



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

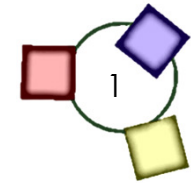
MEMORIA DE TITULO

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSIQUIATRICA INFANTIL

1° SEMESTRE AÑO 2011

ALUMNA: MARIA OLIMPIA GONZALEZ F.
PROFESOR GUIA: ALBERTO MONTEALEGRE K.

INDICE

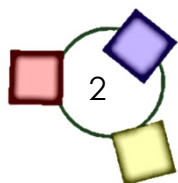


01 INTRODUCCION

1. Motivaciones	4-5
2. Problemática	6-7
3. Objetivos	8

02 PRESENTACION DEL TEMA

2.1. Conceptos Generales en Salud Mental	9
2.2. Panorama de la Salud Mental en Chile	10-28
2.3. Enfermedades Mentales Asociadas a la Infancia	29-36
2.3.1. Trastornos asociados a la Violencia y Delincuencia.	37-45
2.3.2. Importancia de la Rehabilitación.	46-57
2.3.3. Legislación en Salud Mental	58-59
2.4. Antecedentes de la Región Metropolitana	60-63
2.4.1. Redes de Salud Mental	64
2.4.1.2. Red de Salud Mental Sur Oriente	65-70
2.4.2. Prevalencia de Enfermedades Mentales	71



INDICE

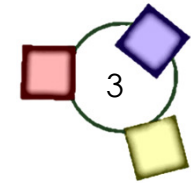
03 EMPLAZAMIENTO URBANO

3.1. Situación a nivel metropolitano	72-74
3.2. Situación comunal	75-79
3.3. Selección del terreno	80-82
3.3.1. Normativa asociada	83-85

04 PROYECTO DE TITULO

4.1. Enfoque del proyecto	86-87
4.2. Gestión	88
4.3. Usuarios	89
4.4. Funcionamiento y programa	90-102

INDICE

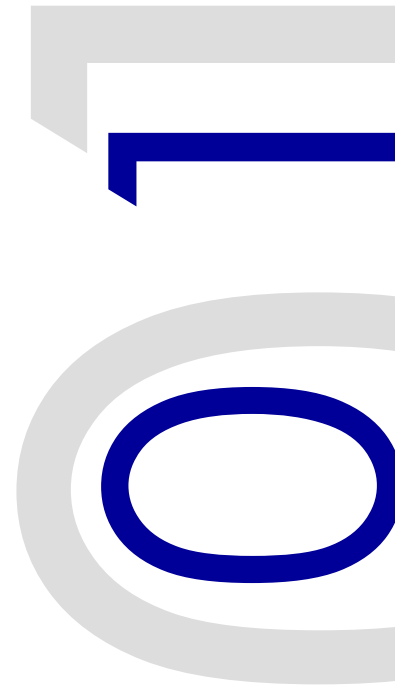


05 PROPUESTA ARQUITECTONICA

5.1. Idea Conceptual	103
5.2. Objetivos	104
5.3. Estrategias de Diseño	105-118
5.4. Referentes	119-122

06 BIBLIOGRAFIA

6.1. Seminarios/ Memorias de Título	123
6.2. Revistas/Documents /Artículos	123-124
6.3. Libros	125
6.4. Páginas Web	125



INTRODUCCION

1. MOTIVACIONES

¿Porque Salud Mental Infantil?

Durante mi formación profesional como arquitecto, los temas sociales fueron una constante inquietud. En este aspecto, el tema de la salud mental infantil surge por el interés de conocer un área de la que poco se habla y que, sin embargo hace noticia diariamente.

Podemos ver como la sociedad y este estilo de vida acelerado ha ido dejando a los niños cada vez más expuestos a factores que propician cambios de comportamiento, como la violencia, depresión, ansiedad o incluso llegar a la infracción de la ley, situaciones antes vistos solamente en adultos o jóvenes. Por este motivo la decisión de realizar este proyecto pasa también por detectar las carencias en el sistema de Salud Público y dejar en claro la necesidad realizar un trabajo eficiente e interinstitucional, sobretodo en los lugares de alta vulnerabilidad social, donde es sumamente importante devolver a los niños su infancia, valores y capacidad de reinserción social.

La depresión infantil en Chile varía entre un 3 y un 10 por ciento

Según una investigación, afecta más a niños que viven en un ambiente de muerte, violencia, pobreza o abandono.

por UPI | 05/01/2009 - 18:17

ALIMENTAR DISMINUIR COMENTAR ENVIAR A UN AMIGO IMPRIMIR

ALERTAS

Un estudio realizado en niños del hospital pediátrico Exequiel González Cortés, detectó que en Chile la depresión infantil oscila entre un 3% y un 10%.

"Hay lugares, como el área oriente, donde la depresión infantil es cercana al 3%, mientras que en otras zonas, como la sur, alcanzó, incluso, al 10%", comentó la doctora y psicóloga Ximena Godoy, quien actualmente cumple las últimas etapas de formación en la especialidad de Pediatría en la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Godoy dijo que previamente, cuando trabajó en un consultorio de La Pintana, le impactaron los cuadros depresivos de los pequeños, entre los cuales figuró el caso de una niña que sólo tenía cuatro años y estaba consciente del cáncer terminal que sufría su madre.



"Un día, mientras llovía muy fuerte y hacía frío, la niña se fue al patio sin zapatos y se paró bajo el agua hasta quedar empapada. Más tarde confesó que quería enfermarse mortalmente para ir con su madre al cielo. En otras palabras se trataba de un intento de suicidio", explicó Ximena Godoy.

Preocupante número de niños atendidos por intento de suicidio

Julio 26, 2010 por Luis Fernando Gonzalez

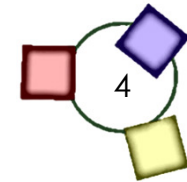
Flor Vásquez
Fotos: Marco Lara



El Servicio de Pediatría del Hospital Regional no reúne las condiciones para tener internados a niños con trastornos psiquiátricos, aunque en algunos casos debe recibir a algunos menores, ya que no hay dónde derivarlos.

Entre junio de 2009 y junio de este año, el Servicio de Pediatría del Hospital Regional ha atendido a 47 niños que ingresaron por intento de suicidio. Esa cifra, alarmante por cierto, revela que un sector de la población infantil enfrenta difíciles situaciones que llevan a los menores a optar por la dramática decisión de intentar acabar con sus vidas. Sin embargo, el problema de la salud mental en este grupo etáreo es más amplio y complejo. Un importante porcentaje de menores de 15 años presenta diversas patologías o trastornos mentales, conductuales y/o emocionales que requieren de una atención urgente. Asimismo, un número significativo de niños, por la gravedad de sus cuadros, necesita hospitalización. El problema es que la Región de O'Higgins no cuenta con ningún centro asistencial, ni público ni privado, que disponga de una unidad de hospitalización para niños con trastornos

psiquiátricos. El Hospital Regional tiene una unidad de hospitalización de corta estadía, pero sólo para pacientes adultos. Dicho establecimiento hospitalario cuenta con una Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil, donde se realiza tratamiento ambulatorio y que resulta insuficiente para atender la alta demanda de atención. Y es que a esa unidad llegan no sólo los niños derivados de los diversos consultorios de toda la región, sino que también casos derivados del Sename, de la Fiscalía y de los Tribunales de Familia. Gabriel Díaz, médico psiquiatra y coordinador de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil, señaló que "efectivamente, tenemos una población bastante extensa, de toda la región. Mensualmente yo atiendo un promedio de 150 niños y, lamentablemente, tenemos una lista de espera grande". El doctor Díaz subrayó la importancia de buscar una solución a esta problemática, ya que al no tratarse los trastornos psiquiátricos infantiles, lo más probable es que éstos empeoren. "La psiquiatría infantil es un área de especial interés, básicamente por el impacto que sufren los niños y por lo que afectan a nivel familiar. Además, la detección precoz de estos trastornos y su tratamiento contribuiría a que después no se saturen los policlínicos



Bullying en Chile: Cifras que alarman

Publicado hace 10 días en General. Socializado por Camila Gálvez

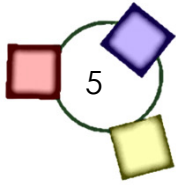


Hace unos días apareció un estudio que decía que un 86% de los encuestados (alumnos de segundo medio) percibían un ambiente de violencia en sus colegios y liceos. El Ministro de Educación, Joaquín Lavín, salió a dar la cara frente a estas cifras y anunció que cada institución deberá tener un encargado de convivencia escolar.

Está muy bien que el Ministerio tome cartas en el asunto, que la comunidad escolar se una y se ponga las pilas, que alumnos, profesores, apoderados y autoridades escolares se unan y combatan el Bullying tanto desde la contención y apoyo a las víctimas como en la prevención y fomento a una vida escolar pacífica.

¿Pero qué pasa en el hogar?

Si bien están una gran parte del día en el colegio, y son altamente permeables a los conocimientos y valores que en éste se transmiten, cierto es que una parte del tiempo los niños no están en el colegio. Están en sus casas, con sus padres, y observan: mucho más de lo que creemos- actitudes violentas en quienes deberían constituir un ejemplo de vida. ¿Cuántas veces no hemos visto cómo un padre, conduciendo un auto, toca la bocina innecesariamente. Le mita el estacionamiento a otro vehículo.



Mi proyecto de título, tiene su primer acercamiento al conocer el caso de un niño de 10 años con severos problemas psiquiátricos infractor de la ley, el llamado «Cisarro», lo que me sensibilizó respecto al tema y dio las pautas para poder llevar a cabo mi idea inicial.

La intención del proyecto es generar un lugar donde los niños puedan adquirir las herramientas para volver a conectarse con su infancia, además de recibir el tratamiento necesario para sus enfermedades mentales y de acercarlos a la comunidad, dando a sus familias una nueva visión acerca de lo que es realizar una rehabilitación.

«La infancia es el sueño de la razón»

Jean Jaques Rousseau

Director de Sename: No tenemos centros para tratar a niños como el "Cisarro"

Francisco Estrada reconoció que los actuales educadores de la entidad "tienen cierto conocimiento, pero no son capaces de afrontar los desafíos que implica un caso de esa envergadura".

Por Renata Robbio, Emol

Compartir

Miércoles 21 de Abril de 2010 17:13

Twitter 0 Facebook 22



"Cisarro" estuvo siete meses en el Hospital Calvo Mackenna y el martes en la noche huyó desde un centro del Sename.

Foto: El Mercurio

SANTIAGO.- C.C.M. más conocido como "Cisarro" (11) permaneció internado, sin problemas, durante siete meses en la Unidad de Corta Estadía Siquiátrica del Hospital Calvo Mackenna. Sin embargo, bastó que a mediados de marzo lo trasladaran a un centro del Sename, para que nuevamente se fugara del hogar que pretendía rehabilitarlo.

El menor alcanzó a estar casi 17 horas en libertad, refugiado en la casa de una hermanastra y una vez que Carabineros lo recapturó, pidió volver al recinto asistencial. ¿El problema? La unidad que lo atendió ya no existe y ahora el Sename no cuenta con los tratamientos adecuados para este tipo de menores.

