

# **CENTRO DE INTEGRACION SOCIAL**

**LUGAR DE ENCUENTRO PARA LA COMUNIDAD E INSTANCIA  
DE REHABILITACIÓN PARA EL DISCAPACITADO PSÍQUICO  
ÑUÑO A**



**MEMORIA DE TITULO / 2005 / Autor. Gloria Rojas D./ Prof. Guía. Yves Besancon**

# **CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL:**

REHABILITACIÓN DEL DISCAPACITADO PSÍQUICO Y LUGAR DE  
ENCUENTRO PARA LA COMUNIDAD - ÑUÑO A

**MEMORIA DE TÍTULO**

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

Profesor Guía. Yves Besancon

Alumna. Gloria Rojas Damm


Junio / 2005





# ÍNDICE

<b>00. PREÁMBULO</b>	Discapacidad y conciencia	<b>07</b>
<hr/>		
<b>01. METODOLOGÍA</b>		<b>09</b>
<hr/>		
<b>02. SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL</b>		
O.2.1	Salud, salud mental y enfermedad mental	11
O.2.2.	Enfermedad mental y discapacidad psíquica	12
O.2.3	Salud mental y arquitectura	15
O.2.3.1	Enfermo Mental, su relación con el espacio y rehabilitación	17
<hr/>		
<b>03. HACIA UN MODELO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL</b>		
O.3.1	Contexto histórico	22
O.3.2	La reforma de Salud Mental en Chile	24
O.3.2.1	Plan Nacional de salud mental y Psiquiatría	24
O.3.2.2	Redes de Atención	27
O.3.2.3	Clubes de Integración Psicosocial	29



# ÍNDICE

<b>O4.</b>	<b>APROXIMACIÓN AL LUGAR</b>	<b>33</b>
O.41	Estructura y Funcionamiento de la Comuna de Ñuñoa	34
O.41.1	Organización del Sistema de Salud en la Comuna	40
O.4.2	El Terreno	42
<hr/>		
<b>O5.</b>	<b>EL PROYECTO</b>	<b>49</b>
O.5.1	Respecto a la Temática del Proyecto	50
O.5.1.1	Respecto a la Propuesta Programática y funcional	51
O.5.2	Respecto a la Propuesta Arquitectónica	57
O.5.3	Modelo de Gestión	61
<hr/>		
<b>O6.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<hr/>		
<b>O7.</b>	<b>ANEXOS</b>	
O.7.1	Modelo de Atención de Salud	
O.7.2	Modelo de Atención de Salud Mental	
O.7.3	Clubes de Integración Psicosocial	



0.0

## 0.0 DISCAPACIDAD Y CONCIENCIA

Para uno como ser humano que cuenta con todas las facultades, ya sea físicas o mentales, resulta fácil el desplazamiento o el “habitar la ciudad”, ésta está construida y evoluciona para nosotros pero ¿qué pasa cuando no se puede acceder a los diferentes servicios o edificios, plazas y parques debido a que no están habilitadas para, por ejemplo, una silla de ruedas ?

Actualmente se ha comenzado a tener conciencia de las personas que padecen alguna dificultad ya sea para caminar, ver, oír, o en su parte mental, pero esa conciencia no debe ser considerando al discapacitado como un ser “anormal” al que hay que construirle particularmente sino que deben ser considerados como parte de una sociedad que en su composición conlleva a este tipo de personas, es decir, *se construye para el hombre entendiendo que hombre puede ser cualquier ser humano por lo tanto si éste tiene alguna característica diferente ya debe de haberse tomado en cuenta como una posibilidad y por lo tanto ser parte del diseño de las ciudades.* Sólo de este modo lograremos construir ciudades accesibles para todos.

Es así como en la actualidad hay normas y leyes ( algunas básicas todavía ) que nos guían en el diseño de espacios para que estas personas con alguna discapacidad, que han sido hasta el momento y a lo largo de la historia apartadas ( en todos los ámbitos ), sean cada vez menos segregados por ( y de ) los considerados “normales” y así ellas se sientan menos menoscabadas y tengan mayores posibilidades de alcanzar un nivel de vida lo más cercano a lo que es una vida normal, entendiendo que esa normalidad a la que ellos aspiran, para nosotros es lo básico de la vida; lo cotidiano.

Me ha querido referir al tema de las discapacidades y a las dificultades que estas generan en las personas en cuanto a la relación de estas mismas con el lugar que ocupan en la sociedad y por lo tanto en la ciudad, área en la cual la arquitectura puede y debe aportar con la elaboración de instancias y creación de espacios que contribuyan a la libertad del habitar; a la integración e interacción de los discapacitados a y con la comunidad.

**O.1**

## O.1 METODOLOGÍA

Para entender mejor la problemática que abarca el presente tema de título referido a la discapacidad psíquica y su inserción en la sociedad es necesario comprender y conocer el contexto en el cual nos situamos con respecto a lo relacionado con las enfermedades de tipo, psíquico y mental, de manera que el siguiente documento se ordenará en tres grandes temas:

- El primero de ellos referido a la salud mental y más específicamente a las enfermedades psíquicas , en cuanto a discapacidad se trata, las diferentes maneras que tiene de manifestarse y como estas llegan a deteriorar a las personas que las padecen y como se ven apartadas y discriminadas de la sociedad. El cómo estas afectan al individuo en su totalidad y lo importante y determinante que es la etapa de la rehabilitación de estas patologías y también el rol modelador que puede llegar a tener la arquitectura en cuanto a contenedor de personas discapacitadas que requieren de espacios que los acojan amablemente ( al igual que cualquier persona), espacios sanadores.
- El segundo tema tiene que ver con todo lo que es la realidad hoy en Chile en cuanto a Salud Mental, la reforma que se está llevando a cabo no sólo en nuestro país sino que es parte de la humanización que se está teniendo en todo el mundo en lo referido a discapacitados y enfermos mentales, tomando este como el referente que nos situará en un contexto donde la comunidad pasa a tener un rol protagónico ya que a partir de la mayor participación de ella es que estas patologías logran una mejoría sustancial teniendo en cuenta que muchos de estos males no se curan nunca del todo pero que gracias a un trabajo en conjunto entre los discapacitados, equipo de profesionales, de trabajo, las familias y amigos y la comunidad es que estos individuos son re-integrados y “re-incorporados a la vida” .
- El tercer y último punto corresponde al tema y proyecto del título donde se desarrolla todo lo relacionado con el terreno, lugar, programa, gestión y características del proyecto de arquitectura planteado y donde se entrelazan las temáticas de la salud mental insertas, ahora, en la comunidad.



0.2

# SALUD MENTAL Y ENFERME DAD MENTAL

## O.2.1 SALUD Y SALUD MENTAL

Para llegar al concepto de **DISCAPACIDAD PSÍQUICA**, al cual apunta el presente Proyecto de Título, no puedo olvidar que estamos insertos en un tema que concierne a la **SALUD** en todo su significado, y es que al hablar de salud o preguntar por ella, uno muchas veces sobre entiende al estado de la salud referida a una falta de enfermedad física, que afecta al cuerpo, pero se nos olvida que ésta contempla un espectro mucho más amplio; *"La salud es un estado de completo bienestar **físico, mental y social** y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."*<sup>1</sup>

Entonces ¿qué pasa con la **Salud Mental**, la contemplamos dentro de nuestro cuestionamiento?

El concepto de Salud Mental es constantemente asociado a las personas que padecen algún trastorno mental, se le discrimina por eso, pero resulta que sobre todo en la actualidad donde el ritmo de vida es tan agitado, es ésta la que requiere de mayor cuidado.

*"Los conceptos de **salud mental** incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades."*<sup>2</sup>

Actualmente se ha comenzado a tener mayor conciencia de la importancia de la Salud Mental para todos los ámbitos de la vida, tanto individual como colectiva por lo que ésta es de interés de todos y no solamente de los afectados por alguna enfermedad mental ya que *"...en todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente relacionadas."*<sup>3</sup>

Es por estos cambios que los gobiernos y organizaciones han incorporado políticas, programas y legislaciones acerca del tema; es así como la Organización mundial de la Salud declaró el año 2001 como el año de la Salud Mental;

*"La salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva."*<sup>4</sup>

1 En documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en internet: *"Invertir en Salud Mental"*. pág 4.

[www.who.int/entity/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

2 lb.pág.7

3 lb.

4 lb.

### Las Cuatro Estrategias Centrales del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS



Fuente: Documento "Invertir en Salud Mental" de la OMS  
[www.who.int/entity/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

## O.2.2 ENFERMEDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA

Al hablar de **Enfermedad Mental** volvemos a encontrarnos con el peso del **ESTIGMA** que esta conlleva y no sólo para el afectado sino también para sus familias que muchas veces son los encargados del cuidado de estas personas, entonces no pensamos en los **grandes costos tanto económicos como sociales que estas enfermedades tienen**, además de ser complejas por el hecho de afectar la mente de las personas por lo que el pronóstico de ellas es más difícil que si se tratará de una enfermedad física.

Dentro de los enfermedades mentales, sabemos que existen **diferentes tipos que se manifiestan y desarrollan de distintas formas**, cada una con sus síntomas y tratamientos, pero lo que sí es común para muchas de ellas es que;

*"...producen un grado variable de deterioro o restricción en las habilidades de una persona para desarrollar una actividad en la manera considerado normal para un individuo en su propio medio socio-cultural"*

**La mayoría de los trastornos y enfermedades mentales son acentuadas e incluso causadas por un medio negativo que rodea o en el cual se encuentra inmerso el afectado, entonces vemos la importancia del medio tanto físico (construido) como social y psicológico (la comunidad ).**

Dentro de las enfermedades mentales me referiré a los **Trastornos Psiquiátricos severos** como sería la **Esquizofrenia** además de las llamadas **Psicosis**, las **deficiencias mentales**, **depresiones**, etc, ya que **muchas de estas son de larga duración e incluso algunas no desaparecen ni se curan completamente por lo que destinan a los afectados a una vida de enfermedad y tratamiento además de la segregación propia que éstas causan**. Haciéndose muchas de ellas **CRÓNICAS**, lo que significa que son permanentes, además de desarrollar diferentes etapas a lo largo de la vida de las personas, es por esto importante **el pronóstico para poder tratar estos males a tiempo y en un medio adecuado**.

- **DEFICIENCIA:** según la OMS desde el punto de vista de la salud es toda pérdida o anomalía de una escritura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se definen las deficiencias como la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo (ej. estructura) o función corporal (ej. función fisiológica). Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Anormalidad se refiere estrictamente a una desviación significativa de las normas estadísticas establecidas (ej. como la desviación de la media de una población con normas estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

- **DISCAPACIDAD:** Se señala que *"Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a todas aquellas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.* Según la OMS, en su clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales).

- **DISCAPACIDAD PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL:**... señala que "es aquella en la que una persona por sus deficiencias psíquica o mental, física y/o sensorial presenta un menoscabo de su capacidad de inserción en las actividades propias de la sociedad humana, de la familia y/o de los grupos organizados de la sociedad, viendo disminuidas así sus posibilidades para realizarse material y espiritualmente en relación a una persona no discapacitada en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación, condición social y familiar y de igual localidad geográfica."

- **MINUSVALÍA:** Según la OMS, una minusvalía es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

Glosario Fonadis y OMS  
[www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl)

- **ESQUIZOFRENIA:** Enfermedad mental del grupo de la psicosis, de carácter grave, caracterizada por la escisión de la personalidad, trastornos del pensamiento (delirios, alucinaciones) y pérdida de contacto con la realidad. Otras características son la negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambio en las emociones, aislamiento, falta de motivación, angustia y depresión. Entre los factores que se apuntan como responsables están las alteraciones en la química del cerebro y la predisposición genética. El tratamiento se realiza combinando la toma de fármacos neurolépticos con medidas de rehabilitación socio laboral, psicoterapias y apoyo familiar.

Extraído de: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.  
Glosario FONADIS y OMS  
[www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl)



Las **ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS**, conllevan diferentes grados de **deficiencia, discapacidad y minusvalía**, provocando en las personas la imposibilidad de desenvolverse “normalmente” en algunos sentidos, convirtiéndolos en esclavos de ellas. Donde encontramos las **DEFICIENCIAS MENTALES Y DISCAPACIDADES PSÍQUICAS O MENTALES**.

La Discapacidad Psíquica es producto de un trastorno o enfermedad mental donde las personas padecen patologías que afectan principalmente a la personalidad de ellas, por lo cual se hace dificultosa la adaptación de los afectados a su medio, las relaciones sociales y espaciales perdiendo la capacidad de asumir roles sociales.

Dentro de estos **trastornos psiquiátricos severos-crónico** me referiré a la **esquizofrenia** por tratarse de una de las enfermedades de la mente más emblemáticas y desventajosas en cuanto a enfermedades psíquicas se trata, ya que es una de las que arrastra mayor estigma:

**La Esquizofrenia** corresponde a una condición crónica, y **se define como un conjunto de enfermedades** cuyo diagnóstico implica;

*“...el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas peculiares que han estado presentes por un lapso de tiempo determinado, asociados a un deterioro del nivel de adaptación a las exigencias del medio.”<sup>6</sup>*

Esta enfermedad se considera de alto riesgo en cuanto al suicidio debido al menoscabo que arrastra con ella afectando no sólo al afectado sino también al **entorno familiar y social inmediato**.

Ésta puede manifestarse a través de variados síntomas ya sea médicos, neurológicos y psiquiátricos lo que trae como consecuencia la presencia de más de una enfermedad conllevando a otros trastornos como la depresión, abuso de alcohol y drogas, etc.

*“Los síntomas característicos de la esquizofrenia involucran múltiples disfunciones cognoscitivas, y emocionales que incluyen la percepción, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad de disfrutar, la voluntad y la motivación, la atención, y la capacidad de enjuiciamiento de la propia situación...”*

<sup>6</sup> Documento del Ministerio de Salud “Orientaciones Técnicas Para el Tratamiento y Rehabilitación de las personas Afectadas de Esquizofrenia”

*...síntomas que se asocian con dificultades en el funcionamiento social y laboral.”<sup>7</sup>*

Existen diferentes sub-tipos de esquizofrenia que dependerán de los síntomas predominantes en el momento de la evaluación del afectado y que pueden variar a lo largo del tiempo, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

Se ha comprobado que la eficacia del tratamiento de la esquizofrenia dependerá del un diagnóstico correcto y el inicio temprano de un tratamiento que integre las dimensiones farmacológicas y psicosociales, es decir un **TRATAMIENTO INTEGRAL** que tienda a las **intervenciones ambulatorias**.

*“Muchos pacientes requieren tratamiento y cuidado de por vida, on necesidad d apoyo para la realización de una buen parte de las actividaes de su vida cotidiana y de su participación social “<sup>8</sup>*

Por lo que toma importancia las condiciones y estilos de vida (pobreza, institucionalización, etc) de los afectados.

Ésta enfermedad genera un gran medida discapacidad, ya que, generalmente es prolongada (60%). **Estas discapacidades se manifiestan en el funcionamiento social; autocuidado, rendimiento ocupacional, roles sociales y familiares.**

El logro de un tratamiento integral *“no depende sólo del curso clínico de la enfermedad sino, también, de una serie de variables, que corresponden a políticas y comportamientos de la sociedad en su conjunto”<sup>9</sup>*, donde **la integración social juega un rol importante para el éxito de la re-inserción en la comunidad y calidad de vida.**

*“La rehabilitación psicosocial es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la evaluación de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas.”<sup>10</sup>*

**La comunidad puede y debe contribuir y aprender** a través de la psicoeducación, psicoterapias, intervenciones familiares y de amigos, *“.. para así optimizar el desempeño en roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible.”<sup>11</sup>*

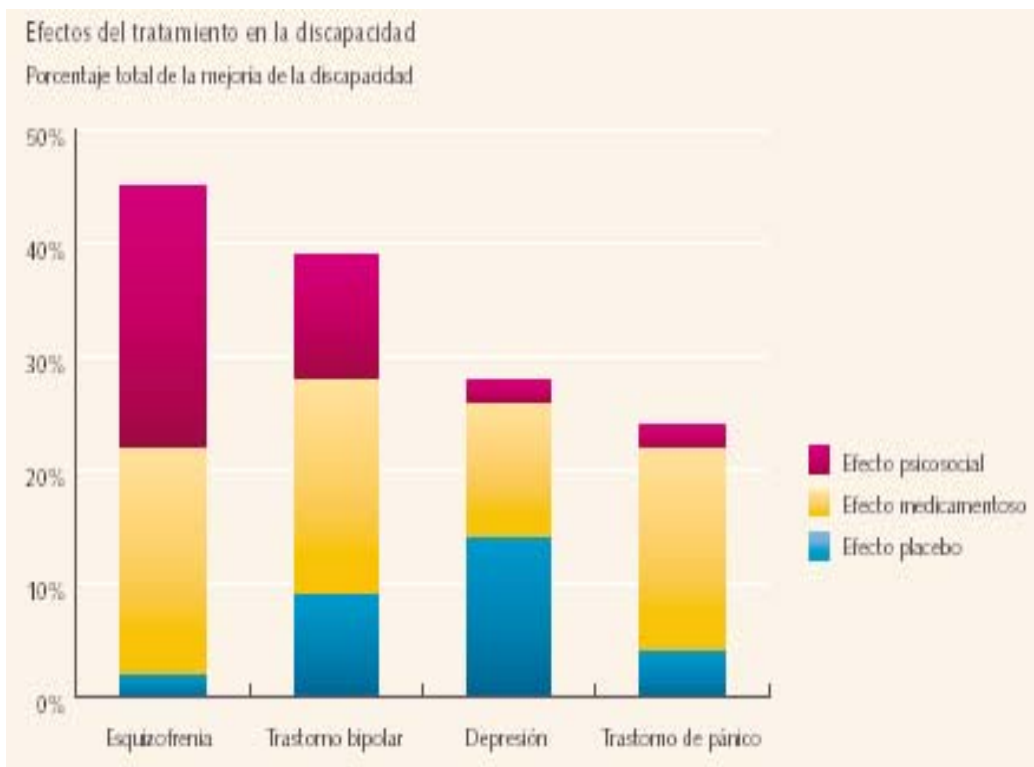
7 Documento del Ministerio de Salud “Orientaciones Técnicas Para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia”

8 lb.

9 lb.

10 lb.

11 lb.



Fuente: Documento "Invertir en Salud Mental" de la OMS  
[www.who.int/entity/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)



# SALUD MENTAL Y ENFERME DAD MENTAL

## O.2.3 SALUD MENTAL Y ARQUITECTURA

*"Las máquinas son guantes vacíos dentro de los cuales puede introducirse una mano, ya sea fría y huesuda o cálida y rolliza. La mano es siempre la mano del hombre y la mano del hombre puede producir tanto el bien como el mal, mientras que los guantes en sí no son morales ni inmorales. La línea divisoria, la elección que haga el hombre, está allí".*

Ray Bradbury  
Profecías de un escritor<sup>12</sup>

Al hablar de Salud Mental y al concluir que esta involucra al hombre en todo su existir, me introduzco en el marco de la ARQUITECTURA que es la parte que concierne al presente **Proyecto de Título** y en este caso específico es la **ARQUITECTURA para la salud**, entendiendo que en la actualidad este tema es bastante complejo ya que está muy normada por su carácter interdisciplinario, implicando a profesionales de distintas especialidades, además de estar condicionada por el **cambio constante** que este tipo de estructuras requieren para responder a las demandas de transformaciones.

Para el hombre la arquitectura es un ámbito importante en cuanto esta es el reflejo de su cultura, la experiencia de la vida queda plasmada en lo construido, lo que se percibe de las cosas, las maneras de pensar y las posturas que se adoptan, es por esto que la influencia de la arquitectura en nuestro habitar toma mayor importancia en cuanto *"...el espacio se constituye en el escenario en donde se desarrollan nuestras experiencias tanto emocionales como corporales."*<sup>13</sup>

La arquitectura para la salud, en este caso para la **SALUD MENTAL**, debe entonces acentuar su interés y poner especial cuidado en la creación de espacios, ya que estos pueden actuar como **condicionantes de conductas**, sobre todo en las **personas afectadas de enfermedades mentales**, ya que ellas son especialmente **vulnerables a su entorno**. No olvidemos que se trata de un mal que afecta a la mente y más específicamente a la personalidad.

<sup>12</sup> Extracto sacado del apunte de Beatriz Sonogo "Los Espacios Curativos"

<sup>13</sup> Martínez, Carolina. en su Memoria de Título: "Centro de Rehabilitación para discapacitados psíquicos: un espacio para el encuentro y la relación. Reestructuración Hospital Psiquiátrico El Peral - Puente Alto" Universidad de Chile. 2003

La salud mental y su bienestar, como ya se mencionó anteriormente, depende de muchos factores y uno de ellos es el **medio construido** en el que se encuentra inmersa.

**La arquitectura juega un rol importante ya que esta puede aportar en la recuperación y rehabilitación de los discapacitados psíquicos actuando como sanadora al contribuir con características positivas al medio físico que puedan ser interiorizadas en el medio psicológico de estas personas.**

Es así como este medio físico que es "*una expresión del sistema social*" debe reflejar el cambio en la concepción de las enfermedades mentales que se viene produciendo, debe hacer patente esta **humanización** donde los factores sociológicos (la trama social) forman parte del diseño de espacios para este hombre generando una morfología urbana y social que no los excluya.

El hombre de por si está condicionado por el medio en el que se encuentra, es una **retroacción** entre su entorno y él. Puesto que la arquitectura es la creadora de espacios habitados por el hombre, debe tener como principal objeto la atención de éste . Así mismo, **al generar espacios para un hombre con una discapacidad mental, sus necesidades, sus apreciaciones y percepciones, deben ser las determinantes de dichos espacios.**

### O.2.3.1 ENFERMO MENTAL, SU RELACIÓN CON EL ESPACIO Y REHABILITACIÓN

El enfermo mental - discapacitado psíquico-esquizofrénico - comienza padeciendo un trastorno o alteración de la personalidad, donde los comportamientos y percepciones espaciales, tanto propios como de los “otros”, considerados “normales” para una persona “sana”, se ven distorsionados por la mente. La realidad puede verse alterada en diferentes niveles según sea el grado de enfermedad o discapacidad, por lo tanto, **la percepción del espacio y entorno también se ven alterados.**

**Entonces los espacios toman importancia en cuanto son los contenedores físicos de la experiencia del enfermo mental y donde se manifiesta exteriormente el proceso interno que éste desarrolla;**

*"Cada cambio en el espacio nos lleva regresivamente a enfrentarnos con el espacio interno, con la significación que el cambiar de lugar tiene para cada sujeto. **A su vez, el espacio con sus características arquitectónicas configura, posibilita tareas, se carga de expectativas, de fantasías, de aspectos inconscientes.** Por eso, cuando se cambia de espacio físico, de lugar, de barrio, de casa, se movilizan profundas ansiedades porque debemos reintroyectar, apropiarnos nuevamente de todo aquello que habíamos depositado en ese lugar."*<sup>15</sup>

(\*)

**Nota:** El reciente texto constituye una síntesis de los principales objetivos, acciones, programa, del "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" implementado por el Ministerio de Salud en conjunto con el Gobierno como respuesta a la reforma producida en el ámbito de la salud.

