliencia. De esta manera, se convertiría en un lugar donde los jóvenes pueden encontrar un propósito, fortalecer su voluntad de vivir y recibir un tratamiento de calidad centrado en la preservación de la vida.

Al buscar el lugar ideal para ubicar el centro, destaca la relevancia de Nono, un lugar con una rica historia y una población modesta que se destaca por su belleza escénica, con majestuosas montañas, ríos, cascadas y canteras que rodean la parroquia. Los habitantes locales reciben con beneplácito a quienes ingresan a su territorio. Estas características ofrecen vistas impresionantes y una amplia gama de actividades al aire libre, con espacios únicos como parques naturales y extensas áreas verdes que brindan un entorno tranquilo y protegido. Esta combinación de elementos naturales y una población controlada y enfocada en el desarrollo crea un ambiente propicio para establecer una conexión profunda con la naturaleza y la comunidad y por tanto un centro de salud mental.

En cuanto al tratamiento del suicidio adolescente, se destaca la terapia dialéctica-conductual (DBT) como el enfoque más efectivo para abordar los problemas de autolesión y riesgo suicida. Esta terapia, que combina el cambio conductual con la aceptación de las condiciones, ha demostrado resultados positivos en la reducción de las autolesiones, la disminución de la hospitalización psiquiátrica y la

mejora de los síntomas asociados con el trastorno límite de la personalidad y la depresión. Además, la DBT se caracteriza por su enfoque en la familia como apoyo primario, la inclusión de estrategias de coaching entre pares y la retención de los adolescentes en el tratamiento. Estos hallazgos respaldan la importancia de implementar la DBT como una opción terapéutica eficaz para abordar los problemas de salud mental en los adolescentes.

Por último, se hace notorio el vínculo sólido entre la arquitectura y la psicología para proporcionar un entorno físico que refleje la calidad y la atención del tratamiento. Se plantea la necesidad de brindar seguridad física y emocional a los adolescentes que acuden al centro, y se destacan estrategias conceptuales desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes. Desde la perspectiva de los profesionales, se enfatiza en el control de las terapias y los tratamientos. Por otro lado, desde la perspectiva de los pacientes, se resalta la importancia de permitirles mejorar a su propio ritmo y elegir diferentes opciones de tratamiento. Se propone la integración optativa, que ofrece tanto aislamiento parcial como integración en la comunidad de pacientes, para respetar el ritmo individual de cada adolescente y brindarles la oportunidad de elegir su camino hacia la mejora.

En resumen, la arquitectura debe establecer un vínculo sólido con la psicología para abordar de manera efectiva el preocupante tema del suicidio adolescente en Ecuador. Se requiere una colaboración integral entre diversas disciplinas, reconociendo la importancia y otorgando igual calidad e importancia tanto a las terapias psicológicas como a las soluciones espaciales propuestas por la arquitectura. Ante el creciente fenómeno del suicidio en Ecuador, es fundamental que los profesionales de la arquitectura trabajen en conjunto con otros especialistas para desarrollar estrategias integrales que aborden tanto los aspectos clínicos como los espaciales de los centros de salud. Solo a través de esta colaboración multidisciplinaria podemos enfrentar de manera efectiva el desafío de la salud mental y sus componentes, buscando mejorar la calidad de vida y brindar un entorno propicio para la recuperación y el bienestar de los adolescentes en riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Linehan, M. (1993). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta. Edición en Castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. 2003. Ed. Kairós.
- Koldobsky, N. M. (2004). Aspectos de la etiología de los desórdenes o trastornos borderline o límite de la Personalidad. Parte I. *Revista Persona*, 25-34.
- Dimeff, L.A. & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. New York: Guildford Press.
- Lynch T., Trost W., Salsman N., & Linehan M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. 3, 181–205.
- AEPCP. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 51-61, 2015, 1(1), 51-61.
- American Psychiatric Association. (21 de 03 de 2023). *American Psychiatric Association*. Obtenido de <https://www.psychiatry.org/search-results?searchText=depression>.
- Castell, C. (Marzo de 2020). Science Direct. *Gaceta Sanitaria*.
- duffy, f. (2015). *Designing for mental health: An evidence-based approach*. Londres: Routledge.
- Elices , M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el TLP. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152.
- GAD, P. (2015). *PDOT Nono*. Quito.
- Gibson, J. J. (1994). *La percepción del entorno: Ensayos sobre la ecología visual*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Nono. (2020). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial 2020-2024*. Nono: Productivo Carlos Gutierrez.
- INAMHI. (28 de mayo de 2023). *Informe climático de Nono*. Obtenido de [www.inamhi.gob.ec](http://www.inamhi.gob.ec).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (25 de 03 de 2023). *INEC*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas>.
- Kahn, L. I. (1991). *Conversaciones con estudiantes*. Madrid: La Fábrica.
- MedlinePlus. (s.f.). *Depresión en los adultos mayores*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article>
- Ministerio de Inclusión Económica y social. (s.f.). *Dirección Población Adulta mayor*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor>

- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Lineamientos Operativos para la Atención de Personas con Intención Suicida*. Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud .
- Monard, S. (2010). *Karl Kohn: arquitecto, Diseñador, Artista*. Quito, Ecuador: PUCE.
- Páramo, M. d. (2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión*. Santiago: Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN.
- Torres, R. P. (2019). *Dinámicas territoriales del Chocó Andino del DMQ*. Quito, Ecuador: Consorcio para el desarrollo sostenible de la Ecorregión Andina (CONDESAN), Secretaría de Ambiente del MDMQ y Fundación Imaymana.
- Ulrich, R. S. (1991). *Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes*. In J. A. Wise, L. M. Stanley, & L. C. Breitner (Eds.), *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*. Texas: Springer.
- Ulrich, R. S. (2017). *Biophilic design: The theory, science and practice of bringing buildings to life*. Hoboken: NJ: John Wiley & Sons.