"Recibo un Sename donde el Ministerio de Salud de la anterior administración cerró una unidad que era tremendamente relevante y ahora, en todo el país, no tenemos camas para

RELACIONADOS Haz tu widget

Cae banda acusada de robar cajeros



INICIO MEDIO AMBIENTE ORGANIZACION SOCIAL PUEBLOS CIENCIA Y TECNOLOGIA MEDIOS ARTE POLITICA ECONOMIA JUSTICIA Y DD.HH EDUCACION SALUD ENTREVISTAS COLUMNAS EDITORIAL

FICV y Videocorp invitan al 2º Concurso de Cortometrajes en Alta Definición 2009

Prohibido informar: ¡No puede tener opinión!

Cisarro: Cómo un niño de 10 años tensiona el Estado asistencial

Twitter 0 Me gusta Facebook A 32 personas les gusta esto. Sé el primero de tus amigos.



Un niño de 10 años conduciendo un auto robado; una pandilla de adolescentes que va en su rescate y la detención a las horas de los mismos chicos, luego de atracos a tiendas de ropa o centros comerciales, sacudieron la agenda pública estos días. La historia del "Cisarro" y sus amigos no sólo aceleró la reestructuración del Sename y visibilizó el ambiente en que muchos niños hoy crecen, sino que también puso en sus límites las instancias sociales de intervención. Hoy una dosis diaria de clozapina contiene la furia de un hijo del Estado subsidiario.

Madre de "Cisarro" recibirá tratamiento psiquiátrico

El doctor, Rodrigo Paz, aseguró que la mujer padece de un mal "genético" que se refleja en la agresividad con la que reacciona.

El Mercurio Online

Compartir

Miércoles 12 de Agosto de 2009 15:02

Twitter 0 Facebook

RELACIONADOS Haz tu widget

Cae banda acusada de robar cajeros automáticos en la Región de O'Higgins

Tesorero general de la República afirma que fue un "robo común" el que afectó a la entidad

Investigan extraño robo de computadores desde oficina de la Tesorería General

Delincuentes logran millonario botín tras robo de cajero automático en Pudahuel

Arrestan a delincuentes que usaron método del "alunizaje" para robar en una casa

Ver más >>

SANTIAGO.- Con la idea de poder recuperar en seis meses o en un año la tución de su hijo, la madre de C.C.M., "Cisarro", también se someterá a un tratamiento psiquiátrico y farmacológico en el Hospital Calvo Mackenna.

El doctor de la Unidad de Corta Estadía del centro asistencial, Rodrigo Paz, recalcó que la mujer, Jacqueline Morales, recibirá todo el apoyo necesario para que esté en condiciones de hacerse cargo de "Cisarro".

"Ella va a recibir tratamiento, apoyo psicológico y médicos. Nosotros pensamos que en la medida que Jacqueline se mejore, de aquí a unos seis meses o un año más, ella va a estar en condiciones de recibir a su hijo", dijo el doctor, asegurando que la madre del menor padece de un mal "genético" que se refleja en la agresividad con la que reacciona.

Asimismo, afirmó que el menor, aunque termine su tratamiento, permanecerá en el Hospital hasta que se den las condiciones necesarias para que sea recibido en un hogar protegido y acorde a sus necesidades.

En esto quiero ser súper claro. Nosotros como equipo médico, psicológico y social del Hospital Calvo Mackenna no vamos a trasladar, no vamos a dar de alta a este menor, a menos que existan las condiciones de que se va a ser recibido

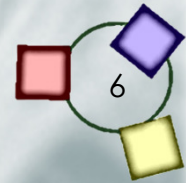
2. PROBLEMÁTICA

Las enfermedades mentales infantiles han tenido un incremento en estos últimos 10 años (1), siguiendo una curva creciente y que cada vez se desencadena a más temprana edad. Si bien antes estaban relacionadas directamente a trastornos del desarrollo, en la actualidad están comenzando a surgir muchos más indicios de alteraciones con trastornos emocionales, de comportamiento social y conducta, los que al no tener una detección anticipada y bajo factores psicosociales poco favorables, llevarían probablemente a futuros adolescentes o adultos violentos, drogadictos e infractores de la ley.

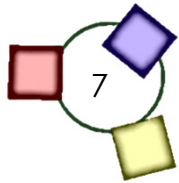
En la actualidad el Plan de Salud Mental del MINSAL, prioriza trastornos del desarrollo, maltrato y abuso sexual, trastornos de hiperactividad y de la atención y abuso y dependencia de alcohol y drogas, cuya cobertura ha sido insuficiente, particularmente en los **casos relacionados con niños de escasos recursos con patologías mentales severas**, muchas veces asociadas a la violencia y delincuencia.

La reforma de salud en esta área no considera como prioridad la instalación de dispositivos institucionales para el abordaje del campo de las psicosis infantiles y patologías severas, destinando los hospitales diurnos para la población con trastornos psiquiátricos severos fundamentalmente a usuarios adultos considerándolos desde los 15 años de edad. En Chile sólo dos centros se dedican **únicamente** al trabajo con adolescentes, no existiendo ninguno especializado exclusivamente en el área infantil.

Si bien podemos encontrar orientaciones técnicas en salud mental infanto-juvenil, los equipos de atención primaria se orientan mayoritariamente a individuos de 15 años y más, y en el caso de los preescolares, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad (particularmente en trastornos del desarrollo (2)), dejando un vacío en el comienzo de la escolaridad hasta los 13 años, justo la edad límite antes de que la Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente los vuelva imputables y pasen a manos del SENAME.



(1)-(2) «Salud Mental Infanto-Juvenil como problemática Pública», Abarzúa, González, 2007



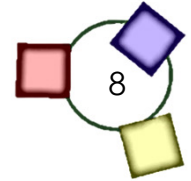
Así surge como tema problema principal el poder cubrir este vacío dentro del Sistema de Salud Público, colaborando a la prevención y apertura de los temas de salud mental hacia la población en situación más vulnerable, donde la familia, la sociedad, la comunidad escolar, el área de la salud e instituciones de protección social ,como el SENAME, son los principales gestores de un trabajo que en conjunto podría lograr una mejor aporte a la calidad de vida de los niños.

Existiendo la demanda y la necesidad de éste servicio, se fundamenta la creación de un Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Infantil, que se haga cargo de esta problemática, transformándose en un apoyo al Plan de Salud Mental y, generando además un paso intermedio entre los niños con problemas psicosociales severos y el SENAME.



3. OBJETIVOS

- Presentar la situación actual de la Salud Mental Infantil en Chile, la forma en que se aborda y las tendencias internacionales respecto al tema.
- Comprender los procesos y fenómenos psicosociales actuales.
- Ayudar a mejorar el entorno por medio de un espacio que colabore con la identidad de la comunidad, mostrando una visión esperanzadora en la integración de los niños, protegiéndolos e incentivándolos.
- Aprovechar el significado de la niñez en una arquitectura que de un giro a la visión clásica de las instituciones mentales.





2.1. CONCEPTOS GENERALES EN SALUD MENTAL

Que es salud mental?

La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común (3)

Que es una Enfermedad Mental?

Es definido como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. (4)

Que es un Trastorno Mental?

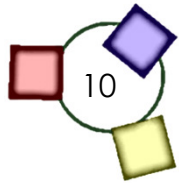
Un trastorno mental es un síndrome o un patrón psicológico de significación clínica, que suele aparecer vinculado a un malestar o una discapacidad. Pueden ser ocasionados por factores biológicos (ya sean genéticos, neurológicos, etc.), ambientales o psicológicos. Los principales hacen referencia a los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. (5)

Rehabilitación Psicosocial

Proceso que facilita la oportunidad a individuos, que están deteriorados, discapacitados o afectados por un trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible. (6)

(3)-(6) mental health for Canadians

(4) -(5) Ambas definiciones basadas en la OMS y su Documento : «Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios», 2001



2.2. PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN CHILE.

«La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.»

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009

Según estudios internacionales, cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Sin embargo, la mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas (7).

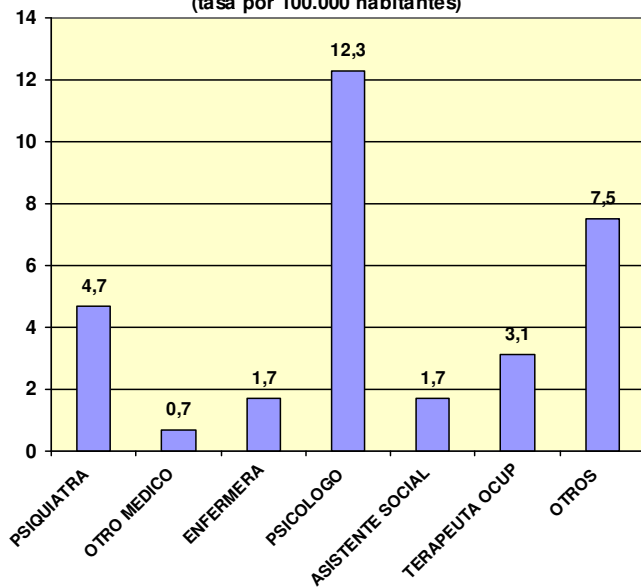
El caso de Chile, no dista mucho de esta realidad, según un estudio realizado por el propio Ministerio de Salud es necesario aumentar en un 41,4% el número de doctores en los hospitales públicos para dar una buena

atención a los pacientes. (8)

Los médicos de los que el sistema más carece son anestesistas, traumatólogos, **psiquiatras** e internistas (ver gráficos 1 y 2 en la página siguiente) . A nivel general, Chile posee pocos médicos especialistas, de los 30 mil doctores que trabajan en nuestro país, alrededor de 11.500 tienen una especialidad certificada, y ellos prefieren emplearse en el sector privado, que es mejor remunerado.

Esto muestra la gran necesidad de poder incentivar a los futuros médicos a tomar estas especialidades, una de las soluciones sería por medio de Becas. En la actualidad existen dos tipos de becados. Los primeros, son médicos que estuvieron entre tres y seis años

GRAFICO 4.1 - RECURSOS HUMANOS PUBLICOS Y PRIVADOS EN SALUD MENTAL 2004 (tasa por 100.000 habitantes)

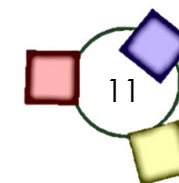
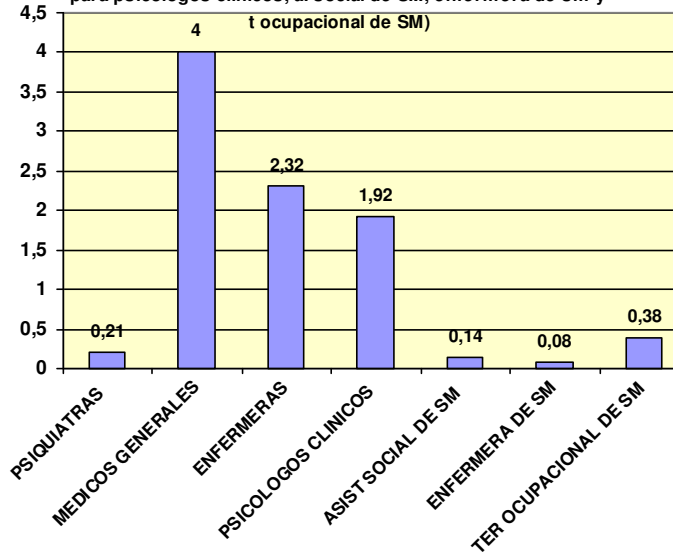


Fuente: «SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE», WHO-AIMS, 2006

destinados a provincia y luego ganan una Beca y otro grupo que pertenece a los Servicios de Salud y Atención Primaria, que son becados y reciben un sueldo, pero tienen la obligación de quedarse en el sector público. Estas últimas son el tipo de becas que deberían aumentar y llegar a todos los médicos que hoy pagan su especialidad, sobretodo en los casos en que faltan médicos.