15 Sonego, Beatriz en su artículo sobre "Los espacios curativos", en línea <http://www.sati.org.ar/newstyle/revista/satitree.html>

16 lb.

Este proceso de exteriorización de la enfermedad mental en relación al espacio/entorno otorga una mayor responsabilidad al medio construido directo donde estas personas habitan ya que las perturbaciones de la mente son especialmente sensibles a todo tipo de estímulos dando con mayor razón un papel que cumplir al diseño de estos espacios aprovechando la condición "*terapéutica del ambiente construido*".<sup>16</sup>

Para considerar los espacios como posibles sanadores del enfermo mental, debemos considerar las alteraciones y desfiguraciones que este desarrolla en su mente **de modo de influir en la transformación de las relaciones de este con los objetos, las personas y los espacios** ya que el tratamiento de las enfermedades mentales busca "...enseñar al sujeto a reorganizar su espacio y así, reorganizar su historia personal"<sup>17</sup>;

De modo de incentivar a las personas afectadas a encontrar MOTIVACIONES que reestablezcan sus lazos con el resto de la sociedad y con ellos mismos así como el medio en donde se encuentran, ya que hay que tener presente que **la rehabilitación de los discapacitados psíquicos** y enfermos mentales en general tiene como principal objetivo la búsqueda de la autonomía e independencia de los afectados.

Entonces dentro de esta búsqueda de la autovalencia son importantes las condiciones de seguridad, de confort, y todas aquellas que puedan influir en la creación de "*espacios acogedores y amigables*"<sup>18</sup>

*"Para la mayoría de los individuos, este **espacio social** se puede ir constituyendo en un espacio **normalizador, sanador, recuperador, integrador y terapéutico**" y va a significar la progresiva construcción de un "espacio de realidad intermedio" entre su mundo psicótico, su posición autista, de aislamiento y retraimiento afectivo, y la revinculación con lo real"*<sup>19</sup>

Si bien la arquitectura no va a sanar a los discapacitados psíquicos ya que este no es su campo y considerando que condiciones físicas negativas en la calidad de los espacios construidos pueden acentuar más las condiciones de regresión, autismo, aislamiento, retraimiento, segregación, etc, **se puede perseguir la creación de espacios con condiciones físicas que potencien la utilización terapéutica espacial** y para ello son importantes algunos factores como: "*nivel de ruido, comodidad térmica, opciones de iluminación, privacidad visual y acústica, acceso a referentes cotidianos, uso de colores apropiados, recreación visual y acústica, acceso a visuales terapéuticas, comunicación con las personas que lo cuidan, contacto directo con los afectos, comodidades para los familiares.*"<sup>20</sup>

17 Martínez, Carolina en su Memoria de Título: "*Centro de Rehabilitación para discapacitados psíquicos: un espacio para el encuentro y la relación. Reestructuración Hospital Psiquiátrico El Peral - Puente Alto*".

Universidad de Chile. 2003

18 Documento "*Orientaciones Técnicas para el Desarrollo de Clubes de Integración Social*" del Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Unidad de Salud Mental. Año 2002

19 Ib.

20 Sonego, Beatriz en su artículo sobre "*Los espacios curativos*", en línea <http://www.sati.org.ar/newstyle/revista/satitree.html>

Además de la escala, la relación de los espacios interiores y exteriores, la forma y composición de los elementos, ya que **dentro de la concepción espacial no se puede dejar de lado la percepción que se logra de los espacios;**

*"Todos los sentidos ayudan a su comprensión ( del conforten espacial), pero la verdadera experiencia del entorno confortable es de carácter vital, está relacionada con el palpitar de nuestro cuerpo, con el desasosiego o la exaltación, con el ahogo o el amplio respiro, con la emoción o la indiferencia que sentimos física y psíquicamente al permanecer en él." <sup>21</sup>*

*"Tramas de luz y sombra, reflejos de color, espacios estrechos o amplios crean en los edificios una poesía que puede experimentarse pero no medirse cuantitativamente." <sup>22</sup>*

Junto con todos estos factores a tener en consideración en el diseño, hay que tomar en cuenta que a la hora de buscar las mejores condiciones físicas para la rehabilitación el objetivo es;

**... aportar con un MEDIO COTIDIANO, es decir, que permita y refleje el día a día en cuanto a experiencia espacial, de relaciones, situaciones y actividades.**

**Ahí está la clave para la sanación de los enfermos mentales, apuntando hacia la INTEGRACIÓN a través de la normalidad de situaciones.**

<sup>21</sup> Sonogo, Beatriz en su artículo sobre "Los espacios curativos", en línea <http://www.sati.org.ar/newstyle/revista/satitree.html>  
<sup>22</sup> Ib.

# SALUD MENTAL Y ENFERME DAD MENTAL

Dentro de los documentos que el Ministerio de Salud publicó para un mejor funcionamiento y aplicación del Plan nacional de salud en Chile, se publicó una serie de recomendaciones para el diseño de espacios para la salud, en la “*Guía de Planificación y Diseño de espacios Asistenciales para el adulto mayor/aspectos de accesibilidad al medio físico y diseño universal*” se refieren a los Criterios de Diseño por tipo de discapacidad;

**Las recomendaciones para las deficiencias mentales** se centran principalmente en que las personas afectadas tienen dificultades para entender la información abstracta la que puede impedir tener una **percepción clara del espacio construido**, es decir la utilización de información escrita, números, letras, etc, puede resultar de difícil codificación. También se plantea la dificultad para orientarse y percibir los espacios y entornos en su totalidad.

Para estas dificultades se propone algunos requerimientos para facilitar la accesibilidad al medio físico como la utilización de **DISEÑOS SIMPLES Y LÓGICOS. Es decir ángulos rectos, visión general, relaciones espaciales esperadas y lógicas, sin muchos cambios de dirección. Que los puntos de orientación sean fáciles de reconocer y recordar a través de la utilización del color o la forma por ejemplo. En general de señalización clara y con la posibilidad de acceder a servicio personalizado de orientación.**

0.3

### O.3.1. CONTEXTO HISTÓRICO

Para comenzar a entender la problemática del proyecto es necesario conocer el contexto en el cual vemos cómo es que llegamos a situarnos en la realidad de las enfermedades mentales hoy.

Desde siempre las personas consideradas “locas” han sido tratadas como seres que no responden al patrón de la “normalidad”, han sido excluidas totalmente de la sociedad siendo apartadas ya sea por considerarse poseídas por el demonio o simplemente sin sus facultades mentales en buen estado.

La “locura” a través de la historia ha tenido diferentes visiones y por lo tanto tratamientos pero lo que no ha variado, sino hasta hace poco tiempo, es **la marginación de los enfermos mentales** hasta convertirlos en alguna época en seres que han perdido sus derechos, seres errantes que son olvidados en lugares como los **ASILOS**, manicomios, lugares considerados para agrupar a estos orates que son de alguna forma una vergüenza para la sociedad.

Dentro de la visión histórica la insanidad mental fue considerada primero como la sin razón, el no tener noción de nada, la pérdida del ser en su totalidad, donde **no se considera un ciudadano en cuanto a los derechos jurídicos y sanitarios**, luego se estimó que la persona era como tal un ser enfermo y por lo tanto tiene un tratamiento y una cura, pero siempre entendiendo que su trato es en **lugares aislados, apartados y ojalá escondidos**, no existía la posibilidad de una visión integradora de ellos.

Estas personas por lo tanto son degradadas al punto de perder sus derechos lo que conlleva a la pérdida de la libertad, que es lo principal que tiene para poder sentirse persona en cuanto a sí mismo y al resto, como parte de la sociedad.

Tenemos entonces, en cuanto a los **lugares físicos**, que estos seres alienados son reclusos en instituciones siguiendo un **modelo de tratamiento asilar**, donde pierden completamente su identidad y **pasan a pertenecer a una masa homogénea de errantes y perdidos**, instituciones que en su composición más que aportar con sus características **denotan aun más la condición de encierro, edificios de grandes proporciones, oscuros, corredores donde los pacientes vagan y pierden su ser hasta no ser partes de la realidad**, realidad que involucra todo tipo de ámbitos; personal, social, etc;



lugares que imponen el terror y pasan a ser lúgubres prisiones donde los **estímulos y motivaciones** que los enfermos mentales necesitan son totalmente nulos lo que los aísla cada vez más hasta prácticamente matarlos en vida.

Vemos como los modelos asilares son un **reflejo de la sociedad**, por lo tanto encontramos que **la arquitectura cumple un rol segregador y carcelario** donde se impone para contribuir al encierro y por lo tanto a la evasión y regresión de los enfermos mentales, vemos como contribuye a la pérdida del individuo y por lo tanto al ser social.

Es a partir del siglo XX que la psiquiatría, entendiéndola como la disciplina que se preocupa de la salud mental en cuanto al **enfermo mental es en su conjunto** (una visión integradora del ser), comienza un cambio en su preocupación por las personas con alguna alteración mental, se preocupa más por el bienestar y por romper con la **estigmatización** hacia ellos, entonces comienza lentamente un proceso de **humanización** centrado en la **DESINSTITUCIONALIZACIÓN** psiquiátrica en donde se plantea que las hospitalizaciones sean menos y el tiempo de ellas también sea de menor período tendiendo a la **ambulatoriedad** además de que hallan menos establecimientos asilares de modo que se centre en el ámbito comunitario donde se encuentren más servicios especializados en hospitales generales y donde **los tratamientos se basan en la comunidad**.

Fue desde el siglo XIX con el psicoanálisis primero y luego en el siglo XX a partir de los años 50s con la aparición de los psicofármacos, que se comienza a reorientar la visión de los males de la mente hacia una condición más humanitaria hacia la comunidad donde la **rehabilitación juega un rol importante en la recuperación** de estas personas y es cuando en los países desarrollados comienzan a legislar en el tema de la psiquiatría, ya que aparecen nuevas corrientes y por lo tanto nuevos modelos donde se reconoce la rehabilitación como un proceso que atañe a la comunidad en cuanto a la existencia de **la cotidianidad como proceso sanador**, en las relaciones, la normalidad, las posibilidades de decisiones, etc.

Entonces se reconoce al Estado como un garantizador y distribuidor de los derechos, y a **la salud como un derecho social para todos sin discriminación**, tanto en términos jurídicos como sanitarios. En la misma lógica, la Organización mundial de la salud (OMS) plantea acciones y políticas para la salud mental poniendo énfasis en la **atención primaria**, que es donde deben tratarse las enfermedades mentales, además de funcionar como una red de servicios en conjunto con la comunidad.

## O.3.2 LA REFORMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

En Chile es a partir de los 90s la reforma de Salud Mental comienza a manifestarse como consecuencia del cambio que se vive en los países desarrollados, partiendo con las políticas y **Plan Nacional de Salud Mental** donde se plantea la **equidad**, la **centralización de las acciones en el usuario**, la **participación social** y la **reestructuración en el ámbito de la atención**, se persigue una **ATENCIÓN INTEGRAL**. Además de plantear que no se abrirán nuevos hospitales psiquiátricos y que **se trabajará con redes de servicios en todo el país incorporando la salud mental a los establecimientos generales de salud**, desapareciendo el modelo asilar, transformando los dispositivos de larga estadía en hospitalizaciones y en servicios de rehabilitación.

### O.3.2.1 PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

En el año 2000 el ministerio de salud junto con el gobierno dan a conocer el “**Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**” poniendo énfasis en la participación comunitaria y por lo tanto en un **MODELO COMUNITARIO** que reemplaza al modelo institucional y planteando una serie de dispositivos para la **promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación** apuntando hacia la **reinserción social del individuo** afectado con alguna enfermedad mental a través de una atención cada vez más ambulatoria en conjunto con **organismos intermedios** entre la institución (hospital) y la comunidad.

Esta nueva estrategia de atención **se centrará en el enfermo mental y en su familia** que son los mayores perjudicados ya que son ellos los que padecen la enfermedad y por lo tanto la **exclusión del medio** o son las encargadas de estos discapacitados teniendo que soportar todo lo que ello conlleva (una persona a veces no autovalente o con dificultades, aislada, sin actividades ni posibilidades de surgir).

**MODELO CENTRADO EN  
HOSPITAL PSIQUIATRICO**

**MODELO CENTRADO EN  
RED SM Y PSIQUIATRIA**

**4 CENTROS DE REFERENCIA  
NACIONAL**

**DESCENTRALIZACION EN 28  
SERVICIOS DE SALUD**

**INTERNACIONES  
PROLONGADAS**

**TRATAMIENTO COMUNITARIO**

**FRECUENTES REINGRESOS**

**PREVENCION DE RECAIDAS**

**FAMILIAS CON POCOS  
RECURSOS (FISICOS,  
PSICOLOGICOS, SOCIALES)**

**FAMILIAS Y USUARIOS SE  
ORGANIZAN Y EMPODERAN**

**AUSENCIA DE CENTROS  
AMBULATORIOS DONDE  
DERIVAR**

**RED: CENTROS APS, EQUIPOS  
DE SALUD MENTAL,  
HOSPITALES GRALES, ETC.**

En los tiempos actuales donde nos vemos inmersos en un rápido proceso de modernización y globalización, las enfermedades mentales-**discapacidades psíquicas**, y la salud mental en general es una importante prioridad para el Estado (dentro de las prioridades de este plan encontramos los *trastornos psiquiátricos severos: esquizofrenia*<sup>1</sup>) debido a los cambios demográficos y epidemiológicos que se suceden y que producen cada vez más expectativas y mayores aspiraciones en las personas por lo que se encuentra un gran riesgo en la estabilidad y desarrollo de la salud mental de la población.

Es por esto que la prioridad entonces del Estado es el bienestar individual y colectivo de todos.

Las enfermedades mentales son entendidas como un producto no sólo de factores biológicos sino que también demográficos y aspectos psicosociales es decir de las características y exigencias del medio social, económico y ambiental por lo tanto el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría apunta hacia la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de ellas **haciendo énfasis en las condiciones físicas y de relaciones con el entorno** ya que estas pueden ser determinantes y favorecer o dificultar el desarrollo de los individuos afectados principalmente.

Es por esto que la Salud Mental es un tema que atañe a todos siendo una interacción de factores y por lo tanto responsabilidad de todos los sectores incluyendo a la **ARQUITECTURA**, ya que es posible mejorar la calidad y el comportamiento social teniendo en cuenta que los avances en el área de la psiquiatría han permitido la crítica y el cuestionamiento a los modelos asilares existentes y por lo tanto a su infraestructura.

Esta **intersectorialidad** que plantea el Plan Nacional, apunta principalmente a la **acción conjunta** del estado coordinado con las diferentes organizaciones y ministerios y la sociedad para promover el desarrollo humano y la participación de pacientes y familiares para la integración familiar y social de las personas afectadas, funcionando en **redes de servicios** que fortalecen los tejidos sociales y mejoran la salud mental.

<sup>1</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en Capítulo 3; **LAS ACCIONES: PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**, subtítulo D referido a **LAS PRIORIDADES DEL PROGRAMA**, pág.50. Apunte del Ministerio de Salud en conformidad con el Gobierno de Chile.

# HACIA UN MODELO COMUNI TARIO DE SALUD MENTAL

Estos cambios que se plantean están centrados en la modificación de condiciones y hábitos hacia una acción más participativa de la comunidad y una mejora en las condiciones psicosociales para así lograr un mayor bienestar teniendo acceso a tratamiento y apoyo necesario para cada familia creando espacios donde las personas convivan con los enfermos mentales. **Aquí es donde el ambiente social toma importancia en cuanto a ser generador de desarrollo y expresión buscando lograr autonomía, identidad, pertenencia y recuperación para que estas personas puedan reinsertarse en la sociedad.**

Para lograr su objetivo y apoyar la gestión del plan, el Ministerio de Salud y la Unidad de Salud Mental proporcionan una serie de documentos reguladores que agrupan normas técnicas, orientaciones, guías metodológicas, manuales y otros para la correcta aplicación del funcionamiento del mismo en redes de servicios.

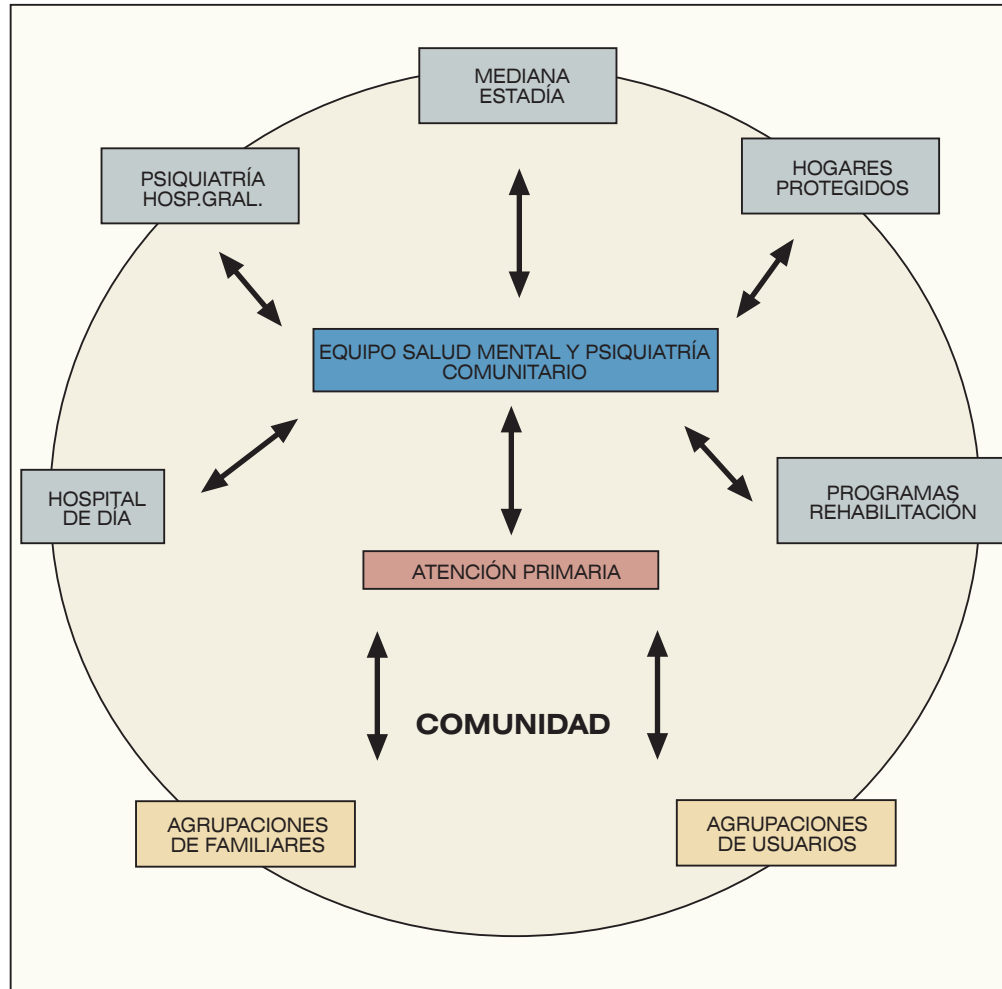
Para una mayor eficiencia en la atención de la salud, esta se organiza en la Región Metropolitana por sectores administrativos encontrando 6 servicios de salud; norte, sur, oriente, occidente, centro y sur-oriente. Cada uno de estos con una unidad de salud mental junto con una serie de dispositivos de atención primaria, secundaria y terciaria.

**Como síntesis de la visión hacia la salud mental hoy, podemos decir que su mantención y bienestar además del tratamiento y su rehabilitación se basa en un modelo centrado en la comunidad como actor principal siendo modelador y determinador de la calidad de vida y por lo tanto es ella la encargada de la re-integración en la sociedad de los afectados.**

(\*)

(\*)  
**Nota:** El reciente texto constituye una síntesis de los principales objetivos, acciones, programa, del "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" implementado por el Ministerio de Salud en conjunto con el Gobierno como respuesta a la reforma producida en el ámbito de la salud.

# MODELO COMUNITARIO RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA



### O.3.2.2 REDES DE ATENCIÓN

Para acompañar y hacer efectiva la reforma en la Salud Mental y la aplicación del Plan Nacional de Salud, se requiere una **Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría**, que debe ser parte de la red de salud general, para la satisfacción de las necesidades de la población en donde se proporcione una amplia gama de prestaciones que se coordinen de manera efectiva en cuanto al intercambio de información y grado de competencia.

*"El **concepto de red** alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la **necesidad básica de crear lazos** y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes."*

El nuevo modelo de atención tiene su eje en las prestaciones y servicios de un CONJUNTO de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos y organizaciones de auto-ayuda es por ello que la red debe articularse coherentemente para asegurar la diversidad en la atención para el paciente y su familia y la continuidad de los cuidados.

Debe existir un servicio de salud mental y psiquiatría ambulatoria en cada servicio de salud que estará a cargo de una población y un área geográfica definida. De importancia es mencionar que la red de servicio funcionará de manera más adecuada en la medida que existan una gama diversa de instancias donde participen los usuarios y familiares.

*"Es fundamental el **rol de las agrupaciones de usuarios y familiares** en una red servicios de salud mental y psiquiatría, no sólo como agentes reguladores sino también como proveedores de servicios, especialmente en el ámbito de alternativas residenciales, centros diurnos, **clubes de integración social**, y grupos de autoayuda."*

## EVIDENCIA SOBRE HOSPITAL PSIQUIATRICO Y RED DE SM Y PSIQUIA TRIA

	HOSP PSIQ	RED SM Y PSIQ
MEJORIA CLINICA EPISODIO AGUDO	+++++	+++++
REHABILITACION SOCIAL Y LABORAL	++	+++++
CONTINUIDAD ATENCION	+	+++++
MEJORIA A LARGO PLAZO	++	+++
PREVENCION SUICIDIO Y VIOLENCIA	++	++++
DESESTIGMATIZACION	+	+++++
ATENCION INTEGRAL DE SALUD	+++	+++++

Fuente: Presentación del Servicio de Salud. Modelo Comunitario de Salud Mental. Minsal  
[www.minsal.cl-link de Salud Mental](http://www.minsal.cl-link-de-Salud-Mental)



Como ya mencioné anteriormente, la red de servicios de Salud Mental y Psiquiatría será incorporada a la estructura de la red de atención general por lo que las prestaciones a la Salud Mental serán en forma habitual en los siguientes establecimientos:

- Posta rural
- Consultorio rural
- Consultorio general urbano
- Servicio de atención primario de urgencia
- Hospital general tipo 3 ó 4
- Servicio de urgencia

Además cada red incluirá estructuras específicas de Salud Mental y Psiquiatría:

- Centro comunitario de salud familiar (COSAM)
- Unidad Clínica de Psiquiatría y salud mental ambulatoria
- Servicio Clínico de Psiquiatría de corta estadía
- Hospital de día

Será necesario que cada paciente pueda acceder a un servicio de mediana estadía para efectos de terapias y rehabilitación.