En el caso de la Salud Mental, existe una escasez general de profesionales, por este motivo es urgente que el Estado invierta en la formación de los profesionales, abriendo

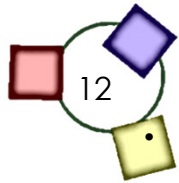
GRAFICO 4.4 - PROFESIONALES GRADUADOS EN SALUD MENTAL 2004 (tasa por 100.000 habitantes)
(1 año mínimo de formación en salud y enfermedad mental para psicólogos clínicos, a. social de SM, enfermera de sm y ter ocupacional de SM)



posibilidades de especialización y herramientas que la faciliten.

Según la OMS, a nivel general quedan cinco puntos que superar para poder lograr un aumento en la disponibilidad de servicios de salud mental a nivel mundial :

- La no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiamiento.
- La actual organización de los servicios de salud mental.



12

- La falta de integración de la salud mental en la atención primaria;
- La escasez de recursos humanos para la atención de salud mental
- La falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.

En nuestro contexto particular, es el **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL 2000)** fue el que definió la política pública en salud mental. En este sentido, se desarrolló un modelo de atención centrado tanto en el individuo como su familia y entorno, con una estrategia enfocada a la participación social e intersectorial, cuyos objetivos específicos son los siguientes:

- Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.
- Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

Las prestaciones o actividades básicas del programa en salud mental y psiquiatría se describen de acuerdo al nivel de resolución del equipo o establecimiento en que se realiza y en función de su objetivo en el contexto de la red de servicios. Éstas son realizadas en Consultorios, Centros de Salud, Centros de Salud Familiar, consultas de médicos generales, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM):

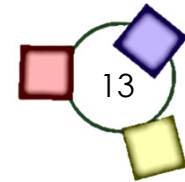
1. Actividades para la articulación entre el nivel primario y secundario de salud.

CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL

Actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones de atención conjunta de pacientes al menos de una vez al mes por equipo de salud general o consultorio.

2. Actividades para la Promoción de Factores Protectores de la Salud Mental en la población

INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA



Es realizada por algún integrante del equipo de Salud General (Asistente social, enfermera, matrona, psicólogo, etc.) con organizaciones locales, redes comunales de Prevención, Organizaciones de Usuarios y / o Familiares, Sociales, Laborales, Escolares, de Vivienda, de Justicia, Organizaciones No Gubernamentales, Privadas, Medios de Comunicación u otros.

3. Actividades para la Prevención

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL

Realizada por algún integrante del equipo de Salud General, dirigidas a grupos de personas que presentan alto riesgo de enfermedad mental.

INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA

Realizada por algún integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes de apoyo, grupos de autoayuda, establecimientos educacionales y centros laborales.

CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL

Realizada por el Médico con personas consultantes en los que se detectan factores.

de alto riesgo para desarrollar enfermedad mental

CONSULTA DE SALUD MENTAL

Igual que la anterior pero realizada por Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo u otro integrante del equipo de Salud General.

4. Actividades para el Tratamiento / Recuperación y Rehabilitación

CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL

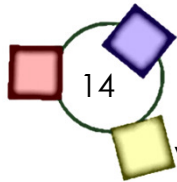
Realizada por el Médico General con el paciente y un familiar o acompañante.

CONSULTA DE SALUD MENTAL

Realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona u otro profesional o técnico.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL

Realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Matrona u otro profesional o técnico con el paciente y la familia.



VISITA DE SALUD MENTAL

Realizada por un profesional o técnico al domicilio, lugar de trabajo o escuela, dirigida al paciente, familiares y cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, profesores

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL / GRUPAL

Realizada por psicólogo clínico a personas con diagnóstico de una enfermedad mental.

INTERVENCION / ACTIVIDAD COMUNITARIA

Realizada por la Asistente Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de Salud General, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y a la familia en su tratamiento y rehabilitación.

5. Actividades en la Atención de Urgencia

Destinadas a niños, adolescentes o adultos con enfermedades mentales o que viven situaciones que condicionan un alto riesgo de presentarlas. En el primer caso, principalmente

por intentos de suicidio, episodios de síntomas psicóticos agudos, crisis depresivas y ansiosas, intoxicación por alcohol o drogas, incluyendo también lesiones debidas a violencia, especialmente intrafamiliar y abuso sexual.

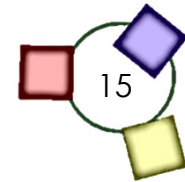
El equipo que otorga atención habitual de urgencia debe contar con el apoyo y asesoría de especialistas para realizar acciones de detección, intervención en crisis y derivación de estas personas.

CONSULTORIA DE SALUD MENTAL

Actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de urgencias en forma de reuniones y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por servicio de urgencia.

CONSULTA PSIQUIATRICA

Realizada por médico psiquiatra con el paciente y su familia, referido por el equipo de urgencia por su mayor complejidad.



6. Actividades para la Atención de Nivel Secundario y Terciario en Salud Mental y Psiquiatría.

La atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría es otorgada por los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria incluye además a equipos profesionales y técnicos de Servicios de Psiquiatría de Hospitales o Clínicas en Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, Consultorios de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Centros de Referencia en Salud y centros o espacios de cuidado de personas con enfermedades mentales.

7. Actividades para la articulación entre el nivel secundario y terciario de Salud

CONSULTORIA DE SALUD MENTAL

Actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones y atención conjunta a pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al

menos de una vez al mes por equipo de Salud General o de Urgencias.

8. Actividades de tratamiento y rehabilitación

CONSULTA PSIQUIATRICA

Realizada por médico psiquiatra, con el paciente, y su familia, referido por el equipo de salud general, de otro servicio clínico o de urgencia.

PSICODIAGNOSTICO

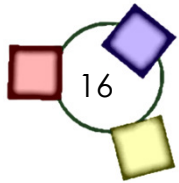
Realizado por psicólogo del equipo de salud mental y psiquiatría mediante la aplicación de instrumentos de diagnóstico y entrevista.

CONSULTA PSICOLOGICA CLINICA

Realizada por psicólogo clínico al paciente y familia.

CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA

Realizada algún profesional del equipo de Salud Mental y Psiquiatría con el paciente o familiar.



INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA

Realizada por algún profesional o técnico del equipo de Salud Mental y Psiquiatría con un grupo de pacientes, varios miembros de una familia o familiares de varios pacientes. Cuando su objetivo es la rehabilitación social o laboral puede ser realizada en talleres, clubes u otros dispositivos comunitarios.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL

Realizada por psiquiatra o psicólogo clínico a uno o varios pacientes o a varios miembros de la familia de un paciente.

DÍA COMUNIDAD TERAPÉUTICA AMBULATORIA

Atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción, durante al menos 4 horas al día, sin pernoctar.

DÍA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN INTERNACION

Atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción en régimen cerrado.

DÍA HOSPITALIZACIÓN DIURNA

Realizada por el equipo de salud mental y psiquiatría a un paciente durante al menos 4 horas al día, sin pernoctar, en un establecimiento de salud.

DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA Y MEDIANA ESTADÍA

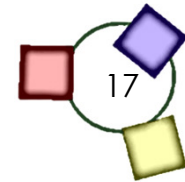
Realizada por el equipo de psiquiatría clínica de un Servicio de Psiquiatría de un Hospital, durante 24 horas al día.

DÍA CAMA EN HOGAR PROTEGIDO

Realizado por personal técnico, con asesoría y supervisión de un profesional del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, otorgando cuidados básicos a pacientes con alguna discapacidad y/o sin soporte familiar.

El programa del Plan de Salud Mental tiene como prioridades:

- **Promoción de Salud Mental y Prevención de Riesgos**



- **Trastornos Mentales Asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar, Represión Política, etc.**
- **Trastornos de Hiperactividad / de la Atención en niños y adolescentes en edad escolar**
- **Depresión**
- **Trastornos Psiquiátricos Severos (Esquizofrenia)**
- **Alzheimer y otras Demencias.**
- **Abuso y Dependencia a Alcohol y Drogas**

Existen algunas temáticas que aun están pendientes esperando a entrar en estas prioridades dentro de una nueva expansión de recursos, ellas son:

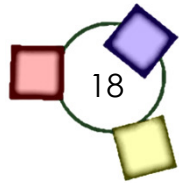
- Salud mental de pueblos indígenas
- Trastornos emocionales de la infancia
- Trastornos ansiosos
- Trastornos afectivos bipolares
- Epilepsia

- Retardo mental
- Dependencia al tabaco.

De ellas el trastorno emocional infantil es uno de los temas postergados y que esta directamente relacionado a cambios en el comportamiento social, quizás de una manera más leve que los trastornos mentales asociados a la violencia o al trastorno de hiperactividad, pero que sin una buena atención nos llevaría a tener casos, como los que se están viendo cada vez más frecuentemente, de depresión infantil.

Importante es destacar que de todas las enfermedades anteriormente nombradas, el AUGE (Acceso Universal a Garantías Explicitas) que contempla garantías para prestaciones específicas en ámbitos prioritarios en la salud pública, sólo incluye tres:

- Consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol
- Esquizofrenia
- Depresión en mayores de 15 años



COMPONENTES DE LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRICA

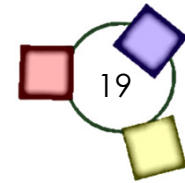
Atención Abierta: Es aquella que permite la interacción del paciente con su entorno y actividades cotidianas, recibiendo los cuidados diagnóstico-terapéuticos en forma ambulatoria, es decir, sin pernoctar en una cama hospitalaria. Incluye la consulta ambulatoria de especialidad, así como la hospitalización diurna psiquiátrica.

Forman parte de esta modalidad:

- Posta Rural de Salud y consultorio rural: Establecimientos de atención ambulatoria donde se entregan prestaciones de salud mental y psiquiatría como parte de sus actividades habituales y de acuerdo a prioridades locales.
- Consultorio General Urbano de Salud General (CGU) y Centros de Salud Familiar (CESFAM): Establecimientos de atención ambulatoria que entrega prestaciones de salud mental y psiquiatría contando con el respaldo de la Consultoría de Salud Mental.
- Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar: Establecimiento de Atención

Ambulatoria, con dedicación exclusiva a Salud Mental y Psiquiatría, para áreas de bajo nivel socioeconómico con población de alrededor de 50.000 hbs. Depende administrativamente de municipalidades y técnicamente de Servicios de Salud.

- Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria: Unidad Clínico-Asistencial especializada, destinada a personas con patologías psiquiátricas, conformadas por equipos multidisciplinarios. Se ubican en Centros de Referencia de Salud, Centros de diagnóstico terapéuticos y en Hospitales Generales o pediátricos. Pueden considerar trabajo con adultos, niños y jóvenes o centrarse en sólo un tipo de población.
- Hospital de Día (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Diurna): Unidad de mediana complejidad técnica para el tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastornos psiquiátricos severos, por periodos de 2 a 4 meses con asistencia de 4 a 8 horas diarias.
- Hospital de Día para niños y Adolescentes: Cumple la misma función del anterior, pero enfocado a niños y jóvenes de 9 a 19 años.



- Unidad de tratamiento Ambulatorio de Adicciones: Unidad especializada para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas o adicciones al alcohol y/o drogas, que no requieren hospitalización. Asisten 4 a 6 horas diarias, en períodos de 3 a 6 meses.

Atención Cerrada: Es aquella que involucra días de cama en hospitalización de breve, mediana o larga estadía.

- Hospitales tipo 3 y 4: Realiza actividades de Salud Mental y Psiquiatría de baja o mediana complejidad. Incluye hospitalizaciones breves (menos de 7 días) en el Servicio de Medicina General o Medicina Interna para descompensaciones agudas de depresiones, víctimas de violencia intrafamiliar, síndrome de abstinencia, psicosis, etc.
- Servicio de Hospitalización de Corta Estadía: Unidad para hospitalizaciones breves (máximo 60 días), con no más de 30 camas, ubicada en un hospital tipo 1 o 2, con el fin de facilitar la interacción con otras especialidades.

En esta unidad se realizan actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

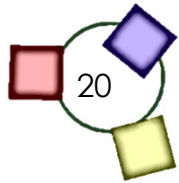
- Servicio de Hospitalización de Corta Estadía para adolescentes: Este servicio posee las mismas características del anterior, pero enfocado a niños y jóvenes de 9 a 19 años. Incluye a los hospitales pediátricos, realizándose además enlaces con servicios clínicos de otras especialidades (incluyendo el servicio de urgencia).

- Servicio de Hospitalización de Mediana Estadía: Están ubicados en Hospitales Psiquiátricos, Hospitales Generales o en Instalaciones independientes. Se enfoca a hospitalizaciones de más de 60 días debido a dificultades en la estabilización clínica o conductual.

Los pacientes son internados previa evaluación por un Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria o Unidad de Hospitalización de Corta Estadía.

- Servicio de Hospitalización de larga Estadía: Existen cuatro Hospitales Psiquiátricos en el país y corresponden a ingresos anteriores al año 2000.

Estas unidades deben desaparecer progresivamente, siguiendo la tendencia mundial de acercar a los pacientes a su familia y la comunidad. En Chile la política de egreso de estas instituciones señala como



principal residencia la de sus familias, Hogares protegidos, Hogares de Ancianos o Instituciones Especializadas.

- Unidad de Adicciones con Hospitalización: Unidad que se preocupa de la deshabituación y desintoxicación de personas con adicciones al alcohol y/o drogas. Estas hospitalizaciones duran entre 15 días a 1 mes y están enfocadas a mayores de 15 años.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Forense: Destinado a pacientes que han cometido delitos y han sido sobreseídos por la justicia. Son casos en los que se requiere estabilización clínica o conductual.

Los pacientes son referidos previa evaluación por un Equipo de Salud Mental y psiquiatría Ambulatoria o Unidad de Hospitalización de Corta Estadía.

Se ubican en Hospitales Psiquiátricos o Instalaciones independientes y coordinan, junto con la Unidad de psiquiatría Forense actividades Terapéuticas y de Rehabilitación de mediana y alta complejidad.

Existen también otras instituciones que apoyan a la rehabilitación de personas con discapacidad psíquica , trastornos severos o

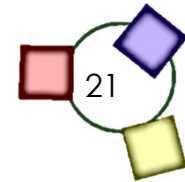
dependencias a drogas y/o alcohol cuyo aporte es complementario al Sistema de salud, estas son:

- Hogares Protegido
- Centros Diurnos, Casa Club
- Comunidades Terapéuticas (adicciones)
- Talleres protegidos
- Centro de Rehabilitación Psicosocial.

TENDENCIAS MUNDIALES EN SALUD MENTAL

En la actualidad la tendencia en todo el mundo es abrir el tema de las enfermedades mentales a la Sociedad, ya que está demostrado que un paciente en contacto con su entorno puede tener un proceso de recuperación más rápido, asimismo el poder crear instancias para el entendimiento de las comunidades es imprescindible para vencer la barrera respecto a temas de salud mental.

La OMS a dado las pautas para poder ir generando nuevas estrategias a nivel mundial, reconociendo la importancia del tema tanto en su prevención como tratamiento y políticas públicas. Principalmente evitando hospitalizaciones largas para disminuir el estigma social, cambiando hospitales psiquiátricos a hospitales diurnos, casas de

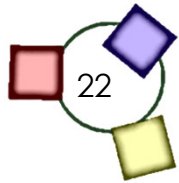


acogida, centros abiertos u hogares protegidos.

Si comparamos el caso del Plan de Salud mental chileno con el español, Andalucía en este caso, nos daremos cuenta que sigue primando la misma tendencia. He aquí sus principales puntos (8):

- Se propone una estrategia de **comunicación**, dirigida a la población general, a profesionales y agentes comunitarios relacionados con la salud mental, incluyendo profesionales de los medios de comunicación, ayudando combatir el estigma, promocionar la salud y prevenir la enfermedad mental, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención.
- Se promueve un cambio de perspectiva en los sistemas de atención a la salud mental, alejándose de una experiencia asistencial centrada en los servicios, acercándose a una atención que tome más en consideración la **promoción de la salud mental**, formulando objetivos y actividades de marcado carácter intersectorial.
- Se introduce la **perspectiva de género en salud mental**, como una herramienta de trabajo para la detección de la desigualdad entre mujeres y hombres, evaluar el modo como ésta condiciona el equilibrio emocional y la salud mental de las personas, avanzando hacia la implantación de roles igualitarios en el ámbito familiar, laboral y social.
- Se formulan **actuaciones preventivas de carácter intersectorial**. Se abordan dos aspectos complementarios: la prevención de los problemas de salud mental en la población general, y de manera específica la prevención de la depresión y el suicidio y mejorar el acceso a las actividades preventivas ofertadas a la población, a las personas que padecen enfermedad mental grave.
- Se quiere potenciar la **red de atención a la salud mental**, de cara a consolidar el modelo comunitario y avanzar en la perspectiva de la recuperación.
- Se avanza en el desarrollo de los **programas de apoyo social**, teniendo como referencia

(8) Junta Nacional de Andalucía. Es
Conserjería de Salud, 2008.2012



la búsqueda de una calidad creciente de modelos de atención comunitaria apuntando a la aplicación progresiva de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

- Se garantiza, desde los servicios de salud, una **atención integral a los problemas de salud mental de la población**, asegurando la continuidad de las intervenciones mejorando la accesibilidad y dar respuesta a las demandas de atención generadas por problemas de la vida cotidiana, evitando la medicamentación.
 - Se propone una estrategia de **atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia**, haciendo especial énfasis en la promoción y prevención en salud mental en estas edades,
 - Se introducen **programas de detección e intervención precoz en psicosis** que permitan reducir el periodo de enfermedad sin tratar, así como programas de tratamiento .
 - Se impulsa el desarrollo de **programas de tratamiento intensivo en la comunidad**.
- Dada la repercusión social que han adquirido los **trastornos de la personalidad**, se plantea el desarrollo de programas de atención específicos, basados en el abordaje terapéutico intersectorial y con eficacia probada
 - Se formula una estrategia específica para atender a las **personas en situación de exclusión social o en riesgo de padecerla**.
 - Se avanza en una estrategia que permita potenciar la **participación activa de usuarios y familiares**, mediante el impulso de programas de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado.
 - Se diseñan acciones destinadas a obtener la **información epidemiológica** necesaria para conocer y cuantificar la magnitud de los problemas de salud mental de la población.
 - Se plantea el desarrollo de **estrategias de formación, investigación y gestión del conocimiento** que permitan avanzar en el conocimiento y especialización respecto a estas enfermedades.

Al revisar los puntos de este plan, existen 3 que son dignos de destacar:

1. **Perspectiva de género en salud mental.**
2. **Atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia.**
3. **Estrategias de formación, investigación y gestión del conocimiento.**

Cada uno de estos se enfoca justamente en temas que nuestro plan a un no considera como prioritarios, partiendo por la necesidad de reconocer como afectan las enfermedades mentales a pacientes dependiendo de su género y etapas de desarrollo, creando planes específicos para ellos de manera de abarcar de una manera más eficiente todo el rango de la población, situación que no se ha dado de forma eficiente en Chile, ya que la prioridad está en adultos sobre los 15 años (ver gráficos).

Según un estudio realizado por World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) al sistema de Salud Mental Chileno el año 2006, existen importantes carencias a superar: Legislación y Derechos Humanos, Recursos Humanos y Capacitación

Tabla 2.6. Centros de Tratamiento Diurno de Salud Mental del Sector Público 2004

Indicador	Hospital de Día	Centro Diurno
N° de centros	40	25
% Administración por ONG u otro privado*	37,5	68,5
N° personas promedio por centro al año	62	73
% de mujeres	41,0	41,3
% de menores de 18 años	6,2	3,4
N° de centros exclusivos para menores	3	1
Promedio días de estada por persona	45	68
N° de usuarios por profesional/técnico al año	8	12
N° de usuarios por psiquiatra al año	58	304
% con actividades con grupos de usuarios	55,0	77,5
% con actividades con grupos de familiares	84,0	88,0

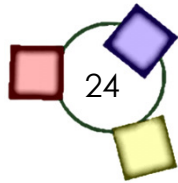
* a través de convenio con los Servicios de Salud y con fondos del Seguro Público (FONASA)

Fuente: «SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE», WHO-AIMS, 2006

Tabla 2.3. Atención de Niños y Adolescentes en los Centros de Salud Mental Ambulatorios en el Sector Público en el Año 2004

	Centro Comunitario Salud Mental	Centro Referencia de Salud	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	Consultorio Adosado a Hospital	TOTAL
N° Respuestas	37	5	6	43	91
% de centros con atención para niños y adolescentes	73,7	80,0	33,3	69,8	69,5%
% de centros solo para niños y adolescentes	10,8	20,0	33,3	11,6	13,2%
% de niños y adolescentes atendidos en los centros (en relación al total de personas atendidas)	29,7	36,0	14,7	27,5	28,0%

Fuente: «SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE», WHO-AIMS, 2006



Esto conlleva a poner hincapié en ciertos tipos de intervenciones que son necesarias para mejorarlo. Estos son:

1. Desarrollar Centros de Salud Mental Comunitarios como la Alternativa Principal de Atención Ambulatoria: la descentralización de los servicios ayuda a la descongestión del sistema de Salud y apuntan a la correcta integración del modelo comunitario.