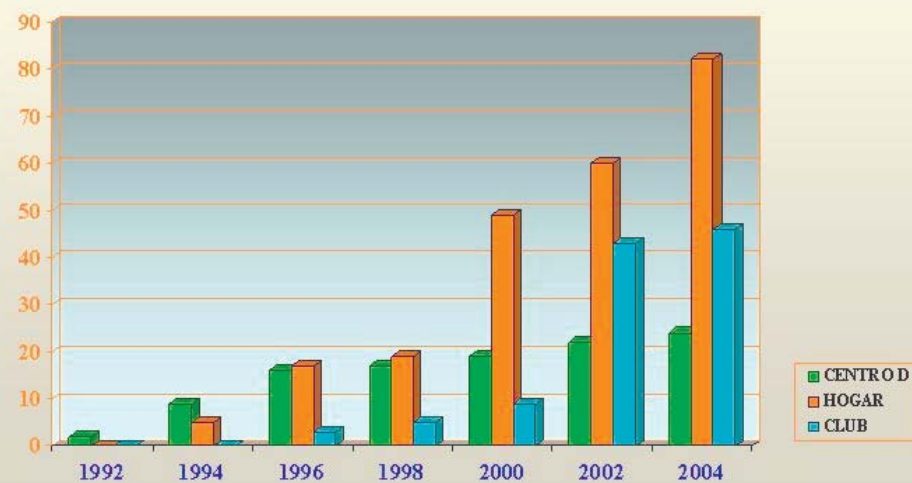
La red estará compuesta además por **instituciones de rehabilitación:**

- Hogar protegido
- Centro diurno de rehabilitación psicosocial
- Comunidad terapéutica
- Grupos de autoayuda
- Agrupaciones de familiares
- Taller protegido

Para realizar las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de salud mental y psiquiatría en cada territorio se considerarán:

- Clínica psiquiátrica
- Club de integración social
- Centro educativo y terapéutico
- Centro de rehabilitación laboral
- Empresa con puestos de trabajo protegido
- Organizaciones sociales y comunitarias

### DESARROLLO PROGRAMAS REHABILITACION: CENTROS DE DIA, CLUBES SOCIALES Y HOGARES



Fuente: Presentación del Servicio de Salud. Modelo Comunitario de Salud Mental. Minsal  
[www.minsal.cl-link de Salud Mental](http://www.minsal.cl-link de Salud Mental)

Dentro de las instituciones para la **REHABILITACIÓN**, para efectos del tema de título, me centro en aquellas destinadas para **discapacitados psíquicos-esquizofrénicos** principalmente en donde se encuentran los HOSPITALES DE DÍA, centros diurnos de rehabilitación psicosocial, **LOS CLUBES SOCIALES**, las organizaciones sociales y comunitarias y las agrupaciones de familiares y amigos. En donde estas deben contar con *apoyo técnico y financiero favoreciendo el desarrollo organizacional, terapéutico y rehabilitatorio.*(\*)

### O.3.2.3. CLUBES DE INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL

Los diferentes dispositivos de la red de servicio se encuentran en y para la comunidad para relacionarse con las *dinámicas normales de la vida de las personas*.

Es por esto que las personas afectadas con enfermedades severas como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que tienen dificultad durante todo el proceso de su enfermedad en cuanto a su **ROL SOCIAL**, requieren de intervenciones integradas en procesos terapéuticos que involucra distintas estructuras de los servicios de salud. Por esto es que las enfermedades severas y con tendencia a la cronicidad, necesitan sobretodo la participación del estado conjunto a la comunidad en donde el servicio de salud pase a ser uno más.

Todas las instituciones de rehabilitación antes mencionadas corresponden a **estructuras intermedias** situándose entre los procesos de hospitalización y **la búsqueda de la independencia dentro de la comunidad.**

La INSTANCIA DEL CLUB SOCIAL es una *respuesta que no requiere gran especialización técnica pero que es muy efectiva en el logro de mayor autonomía para las personas y una mejor integración en la comunidad ya que favorece la desestigmatización de los discapacitados psíquicos.*

(\*)

**Nota:** El texto referido a la Red de Atención constituye parte del "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" por lo que se extrajo la información de dicho apunte en complemento con el apunte referido al "Estudio de Red Asistencial" también implementado por el Ministerio de Salud.

**Sandra, la operadora Comunitaria  
le enseñó a hacer esta huerta en el patio de  
su casa, mientras su hermana, ayuda en la cosecha**



**Sandra, le hizo hacer dictados , estudiar  
matemáticas, salir a la plaza a pasear cada tarde, a  
hacer su cama , levantarse temprano , bañarse y  
también ir a trabajar en la empresa Renueva Vida**

Fuente: Presentación de Red de Servicio de Salud de Talcahuano.. Modelo Comunitario de Salud Mental.Minsal  
[www.minsal.cl-link](http://www.minsal.cl-link) de Salud Mental

*"...Sus propósitos son la socialización e inclusión de los participantes en actividades en las que el tiempo libre y el quehacer se estructuran de una manera sana y protectora y, en lo posible, de la forma más parecida a la vida social de las demás personas."*

Para las personas afectadas de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el deterioro además de ser consecuencia de las propias enfermedades, y la condición crónica de ellas se ve acentuada por la falta de **espacios para la rehabilitación psicosocial**, donde las principales falencias se ven en el autocuidado, el rendimiento ocupacional y en el rol familiar y social de los afectados.

Es por esto necesario romper con la barrera de estigmatización hacia estos afectados dándoles **un lugar en el núcleo de desarrollo de la población: LA COMUNIDAD** y para ello la prevención terciaria (rehabilitación psicosocial) de las personas con discapacidad psíquica constituye un elemento central hacia la integración social plena.

Los clubes de integración social persiguen a través de **la interacción de los afectados y la comunidad, una integración de ellos a los actos y situaciones cotidianas para generar la aparición y práctica de conductas adaptativas** (entrenamiento de habilidades relacionales) las que encuentran en espacios naturales de convivencia favoreciendo la inserción.

Persigue tomar un lugar en la dinámicas del afectado produciendo cambios en su funcionamiento psíquico y establecer relaciones con los otros y su entorno y por lo tanto generar el **sentido de pertenencia**.

*"Para la mayoría de los individuos, este espacio social se puede ir constituyendo en un espacio "normalizador, sanador, recuperador, integrador y terapéutico" y va a significar la progresiva construcción de un "espacio de realidad intermedio" entre su mundo psicótico, su posición autista y retraimiento afectivo, y la revinculación con lo real." (\*)*

(\*)

**Nota:** Lo referente a los "Clubes Sociales" de Integración Psicosocial constituye un resumen de este dispositivo de rehabilitación extraído del documento del Ministerio de Salud referido a "Orientaciones Técnicas Para el Desarrollo de Clubes de Integración Social", en complemento con el "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría"

## TRABAJADORES DE LA MICROEMPRESA SOCIAL



**Afirma que gana  
120 mil pesos  
mensuales con  
contrato a  
honorario**

**El entrevistado es usuario  
y supervisor de la  
empresa RENUEVA VIDA,  
un orgullo para la red de  
salud mental de  
Talcahuano.**



Fuente: Presentación de Red de Servicio de Salud de Talcahuano., Modelo Comunitario de Salud Mental.Minsal  
[www.minsal.cl-link de Salud Mental](http://www.minsal.cl-link de Salud Mental)

# C L U B E S I N T E G R A C I Ó N S O C I A L

<b>Concepto</b>	<p>Espacio de encuentro destinado a facilitar las relaciones interpersonales de la persona que ha sido afectada por una enfermedad mental severa que se encuentra compensada. Ubicado cerca de su residencia, este lugar le permite el desarrollo de actividades que faciliten su capacidad de expresión, iniciativa, creación y comprensión crítica del entorno, todo ello con el propósito de promover su autonomía e integración social.</p>
<b>Objetivos</b>	<p>Ocupar parte del tiempo libre de la persona en la realización de actividades sociales, poniéndola en contacto con su entorno a través de potenciar sus capacidades personales que no han sido desarrolladas con anterioridad, de modo que le permita ocuparlas con eficacia.</p> <p>Fortalecer las redes de apoyo mediante la creación de vínculos con las organizaciones naturales de la comunidad y disminuir el distanciamiento entre las personas que intentan su incursión a la comunidad y quiénes naturalmente lo están.</p> <p>Fomentar la organización de los usuarios y sus familiares y potenciar su vínculo con otras entidades de la comunidad.</p>
<b>Tipo de organización</b>	<p>Organización funcional, abierta a todas las personas que lo requieran, sin requisitos especiales para su incorporación. requiere una organización interna básica. Puede obtener personería jurídica.</p>
<b>Dependencia administrativa</b>	<p>Puede ser independiente o depender de una organización o institución impulsora.</p> <p>Desde el punto de vista de los recursos económicos debe rendir cuenta al Servicio de Salud y, desde el punto de vista técnico, debe ser orientado por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, equipos de los consultorios y/o Unidad de Salud Mental.</p>
<b>Perfil de los integrantes</b>	<p>Personas que padecen de una enfermedad mental severa y que se encuentran compensadas, cuya principal dificultad está asociada a su insuficiente autonomía y falta de integración a la comunidad.</p> <p>Pueden integrarse también familiares y amigos de estas personas, contribuyendo con su presencia a que la persona discapacitada tenga una mejor adhesión al grupo.</p>
<b>Cobertura estimada</b>	<p>Destinada a todas las personas con discapacidad psíquica residentes en un sector geográfico. Se estima la participación, en forma regular, de entre 15 y 30 personas.</p>



(\*)

<p><b>Tipos de actividades</b></p>	<p>Convivencia entre los miembros del club, celebraciones de fechas significativas, fiestas, cumpleaños, paseos, visitas a lugares de interés, juegos de salón, actividades deportivas, artísticas, etc.</p> <p>Participación en actividades comunitarias tales como: exposiciones, fiestas o carnavales, campeonatos deportivos, campañas de solidaridad, consejos locales de salud, etc.</p> <p>Fomento de la participación individual de los integrantes del club en otras instancias de la comunidad destinadas al desarrollo personal, a la capacitación, a la recreación, etc.</p>
<p><b>Roles de los dispositivos del Sector Salud</b></p>	<p>Fomento de la creación de los clubes.</p> <p>Participación en la creación de clubes, apoyo técnico para el desarrollo de los proyectos : capacitación de los líderes, participación en las actividades que se le soliciten, etc.</p> <p>Supervisión técnica y control financiero.</p>
<p><b>Actores Sociales susceptibles de involucrar</b></p>	<p>Organizaciones de usuarios, Organizaciones vecinales, Iglesias, ONGs, etc.</p> <p>Oficina Municipal de la Discapacidad, DIDECOS, FONADIS, etc.</p> <p>DIGEDER, institutos de capacitación, SENCE, FOSIS, Oficina Municipal de intermediación Laboral, etc.</p>
<p><b>Financiamiento</b></p>	<p>Se asigna en forma anual, en un monto a determinar por el Servicio de SALUD. En general, los montos corresponden a cifras menores de un millón de pesos por año.</p> <p>Se pueden buscar fuentes de financiamiento complementario ( FONADIS, Municipalidades, etc. )</p>
<p><b>Items financieros</b></p>	<p>Arriendo de local de funcionamiento, compra de materiales necesarios para la realización de las actividades, movilización, pago de entradas a actividades, compra de víveres a utilizar en las actividades, pago de monitores, etc.</p>
<p><b>Criterios de evaluación</b></p>	<p>Número de personas participantes del club, número total de personas, número de participantes en cada actividad, etc.</p> <p>Desarrollo de organización interna del club, Integración a las labores del club de otras instancias comunitarias, grado de autonomía alcanzado por la organización, grado de interacción con otras organizaciones comunitarias, etc.</p> <p>Grado de cumplimiento del programa propuesto.</p> <p>Impacto sobre la calidad de vida de los integrantes del club.</p>



0.4

## APROXIMACIÓN AL LUGAR

En el momento de buscar un terreno para desarrollar el proyecto, este debía cumplir con ciertos requerimientos dado que óptimamente debía ser un lugar donde **la comunidad fuera altamente partícipe de las actividades y servicios que se desarrollaran en su comuna**, es decir fuera real el interés y la participación de la gente, **ya que así se puede implementar de mejor forma la red de servicios de salud** donde encontramos los **dispositivos intermedios o parasectoriales** antes mencionados, entonces me incliné por trabajar en la **COMUNA DE ÑUÑOA** ya que esta se organiza de tal forma que las actividades y servicios que la municipalidad ofrece en conjunto con los vecinos de esta comuna se coordinan eficientemente, logrando que las personas pertenecientes a ella sean protagonistas activas del desarrollo comunal y por lo tanto puedan ser un aporte efectivo en la reinserción en la comunidad de los discapacitados psíquicos.

## O.4.1 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNA DE ÑUÑO A

A nivel comunal, el sector se caracteriza por una buena infraestructura para actividades, talleres, servicios y programas varios, **accesibles a la participación de cualquier miembro de la comunidad**, pues en su mayoría son **gratuitas**. En definitiva, existe una relación directa, activa y constante de comunicación y preocupación entre el estamento gubernamental y la población.

La Municipalidad de Ñuño a dentro de su estructura organizativa y además de la parte administrativa funciona con distintas instancias que están a cargo de que todas estas actividades y servicios se realicen ordenadamente;

- **DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO** ( área oriente y poniente) donde se encuentran la Oficina de Intermediación Laboral, los Dptos de Deporte y Juventud, de Asistencia Social y del adulto mayor, mujer y menor, de **Organismos Comunitarios** a cargo de la Biblioteca Municipal, Guardería, Complejo Polideportivo de Ñuño a ( gimnasio, piscina, etc ) y el **Consejo Comunal dela Discapacidad**.
- **UNIÓN COMUNAL DE JUNTAS DE VECINOS** (importante y activa forma de organización de la población sobre todo en los sectores de menor nivel socio-económico). Es de gran relevancia en cuanto a que gran cantidad de las actividades que se desarrollan se realizan en las diferentes villas, poblaciones y canchas, lo que necesita de una correcta coordinación por parte de estas organizaciones.
- **CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL** donde se encuentra el **Dpto de Educación y Salud** el cual coordinan **en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO)** los Consultorio Salvador Bustos y Rosita Renard (Centros de Salud Familiar (CESFAM), Urgencias, el **Cosam de Ñuño a ( Centro Comunitario de Salud Mental)** y el Laboratorio Comunal.
- **CORPORACIÓN CULTURAL**
- **TEATRO MUNICIPAL**
- **CASA DE LA CULTURA**
- **ESTADIO NACIONAL**



- 03 Casa de la Cultura
- 04 Corporación Cultural
- 06 Municipalidad de Nuñoa
- 07 Estadio Nacional
- 10 Plaza Egaña
- 15 Teatro Municipal de Nuñoa
- 17 Edificio de Servicios Públicos
- 18 Complejo Polideportivo
- 19 Centro de Desarrollo Social
- 20 Centro Comunitario
- 24 Consultorio Rosita Renard
- 25 Consultorio Salvador Bustos







Todos estos servicios y actividades funcionan de acuerdo a quien las organice; es así como encontramos **programas y talleres dirigidos a la población** según rango etario (niño, juventud, mujer, adulto mayor), o característica particular como son los **discapacitados** entre los que se encuentran los **discapacitados psíquicos**, o por área de desarrollo, ya sea de ámbito cultural, social, deportivo, etc.

Estas actividades se realizan en diferentes lugares según la organización que las maneje y al lugar físico que se halla adecuado para ellas, donde están considerados **todos los recintos de equipamiento**, tanto deportivos contemplando desde el Estadio Nacional hasta pequeñas unidades como son los gimnasios y las multicanchas, como otras instancias ya sean parques y plazas, el teatro municipal, el edificio de Servicios Públicos, el **Salón Multiuso** dependientes de la Municipalidad o las diferentes unidades vecinales que se encuentran distribuidas en la comuna.

En efecto, existen recintos donde se realizan todos estos talleres, conferencias, desfiles, seminarios y charlas, cursos competencias, galas y fiestas, sin embargo, la verdad se que son tremendamente insuficientes, tanto en su cantidad como en su capacidad. De manera que, luego de repetidas conversaciones con funcionarios y trabajadores de estas diferentes organizaciones, se reiteró constantemente la carencia de recintos. En términos concretos, se destacaron como urgentes **las salas de uso flexibles** para ensayos, reuniones, etc, además de **lugares donde se puedan realizar actividades un poco más masivas**. Evidentemente, por un problema de escala y recursos, nuestro proyecto no podrá sanear definitivamente estas carencias, pero intenta ser un aporte innovador en este sentido.

Como antecedentes generales de la comuna de Ñuñoa, esta se caracteriza por ser de una *“vocación eminentemente residencial”*<sup>1</sup> con una importante franja comercial como lo es la Avenida Irarrázaval además de un *“abundante comercio local”*<sup>2</sup> repartido por todo el territorio constituyendo *“un centro de negocios a escala local”*<sup>3</sup>.

En cuanto a características físicas de la comuna esta cuenta con una gran presencia de áreas verdes destinadas a plazas y parques. Además de tener una buena accesibilidad hacia otras comunas y en la prestación de servicios.

Cuenta con una población total de 163.51 habitantes<sup>4</sup> perteneciente en su gran mayoría a la clase media chilena ( más del 60%).

En cuanto a la organización del territorio, encontramos que la población de más escasos recursos se ubica en el sector sur poniente y sur oriente principalmente.

1 Fuente página de internet, subtítulo referido a la *“Reseña histórica de la comuna”*

2 Ib.

3 Ib.

4 Datos INE del Censo del 2002. www.INE.cl.





#### O.4.1.1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA COMUNA

El Servicio de Salud en la Región Metropolitana funciona administrativa y territorialmente **dividido en sectores** donde encontramos **6 servicios de salud**; norte, sur, oriente, occidente, centro y sur-oriente.

Entonces **desde el punto de vista de la organización de la salud la comuna de Ñuñoa pertenece el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO)** junto con las comunas de:

- Lo Barnechea
- Vitacura
- Las Condes
- Providencia
- La reina
- Peñalolen
- Macul

Teniendo como recinto hospitalario base el Hospital del Salvador que se encuentra en la comuna de Providencia.

Dentro de la comuna de Ñuñoa los principales establecimientos de **Salud Pública** son los Consultorios Rosita Renard que cuenta con Servicio de atención Primaria de Urgencia (SAPU) y el Consultorio Salvador Bustos, ambos que funcionan como **Centros de Salud Familiar (CESFAM)**. Además están el laboratorio comunal, el centro de urgencias, el **COSAM (Centro Comunitario de Salud Mental)** y los policlínicos.

**Para objeto de la temática presente son importantes la existencia de los Consultorios y del COSAM ya que es en ellos donde según el Plan Nacional de Salud se deben tratar las enfermedades mentales (médica y farmacológicamente) y de apoyo y rehabilitación, respectivamente, para un correcto funcionamiento del sistema de salud en redes de atención.**

Aparte de la salud pública están los establecimientos privados de atención como hospitales y clínicas de todo tipo de atenciones y especialidades, encontrando que dentro de este territorio (SSMO), **es en ésta comuna donde hay un mayor número de establecimientos ya sea clínicas psiquiátricas, comunidades terapéuticas u otras entidades destinadas a las diferentes discapacidades** entre agrupaciones de familiares, centros de capacitación, asociaciones, corporaciones de rehabilitación, talleres diferenciales, escuelas especiales, hogares, fundaciones, etc.

**Lo que apoya la gestión del trabajo en Red que es necesario para la rehabilitación de enfermos psíquicos, en este caso, y que funcionan en concordancia con el COSAM y con el consejo comunal de la discapacidad de Ñuñoa que es parte del Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS).**

Junto con estas entidades deben trabajar los **DISPOSITIVOS INTERMEDIOS O PARASECTORIALES** propuestos por el Plan de Salud mental **enfocados en la integración de las personas en la comunidad** participando en los procesos de rehabilitación como lo son los centros diurnos de rehabilitación psicosocial, grupos de auto-ayuda, agrupaciones de familiares, organizaciones sociales y comunitarias, clubes sociales y de capacitación laboral.

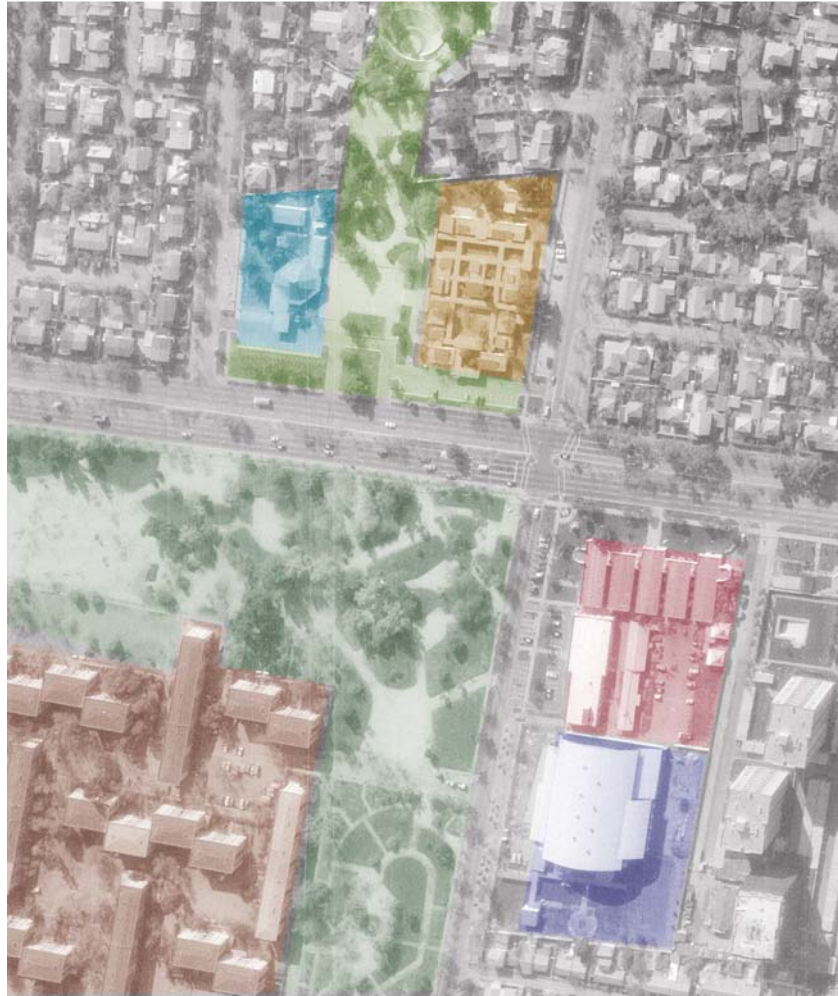
## O.4.2 EL TERRENO

El terreno escogido para desarrollar el proyecto, luego de analizar la situación de la comuna en cuanto a servicios, organizaciones, programas, etc, se ubica en lo que considero se podría configurar como un **SUB-CENTRO COMUNAL** tanto por el **conjunto de actividades** que ahí se encuentran como por hallarse en un punto de **intersección de calles importantes del sector**, además **de estar rodeado de áreas verdes**.

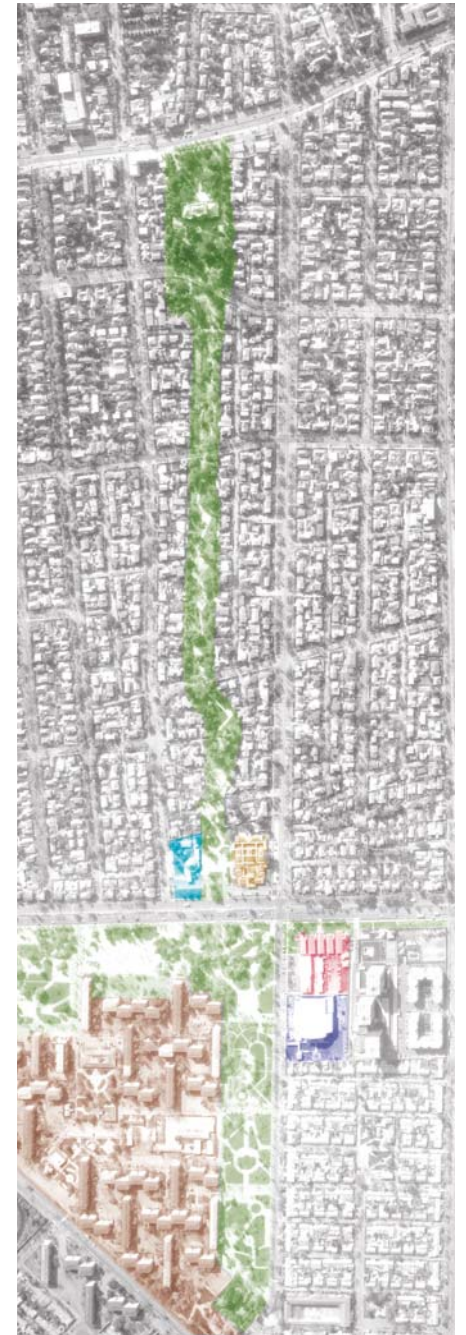
Esta **CO-EXISTENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIO**, tales como el **Consultorio Salvador Bustos**, el **Complejo Polideportivo**, el término del **Parque Juan XXIII**, el **Salón Multiuso** y el actual **AIEP (Instituto Superior)**, en donde se **mezclan e interactúan una serie de actividades y situaciones**, **le otorga al lugar una clara potencialidad para consolidarse como un espacio con una fuerte vocación de integración social**, **condición fundamental para la reinserción del discapacitado psíquico**, permitiendo un **INTERCAMBIO SOCIAL** permanente entre los distintos usuarios.

Esta **intersección** ubicada en el encuentro de Avenida Grecia ( vía troncal) con la calle Juan Moya Morales ( vía colectora-distribuidora ), además de estar emplazado en el **eje del Parque Juan XXIII**, **cuya relevancia radica en ser una de las principales áreas verdes de la comuna**, comunicando al peatón con dos importantes **ejes viales**: Avenida Grecia y Avenida Irarrázaval; cuenta con la **presencia constante de personas, SIENDO EL PEATÓN EL PRINCIPAL USUARIO DEL LUGAR**; ya sea por el consultorio, el gimnasio, el instituto o simplemente por la ocupación del espacio público destinado a áreas verdes.

Al **consolidar** este sitio como un **lugar de servicios**, se transforma en un punto de **flujo constante de personas de DIFERENTES edades y condición** lo que favorece el **ROCE COTIDIANO** y necesario para la parte de la propuesta que involucra a los discapacitados psíquicos, punto de partida para la búsqueda de la interacción e integración de las actividades.



-  Parque Juan XXIII
-  Villa Los Presidentes
-  Consultorio Salvador Bustos
-  Polideportivo
-  AIEP (Instituto)
-  Salón Multiuso







Consultorio Salvador Bustos / foto desde Av. Grecia



AIEP / foto desde Juan Moya con Grecia hacia el poniente



Esquina Av. Grecia / Juan Moya / foto desde AIEP hacia el sur-oriente





Vista de Área verde de Villa Los Presidentes / frente al terreno



Calle Los Jardines / foto hacia el norte



Vista del terreno desde el frente / Av. Grecia hacia el norte



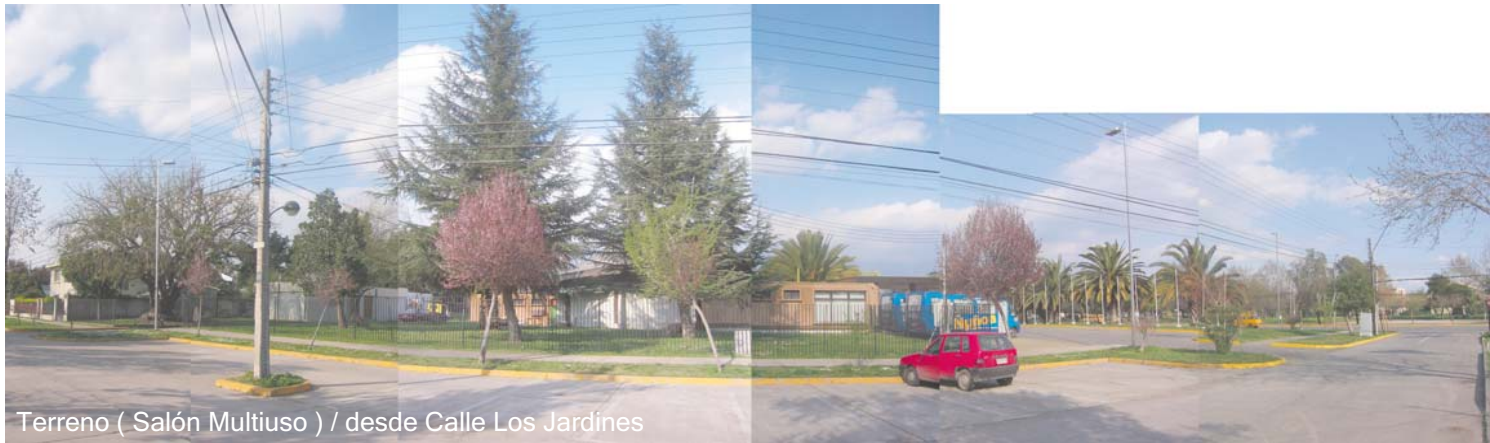
Tramo del Parque Juan XXIII



Vista del Parque entre manzana / desde Pje. Los Jardines hacia el sur









# APROXIMACIÓN AL LUGAR

La **característica de pausa** y calma dada por la **ESTRUCTURA DEL LUGAR**; en cuanto a orden y relación tiempo/espacio/extensión se acentúa por **la presencia de este parque entre manzanas**, las dimensiones que existen en cuanto a la **extensión**, la **sensación de horizontalidad predominante** por la relación altos/anchos, y la relación entre superficie de área verde/edificación; y la percepción de **apertura del espacio** que éstas áreas proporcionan, pese a la existencia de esta importante vía. El resto de las calles poseen una circulación vehicular fluida pero de menor intensidad.

Otro aporte al **FLUJO PEATONAL** del sector lo constituye la **Villa los Presidentes**, compuesta por bloques rodeados de gran cantidad de áreas verdes y de uso público como canchas, plazas, etc; y el **Instituto AIEP** (en un edificio emplazado en un terreno perteneciente a la municipalidad) en un costado del parque, sobre todo peatones jóvenes que acceden al lugar a pie, bicicletas u otros.

Desde el punto de vista de la **ACCESIBILIDAD** el terreno se percibe como un lugar de fácil acceso ya sea para el peatón o para el automóvil ya que se enfrenta a Av. Grecia, vía estructurante de la comuna y de carácter intercomunal en cuanto a que conecta con otras comunas como Peñalolen, La Reina, Macul, Santiago y también es eje para la locomoción colectiva a un mayor nivel.

Si bien Av. Grecia es el eje principal en cuanto a flujos y vías del sector, y por lo tanto en cuanto a accesibilidad, **la presencia del parque perpendicular a esta avenida, permite y potencia el encuentro de usuarios en cuanto a la forma de acceder ya que éste se consolida como un eje peatonal que conecta en sentido norte-sur**, relacionando a la vez, el eje del comercio que se encuentra principalmente en Av. Irarrazaval con esta zona residencial compuesta por viviendas aisladas y villas.





Terreno / Parque / desde AIEP



Terreno desde el Parque / hacia el sur







Terreno / Parque / desde AIEP



Terreno desde el parque



Terreno desde el parque



Terreno / Parque / desde el parque

# APROXIMACIÓN AL LUGAR

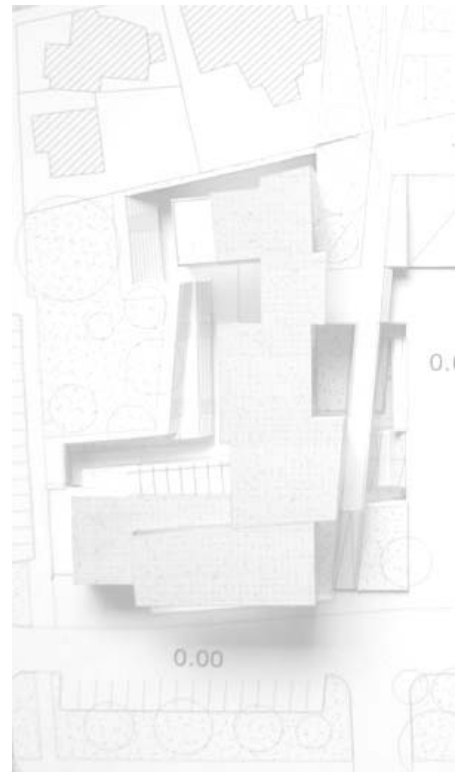
El **terreno mismo** como ya mencione antes, se encuentra en el **límite con el parque** y se configura como un **terreno de esquina** intersectando a Av. Grecia con la calle Los jardines, vía principalmente destinada a vivienda con edificaciones de dos pisos en su mayoría, conformando un sector de poca edificación en altura, lo que refuerza la percepción de “menor escala” del sector.

Finalmente, me parece importante mencionar que, actualmente, **se emplaza en el sitio el Salón Multiuso municipal** (terreno específico sobre el cual me ubico), donde tienen lugar un sin número de actividades comunales, por lo que **el lugar ya se encuentra presente en la memoria colectiva como un lugar de encuentro y recreación.**

Según el Plan Regulador de Ñuñoa este lugar corresponde a la zona Z4 donde este terreno permite el uso de suelo de equipamiento y cuyas NORMAS SOBRE SUBDIVISIÓN PREDIAL Y EDIFICACIÓN SON:

	EQUIPAMIENTO
-Superficie predial mínima	500 mts <sup>2</sup>
-Frente predial mínimo	15 mts
-Porcentaje máximo de ocupación del suelo	40 %
-Coeficiente máximo de constructibilidad	1,5
-Altura máxima de edificación	14 mts medidos desde el nivel de solera ( 4 pisos máx.)
-Sistema de agrupamiento	Aislado
-Rasante	60°
-Distanciamiento mínimo en edificación de 4 o más pisos	4 mts
-Antejardín mínimo de 1 a 3 pisos	5 mts
-Sup. TOTAL TERRENO	14.248 mts <sup>2</sup>
-Porcentaje máximo de ocupación del suelo	5.699,2mts <sup>2</sup>
-Coeficiente máximo de constructibilidad	8.548,8mts <sup>2</sup>
-Sup. a ocupar	11.097,1mts <sup>2</sup>

0.5



# EL PROYECTO

Al elaborar una propuesta para desarrollar este proyecto cuya **idea principal se centra en la rehabilitación y por lo tanto re-inserción psico-social del discapacitado psíquico**, el primer y gran problema es tratar de **romper el estigma, la percepción del ser violento y peligroso que se tiene de ellos**, por una falta de conocimiento, educación y costumbre. Si bien no voy a modificar radicalmente el pensamiento de las personas al hacer un edificio, al menos puedo colaborar en la instalación de esta problemática en las conciencias y las actividades cotidianas de la ciudadanía, generando una instancia/espacio que permita esta interacción.

<sup>1</sup> Parcerisa B, J.- Rubert D, M.  
"La ciudad no es una hoja en blanco.  
Hechos del urbanismo"  
Ed. ARQ,  
Santiago, 2000.

*" La riqueza civil y arquitectónica, urbanística y morfológica de una ciudad es la de sus espacios colectivos, la de todos los lugares donde la vida cotidiana se desarrolla, se representa y se recuerda." <sup>1</sup>*



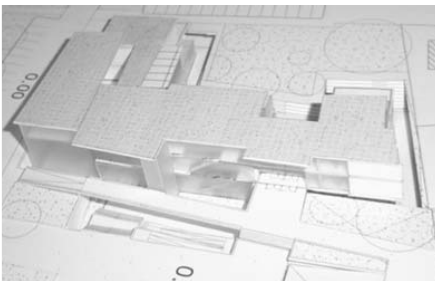
## O.5.1 RESPECTO A LA TEMÁTICA DEL PROYECTO

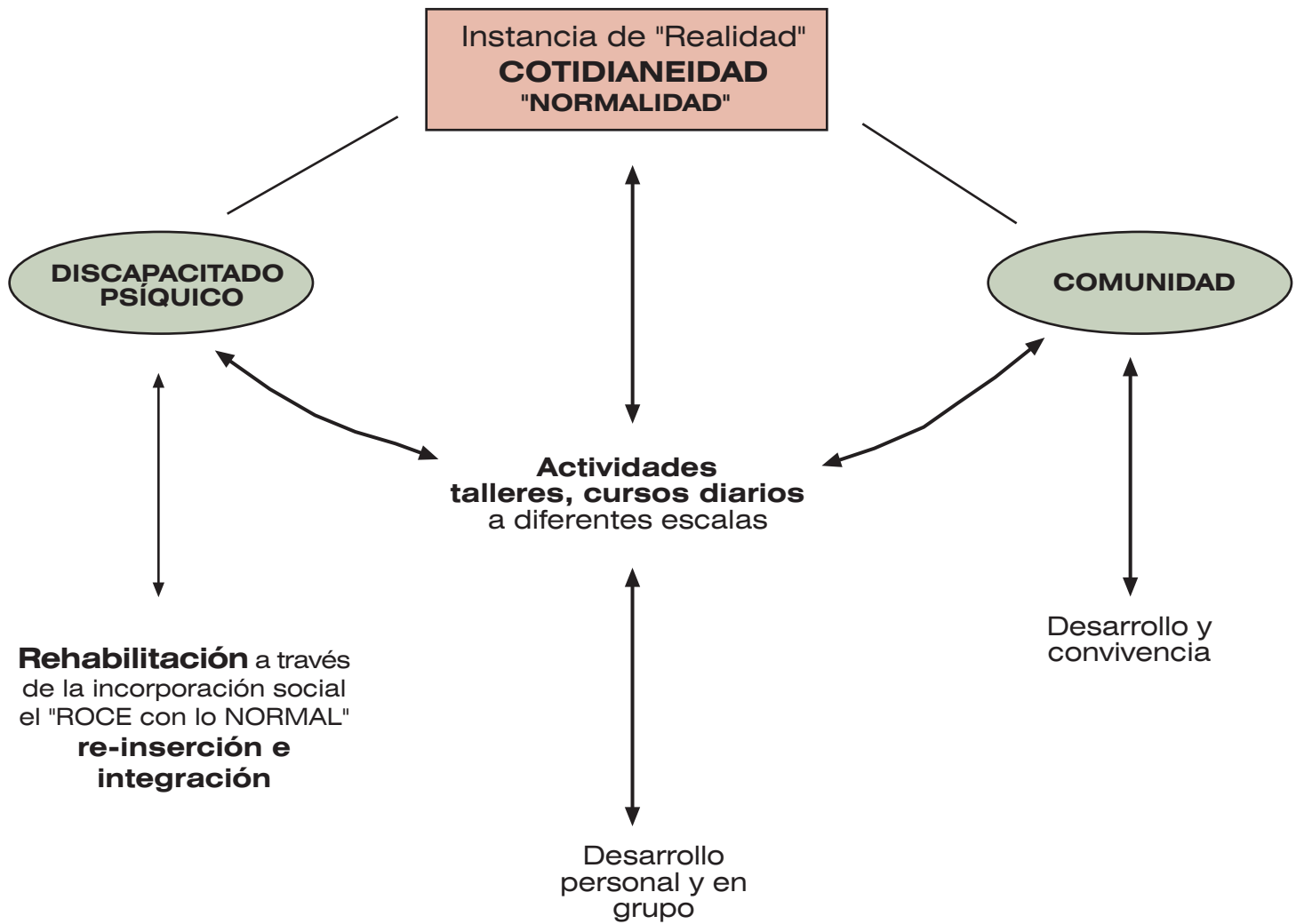
Es por esto que al estar inserto en una comuna donde encontramos una amplia gama de actividades y posibilidades de desarrollo, se puede proponer un proyecto que asuma como metas principales la creación de una instancia que permita;

- que los **Discapacitados Psíquicos puedan acceder a su rehabilitación** psicosocial, **cumpliendo la comunidad un rol integrador** (naturaleza terapéutica de la relación social),
- al mismo tiempo que funcione como **sede de actividades** al servicio de las personas, **donde la comunidad puede observar la realidad del discapacitado** y aprende, asimila, absorbe por el echo del **encuentro** de ambas situaciones en el diario vivir ( disminuyendo el prejuicio hacia el discapacitado y generando un acercamiento ),
- y además **se contribuye a responder a la escasez de infraestructura para dichas actividades** proporcionando una serie de espacios flexibles cuya posibilidad de uso esté a disponibilidad de todos.

Debe entenderse que el **objetivo principal de la propuesta más que sólo el buen desarrollo comunitario de una comuna se centra en el rol integrador (positivo e incidente) que tiene la comunidad en el caso de las discapacidades psíquicas** ( y de todas las discapacidades ), donde se logrará un mejor resultado en la medida que la “anormalidad” de estas personas sea tratada como una situación existente siempre.

**Es por esto que la idea se centra en un sistema o red de funcionamiento más que sólo en proponer un edificio especial para personas con alguna discapacidad, ya que así se contribuiría a la segregación de ellas más que a su re-incorporación a la vida cotidiana.**





### O.5.1.1 RESPECTO A LA PROPUESTA PROGRAMÁTICA Y FUNCIONAL

Por lo tanto **la propuesta en un contexto programático, da lugar a tres áreas de desarrollo e intersección** principalmente:

- Para la rehabilitación del discapacitado psíquico.
- Para el desarrollo de las actividades, programas y talleres para la comunidad a escala menor.
- Para la implementación de infraestructura para el sector de recintos de agrupación a una mayor escala ( actividades de mayor congregación de personas).

**La fusión de éstas es posible al articular los programas específicos de cada una de ellas en donde se plantea que el funcionamiento simultáneo de las actividades potencie a cada una de ellas tanto individual como conjuntamente.**

Estas tres áreas de desarrollo responden tanto a un programa como a un tipo de usuario donde cada uno de estos plantea ciertos requerimientos ( físicos, espaciales, cuantitativos y cualitativos, etc.) que en conjunto se fusionan para dar paso al funcionamiento de un edificio centrado en la integración social.

Específicamente los requerimientos en cuanto a la propuesta programática son:

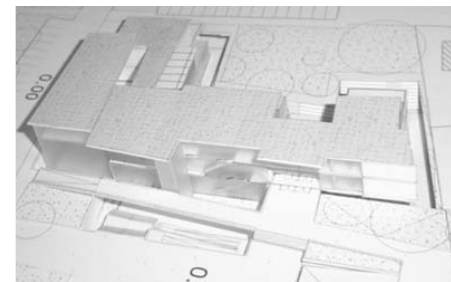
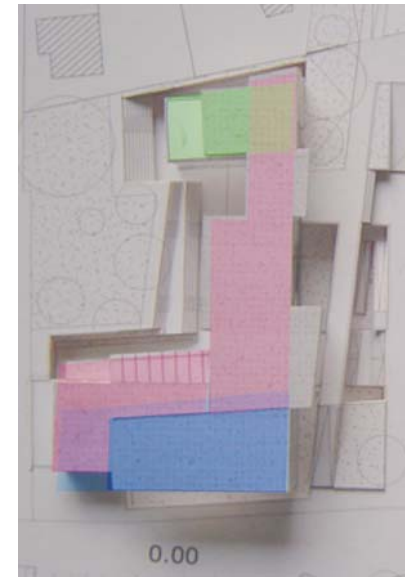
- **Instancia de rehabilitación psico-social para el discapacitado psíquico (CLUB DE INTEGRACIÓN SOCIAL<sup>2</sup> )**

Esta tiene como principal objetivo el **fortalecimiento de las relaciones sociales<sup>3</sup>** a través de la incorporación de la cotidianidad en la vida de los afectados, por lo tanto va a estar centrado en todas las situaciones que las potencien.