2. Formular una Política Nacional de Salud Mental Infanto Juvenil: Algunas de las deficiencias que se deberían abordar en una Política para esta población son:

- Existencia de centros ambulatorios de salud mental que no atienden niños y adolescentes (30%)
- Escaso número de centros ambulatorios dedicados a este grupo etario (13 %)
- Bajo porcentaje de niños y adolescentes que son atendidos en centros ambulatorios (28%)
- Existencia en todo el país de solamente 2 hospitales de día para adolescentes y 1 servicio de corta estadía para niños y adolescentes.

La política debería abordar también los aspectos promocionales y preventivos de la salud mental a nivel escolar. En esta evaluación se mostró que solo el 7% de las escuelas en Chile cuentan con algunas horas de psicólogo y que menos del 20% de ellas realizan acciones de promoción de la salud mental.

3. Monitorear el Impacto de la Reforma de Salud en el Sistema de Salud Mental: Es necesario poder tener un sistema de información completo que permita cruzar antecedentes de manera de poder obtener información más certera respecto a las distintas áreas de la población.

4. Incorporar Disposiciones que Resguarden los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades y Discapacidades Mentales en la Legislación Chilena: Los avances alcanzados con el Plan Nacional de Salud Mental, pierden efectividad al dejar a las personas con enfermedades y discapacidades mentales desprovistas de protección de sus derechos esenciales, en un medio social estigmatizador y discriminatorio.

5. Formular una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Mental:

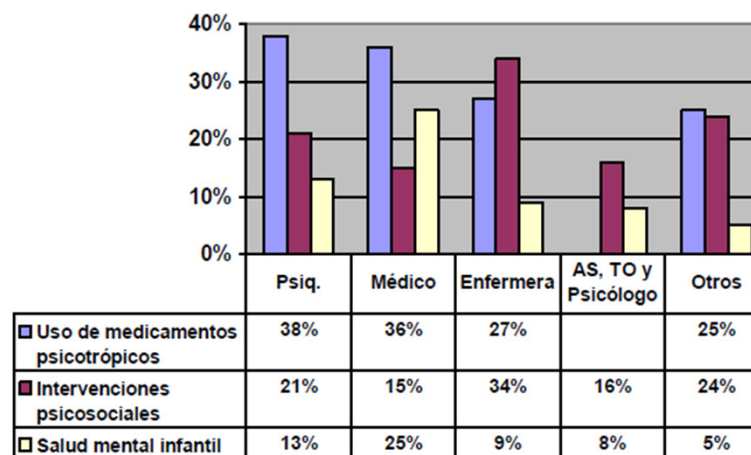
De acuerdo a los resultados, los dos grandes focos para una política de desarrollo de recursos humanos en salud mental deberían ser los equipos interdisciplinarios de atención primaria y de salud mental y psiquiatría.

Se requiere aumentar las horas de formación de pregrado en salud mental y psiquiatría en las carreras profesionales y técnicas de salud, ya que insuficiente para adquirir las competencias básicas para las necesidades de los consultantes a los centros de atención primaria. Es necesario también mejorar la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos que trabajan en la actualidad en este nivel.

Respecto a los equipos de salud mental y psiquiatría, existe el **desafío en Chile** de generar programas de formación de enfermeras, asistentes sociales y técnicos de salud especializados en salud mental, los cuales podrían desarrollarse a nivel de pre o postgrado. El número actual y la tasa de formación de estos miembros del equipo de especialidad es muy bajo para las necesidades del país al igual que la tasa de formación de psiquiatras, **especialmente en el área Infanto Juvenil.**

Como muestra en el gráfico a continuación, los profesionales que trabajan en salud mental, además de escasos, tienen un bajo acceso a instancias de capacitación y éstas se orientan en forma mayoritaria al uso de medicamentos y profesionales médicos. Salvo las enfermeras, los profesionales de salud mental tienen una baja participación en instancias de formación en intervenciones psicosociales y lo que es más alarmante aun: **El acceso a formación en salud mental infantil es aún menor**, solo alcanzando una cifra mínima en médicos no especialistas

GRAFICO 4.5 - PORCENTAJE DE RRHH DE SALUD MENTAL CON UN MINIMO DE 2 DIAS DE CAPACITACION EN EL AÑO 2004

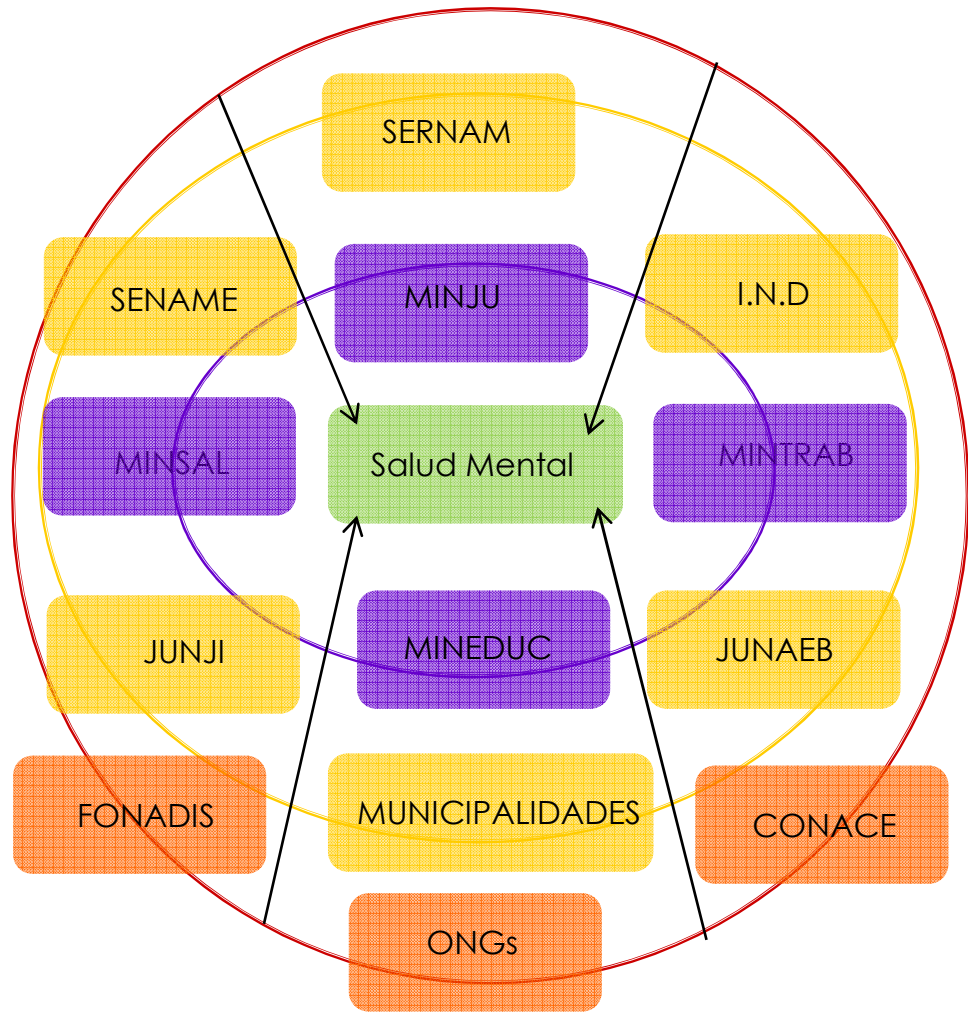


Psiquiatra = psiquiatra; Médico = otros médicos no especializados en psiquiatría que trabajan en dispositivos de salud mental; AS = asistente social; TO = terapeuta ocupacional; Otros = otros profesionales/técnicos de salud mental.

Fuente: «SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE», WHO-AIMS, 2006

7. Monitorear la Participación Intersectorial en Salud Mental: Una de las tareas más complejas de lograr, ya que actualmente sólo tres sectores están involucrados, pero con un muy bajo porcentaje de participación: Educación, Judicial y Trabajo. A medida que vaya aumentando la integración real de los sectores, con instituciones como el SERNAM, el SENAME, el IND (Instituto Nacional del deporte), etc. Se podrá lograr mejores resultados a nivel país, sobretodo en sectores más vulnerables.

Es necesario también, tal como el ejemplo de Andalucía, que los medio de comunicación se hagan partícipes, ayudando a concientizar a la población de forma positiva.



Instituciones parte del PLAN DE ACCION INTEGRADO A FAVOR DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2001-2010 del MIDEPLAN

En resumen, como podemos ver Chile aun tiene una tarea pendiente en temas de Salud Mental, y una deuda muy grande particularmente con sus niños y jóvenes.

La tabla a continuación muestra la evaluación del PNSM por parte de profesionales del Ministerio de Salud, que deja muy en claro cuánto nos falta para poder llegar a estándares ya logrados en países Europeos.

Esto es lo que motiva a la realización de mi proyecto de Título tomando en el tema del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Infantil como un lugar integral de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y aporte a la formación de profesionales de la Salud Mental.

Tabla 1.1. Evaluación de la Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Chile 2000 a 2004, según Módulo OMS (Juicio de profesionales del Ministerio de Salud)

Áreas Recomendadas por OMS	Grado de Cumplimiento en Formulación	Grado de Cumplimiento en Implementación
Financiación	50 a 75%	50 a 75%
Legislación y Derechos Humanos	0%	25 a 50%
Organización de Servicios	75 a 100%	50 a 75%
Recursos Humanos y Capacitación	0	1 a 25%
Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación	75 a 100%	50 a 75%
Medicamentos Esenciales	0	25 a 50%
Defensoría (Advocacy)	1 a 25%	25 a 50%
Mejora de Calidad	1 a 25%	25 a 50%
Sistema de Información	0	25 a 50%
Investigación y Evaluación de Política y Servicios	0	50 a 75%
Colaboración Intersectorial	50 a 75%	1 a 25%

Fuente: «SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE», WHO-AIMS, 2006

Tabla 1.2. Existencia de Ley de Salud Mental en las Regiones de la OMS (Mental Health Atlas 2005, OMS)

Regiones de la OMS	Países (%)	Cobertura de Población (%)
Africa	79,5	94,4
América	75,0	89,1
Mediterráneo Oriental	57,1	70,8
Europa	91,8	90,1
Asia Sur Oriental	63,6	95,9
Pacífico Occidental	76,0	13,9
Mundo	78,0	69,1

Fuente: «SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE», WHO-AIMS, 2006