**En cuanto al funcionamiento de estos clubes**, la idea es la habilitación de un lugar donde los discapacitados puedan desarrollarse personal y colectivamente de forma normal (lo más parecido al diario vivir), participando en las actividades que allí se decidan( uso del tiempo libre ), como

<sup>2</sup> Ver Anexo 3 documento referido a "Club de Integración Social"

<sup>3</sup> Ver Anexo 3 documento referido a "Orientaciones técnicas para el desarrollo de Clubes de Integración Social". Título VII, subtítulo de propósitos. Apunte del Ministerio de Salud.



también para el apoyo, educación y ayuda a los familiares, amigos u otros interesados. Actividades que pueden ser de cualquier tipo, ya sea individuales o en grupo. **Donde los recintos de mayor importancia serán los lugares de encuentro (mayor interacción)**. Es por esto que dentro del programa necesario encontramos:

#### Lugares de desarrollo colectivo

---

Sala de estar / living,	uso flexible
Salas para actividades / talleres u otro	uso flexible, tanto para los discapacitados como para cualquiera que quiera participar ( familiares, amigos u otros )
Comedor / cocina	uso flexible

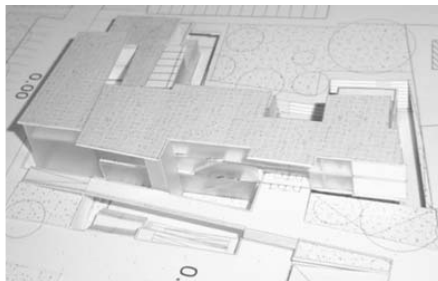
#### Lugares de desarrollo individual

---

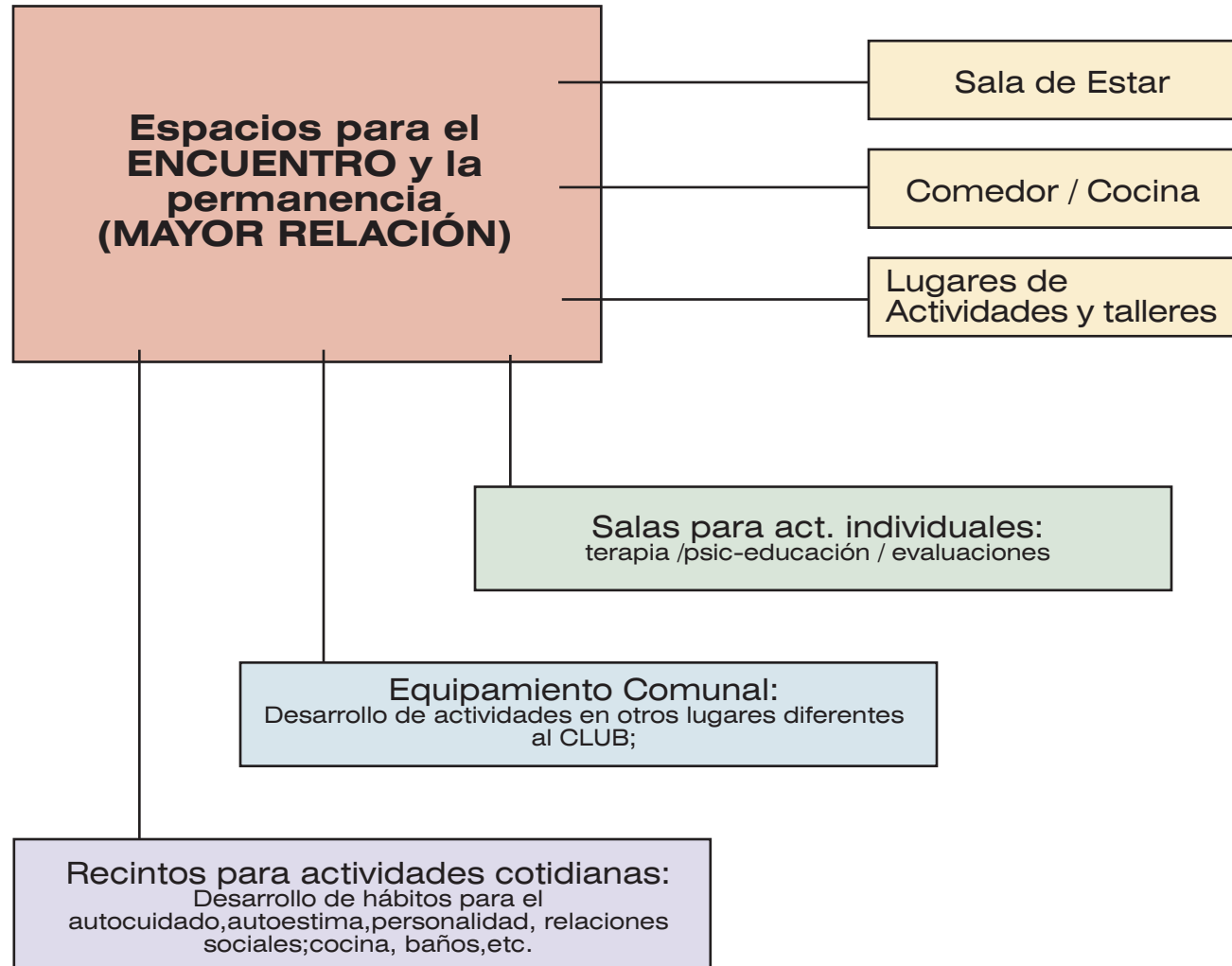
Salas	Psicoeducación, autoayuda, terapias.
Oficina de persona o entidad a cargo	

La idea es no limitar a los afectados a un solo espacio cerrado ni proporcionarles todo lo necesario en un solo lugar sino que **se desarrollen en las distintas instancias que tanto la comuna aporta** (red de servicios; polideportivo, parques y plazas, anfiteatro, gimnasios, canchas, biblioteca, etc.) **como las ofrecidas en el edificio o en las entidades tanto privadas como públicas que lo permitan.**

**Las actividades a desarrollar en los clubes sociales dependerán de la entidad misma**, ya que no hay restricciones para ellas, sino que idealmente **se debería desarrollar aquellas en que los afectados demuestren mayor motivación.**



# ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO PARA EL "CLUB SOCIAL"



Los espacios determinados para estas actividades deberán ofrecer la mayor flexibilidad posible para poder abarcar una amplia gama de posibilidades.

En general entre las actividades realizadas hay tanto para el **desarrollo de las habilidades y motivaciones** (cursos artísticos de todo tipo, clases de cocina, jardinería, expresión corporal, teatro, cursos literarios, etc.) **como para el desarrollo de las relaciones sociales destinadas al esparcimiento y recreación** (fiestas, paseos, obras de teatro, etc).

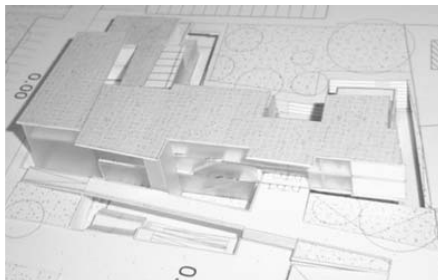
Este programa se complementa con los recintos de servicios necesarios como baños, cocina, camarines, estacionamientos, etc.

**El usuario del club social es aquel afectado de alguna enfermedad o discapacidad mental severa o crónica que ya se encuentra ESTABLE** (compensado), es decir no representa un peligro para el resto, además muestra cierto nivel de autonomía.

En cuanto a la **capacidad**, se recomienda y se estima que participen alrededor de entre 15 y 30 personas por club; recordando que estos funcionan en un cierto sector geográfico y que es un dispositivo que debiera repetirse en varias partes para ser realmente eficaz en conjunto con la red de servicios de salud.

Otro factor importante para estos centros de rehabilitación, es que **sean lugares de fácil accesibilidad** (tanto urbana como en su relación con el terreno), **de composiciones y organizaciones tanto formales como de relaciones espaciales simples y claras y de recorridos fáciles** (tanto en la sucesión espacial como en el desplazamiento a través de ellos). Donde los espacios estén contenidos y delimitados pero **no sean opresivos, rígidos ni impositivos en su percepción**, que se potencie el sentir de **PERTENENCIA** hacia estos proporcionando confort y calidez (acogimiento), característica principal para el desarrollo del **arraigo** que da pie a una mayor participación de los afectados.

De importancia es mencionar que si bien se busca la integración de personas discapacitadas a la “normalidad”, hay que reconocer sus desventajas producto de alguna enfermedad mental (discapacidades), entonces **su experiencia de vida adquiere una percepción diferente a la del resto y por lo tanto de los lugares que ellos habitan.**



- **Instancia de Desarrollo Social a escala menor**

**Corresponde a recintos destinados al desarrollo de las diversas actividades**, talleres, cursos, charlas, etc. **a una pequeña escala**; por lo que son **salas de uso flexibles** donde la idea es que contribuyan a la carencia de recintos para las actividades y servicios que se realizan en la comuna para las diferentes entidades (como los discapacitados, las juntas de vecinos, las asociaciones de ancianos, los grupos musicales y de baile, los talleres para jóvenes, mujer, tercera edad, etc.).

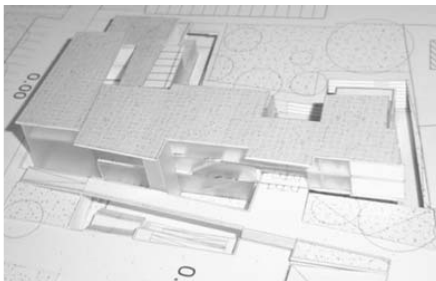
Estas salas flexibles acogen a diferentes cantidades de personas que responden a variadas actividades y que contemplan a cualquier tipo de usuario, por lo tanto **esta flexibilidad debe ser también espacial**.

El funcionamiento y el tiempo de uso de estas salas dependerá de la entidad que las requiera lo que **contempla la posibilidad de actividades en conjunto para la comunidad y el discapacitado**. El número de ocupantes de ellas dependerá de los grupos de personas que las requieran, alcanzando un máximo de 30 personas por sala ( aprox.).

- **Instancia de Desarrollo Social a escala mayor**

Esta instancia **contempla la realización de actividades** (como charlas, eventos, seminarios, fiestas, etc) **más masivas congregando a una mayor cantidad de personas** por lo tanto requiere de un espacio más amplio. **Una característica importante es que este espacio sea también flexible respondiendo a una amplia gama de actividades a realizar en él.**

**El recinto corresponde al Salón Multiuso existente y cuyo uso se mantiene y mejora (se mantiene el uso pero la propuesta formal se replantea).**





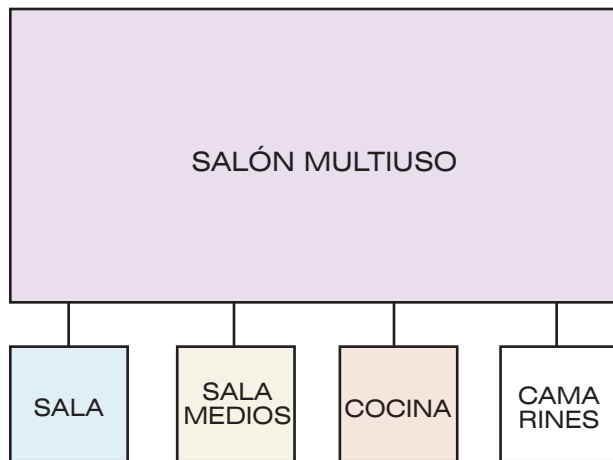
SALA

SALA

SALA

**SALAS FLEXIBLES- Varias Unidades pequeñas; para diferentes cantidades de personas**

Uso y tiempos de uso indefinidos; dependerá del requerimiento



**SALÓN MULTIUSO- un gran espacio flexible para actividades más masivas**

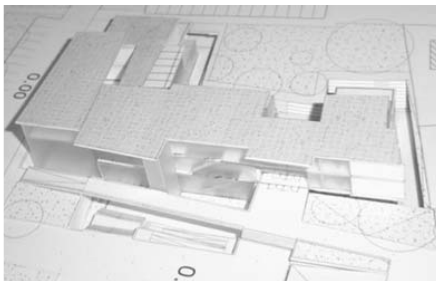
Uso y tiempos de uso indefinidos; dependerá del requerimiento.  
Se complementa con unidades o salas pequeñas para las actividades que se requiera

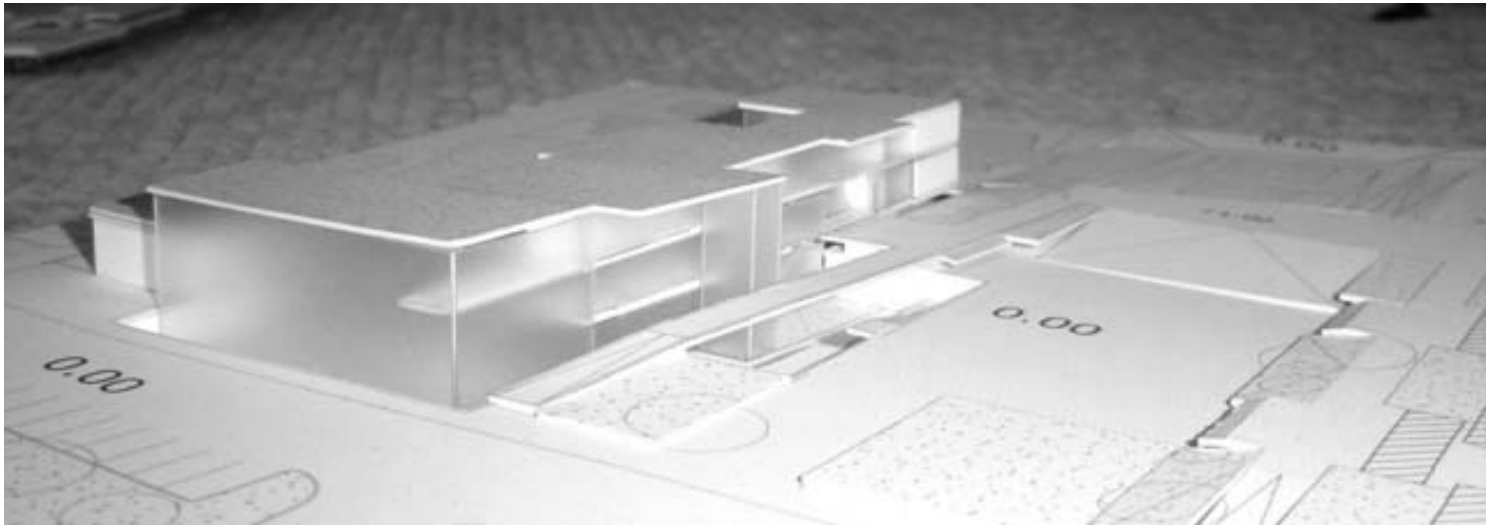
Como parte de la propuesta se contemplan cocina, cafetería/comedor, galería/hall, además de los servicios ( baños, camarines, aseo, bodega, administración y estacionamientos) que apoyan y complementan a este salón y a sus posibles usos.

**En cuanto al funcionamiento de este salón, la propuesta contempla mantener su dinámica de uso al continuar con la prestación de éste a las actividades que actualmente se desarrollan en él** ( tanto para las actividades impulsadas con las diferentes entidades en conjunto con la municipalidad de forma gratuita como para el arriendo de este si es requerido ).

La cantidad de usuarios para este salón variará según sea la actividad, contemplando una máxima cabida de 200 a 250 personas.

A parte de estas áreas a desarrollar, **se proponen otros recintos que se articulan con los ya mencionados para aportar espacios de integración** como sala de medios ( computación, , fotocopiadora, etc.), cafetería / comedor, hall / galería, **y una serie de espacios destinados a la permanencia y al encuentro ( espacios de intercambio )** donde las circulaciones pasan a tomar un rol importante dentro del funcionamiento del edificio; contempladas principalmente por la necesidad de tener presente constantemente la relación uso/tiempos/espacio, **considerarlas espacios potenciales de encuentro** no solo en el roce del desplazamiento sino que también en la posibilidad de generar un recorrido).





# PROGRAMA DETALLADO

---

## • **ÁREA DE REHABILITACIÓN** ( Club Social )

---

-	Salón estar	133.5	mts2
-	3 Salas / oficina	22.3	mts2
		20.6	mts2
		19.6	mts2
	<b>sub - total</b>	196	mts2

---

## • **ÁREA DE DESARROLLO SOCIAL - escala menor**

---

-	Salas	2 de 34.2	mts2
-	Salas	2 de 55	mts2
-	Sala	41.2	mts2
-	Salón	88	mts2
	<b>sub - total</b>	307.6	mts2

---

## • **ÁREA DE DESARROLLO SOCIAL - escala mayor**

---

-	Salón Multiuso	302	mts2
	<b>sub - total</b>	302	mts2

• **PROGRAMA COMÚN Y / O COMPLEMENTAIO**

-	Sala medios (computadores / internet / fotocopia )	118	mts2
-	estar / estudio ( nivel +1 )	48	mts2
-	estar / estudio / reopción ( nivel +4 )	57.5	mts2
-	Cocina / Sala de repostería ( clases de cocina )	99	mts2
-	Cafetería / Comedor ( galería / exposiciones )	253.5	mts2
-	oficinas	2 de 22.3	mts2
-	proyección	35.4	mts2
-	hall / acceso ( nivel -3 )	73.4	mts2
-	hall / acceso ( nivel +1 )	64.5	mts2
	<b>sub - total</b>	<b>793.9</b>	<b>mts2</b>

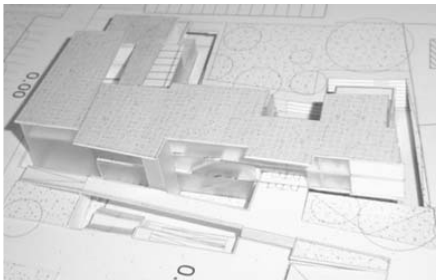
	servicios:		
-	baño 1	3 de 37	mts2
-	baño 2	38	mts2
-	baño / camarines / lockers ( servicio )	55	mts2
-	camarines ( salón multiuso )	37.8	mts2
-	bodega	40	mts2
-	aseo	12.5	mts2
-	escalera servicio	13.3	mts2
-	estacionamiento	68.4	mts2

circulaciones 25 %

	circulaciones -3	260	mts2
	circulaciones +1	238	mts2
	circulaciones +4	142.8	mts2

**sub - total** 990.9 mts2

**TOTAL 2590.4 mts2**



## 0.5.2 RESPECTO A LA PROPUETA ARQUITECTÓNICA

La propuesta por todas las características del lugar y de los usuarios descritas anteriormente se centra en el **Espacio Público** como instancia gestora del proyecto, donde este será el protagonista **para la generación de espacios para la interacción, integración y retroacción, de y entre todo tipo de personas y actividades;**

# EL PROYECTO

*" La acción sobre el espacio público es una acción que repercute inmediatamente en los comportamientos sociales, en la autoestima de los barrios y de las ciudades. La cultura arquitectónica tiene en esos escenarios la oportunidad de liderar las dinámicas de progreso y de transformación urbana. La mejora de los espacios públicos redunda en la ciudad como territorio de integración."*<sup>4</sup>

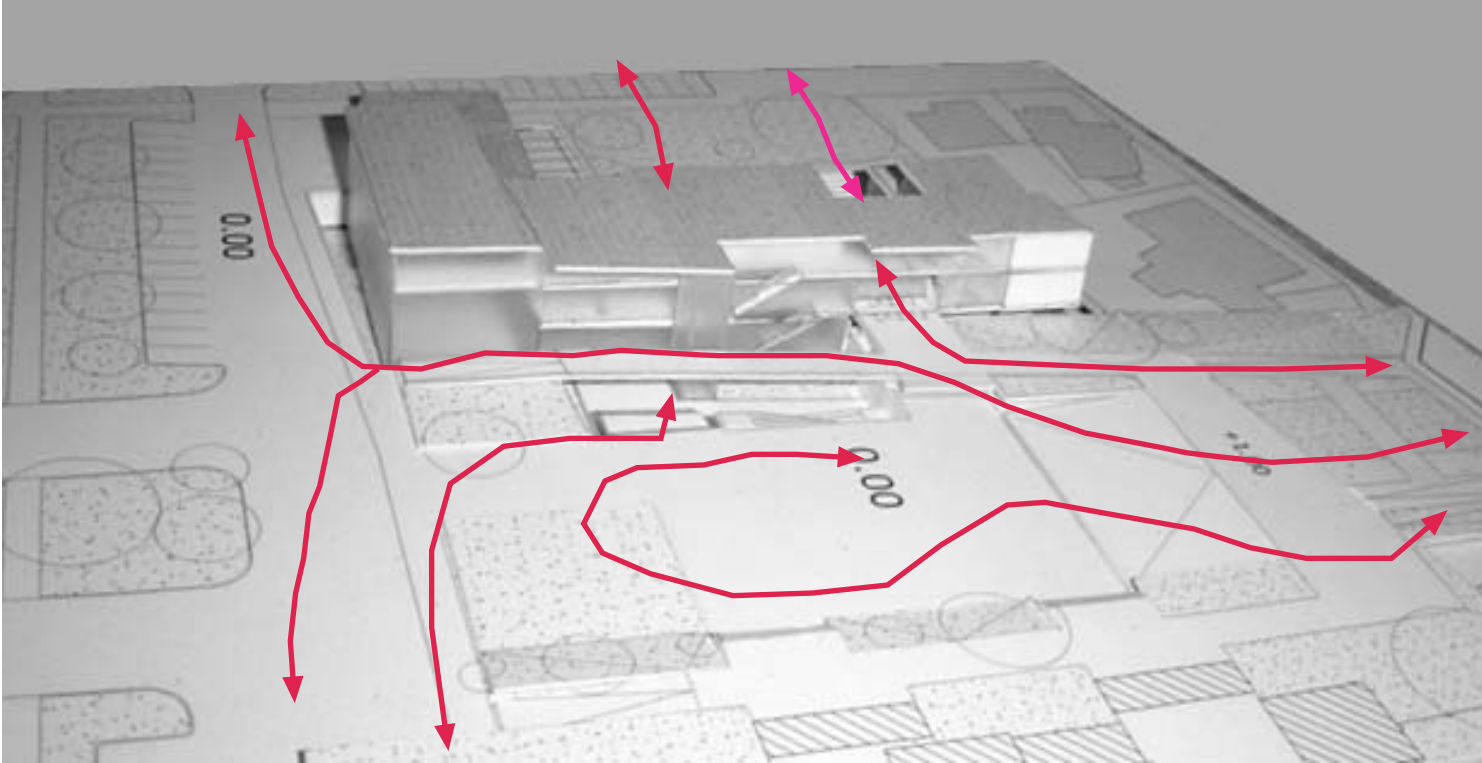
Situaciones existentes:

- **Parque-áreas verdes como lugar generador de encuentros**
- **Salón Multiuso como emplazamiento y actividad a potenciar y aprovechar** (como continuación del espacio público exterior )
- **Entorno rodeado de servicios e infraestructuras comunales** como instancias de constante desplazamiento de posibles usuarios.

*"El rol cívico que ha adquirido el espacio público ( o que siempre ha tenido) se da a través de los hechos urbanos que en él se desarrollan, capturando expresivamente la vida, los tiempos y las circunstancias civiles. Acompaña el vivir diario, los eventos ocasionales, las ocasiones solemnes y las celebraciones extraordinarias. Es portador de historia y en él se desenvuelven las tramas relacionales y las culturas locales."*<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Parcerisa B, J. Rubert D, M. "La ciudad no es una hoja en blanco. Hechos del urbanismo" Ed. ARQ,Santiago, 2000.

<sup>5</sup> Memoria de título "Renovación Centro Urbano de Coronel: Centro Cívico y Edificio Consistorial". de Loreto Figueroa, año 2002. Universidad de Chile. Pág.29.





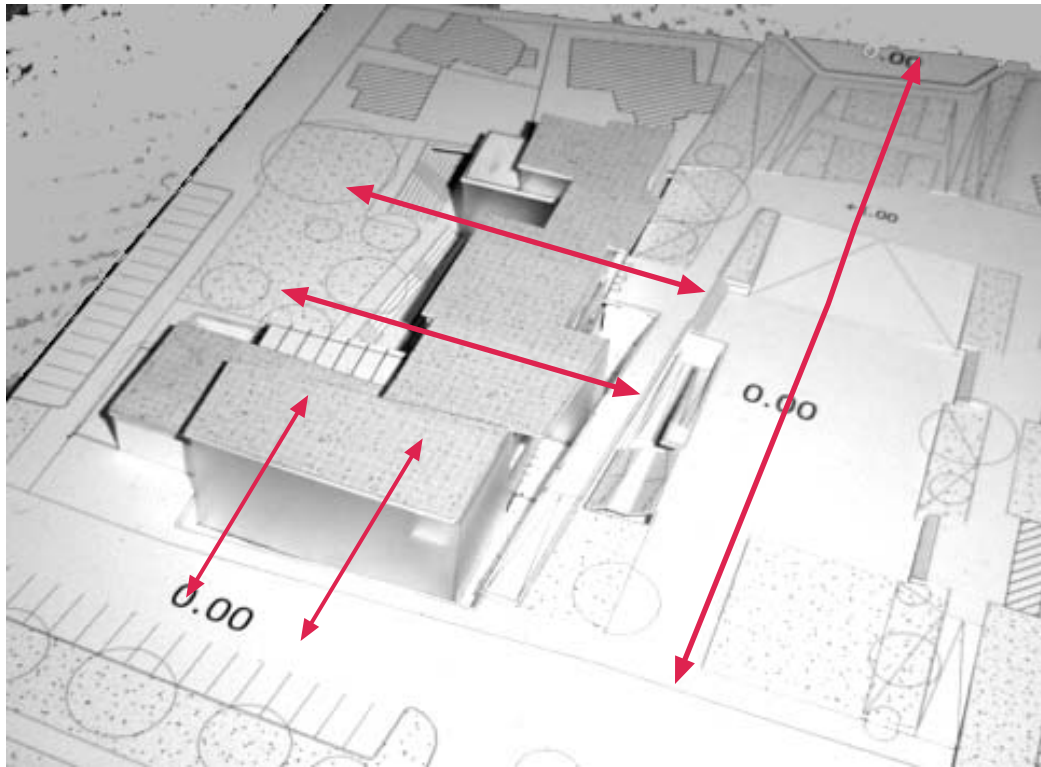
*" Es necesario volver a la esencia del espacio público, en cuanto a su rol cívico y de participación, **que favorezcan la accesibilidad y la permanencia**, que sean capaces de transmitir la historia e identidad local, **generando espacios colectivos que establezcan relaciones entre los ciudadanos y su entorno arquitectónico** ( construido ), de manera de permitir al hombre comprometerse e identificarse con su ciudad."*<sup>6</sup>

**La propuesta consiste en un edificio que se constituya como una interpretación del espacio público exterior en un interior de actividades públicas**, por esto el objetivo principal es generar CONTINUIDAD de todo tipo; de modo que el edificio se **integre** a este más que generar un límite o barrera, produciendo **una integración de situaciones interior / exterior** en donde este espacio / parque traspasa al edificio y por lo tanto este se configura como parte de él.

**Esta continuidad se concibe a través de una constante conexión espacial, volumétrica y visual** como principal elemento de relación de actividades / espacios en donde la composición de espacios simples se ve reforzado con el uso de las transparencias como agente de relación visual permitiendo mostrar tanto la movilidad / desplazamientos como las pausas y permanencias en cuanto al funcionamiento del edificio.

**Esta continuidad se ve reforzada por la conservación tanto de la escala** ( en cuanto a alturas, dimensiones, etc.), **del lenguaje y expresión existente como por la presencia de áreas verdes tanto del parque como del entorno.**

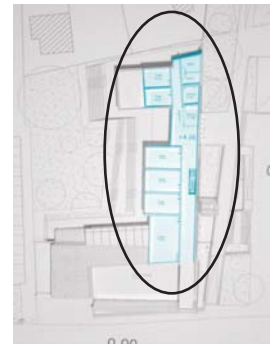
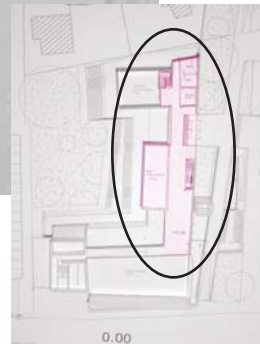
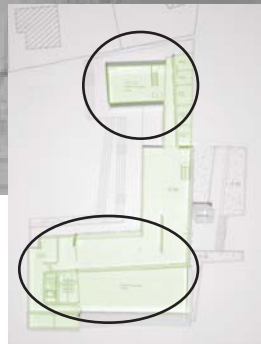
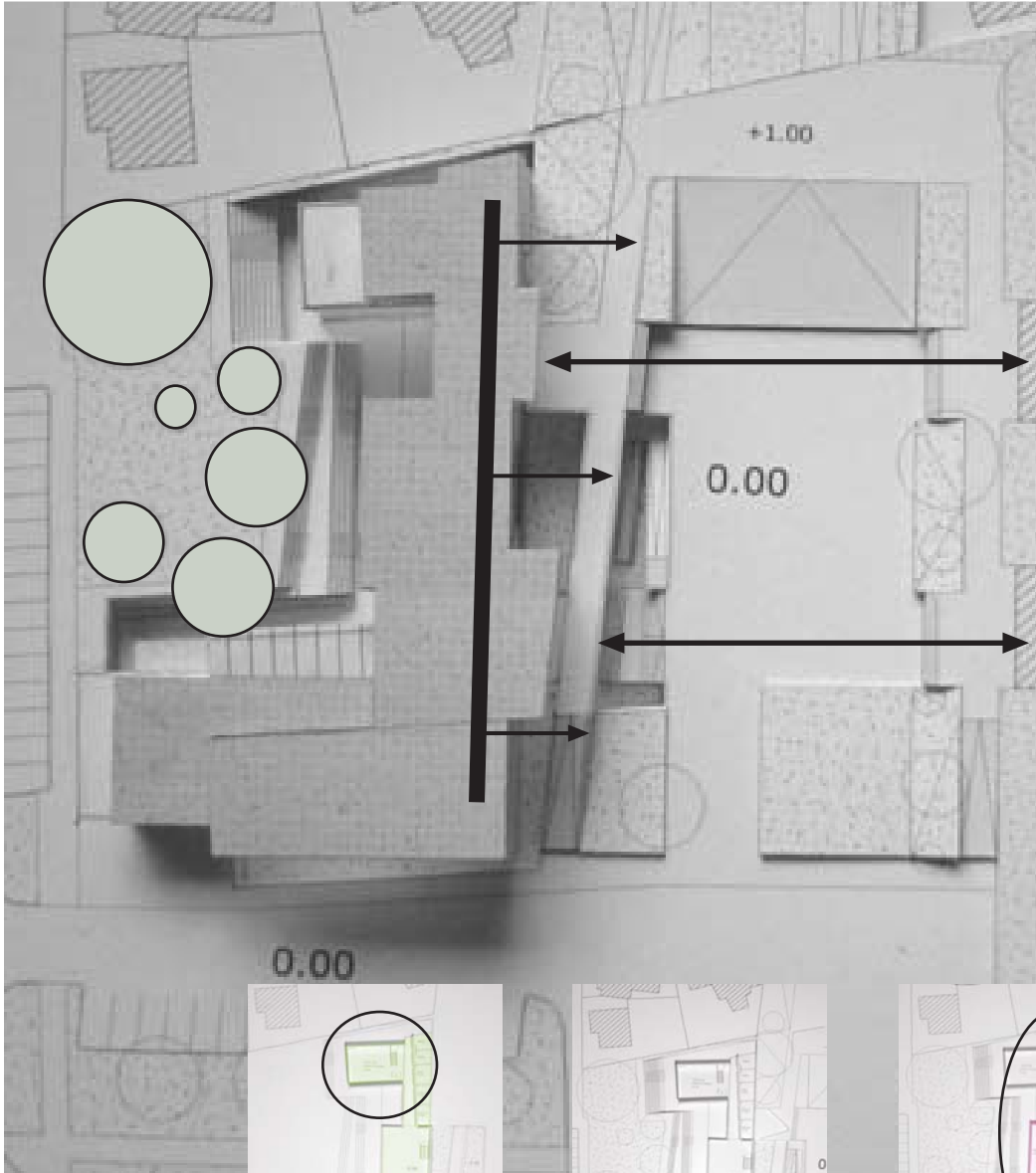
<sup>6</sup> Memoria de título "Renovación Centro Urbano de Coronel: Centro Cívico y Edificio Consistorial". de Loreto Figueroa, año 2002. Universidad de Chile. Pág.30.



El edificio al plantearse como parte de este parque, **plantea la incorporación del paisaje / arquitectura y arquitectura / comunidad**, tanto en su ordenación interior como exterior ya que busca dialogar con su entorno por lo que se organiza según las características del lugar:

## EL PROYECTO

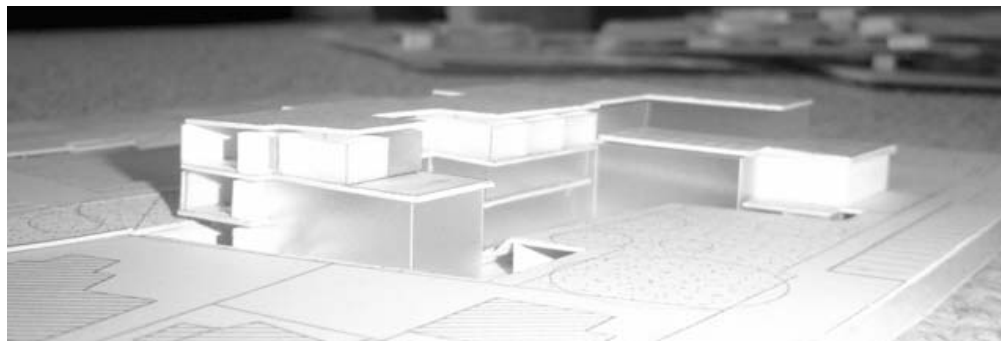
- **Fachada principal siguiendo el eje de este parque** encontrando los accesos en él; dos accesos que coinciden con líneas del edificio del AIEP ( 2 accesos hacia el parque-composición del entorno ) y que aprovechan las cotas existentes del terreno introduciendo el parque a diferentes niveles.
- **Ubicación de circulaciones y espacios para el desplazamiento siguiendo este eje / parque, volcándose hacia este espacio / parque**, e instancias de permanencia y pausa ubicados entre este “límite verde” y la movilidad del parque.
- **Aprovechamiento de cotas de nivel para generar la integración del parque con el edificio generando un hundimiento de éste**, lo que permite: mantener la escala del lugar en cuanto a la altura y proporcionar resguardo al edificio actuando este de separador espacial: un espacio público exterior libre y un espacio interior más controlado ( como medida de seguridad / control ).
- **Ubicación de los recintos según características existentes:** los de menor escala y mayor privacidad hacia la zona más residencial y de mayor resguardo y los de mayor escala y de mayor exposición hacia la mayor expansión ( Av. Grecia ) y de mayor tránsito de personas.
- **Mantenimiento del área verde ( árboles ) hacia el lado poniente como un “límite verde natural”:** separación de zona residencial y como regulador de luz y calor debido a orientación.

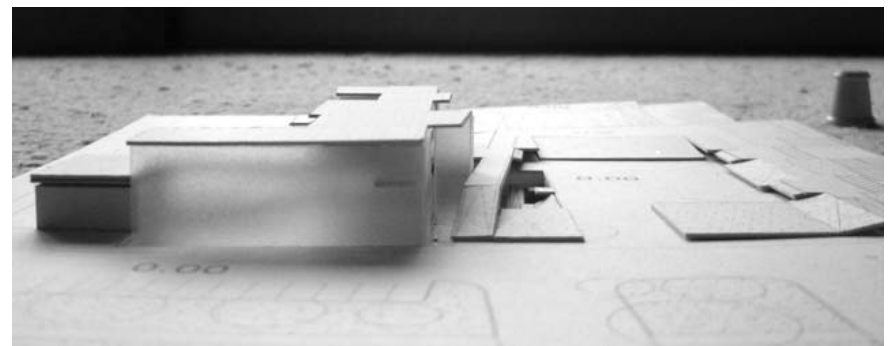
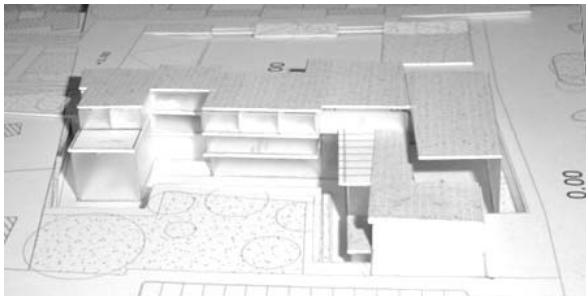
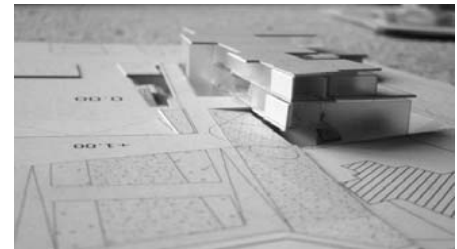
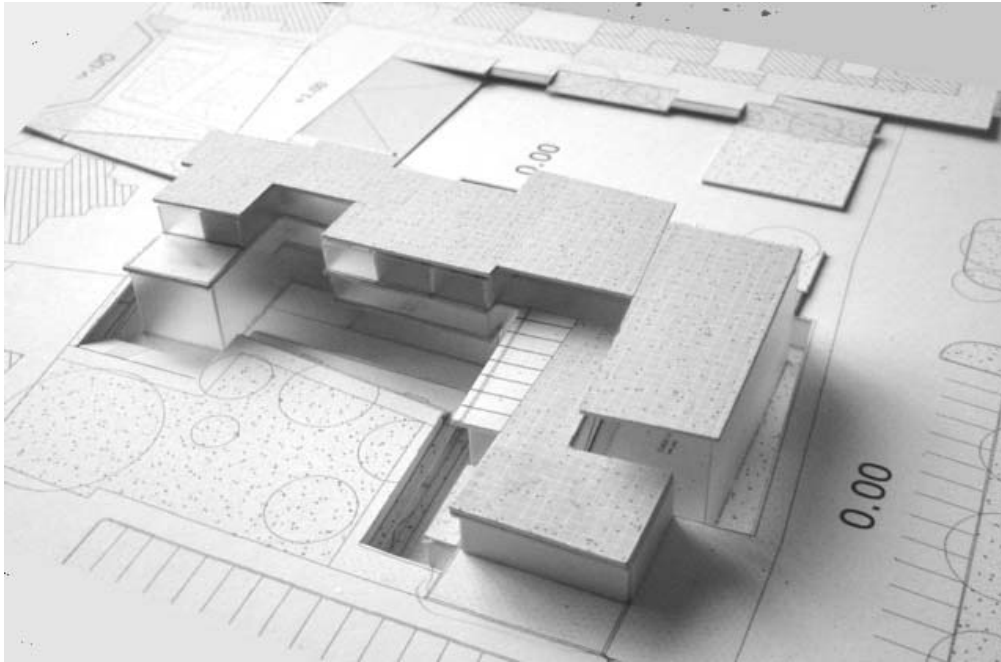


Por lo tanto **la propuesta formal** contemplará estos criterios, de manera que **la expresión del edificio refleje esta integración e incorporación de instancias en un lenguaje de orden simple y claro que responda tanto al lenguaje expresado en otros edificios de servicios de la comuna** ( comuna que tiene como expresión el legado arquitectónico del período modernista ya que es a partir de los 70s que esta tiene su época de mayor auge y por lo tanto de mayor desarrollo ), **como a los requerimientos producto de la fusión de las actividades y usuarios donde se persigue una coherencia entre la expresión, función y sistemas estructural y constructivo del edificio.**

En cuanto a **la morfología del proyecto** se propone la integración de diferentes volúmenes, conformando un solo edificio, que corresponden a diferentes situaciones programáticas, con una geometría de líneas ortogonales que busca simpleza y funcionalidad en el que se incorporan vacíos para dar singularidad y carácter a los espacios ( y volúmenes ).

El edificio debe estar acondicionado espacialmente para constantes alteraciones producto de la variedad de actividades, es por ello que se plantea el uso de **plantas lo más flexibles posible, permitiendo mayor transparencia y espacios dinámicos y adaptables.**





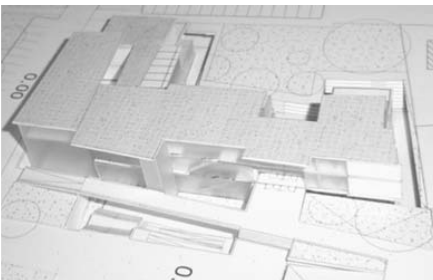
### O.5.3 MODELO DE GESTIÓN

Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, este será parte de una **iniciativa colectiva de la Municipalidad de Ñuñoa en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente** ( “Club Social” como dispositivo intermedio de recuperación y rehabilitación de salud mental ) **y las Organizaciones de Usuarios, Amigos y Familiares de los discapacitados**, debido al funcionamiento en conjunto de las actividades que se proponen, donde la municipalidad impulsará el proyecto como una forma de implementar y potenciar el desarrollo comunal favoreciendo la integración de las personas actuando a través de la Oficina Municipal de la Discapacidad y el Consejo Comunal de la Discapacidad que actúan paralelamente con el Fondo Nacional de la Discapacidad ( FONADIS ) y de la Dirección de Desarrollo Comunitario ( DIDECO), la Unión Comunal de Juntas de Vecinos y la Corporación de Desarrollo Social, todas instancias de organización de la comuna.

Por su parte el SSMO velará por el correcto funcionamiento de la instancia del Club Social ya que desde el punto de vista de los recursos económicos este debe rendir cuenta al Servicio de Salud y desde el punto de vista técnico debe ser orientado por los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, equipos de los consultorios y / o Unidad de Salud Mental.

Para el financiamiento del proyecto se cuenta con el apoyo y participación de la comunidad, ONGs, DIDECOS, organizaciones culturales, deportivas, etc, y otras entidades ya sea privadas o públicas que apoyen la iniciativa, además de fondos de la municipalidad y del Servicio de Salud.

En cuanto al terreno donde se inserta el proyecto, este es de propiedad de la alidad de Ñuñoa.





0.6



# BIBLIO GRAFÍA

“Directorio Metropolitano de la Discapacidad”  
Consejo Comunal de la Discapacidad de Nuñoa  
Fondo Nacional de la Discapacidad  
( FONADIS )  
2002


“Diccionario de la Real Lengua Española”  
Real academia española  
Vigésima primera edición, 1995  
Editorial Espasa Calpe, S. A.  
Madrid, España.

“Diseño accesible  
Construir para todos”  
Corporación Ciudad Accesible  
Stgo-Chile, Octubre 2002

Foucault, Michel  
“Historia de la locura en la época clásica”  
Tomo I y II  
Fondo de la Cultura Económica  
Mexico

Foucault, Michel  
“Vigilar y castigar”  
Nacimiento de la prisión  
Edit. Siglo veintiuno editores Argentina  
2002

Parcerisa Bundó, Josep - Rupert de Ventos, María  
“ La ciudad no es una hoja en blanco ”  
Hechos del Urbanismo  
Escuela de Arquitectura  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Ediciones Arquitectura  
Santiago de Chile - 2000



## DOCUMENTOS

“Construyendo Equipos de Trabajo en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria”  
Dr. Carlos Madariaga. Psiquiatra  
Escuela de Salud pública - MEDICHI  
Diplomado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria  
Universidad de Chile  
Noviembre de 2003

“Neruda y el Norte Grande. Del Paisaje telúrico al hombre”  
Madariaga, Carlos. Editor  
Taller de Arte del Servicio de Psiquiatría- Hospital Dr. E. Torres G.- Iquique  
Proyecto Fondo Nacional de la Discapacidad  
2000

“Proyecto de Salud Mental Comunitaria.  
Hogar Protegido para Personas con Discapacidad de Causa Psíquica”  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Dr.E.Torres G.  
Servicio de Salud Iquique  
Psiquiatría forense  
1999

## DOCUMENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD

“Estudios de Red Asistencial regionales. Guía Metodológica”  
Ministerio de Salud  
División de Inversiones y Desarrollo de la Red asistencial  
1997

“Orientaciones Técnicas para el Desarrollo de Clubes de Integración Social”  
Gobierno de Chile. Ministerio de Salud  
División de Rectoría y Regulación Sanitaria  
Unidad de Salud Mental  
Enero de 2002

“Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría”  
Gobierno de Chile. Ministerio de Salud  
Enero de 2002

“Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas afectadas de Esquizofrenia”  
Gobierno de Chile. Ministerio de Salud  
División de Salud de las Personas  
Unidad de Salud Mental  
2001

“Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”  
Gobierno de Chile. Ministerio de Salud  
Unidad de Salud Mental  
Segunda Edición - 2001



## DOCUMENTOS EN INTERNET

[www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl)

Artículos de Revista "ATREVETE":

En ocho regiones del país: Inserción laboral de personas con discapacidad mental -Nº49

Tecnología: La oportunidad de vivir la vida en igualdad de oportunidades - Nº50

Proyecto Fonadis: Sentidos para la Integración - Nº50

Discapacidad: Un tema posible - Nº51

Hogares protegidos: Abriendo puertas a la integración - Nº52

Rehabilitación basada en la comunidad: a mayor participación, mejores resultados - Nº53

Rehabilitación basada en la comunidad (RBC): Una respuesta a escala humana - Nº56

Discapacidad de causa psíquica: Volver a sentirse parte de la sociedad - Nº57

Glosario-FONADIS

Instituciones - FONADIS

"Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad"

Nº 19.284. Santiago de Chile

Enero de 1994

"Normas Uniformes. Sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad"

[www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)

"Resultados de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional" CASEN 2000

Situación de las Personas con Discapacidad en Chile

[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) - Link de Salud Mental

"Arquitectura hospitalaria

Una aproximación a los Hospitales del Futuro y las Nuevas Infraestructuras de Salud"

"Estructura, Procesos, Flujos, Clasificación de Unidades de Atención Ambulatoria e Impacto Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema Público de Salud - 2002"

"Evaluación Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Hogares Protegidos, Hospitales de Día y Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria"  
Informe final - 2003

"Programa de tratamiento de la Esquizofrenia"

[www.guiadiscapacidad.cl/indice.com.htm](http://www.guiadiscapacidad.cl/indice.com.htm)

[www.ine.cl](http://www.ine.cl)

[www.oms.com](http://www.oms.com)

BIBLIO  
GRAFÍA



# BIBLIO GRAFÍA

[www.nunoa.cl](http://www.nunoa.cl)

[www.saludoriente.cl](http://www.saludoriente.cl)

[www.who.int/entity/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

“Invertir en Salud Mental”

<http://www.sati.or.ar/newstyle/revista/satitree.html>

Sonego, Beatriz

“Los Espacios curativos”. Artículo que resume los hallazgos de la investigación de la autora realizada como tesis de postgrado en salud mental

## **ARTICULOS SOBRE ESQUIZOFRENIA**

[www.binass.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm](http://www.binass.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm)

[hcpc.uth.tmc.edu/spanish\\_schizphrenia.htm](http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish_schizphrenia.htm)

[www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtmlapiepa.](http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtmlapiepa)

[galeon.com/salud.htm](http://galeon.com/salud.htm)

[www.nami.org/helpline/schizophrenia-sp.htm](http://www.nami.org/helpline/schizophrenia-sp.htm)

[www.nimh.nih.gov/publicat/spSchizoph3517.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/spSchizoph3517.cfm)



## MEMORIAS DE TÍTULO

Contreras, Pablo  
"Centro Diurno para la Rehabilitación de personas con Enfermedades Mentales  
San miguel, Servicio De Salud Metropolitano Sur  
Memoria de titulo FAU  
Universidad de chile  
2003

De León, Ana María  
"Cuerpo de transición: una arquitectura para el tratamiento y rehabilitación de pacientes con  
enfermedades y discapacidad psíquica"  
Memoria de titulo FAU  
Universidad de chile  
2004

Escudero, Dyna  
"Comunidad terapéutica para el tratamiento y rehabilitación de jóvenes adictos a las drogas"  
Memoria de titulo FAU  
Universidad de chile  
2003

Figueroa, Loreto  
"Renovación Centro Urbano de Coronel:  
Centro Cívico y Edificio Consistorial"  
Memoria de titulo FAU  
Universidad de chile  
2002

González, Sonia  
"Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak  
Rehabilitación e integración social"  
Memoria de titulo FAU  
Universidad de chile  
2004

Martínez, Carolina.  
"Centro de rehabilitación para discapacitados psíquicos  
Un espacio para la el encuentro y la relación  
Reestructuración hospital psiquiátrico el peral- puente alto"  
Memoria de titulo FAU  
Universidad de chile  
2003

## SEMINARIO

Rojas, Gloria  
"Acerca de el habitar esos jardines olvidados:  
Calles Keller, Valenzuela Castillo, Alberto Magno  
...Tres pausas urbanas en la Comuna de Providencia  
Seminario Depto de Diseño FAU  
Universidad de chile-2003



0.7



**ANEXOS**



# ANEXOS

## **ANEXO 1**

### **MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD**

Apunte del Ministerio de Salud : "Estudio de Red Asistencial".  
Guía Metodológica.  
Chile 1997  
División de Inversiones y  
Desarrollo de la Red Asistencial



# MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

## INTRODUCCIÓN

Previo a la elaboración de los proyectos de inversión para ser ejecutados durante a década de los 90', el Ministerio de Salud consideró necesario iniciar una revisión del Sistema de Atención en Salud, con el fin de analizar su funcionamiento y de dar respuestas operacionales a los problemas observados en relación a niveles de resolución y de sistemas de referencia.