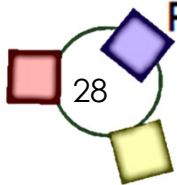
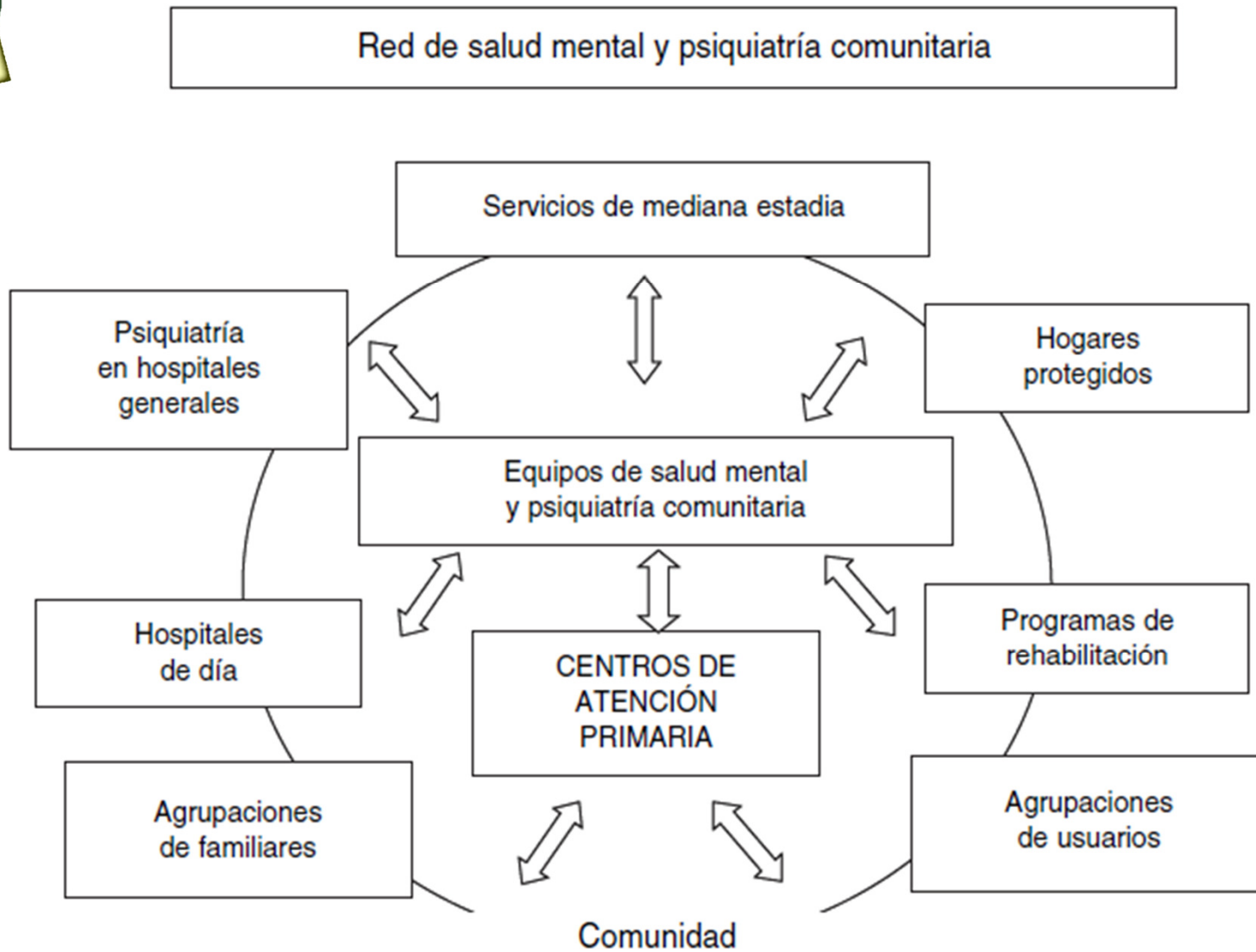


FIGURA 2. Esquema de la red de salud mental y psiquiatría. Chile, 2004



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

2.3. ENFERMEDADES MENTALES ASOCIADAS A LA INFANCIA

Cómo funciona la mente de un niño?

Para entender esto hay que tener claro que el desarrollo desde la niñez implica procesos que definirán la adolescencia y adultez en lo social y lo individual.

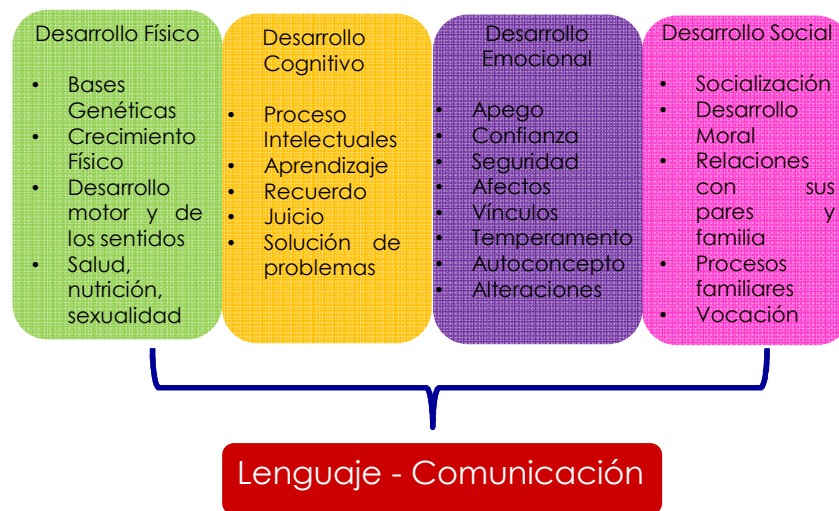
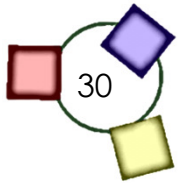


Grafico 1: Desarrollo Integral del Niño

Fuente: Elaboración Propia



Psiquiatría Infanto Juvenil: Rama de la medicina dedicada a diagnósticos, tratamiento y prevención de las patologías psiquiátricas en la población Infanto juvenil (niños y adolescentes) desde Recién Nacidos hasta los 19 años de edad. En Chile, sólo reconocido como especialidad independiente en la década del '70.



Estas etapas de desarrollo comienzan a darse desde el recién nacido y nos permiten ir desenvolviendo frente a nuestros pares. Cuando alguna de estas etapas sufre alguna alteración, es cuando comienzan a gestarse los primeros indicios de problemas en los niños.

Estos problemas pueden ser determinados por múltiples factores, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico), ambiental (relacional, familiar, psicosocial) y psicológico (cognitivo, emocional, etc.), los que son parte de la presentación de la enfermedad, además de su fenomenología, desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Factores de biológicos: Desencadenados por desequilibrios de sustancias que actúan en los neurotransmisores dentro de algunas zonas

del cerebro, cambios estructurales en el mismo y trastornos neuroendocrinos, los que interactúan en mayor o menor medida con factores ambientales para que el trastorno pueda desarrollarse.

- **Factores Ambientales:** Pueden ser bastante diversos implicando desde la presencia de algunos virus durante momentos específicos a la gestación y contaminantes ambientales hasta estilos de crianza y eventos de vida. Se pueden clasificar en dos tipos:

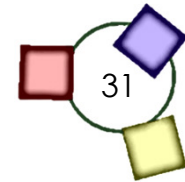
1. Factores ligados al contexto Familiar:

- Trastornos psiquiátricos en los padres.
- Trastornos de personalidad y dependencia a drogas.
- La depresión postparto.
- Separación o divorcio.



Factores en el desarrollo de los niños

Fuente: google images



- Violencia intrafamiliar.
- Embarazo precoz y trastornos de conducta.

2. Factores ligados al entorno Psicosocial:

- Situación Socioeconómica
- Relación con iguales y trastornos de conducta.
- Ambiente escolar.

3. Medios de Comunicación:

- Vulnerabilidad individual e influencia de los medios de comunicación en los trastornos de conducta.

Factores Psicológicos: Ligados a personalidad, tienen que ver con la autoconfianza, la autoestima, la seguridad, la capacidad de compartir y amar, e incluso las habilidades intelectuales y sociales. Todas tienen sus raíces en las experiencias vividas durante la infancia en el seno familiar.

Lo Normal / Lo Anormal

Desde el punto de vista de la Gestalt (9), es la **empatía** lo que hace la diferencia entre la concepción de lo que puede ser la Normalidad y Anormalidad en un niño y su comportamiento.

En el caso de los niños, la sociedad ha considerado algunos deberes que han cumplir, de lo contrario son considerados desadaptados. Por ejemplo:

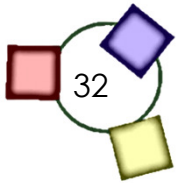
1. Realizar todo lo que la sociedad espera que él realice.

2. Manejar símbolos adecuados para relacionarse según lo esperado con los demás.

3. Callar sus sentimientos y emociones, o expresarlo como los demás consideren que es la mejor forma.

(9) **Gestalt:** Escuela de psicología que interpreta los fenómenos como unidades organizadas, más que como agregados de distintos datos sensoriales. Ha hecho un gran aporte al estudio del aprendizaje, la memoria, el pensamiento y la personalidad y motivación humanas, surgió en Alemania con los psicólogos alemanes Max Wertheimer, Wolfgang Köhler, y Kurt Koffka, que encontraron eco receptivo en su visión de quitarle énfasis al análisis, como pérdida de los valores humanos.

PENSAR | IMAGINAR | PERCIBIR | RECORDOS | VOLUNTAD | AFECTOS



4. Respetar a los demás con los que convive.

5. Respetar las normas.

El niño considerado "normal" está lleno de instrucciones y obligaciones, ignorándose su etapa de desarrollo, y su personalidad como ser único, individual e irrepetible.

Frente a lo anormal, se tiene en cuenta que manifieste algunas incapacidades como: Dificultades para aprender, incapacidad para lograr relaciones sociales satisfactorias con niños o adultos, incapacidad para comportarse a un nivel que corresponda a su nivel de desarrollo, dificultades en sus procesos adaptación. Sin embargo para considerar social y culturalmente que alguien es normal o anormalmente adaptado, las características anteriormente nombradas deben estar en forma marcada y durante un período prolongado, en el tiempo.

Desde la Gestalt se toma en cuenta la Perspectiva de Desarrollo, reconociendo que pueden existir desajustes normales que desencadenen comportamientos considerados clínicamente anormales, pero

que de ninguna manera implican necesariamente una patología, sino desafíos que con las herramientas correctas puedan ser superados siendo un aporte a sus vidas. De esta forma, en la Terapia Gestalt los niños asumen los valores de **autorespeto**, **autoresponsabilidad** sobre todo lo que sienten, piensan y hacen, **honestidad** y **desarrollo**, relacionándose con los demás y con su entorno de forma mucho más abierta.