Consecuentemente con lo anterior, se realizó el estudio "Recaudación del Sistema Público de Salud", el cual cumple con el objetivo de diseñar un instrumento de apoyo a la toma de decisiones de inversión y contribuir al proceso de readecuación del sistema público de atención.

Los antecedentes que sirvieron de base a la propuesta se encuentran desarrollados en profundidad en los documentos originales: "readecuación del Sistema Público de Atención de Salud" Informe Final y Anexos; la propuesta incorpora además el aporte de diversos representantes del sector.

La propuesta de readecuación se basó en cuatro elementos contingentes, proyectándolos al mediano plazo:

- Política de Salud
- Perfil Epidemiológico
- Situación Geodemográfica
- Recursos Potenciales del Sector

En él se pretende orientar la resolución de algunos de los problemas observados en el sistema de atención. Es así como la propuesta valoriza la atención abierta, la participación social, el trabajo intersectorial y la descentralización; desconcentra la atención y aumenta la autonomía regional. Finalmente ordena niveles de complejidad y sistemas de referencia a través de una gama de soluciones alternativas. Los resultados del estudio sirven como marco general para la toma de decisiones de inversión; su aplicabilidad concreta a las realidades locales es entendida en un contexto de flexibilidad.

## Características generales del modelo

El modelo se compone de unidades sistemáticas, técnicamente autónomas, equivalentes a los Servicios de Salud. Consiste en una red de establecimientos organizados en una estructura de tipo planetaria, jerarquizada en niveles de complejidad creciente, con accesibilidad graduada al nivel de complejidad. Los establecimientos se describen separadamente en subsistema abierto y cerrado, de acuerdo a la modalidad de atención, para facilitar la comprensión. La traducción del modelo a la realidad local implica el que cada localidad sea atendida simultáneamente por establecimientos ambulatorios y hospitalarios, que podrían estar adosados o aislados.

En la concepción global del modelo se dio relevancia a las siguientes consideraciones:

- Aproximar la atención al usuario, dentro de un contexto de costo efectividad.
- Realizar las prestaciones en el nivel de menor complejidad requerido, manteniendo una adecuada calidad de las mismas.
- Asegurar la oportunidad de las acciones de Salud.
- Lograr la mayor autonomía posible de las regiones, contribuyendo a una mayor descentralización.

ANEXOS



La descripción de los establecimientos se realiza en base a las siguientes características:

- Modalidad e Atención
- Población Beneficiaria
- Recursos Humanos
- Actividades Finales
- Inserción Geodemográfica
- Prestaciones

En el cuadro N°1 se señalan los establecimientos propuestos, según niveles de complejidad y subsistema de atención.

Cuadro N°1

ANEXOS

NIVELES DE COMPLEJIDAD	SUBSISTEMA DE ATENCIÓN	
	ABIERTO	CERRADO
BAJA	Post. Rural	Hospital tipo 4
	Cons. Rural	
	Cons. Urbano	
MEDIANA	Centro de Referencia de Salud (CRS)	Hospital tipo 3
ALTA	Centro Diagnóstico y Terapéutico	Hospital tipo 2
		Hospital tipo 1

Se proponen además establecimientos del Área Parasectorial, de responsabilidad compartida con la comunidad y las organizaciones sociales; y del Área Intersectorial, de responsabilidad compartida con otros sectores del quehacer público.

Para facilitar la interpretación del modelo de atención, se sugiere un entorno geodemográfico para cada establecimiento caracterizado en los siguientes términos:

- Área Urbano Rural: Localidades de menos de 10.000 habitantes, rodeados de áreas rurales con población dispersa.
- Ciudades Pequeñas: Entre 10.000 y 50.000 habitantes.
- Ciudades Intermedias: Con 50.000 a 100.000 habitantes.
- Ciudades Grandes: Con más de 100.000 habitantes.

Para cada establecimiento se determinaron las prestaciones que podría otorgar, utilizando como criterios rectores el solucionar los problemas de salud en el nivel de complejidad más cercano posible a la población y el estimular la atención ambulatoria.

Las variables consideradas en la asignación de las prestaciones fueron: demanda potencial de atención, disponibilidad de recursos, oportunidad de la atención, complementariedad de las actividades, costo de las prestaciones y seguridad del paciente.



A continuación se presenta un resumen con las principales características de los establecimientos propuestos. El volumen de población sugerido para cada establecimiento es flexible, y corresponde a población beneficiaria del Sistema Público de Salud.

### **Subsistema Abierto**

- Posta rural de Salud ( PR ):  
Establecimiento de atención ambulatoria para poblaciones dispersas de 600 a 2.000 habitante.

- Consultorio Rural ( CR ):  
Establecimiento de atención ambulatoria para localidades de 2.000 a 5.000 habitantes, con población asignada máxima de 20.000 habitantes. Dependen técnicamente del Consultorio Urbano y/o del Hospital Tipo cuatro.

- Consultorio General Urbano ( CGU ):  
Establecimiento de atención ambulatoria, para poblaciones asignadas no superiores a 40.000 habitantes. En ciudades pequeñas puede estar adosado a un hospital de baja complejidad.

- Centro Referencia de Salud ( CRS ):  
Establecimiento de atención ambulatoria de mediana complejidad. Otorga atención de referencia para una red de 4 a 6 CGU ( 150.000 a 200.000 hab. ). En algunos casos puede estar adosado a hospitales e mediana complejidad. Administrativamente depende del Servicio de Salud.

- Centro Diagnóstico Terapéutico ( CDT ):  
Establecimiento de atención ambulatoria de alta complejidad antes descritos y da atención al paciente hospitalizado en su área diagnóstica terapéutica. Se ubica adosado al Hospital de mayor complejidad del Servicio, en las ciudades cabecera de los Servicios de Salud, existiendo al menos uno por Servicio.

### **Subsistema cerrado**

- Hospital Tipo 4:  
Establecimiento de baja complejidad, con menos de 100 camas, ubicado en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes, con un área de influencia superior a 30.000 habitantes. Puede tener adosado un Consultorio General Urbano.

- Hospital Tipo 3:  
Establecimiento de mediana complejidad de 100 a 200 camas, ubicado en localidades de hasta 50.000 habitantes, con área de influencia no superior a 70.000 habitantes.

- Hospital Tipo 2:  
Establecimiento de alta complejidad, de 250 a 300 camas, ubicado ciudades con alrededor de 100.000 habitantes como hospital único o en grandes urbes, como apoyo al tipo 1, en cuyo caso tendría un CDT adosado. En Servicio de Salud poco poblados podría llegar a ser el establecimiento de mayor complejidad.

- Hospital Tipo 1:  
Establecimiento de alta complejidad, con no más de 500 camas, ubicado en la ciudad sede de la dirección de Servicio, constituyendo el Hospital Base de cada unidad del sistema. Tiene adosado un CDT.

ANEXOS



## **AREA PARASECTORIAL**

En este grupo se pueden incluir establecimientos como los siguientes:

- Centro de Recuperación de Desnutridos
- Centro Comunitario de Atención de Pacientes con Patología Psiquiátrica estable
- Centro y Hogar de Senescentes
- Hogar de Adolescentes Embarazadas
- Centro Integral de Apoyo Familiar
- Centro de Cuidados Médicos Mínimos
- Hogar de la Embarazada Rural
- Centro de Rehabilitación Socio-Laboral
- Hogares y Talleres Protegidos para Pacientes Psiquiátricos
- Establecimientos de Pre-alta de Puerperio,

y otros, de acuerdo a necesidades locales.

Dichos establecimientos deben ser e responsabilidad compartida con la comunidad y organizaciones sociales, asegurándose la supervisión técnica del Servicio de Salud respecto de su funcionamiento, lo cual hace necesario diseñar las modalidades y procedimientos pertinentes.

ANEXOS



# ANEXOS

## **ANEXO 2**

### **MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL**

Apunte del Ministerio de Salud : “Estudio de Red Asistencial”.  
Guía Metodológica.  
Chile 1997  
División de Inversiones y  
Desarrollo de la Red Asistencial





## MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

### MODELO DE ATENCIÓN

Las actividades de Salud Mental y Psiquiatría comparten los principios del modelo general de atención de salud y son realizadas, en su mayor parte, por los equipos de salud no especializados, en todos los establecimientos del sistema, y en conjunto con las otras actividades de salud.

Por otra parte, algunas actividades de Salud Mental y Psiquiatría requieren de unidades especializadas para el adecuado cumplimiento de su especificidad técnica. Estas unidades son:

- Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM)
- Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria
- Hospitalización Psiquiatría diurna
- Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía
- Servicio Clínico de Psiquiatría de larga Estadía

ANEXOS

Además, otras actividades de Salud Mental y Psiquiatría se efectúan en instituciones del Área Parasectorial, generalmente a través de convenios y compra de servicios, con la supervisión técnica del Servicio de Salud. Estos establecimientos entregan servicios de rehabilitación psicosocial a personas con discapacidad psíquica secundaria a trastornos psiquiátricos severos y/o dependencia a drogas y alcohol. Los principales son:

- Hogares Protegidos
- Comunidades Terapéuticas
- Talleres Protegidos
- Centros Diurnos de Rehabilitación

En el cuadro siguiente se señalan las unidades donde se realizan las actividades de Salud Mental y Psiquiatría, según niveles de complejidad y subsistemas de atención. La forma de funcionamiento de estas unidades debe ser en una modalidad en red, que integre los componentes intra y parasectoriales, al igual que los niveles de complejidad, de modo de poder responder a las variadas necesidades de la población en Salud Mental y Psiquiatría, y asegurar así la continuidad de la atención a las personas.

NIVELES DE COMPLEJIDAD SALUD MENTAL	SUBSISTEMA DE ATENCIÓN		AREA PARASECTORIAL
	ABIERTO	CERRADO	
BAJA	Post. Rural Cons. Rural Cons. Urbano	Hospital tipo 4 Hospital tipo 3	Hogar Protegido
MEDIANA	COSAM	S.Psiq.Corta Est. (Hospital tipo 2)	Com. Terapéutica Taller Protegido
ALTA	Unidad Clínica de Psiq.Ambulatoria (CRT,Adosado o Cons.Adosado) Urgencia Psiquiatr.	Hospital Diurno S.Psiq.Corta Est. S.Psiq.Larga Est. Hospital tipo 1 y Hosp.Psiquiátrico	Centro Rehabilit.



## SUB-SISTEMA DE ATENCIÓN ABIERTO

### - Posta rural de Salud ( PR ):

#### Actividades Finales

- Intervención de promoción/prevención
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial de grupo
- Visitas domicilio
- Actividad de organización de la comunidad

#### Recursos Humanos

- Auxiliar rural
- Médico general
- Enfermera
- Matrona
- Asistente social

ANEXOS

### - Consultorio Rural ( CR ):

#### Actividades Finales

- Intervención de promoción/prevención
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial de grupo
- Visitas domicilio
- Actividad de organización de la comunidad
- Rondas a postas rurales

#### Recursos Humanos

- Médico general
- Enfermera
- Matrona
- Aux. Paramédico
- Asistente social

### - Consultorio General Urbano ( CGU ):

#### Actividades Finales

- Intervención de promoción/prevención
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial de grupo
- Consulta por déficit desarrollo psicomotor
- Consejería en salud sexual
- Consejería familiar
- Visitas domicilio
- Actividad de organización de la comunidad

#### Recursos Humanos

- Médico general
- Enfermera
- Matrona
- Aux. Paramédico
- Asistente social
- Psicólogo
- Monitor de Salud Mental



- Centros Comunitarios de Salud Mental y Familiar ( COSAM ):

Establecimiento de atención ambulatoria, con dedicación exclusiva a salud mental y psiquiatría, para áreas urbanas de bajo nivel socio-económico con población de alrededor de 50.000 habitantes. Dependen administrativamente de Municipalidades y técnicamente de Servicios de Salud.

Actividades Finales

- Intervención de promoción/prevención
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial de grupo
- Consejería en salud sexual
- Consejería familiar
- Psicoterapia
- Actividad de rehabilitación
- Visitas domicilio
- Actividad de organización de la comunidad
- Actividad e enlace con CGU

Recursos Humanos

- Psiquiatra
- Asistente social
- Psicólogo
- Monitor de Salud Mental
- T. Ocupacional
- Profesor Educación Física

ANEXOS

- Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria:

Unidad clínico-asistencial especializada, orientada a la atención de personas con patología psiquiátrica, conformada por un equipo multidisciplinario, y que se ubica de preferencia en un Centro de Referencia de Salud ( CRS ) o en un Centro Diagnóstico Terapéutico ( CDT ), pero que según la realidad y recursos locales puede funcionar en Consultorio Adosado, Hospitales tipo 1 o 2, u Hospital Psiquiátrico.

Actividades Finales

- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial de grupo
- Psicoterapia
- Psicometría
- Psicofármacos complejos
- Actividad de rehabilitación
- Urgencias de salud mental y psiquiatría
- Capacitación en salud mental y psiquiatría
- Enlace técnico con CGU
- Peritaje psiquiátrico
- Actividades intersectoriales

Recursos Humanos

- Psiquiatra
- Asistente social especializada
- Psicólogo
- T. Ocupacional especializado
- Enfermera especializada
- Aux. Paramédico especializado
- Monitor de rehabilitación
- Psicopedagogo
- Subsistema de Salud Cerrado



- Hospitalización Psiquiatría Diurna:

Unidad de alta complejidad técnica, para el tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastornos psiquiátricos severos, los cuales asisten 4 a 8 horas diarias, de lunes a viernes, durante períodos de 2 a 4 meses. Dependen administrativamente de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría, a los cuales puede estar adosado.

## **SUB-SISTEMA DE ATENCIÓN CERRADO**

- Hospitales tipo 3 y 4:

Realiza actividades de salud mental y psiquiatría de baja o mediana complejidad, con hospitalizaciones breves ( menos de 7 días ) en Servicio de Medicina General o Medicina Interna para descompensaciones agudas de depresiones, víctimas de violencia intrafamiliar, síndrome de abstinencia de alcohol y psicosis, y otras.

ANEXOS

- Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía:

Unidad para hospitalizaciones ( 60 días máximo ), con no más de 0 camas, ubicado en el edificio principal de un Hospital tipo 1 ó 2, de modo de facilitar la interacción con otras especialidades y el acceso a exámenes de laboratorio e imagenología. En los Hospitales Psiquiátricos ya existentes deben diferenciarse unidades de similares características para hospitalizaciones de corta estadía.

En este Servicio se efectúan las actividades de psiquiatría de máxima complejidad del sistema, tanto desde el punto de vista diagnóstico como de tratamiento y rehabilitación, y además, se realizan acciones de psiquiatría de enlace con Servicios Clínicos de otras especialidades (incluyendo el Servicio de Urgencia ).

- Servicio Clínico de Psiquiatría de Larga Estadía:

Para pacientes que requieren hospitalización superior a 60 días debido a dificultades en el control clínico o conductual. Se ubican en los 4 Hospitales Psiquiátricos existentes en el país y en algunos de los Servicios Clínicos de Psiquiatría de Hospitales tipo 1. Se deben organizar en unidades independientes con un máximo de 30 camas.

Los pacientes deben ser referidos previa evaluación en Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o Servicio Clínico de Psiquiatría de corta Estadía. Estas unidades efectúan actividades terapéuticas y de rehabilitación de alta complejidad.



# ANEXOS

## **ANEXO 3**

### **CLUBES DE INTEGRACIÓN SOCIAL**

Apunte del Ministerio de Salud : "Orientaciones Técnicas  
para el desarrollo de Clubes  
de Integración Social".  
División de Rectoría y Regulación sanitaria  
Unidad de Salud Mental  
2002



## I. INTRODUCCION.

El carácter distintivo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es que promueve la creación y el fortalecimiento de una red de dispositivos y servicios de salud mental, insertos en la comunidad y relacionados con las dinámicas normales de la vida de las personas.

En el ámbito de las personas más severamente enfermas, para abordar la satisfacción de sus necesidades, resulta evidente que se requiere de la participación de diversos agentes del estado y de la propia comunidad; el sector salud es sólo uno más en esta perspectiva. Sin embargo, por las características propias de las personas a quienes va dirigida esta iniciativa, es el sector salud el encargado de impulsar un trabajo intersectorial para conseguir la plena integración de los discapacitados psíquicos al tejido social.

La mayoría de los individuos afectados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos severos presentan, aún durante su fase de estabilidad, distintos grados de dificultades en el funcionamiento en sus diversos roles sociales. Esta condición propia de la enfermedad requiere un enfrentamiento a través de una serie de intervenciones integradas en un proceso terapéutico que involucre distintas estructuras en los servicios de salud y en la comunidad.

Dentro de las instancias de tratamiento y rehabilitación se encuentran lo que se podría denominar estructuras intermedias. Éstas ocupan, para el paciente, un lugar en la cadena de servicios de hospedaje, tratamiento y rehabilitación, situado entre la hospitalización completa y la meta de una vida independiente en la comunidad. En esta perspectiva se puede considerar estructuras intermedias, por ejemplo, al hospital de día, a los distintos dispositivos de rehabilitación y reinserción laboral, a los hogares protegidos y a los centros diurnos de rehabilitación y clubes sociales.

Los clubes de integración social constituyen una respuesta de muy baja especialización técnica, pero de una alta efectividad en el logro de una mayor autonomía de las personas y de una mejor integración en las organizaciones naturales de la comunidad. Los clubes sociales favorecen la desestigmatización de las personas afectadas de trastornos psiquiátricos severos.

Sus propósitos son la socialización e inclusión de los participantes en actividades en las que el tiempo libre y el quehacer se estructuren de una manera sana y protectora y, en lo posible, de la forma más parecida a la vida social de las demás personas.

## II. PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y DISCAPACIDAD

La presencia de los trastornos mentales produce un grado variable de deterioro o restricción en las habilidades de una persona para desarrollar una actividad en la manera considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural. Este deterioro es producto, tanto de las consecuencias propias de la enfermedad, como de la cronificación producida por la falta de espacios de rehabilitación psicosocial. Se expresa en las áreas del autocuidado, del rendimiento ocupacional o académico, y del funcionamiento en roles familiares y sociales.

La esquizofrenia refleja de manera emblemática los problemas presentes en la gran mayoría de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos severos. De los varones que sufren esquizofrenia, la discapacidad moderada a severa persistente afecta a aproximadamente el 40%, en contraste con el 25 % de las mujeres que sufren la enfermedad. La Esquizofrenia es una enfermedad que afecta preferentemente a personas en etapa productiva. Sólo el 10% de las personas afectadas por este trastorno logra mantener un trabajo con un desempeño cercano al esperable para su condición previa.



Por otra parte, los índices de mortalidad en la población afectada son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido relacionado con el descuido en el cuidado por parte de los pacientes y sus familiares, con las pobres condiciones de vida, con las limitaciones en el acceso a los sistemas de salud y con la falta de redes sociales de apoyo. Existe, además, una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes. Para las personas con esquizofrenia, el riesgo de suicidio alcanza a un 10% como prevalencia de vida.

A pesar del mayor conocimiento respecto de los trastornos mentales por parte de las personas, aún existe un fuerte estigma asociado con el diagnóstico de una enfermedad mental, especialmente con la esquizofrenia. De esto se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización.

El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación y la dependencia.

Producto de la marginación, la persona con esquizofrenia se ve afectada en sus derechos de ciudadano y la recuperación de la capacidad de ejercerlos constituye uno de los puntos esenciales para evitar la estigmatización, atenuar el riesgo de exclusión socio-comunitaria y alcanzar una vida de mayor calidad y satisfacción.

El goce real de estos derechos por parte de las personas que tienen enfermedades mentales severas varía en las distintas sociedades. Aunque en muchos casos, la discapacidad es un factor que reduce las posibilidades de ejercer ciertos derechos, los que son más fáciles de ser alcanzados por otros miembros de la misma sociedad, es el contexto cultural y económico el principal factor que dificulta que estas persona sean reconocidas plenamente como ciudadanos e interactuen de igual a igual con el conjunto de la sociedad

Desde esta perspectiva, en el caso de personas con discapacidad psíquica, la prevención terciaria (rehabilitación psicosocial) constituye un elemento central de cualquier programa de tratamiento exitoso, teniendo por meta final la integración social plena.