*«Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay que domesticar.*

*Cargan con nuestros dioses y nuestro idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.*

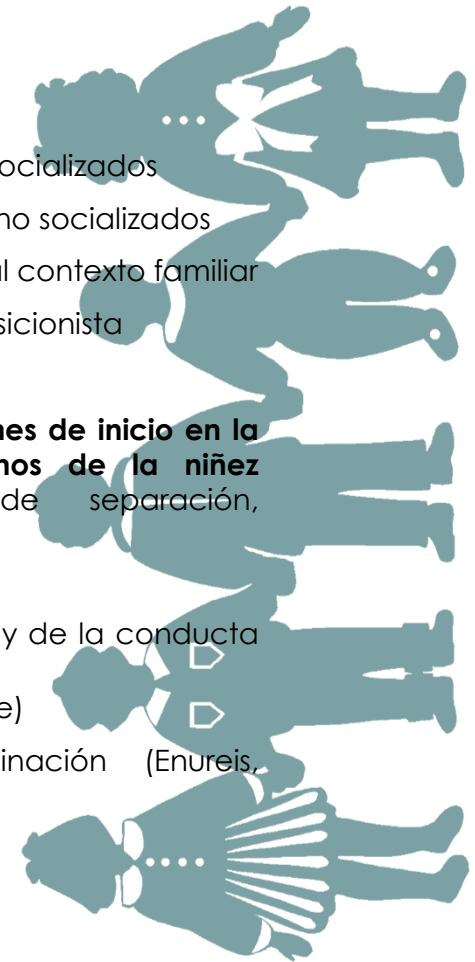
*Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras frustraciones
con la leche templada
y en cada canción...»*

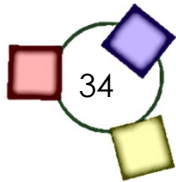
Extracto de la canción **Esos locos bajitos** de Joan Manuel Serrat

ENFERMEDADES MENTALES INFANTO –JUVENILES

1. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA NIÑEZ O ADOLESCENCIA:

- Retraso Mental
- Trastornos de Aprendizaje (lectura, escritura etc.)
- Trastornos de Habilidades Motoras (coordinación, psicomotor)
- Trastorno de Comunicación o del Desarrollo del Habla y Lenguaje (expresivo, mixto, fonológico o de pronunciación, tartamudez)
- Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo, autismo atípico, asperger, rett)
- **Trastornos Hipercinéticos**
 - Trast. Actividad y atención
 - Trast. Hipercinético disocial
- **Trastornos Disociales**
 - Trast. Disocial en niños socializados
 - Trast. Disocial en niños no socializados
 - Trast. Disocial limitado al contexto familiar
 - Trast. Desafiante y opositor
- **Trastornos de las emociones de inicio en la infancia y otros trastornos de la niñez** (mutismo, ansiedad de separación, rivalidad entre hermanos)
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la niñez
- Trastornos por Tics (Tourette)
- Trastornos de la eliminación (Enuresis, encopresis)



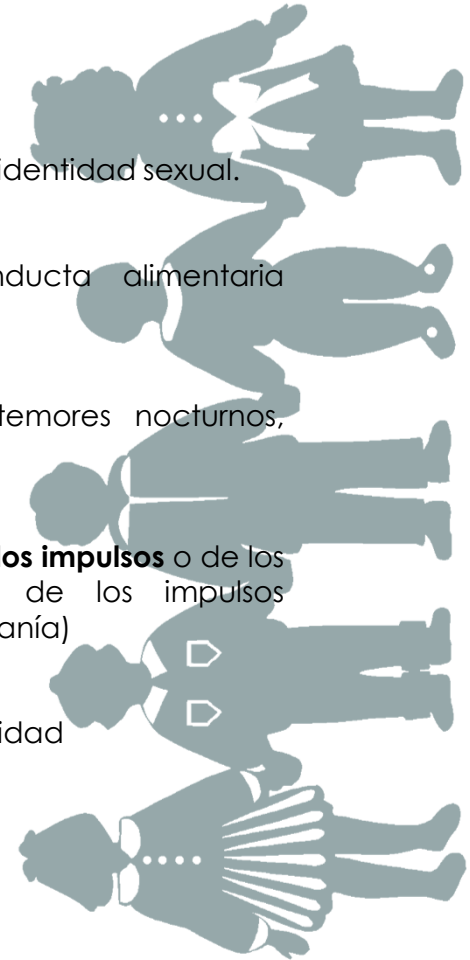


ENFERMEDADES MENTALES INFANTO –JUVENILES

2. TRASTORNOS DIAGNOSTICABLES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES PERO QUE TAMBIEN SE INICIAN EN OTRAS EDADES:

- **Trastornos mentales orgánicos** (incluye delirium por enfermedad, sustancias)
- **Trastorno por abuso de sustancias**
- Trastorno Esquizofrénico y otros trastornos Psicóticos
- **Trastorno del estado de animo o del humor o de los afectos** (depresiones, T. bipolar)
- **Trastornos Neuróticos :**
 - Ansiedad fóbica
 - Pánico
 - Obsesivo compulsivo
 - Adaptación
 - Disociativos
 - Somatomorfos (psicosomático)

- Trastornos sexuales y de identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia, Bulimia)
- Trastorno del Sueño (temores nocturnos, pesadillas)
- **Trastorno del control de los impulsos** o de los hábitos y el control de los impulsos (tricotilomanía, cleptomanía)
- Trastorno de la Personalidad

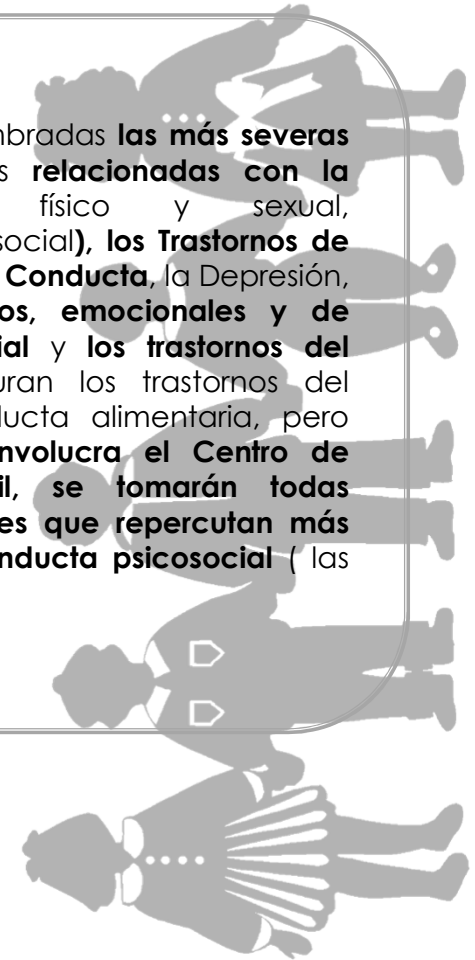


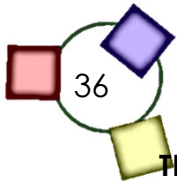
ENFERMEDADES MENTALES INFANTO –JUVENILES

3. OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA :

- **Abuso físico**
- **Abuso sexual**
- **Negligencia**
- **Duelo**
- **Comportamiento antisocial**
- **Problemas paterno -filiales**
- **Intento de suicidio**
- **Reacciones vivenciales normales** (crisis del desarrollo, crisis situacionales, otras respuestas)

De las **Patologías** nombradas **las más severas** en los niños son las **relacionadas con la violencia** (Abuso físico y sexual, comportamiento antisocial), **los Trastornos de Hiperactividad y de la Conducta**, la Depresión, **los Trastornos ansiosos, emocionales y de Comportamiento social** y **los trastornos del ánimo**. También figuran los trastornos del desarrollo y la conducta alimentaria, pero **para el caso que involucra el Centro de Rehabilitación Infantil, se tomarán todas aquellas enfermedades que repercutan más fuertemente en la conducta psicosocial** (las primeras nombradas).





TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES MENTALES INFANTO JUVENILES

- Terapias psicológicas (grupales - individuales)
- Terapias educativas (Psicopedagogía)
- Adiestramiento en habilidades sociales
- Terapias ocupacionales
- Terapias de lenguaje (fonoaudiología)
- Terapias motoras (kinesioterapias)
- Arte terapias música terapia

Consejería Padres y/o escuela

Psicoterapias individuales

- Psicoanálisis / Gestalt
- Conductual

Tratamientos grupales

- Grupos terapéuticos
- Grupos de apoyo
- Grupos de habilidades sociales

Tratamientos familiares

Hospitalizaciones

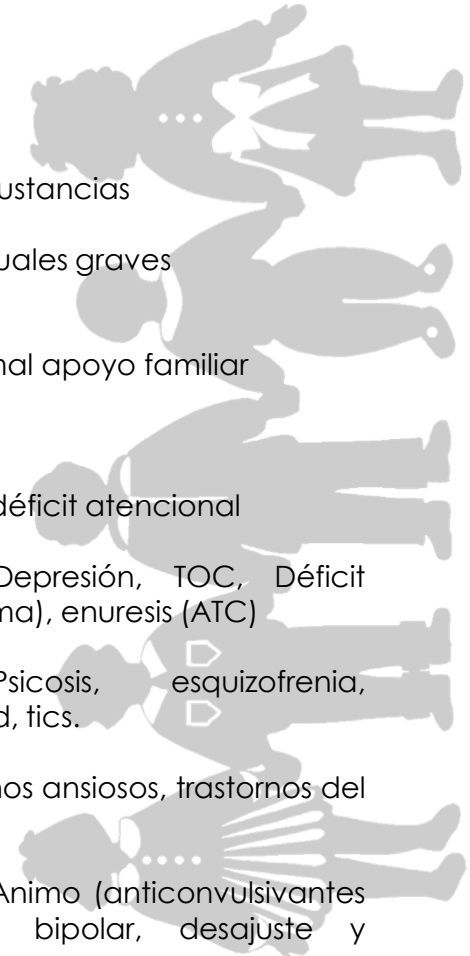
Poco frecuentes. Depende no sólo del diagnóstico también de la edad, característica

de la familia, etc. Se da en caso de:

- Anorexia
- Intento de suicidio
- Maltrato y abuso
- Psicosis aguda
- Intoxicaciones por sustancias
- Depresión severa
- Desajustes conductuales graves
- Esquizofrenia
- Bipolaridad
- Otras situaciones: mal apoyo familiar

Psicofarmacoterapia

- Psicoestimulantes: déficit atencional
- Antidepresivos : Depresión, TOC, Déficit atencional (ATC, Rima), enuresis (ATC)
- Antipsicóticos: Psicosis, esquizofrenia, autismo, agresividad, tics.
- Ansiolíticos: Trastornos ansiosos, trastornos del sueño
- Estabilizadores del Animo (anticonvulsivantes y litio): Trastorno bipolar, desajuste y descontrol de impulsos.



2.3.1 TRASTORNOS ASOCIADOS A LA VIOLENCIA Y LA DELINCUENCIA

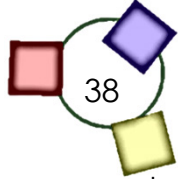
En un ser humano, el desarrollo es un proceso intermedio entre maduración y el aprendizaje.

Maduración: Desarrollo de una secuencia de cambios físicos y patrones del comportamiento genéticamente influenciada y a menudo relacionada con la edad, la cual incluye la disposición para dominar nuevas capacidades

Aprendizaje: Proceso a través del cual nuestras experiencias producen cambios relativamente permanentes en nuestros sentimientos, pensamientos, y comportamientos.

Ambos conceptos están implícitos desde nuestros primeros días de vida, partiendo por las percepciones de luz y sonidos. A medida que vamos creciendo distintos sucesos van diferenciándonos unos de otros, muchos de ellos marcan nuestro **temperamento** y las capacidades de afrontar problemas, que dependen mucho del apoyo social con que contamos. Cuando nos sentimos vulnerables y no tenemos este apoyo aumenta la probabilidad de una respuesta desadaptativa ante el estrés, por ejemplo, niños con menos afecto tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos de conducta.