### III. PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y REDES SOCIALES

El concepto de red social se ha definido, en sentido estricto, como el conjunto de personas actualmente significativas con quienes un individuo tiene interacción social. Estas personas tienen la capacidad de aportar a un individuo o familia ayuda y apoyo real y duradero. En un sentido más amplio, también se considera como parte de la red social de apoyo a las instituciones con las cuales una persona tiene contacto regular.

Una red típica está constituida por un número reducido de personas a las que se conoce íntimamente y, que en su mayoría se conoce entre sí, y un grupo más amplio de personas a las que se ve con regularidad. Una red social normal se caracteriza por poseer interacciones frecuentes, afecto positivo y un componente instrumental de apoyo importante.

La pertenencia a una red social relativamente nutrida ha sido relacionada con mejores niveles de salud mental. En situaciones normales, y con mayor razón en situaciones de crisis, las redes sociales sirven para entregar apoyo a sus miembros. Por ejemplo, las redes pueden proveer apoyo emocional, pueden dar información respecto de los servicios disponibles en la comunidad, pueden sustituir servicios entregados por organismos formales por ayuda informal, pueden



contribuir al aprendizaje de conductas frente a situaciones amenazantes, etc.

En el caso específico de los pacientes esquizofrénicos, las redes sociales tienden a ser altamente interconectadas alrededor de los parientes y a tener un contacto mucho menos estrecho con los no parientes. Las relaciones con la familia tienden a ser altamente dependientes. En muchos casos las redes sociales previas al inicio de la enfermedad son relativamente pequeñas en relación con la norma para el grupo social de referencia y se reducen aún más durante la enfermedad.

La percepción de las personas afectadas de esquizofrenia respecto de su red social tiende a ser negativa. Perciben que reciben poca ayuda material y, a su vez, se consideran poco útiles para proporcionar este tipo de ayuda. Los individuos con esquizofrenia en situaciones de conflicto emocional buscan menos el apoyo en su red social que los individuos normales. Si se considera que los familiares constituyen en gran medida la red de los sujetos con un trastorno mental severo, se puede pensar que esta red familiar modela determinados estilos de comportamiento relacional. Muchas veces se perpetúan actitudes sobreprotectoras, críticas y hostiles por parte de la familia las cuales restringen las posibilidades de nuevos aprendizajes y crean un ambiente desfavorable para la estabilidad de los pacientes.

La intervención sobre las redes vinculadas al territorio de los pacientes (conocidos, vecinos, grupos e instituciones) puede constituir una forma de activar las redes sociales con el fin de integrarlos a las actividades cotidianas de la comunidad. Esta estrategia se sustenta también en el hecho que la calidad del apoyo se relaciona directamente con la cercanía geográfica y el contacto frecuente.

Por otra parte, el grupo externo a la familia aporta nuevos patrones de enfrentamiento y de relacionarse con los otros, lo que se traduce en mayores recursos psicosociales. De este modo se alivia al paciente y su familia desplazando sus energías a otras actividades.

#### IV. LOS CLUBES DE INTEGRACION SOCIAL Y EL PROCESO TERAPEUTICO

Como resultado de las características psicopatológicas propias de la enfermedad mental, de la discapacidad que la enfermedad provoca, del consiguiente empobrecimiento de las redes de apoyo, y la estigmatización existente en la sociedad, la persona afectada por la esquizofrenia u otro trastorno mental severo reduce significativamente su participación en sus distintos roles sociales. Como consecuencia se produce un proceso de aislamiento progresivo y marginación que es una fuente adicional de sufrimiento para la persona y que empeora el pronóstico de la enfermedad. Este proceso se constituye en un círculo vicioso que la persona afectada no se encuentra en condiciones de romper. Por lo tanto, resulta fundamental intervenir terapéuticamente para revertir este proceso de deterioro.

Discapacidad, interacción social y proceso terapéutico : Apoyar la integración social de las personas con discapacidad psíquica es una tarea compleja que requiere estrategias que involucren a distintos actores sociales. El sector salud y en particular los servicios de salud mental han promovido diversos espacios de encuentro. Uno de ellos ha sido la creación de Clubes de Integración Social.

Los espacios de interacción social entre pacientes, sus familiares y otras personas constituyen una instancia de entrenamiento en determinadas habilidades de la relación social. La interacción produce un natural modelaje de conductas. En este mismo contexto los clubes de Integración Social pueden proveer un ambiente en el cual se fortalezca y/o se estimule la aparición de conductas adaptativas contribuyendo así a una mejor inserción de la persona en su ambiente familiar y social. La ubicación de estos clubes en espacios naturales de convivencia contribuye





a que las conductas aprendidas puedan generalizarse a las relaciones cotidianas de las personas favoreciendo la integración.

Desde otra perspectiva, estas estructuras intermedias - entendidas como el espacio físico y las personas que allí interactúan - van a ocupar un lugar en la mente de la persona afectada por un trastorno psicótico y van a ocupar un lugar en su dinámica relacional, permitiendo si todo marcha bien, cambios en su funcionamiento psíquico y un restablecimiento de sus relaciones de objeto y de vinculación con el entorno y contribuye también a favorecer el sentido de pertenencia.

Para la mayoría de los individuos, este espacio social se puede ir constituyendo en un espacio "normalizador, sanador, recuperador, integrador y terapéutico" y va a significar la progresiva construcción de un "espacio de realidad intermedio" entre su mundo psicótico, su posición autista, de aislamiento y retraimiento afectivo, y la revinculación con lo real.

## ANEXOS

Uno de los primeros pasos de esta experiencia de rehabilitación es la progresiva vinculación con el espacio físico del club. Este hecho, en apariencia tan simple, puede ser vivenciado, debido al particular modo de vincularse de la persona afectada por un trastorno psicótico, como un espacio cargado de posibles agresiones.

Desde esta perspectiva, en una primera etapa del proceso de reintegración social, las estructuras intermedias cumplen una función de contención de la angustia y de elaboración de las fantasías. Un espacio acogedor y amigable, y la presencia de personas atentas y disponibles permiten ir desdibujando paulatinamente en la mente del paciente el carácter persecutorio y amenazador del mundo externo. A partir de este encuadre, se dan las condiciones para que la persona comience a salir del "autismo" y acceda a tejer relaciones y a contactarse con su mundo externo como con su mundo interno.

Para establecer un proyecto terapéutico que apunte a la autonomía personal es necesario, en una primera etapa, que se establezca un fuerte lazo de pertenencia en el cual un pequeño grupo de personas sea sentido por el sujeto como identificado e involucrado con él, como una forma de ser acompañado en su tránsito hacia el mundo externo.

En su proceso de reinserción social la persona es particularmente vulnerable a la ruptura de vínculos. El éxito de un programa de rehabilitación implica, que la persona progresivamente deberá abandonar la estrecha relación de apoyo con los equipos que lo han acompañado. Una separación no bien resuelta puede significar para el sujeto afectado por un trastorno psicótico heridas insuperables, volviendo a recrear situaciones anteriores de aislamiento y sentimientos de abandono.

En este contexto, los clubes de integración social constituyen una instancia que puede ayudar a un proceso dinámico de ruptura y mantención de vínculos como una experiencia humana normal.

El club ocupa un lugar crucial en el proceso terapéutico de rehabilitación y reinserción ya que constituye una situación menos protegida, y que se ubica justo en la interfase entre los dispositivos de salud y la comunidad. Se podría decir que es el lugar indicado para lograr una ruptura no traumática de los vínculos de la persona afectada por un trastorno mental con los dispositivos y el equipo de rehabilitación que lo ha acompañado en el proceso.

### V. LOS CLUBES DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y LA AUTOAYUDA

Inserción Social : Las personas afectadas de problemas psiquiátricos graves, al igual que el



## ANEXOS

resto de los miembros de la sociedad, necesitan insertarse socialmente. Sin embargo, resulta evidente que los déficits de esta población repercuten en una inferior calidad de vida al estar en una situación de menoscabo frente a los demás. La mera inserción de estos individuos en un medio comunitario, que se puede considerar hostil, se traduce en sujetos escasamente calificados, generalmente no aceptados, estigmatizados, con notables desventajas frente a otros y con un exceso de tiempo libre. El paso, desde esta situación, a una real integración comunitaria establece la necesidad de buscar alternativas a la marginación en la misma sociedad donde ésta surge.

Concepto de autoayuda : La autoayuda se puede definir como un intento de una persona afectada de un problema, que lo discapacita en un grado variable, por tomar el control efectivo de las circunstancias de su vida. Los grupos de autoayuda se basan sobre el principio de que la gente que comparte una discapacidad tiene algo que ofrecerse mutuamente y que no puede ser provisto por un profesional. Actualmente, se le reconocen a estos grupos los enormes beneficios que significan para los pacientes, sus familias y la sociedad.

Estos grupos, muchas veces son los que se hacen cargo en el largo plazo de innumerables condiciones crónicas. Durante las últimas dos décadas se ha producido una gran expansión en el número de grupos de autoayuda y de organizaciones para personas que han sufrido enfermedades mentales severas.

Las líneas de desarrollo de estas organizaciones han seguido dos caminos distintos: una que busca la reintegración plena a su comunidad de las personas afectadas por una enfermedad sin interferir con el sistema de salud ni desafiar el rol de los profesionales y, otra que enfatiza la toma de conciencia y el empoderamiento de las personas con una enfermedad psiquiátrica de tal forma que ellas se vayan haciendo cargo en forma creciente de las decisiones que les conciernen.

### VI. ANALISIS DE LAS EXPERIENCIAS EXISTENTES

#### EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

La experiencia internacional con "clubes psicosociales" para pacientes con esquizofrenia comienza después de la segunda guerra mundial en Estados Unidos. El primer club fue fundado por ex pacientes de los hospitales estatales de Nueva York y este modelo se extendió a distintas ciudades y, posteriormente a otros países. "The Fountain House" fue fundado por pacientes que se encontraban solos y sin actividades constructivas tras ser dados de alta de los servicios hospitalarios.

En el contexto de estos clubes, en un primer momento, el equipo profesional mantiene el control administrativo y de las decisiones clínicas, pero promueve la participación activa de los miembros del club en las decisiones del grupo. Paulatinamente el equipo va asumiendo un rol sólo de supervisión y apoyo. Las actividades del club se focalizan en las necesidades de recreación, de apoyo vocacional y de residencia de las personas afectadas de un trastorno psicótico. La clave de este modelo está en la transición gradual de los individuos que participan del club psicosocial desde una relación de cuidado a una relación de apoyo entre iguales e incluso de apoyo a otros.

Otras experiencias han ido evolucionando, desde ese concepto, a un énfasis en el aprovechamiento de los recursos comunitarios. En este sentido, no se trata de constituir una "comunidad especial" sino desarrollar programas dirigidos a optimizar las redes de apoyo social y la autoayuda entre el vecindario. De esta forma el club se constituye en un lugar de tránsito para los individuos en su camino a la integración.



Existe evidencia preliminar que correlaciona la participación en clubes de integración social con un menor índice de readmisiones hospitalarias y de uso de servicios psiquiátricos, con el establecimiento de una red social de apoyo más fuerte, con una mayor posibilidad de obtener -si no de mantener- un empleo, y con un aumento de la autoestima, la confianza y la sensación de bienestar.

## EXPERIENCIAS NACIONALES

En concordancia con los cambios producidos en la concepción de los modelos de atención para personas afectadas de una enfermedad mental, se han desarrollado en forma espontánea en distintos lugares del país algunas experiencias ("Casa de Acogida" en Hualpencillo, Servicio de Salud Talcahuano; "Club Social" en Comunas del área del Servicio de Salud Metropolitano Sur; "Casa Club" en los Servicios de Salud de Iquique y Valparaíso, "Grupos de Apoyo" alrededor de los programas de alcohol y droga, etc.) que tienen implícito el concepto de clubes de integración social.

El diseño de estas distintas experiencias considera como elemento común un modelo que enfatiza, por una parte, la vulnerabilidad provocada por un trastorno mental de larga evolución que disminuye en forma significativa y permanente las habilidades sociales necesarias para una integración adecuada a la sociedad y, por otra parte, el rol protector sobre la salud mental que juegan las redes de apoyo.

Las experiencias nacionales respecto de estos clubes para pacientes discapacitados psíquicos se pueden ordenar en dos tipos distintos de organización que comparten algunas características y difieren en otras: Los clubes promovidos por los dispositivos de la red asistencial (Servicio de Psiquiatría, COSAM, Consultorios de Atención Primaria, etc.) y los clubes desarrollados por las organizaciones de usuarios y familiares.

El funcionamiento de los clubes es diferente dependiendo de las condiciones concretas en las que se desarrolla. En la práctica, muchas veces sus objetivos y actividades se superponen con los que corresponden a un centro diurno de rehabilitación.

Actividades : Las actividades que se realizan apuntan fundamentalmente a la recreación, a un sano uso del tiempo libre y, al aumento de los contactos sociales. Otras actividades pueden estar orientadas al aprendizaje de algunos oficios, a la educación y crecimiento personal de los participantes, a la difusión de la realidad que enfrentan las personas afectadas por una discapacidad mental, etc.

Beneficiarios : Los clubes de integración social son abiertos a la participación tanto de usuarios como de familiares. En algunos lugares son abiertos a la participación de pacientes portadores de patología neurológica discapacitante, personas sin un diagnóstico establecido o, incluso, personas sanas. El número de participantes es variable, con cifras que van entre 10 y 25 asistentes. La mayor parte de los discapacitados que participan en estos clubes tiene el diagnóstico de esquizofrenia.

Horarios y lugar de funcionamiento : Su horario de funcionamiento depende de la disponibilidad del lugar físico donde se realizan las actividades y de las personas que las conducen. El rango va entre el funcionamiento un día por semana y el funcionamiento diario. El lugar de reunión puede ser una dependencia de algún centro de atención en salud como un Servicio de Psiquiatría, un Consultorio de Atención Primaria, un Centro de Salud Mental, etc., la sede de algún organismo comunitario, por ejemplo una Junta de Vecinos, una iglesia, una ONG, o una casa especialmente destinada para estos fines.

ANEXOS



**Financiamiento :** Algunos de estos proyectos reciben financiamiento parcial proveniente de los servicios de salud, u otros servicios del estado, el cual es complementado por otras fuentes de ingreso. Esta subvención está destinada para el arriendo e implementación del local de funcionamiento, para la adquisición de materiales de trabajo y para la realización de las actividades. El financiamiento no considera el pago de personal. La mayor parte de los clubes funcionan con monitores voluntarios vinculados a las propias organizaciones de usuarios y familiares y/o personal de salud.

**Conducción y liderazgo :** La creación de un club puede ser impulsada por personal de los servicios de salud o por personas vinculadas a las organizaciones de usuarios. Estos distintos orígenes determinan también, de algún modo, diferencias en el énfasis, ya sea en actividades más estructuradas de rehabilitación o en actividades recreativas más libres. En ocasiones se produce una natural tensión entre estos distintos intereses. En general las personas que lideran estas instancias son familiares de pacientes o personal de salud sin una formación especializada en salud mental. La participación de las propias personas afectadas de trastornos psiquiátricos en la dirección de los clubes aún es escasa. Algunos de los clubes se han organizado de acuerdo a la normativa legal respecto de organizaciones sociales lo cual les facilita el acceso a fondos públicos.

**Relación con los Servicios de Salud :** La supervisión respecto de la ejecución de los proyectos y el apoyo técnico para las personas a cargo de los mismos por parte de los equipos especializados de salud mental ha sido precaria. No existe aún un consenso técnico que oriente el trabajo de los clubes. Un problema aún no resuelto consiste en la dudosa sustentabilidad en el tiempo de estas experiencias. Una revisión somera muestra una marcada dependencia de estas estructuras de determinadas personas que, en la práctica, se transforman en imprescindibles para la continuidad del proyecto.

**Clubes de Integración Social y proceso de rehabilitación :** Otro problema que requiere atención es el de determinar el lugar exacto que a estas instancias le corresponde dentro del proceso de rehabilitación. La experiencia sugiere que sus resultados son mejores en aquellos lugares donde los clubes de integración social son sólo una parte de una amplia red de dispositivos comunitarios de atención clínica, de rehabilitación laboral, de alternativas adecuadas de habitación, etc. Por el contrario, en aquellos lugares donde los clubes son dispositivos aislados, o los únicos disponibles, se corre el riesgo de "institucionalizar" a las personas en esta instancia enfatizando sólo el aspecto relativo a la utilización del tiempo libre y no contando con otros recursos (profesionales, de tratamiento adecuado o de rehabilitación) que favorezcan la autonomía.

## VII. DIRECTRICES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

### 1. PROPOSITOS

Sobre la base de los aspectos teóricos y de la experiencia, tanto nacional como internacional, se propone estimular y potenciar la formación de "Clubes de Integración Social", en lugares cercanos al lugar de residencia de la persona afectada de un trastorno psiquiátrico severo, como una instancia de rehabilitación y reinserción en el tejido social de la comunidad a la que pertenece.

- El propósito fundamental del club de integración es el de fomentar el uso sano y la estructuración del tiempo libre de la persona afectada por un trastorno mental. Su meta es potenciar la mayor autonomía posible de la persona. Los clubes sociales son un espacio de transición entre los servicios de tratamiento y rehabilitación de discapacitados de causa psíquica y la comunidad. Constituyen un espacio donde la persona con un trastorno psiquiátrico severo es acogida y acompañada en su proceso de integración en la comunidad.



- Un segundo propósito, relacionado con el anterior, tiene que ver con la reestructuración de las dinámicas familiares en un sentido de disminuir la dependencia de los pacientes respecto de su familia más directa. Al aumentar y enriquecer las redes sociales de los pacientes con personas no familiares se permite a las familias reorientar sus energías hacia actividades y proyectos propios contribuyendo así a una vida familiar más saludable y, por lo tanto, a un ambiente más propicio para la integración del paciente en las dinámicas de la familia.
- Un tercer propósito es el de relacionarse con distintas organizaciones y servicios presentes en el ámbito de trabajo del club, de tal forma de aprovechar los recursos comunitarios existentes en función de la reinserción del discapacitado psíquico. Esta relación es esencial para ampliar y diversificar las posibilidades de, inserción de la persona y para acceder a beneficios y proyectos que exceden el ámbito del sector salud.
- Por último, un club social debe constituir una instancia que promueva y facilite la organización de los pacientes y de sus familias en una asociación que se haga cargo de defender y ampliar los derechos de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos severos y de llevar a cabo todas aquellas iniciativas que favorezcan su rehabilitación y su reinserción social.

## 2. MODALIDADES

Los clubes de integración social son organizaciones muy diversas que, teniendo objetivos comunes, pueden tomar distintas formas (club social, grupo terapéutico, grupo de autoayuda, etc.). El propósito que los define es la utilización sana del tiempo libre.

Los clubes de integración social pueden ser promovidos por los servicios que prestan atención de salud mental (Servicios de Psiquiatría, COSAM, Consultorios de Atención Primaria, etc) o por organizaciones territoriales y funcionales de la comuna, especialmente asociaciones de usuarios o familiares.

Se debe promover la integración a estos clubes de todas las personas afectadas por un Trastorno Psiquiátrico Severo que limite en forma importante sus posibilidades de una adecuada integración social. Resulta adecuado que la persona participe de un club cercano a su lugar de residencia. Pueden acceder a ellos las personas derivadas desde algún centro de salud o aquellas pesquisadas por la propia organización.

No obstante la diversidad de formas que pueda tener cada club, es conveniente estimular que el grupo de participantes determine algún tipo de estructura interna y defina a las personas que van a cumplir el rol dirigente. La modalidad de organización puede corresponder a la definida por la ley sobre organizaciones comunitarias (ley N° 19418) como una organización territorial funcional. La organización puede resultar clave para la continuidad del club en el tiempo.

## 3. FUNCIONAMIENTO

Para favorecer la autonomía de los grupos, es necesario intencionar el funcionamiento de ellos en espacios físicos distintos de los espacios de los dispositivos de salud. Si bien, en un primer momento resulta más fácil funcionar en las dependencias de un hospital, consultorio o COSAM, posteriormente esto se puede traducir en una mayor dependencia y en una limitación de las potencialidades del grupo.

Para fomentar la integración de las personas en el tejido comunitario natural, se debe evitar que el club se transforme en la fuente de satisfacción de todas las necesidades de interacción social. Se debe estimular el que los individuos busquen respuesta a sus necesidades en las organizaciones comunitarias naturales existentes. Como ejemplo se puede mencionar el completar los estudios medios en un liceo para adultos, el integrarse a un club deportivo del sector o el inscribirse en una oficina municipal de colocaciones laborales.



#### 4. FINANCIAMIENTO

Para acceder a financiamiento público los clubes deben tener personería jurídica (de acuerdo a las normas establecidas en la ley N° 19418 sobre organizaciones comunitarias) o desarrollarse bajo el alero de alguna instancia que pueda acceder a fondos públicos.

El monto de la subvención destinada a cada club debe considerar aspectos relativos a la infraestructura necesaria y al funcionamiento. No se considera el pago de honorarios para profesionales de salud. Eventualmente se puede considerar el pago de monitores para las actividades que el club desarrolle.

Se debe estimular la búsqueda de fondos propios que permitan una continuidad del proyecto y la utilización de otros recursos comunitarios (por ejemplo: DIGEDER, servicios de capacitación, programas de educación de adultos, FONADIS, departamentos municipales de la discapacidad, DIDECOS, etc.) de forma de ir vinculando estas organizaciones con el tejido social existente.

#### 5. ROL DEL SECTOR SALUD

Los profesionales de la salud de un consultorio de atención primaria y/o de los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria pueden jugar un rol facilitador de la creación y desarrollo de los clubes. Para ello, deben contar con horas de su trabajo destinadas a esta función.

Por parte de las unidades de salud mental de los servicios de salud debe existir, en una primera etapa, un apoyo técnico para la formulación e implementación de los proyectos. Resulta importante capacitar a los dirigentes de estas iniciativas en aspectos relativos a la elaboración de proyectos, administración, etc. Es deseable que el apoyo especializado sólo sea provisional y que vaya decreciendo, en forma paulatina, privilegiando la autonomía de los grupos.

#### 6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Deben existir criterios de evaluación claros y conocidos tanto para la evaluación inicial del proyecto como para la ejecución del mismo. Resulta conveniente concordar con los equipos los indicadores que se van a utilizar. En la confección de los indicadores se deben incluir criterios como, por ejemplo accesibilidad, cobertura, percepción de los sujetos participantes respecto del aporte del club en su reinserción, grado de coordinación con otros dispositivos de la red, etc.

Se debe considerar que el proceso de consolidación y autonomía de una organización social depende de una serie de variables que pueden contribuir o dificultar su consecución. Es necesario tener en cuenta estos factores para apoyar el desarrollo de los clubes y no dejar, en forma prematura, sin apoyo económico y técnico clubes que aún no se consolidan.



Facultad de Arquitectura y Urbanismo - **UNIVERSIDAD DE CHILE**