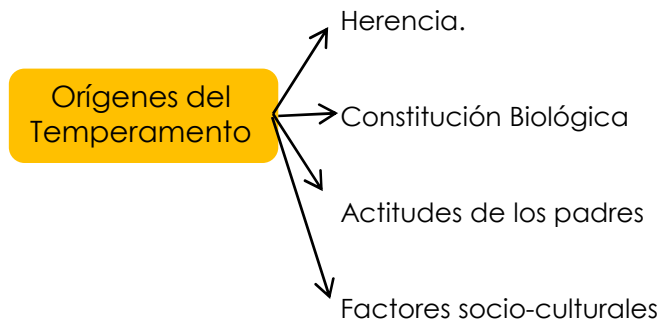




Los factores de riesgo ante situaciones delictuales son: el temperamento, la agresividad, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones extremas, la personalidad y la presencia muchas veces del Síndrome de Déficit Atencional.

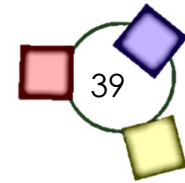
En que influye el temperamento?

El Temperamento comprende los aspectos de la conducta de una persona (sentimientos, emociones) que demuestran un grado significativo de consistencia a través del tiempo y de una situación cotidiana a otra.



NIVEL DE ACTIVIDAD	→	El componente motriz de la vida de una persona
ESTADO DE ÁNIMO	→	Cantidad de Sentimientos y conductas agradables y amigables / desagradables
DISTRACTIBILIDAD	→	Grado en que los estímulos externos alteran la dirección de la atención y la conducta.
PERSISTENCIA	→	Continuación de una actividad frente a los obstáculos a fin de alcanzar un objetivo deseado.
INTENSIDAD DE LA REACCIÓN	→	El nivel de energía de la respuesta, sin tomar en cuenta su calidad.
TENDENCIA DE APROXIMACIÓN/ RETRAIMIENTO	→	La naturaleza de las respuestas iniciales ante los estímulos nuevos
ADAPTABILIDAD	→	Facilidad con la cual las respuestas iniciales (acercamiento/retiro), se pueden modificar en su dirección.

Atributos del temperamento



Los problemas de adaptación se pueden presentar cuando los factores del temperamento evitan que las personas cumplan con sus propias expectativas o con las de los demás.

Los EXTROVERTIDOS, como son fisiológicamente más fáciles de condicionar, serían más propensos al comportamiento antisocial (Teoría de Eysenck (10)).

TRASTORNOS ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS DELICTIVAS

- Trastornos del Control:
 - Trastorno explosivo intermitente.
 - Cleptomanía
 - Juego Patológico
 - Piromanía
 - Tricotilomanía.

- Trastornos de Personalidad:

Grupo A : Paranoide / Esquizoide / Esquizotípico.

Grupo B : Antisocial / Limítrofe o Fronterizo / Histriónico / Narcisista / Psicopatía.

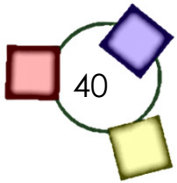
Grupo C : Por evitación / por Dependencia / Obsesivo – Compulsivo / Pasivo – Agresivo

- Trastornos Sexuales y de Identidad de Género.
- Parafilias

- Trastornos Afectivos Mayores y del Pensamiento:
 - Trastornos Afectivos.
 - Suicidio
 - Esquizofrenia ; Diagnóstico y Síntomas (Catatónica / Desorganizada / Paranoide / Residual).
 - Violencia Intrafamiliar.
 - Maltrato Infantil
 - Violencia Conyugal.
 - Femicidio

En el caso de los niños, **los casos más severos son los que arrastran violencia intrafamiliar, maltrato infantil, trastornos ansiosos y de comportamiento social, bipolaridad y déficit atencional**, siendo éste último el que mezclado con otras patologías el que estaría gatillando los casos más complejos.

(10) **Hans Jürgen Eysenck**. (1916 - 1997), psicólogo conductista factorialista inglés de origen alemán, especializado en el estudio de la personalidad.



Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad

El SDAH se ha vinculado directamente como indicador de riesgo para las conductas delictivas y la drogadicción. A su vez la drogadicción con cometer de delitos.

Se ha configurado uno de los trastornos más comunes de la niñez. Representa, según diversas fuentes, el 30 ó 50% de las atenciones clínicas realizadas a niños y adolescentes, y en Chile es una de las patologías que más casos presenta en el sistema de salud (revisar capítulo 4.2. Prevalencia de Enfermedades Mentales).

Según estimaciones, el SDAH alcanza una prevalencia de un 6% en pacientes de hasta 6 años de edad. Aproximadamente se estima que este podría llegar a un 10%-15% en edad escolar

La alta incidencia del SDAH se torna relevante a medida que sus síntomas interfieren en muchas áreas de la vida de los niños y jóvenes, tendiendo a permanecer en la vida adulta, repercutiendo a nivel familiar, conflictos académicos, sociales y laborales.

Entre sus **síntomas** se destaca la impulsividad, fracaso escolar, comportamientos antisociales e incluso delincuencia, presentando por eso muchos de ellos problemas con la justicia. En esta dirección, se destaca la relación que existiría con el abuso de sustancias, pues también sus síntomas estarían siendo asociados a la configuración de conductas delictivas.

Problemas Atencionales

- El niño no atiende detalles o errores
- Tiene dificultades para concentrarse y se distrae fácilmente por estímulos externos
- Parece no escuchar a los demás
- No sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, juegos u otras actividades
- Tiene dificultad para organizar
- Evita involucrarse en tareas que requieren sostenido esfuerzo mental
- Pierde constantemente sus cosas
- Se olvida de las actividades diarias

Problemas de Hiperactividad

- El menor está moviendo constantemente sus manos y pies
- Se sienta donde no le corresponde o no dura sentado lo suficiente
- Se da vueltas constantemente
- Tiene dificultades para jugar o participar en actividades en forma tranquila
- Actúa como impulsado por un motor
- Sufre de verborrea
- Responde una pregunta antes de que ésta termine de formularse
- Tiene dificultad para esperar su turno
- Interrumpe a los demás.

Salud mental, delincuencia e Infancia: El caso del Cisarro.

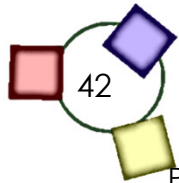
La historia del apodado Cisarro comenzó en año 2009, cuando se hizo famoso por poseer más de 20 detenciones a sus cortos 10 años con un prontuario cargado de robos a mano armada en casas y hurto en tiendas. Durante ese mismo año, según cifras oficiales, 269 menores de 14 años habrían sido detenidos por la Policía y dejarlos en libertad bajo la responsabilidad de sus padres.

Cristóbal, el verdadero nombre del «Cisarro», ha sido portada en innumerables periódicos nacionales, estremeciendo a la sociedad chilena después de haber escapado una infinidad de veces del centro donde el SENAME lo tenían recluido.

Si, bien posterior a este caso, el SENAME fue reestructurado, surgió otra problemática, la de la salud mental en los niños menores de 15 años infractores de la Ley. Cristobal fue hospitalizado en la Unidad Siquiátrica de Corta Estadía del Hospital Calvo Mackenna, único lugar del huyó, la razón, simple: después de 7 meses de tratamiento, el niño se había hecho consciente de su enfermedad.



Fuente: La Nación.cl



Posterior a esto fue llevado nuevamente a un centro del SENAME, de donde nuevamente escapó, sin posibilidades de reintegrarse en la Unidad de Corta Estadía nuevamente, el motivo? La Unidad fue cerrada, dejando al SENAME desprovisto de lugares donde atender a estos menores.

En una entrevista al Dr. Doctor Rodrigo Paz, jefe de la Unidad de Hospitalización Siquiátrica del Hospital Calvo Mackenna, realizada en Diciembre del 2009 por El Mercurio, deja muy claro su punto de vista: «El primer responsable de que en Chile haya niños en delincuencia es el Ministerio de Salud».

A continuación, un extracto:

-¿Qué tipo de problemas han dificultado la recuperación de Cristóbal?

«El problema que tenemos acá se viene arrastrando desde hace mucho tiempo. En Chile **no existe una red de psiquiatría**, que incluya especialistas y medicamentos, que esté abordando a aquellos **niños de bajos recursos, con patologías mentales severas, que sean infractores de ley**».

-¿Qué gravedad implica esto?

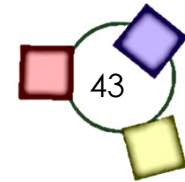
"Como estos niños no reciben tratamiento médico adecuado, terminan siendo expulsados de los colegios, porque muchos de ellos no pueden controlar sus emociones y se tornan agresivos. Estudios realizados por nuestro servicio muestran que **tan sólo el 20% de los menores pertenecientes a comunas de bajos recursos acceden a un tratamiento integral (...)**".

-¿Cuál es el perfil que han podido establecer en estos adolescentes?

"Son chicos con patologías neuropsiquiátricas. Son niños con **enfermedades mentales severas que los hacen más vulnerables a desarrollar este tipo de conductas cuando crecen en ambiente socialmente marginal(..)**, son niños con anomalías en el neuro desarrollo cerebral, que si no se medican a tiempo será muy difícil su rehabilitación".

-¿Cristóbal es uno de estos casos?

"Sí. Es un chico que tuvo una deserción escolar muy temprana por su agresividad, por



su descontrol y por su déficit atencional. Se trata de un caso paradigmático".

-¿Porqué?

"Porque fue tomado bajo el cuidado de supuestos expertos de una agrupación privada que le vende servicio al Sename y que intentó sin éxito reinsertarlo en el mundo escolar, sin que en ningún momento hayan solicitado siquiera una evaluación psiquiátrica adecuada. Tiene que pasar todo lo que pasó para que este chico sea visto por primera vez por un equipo médico. Estos profesionales pensaban que lo estaban haciendo fantástico con intervenciones exclusivamente psicosociales".

-O sea, ¿el Sename cometió negligencias con Cristóbal?

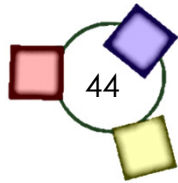
"Esto no es un problema del Sename ni de Justicia. **El primer responsable de que en Chile haya niños involucrados en delincuencia es el Ministerio de Salud,** que no ha impuesto los recursos necesarios para que los niños con patologías mentales severas sean atendidos con medicamentos y especialistas que se requieren".

-Y usted, ¿solicitó ese tratamiento al Ministerio de Salud?

"Muchas veces, pero el inconveniente es que existen técnicos en el ministerio que tienen una mirada tremendamente reduccionista del problema (...) **Creo que la rehabilitación debe centrarse en intervenciones psicosociales, excluyendo una mirada médica especializada,** y eso es gravísimo, porque mientras no tratemos adecuadamente a estos niños vamos a seguir con fuertes índices en delincuencia infanto-juvenil".

-¿Qué tipo de responsabilidad debe asumir la cartera de Salud?

"El Minsal debe disponer de los recursos para que la **atención de deficiencia atencional severa y la enfermedad bipolar infanto-juvenil sea tratada por un tratamiento neuropsiquiátrico y psicosocial integrado.** Por tanto, esto se debe garantizar por ley y debe ser parte del AUGE. De cumplir esto se logrará reducir en al menos 50% la delincuencia infanto-juvenil.



Respecto al mismo tema, el director del SENAME de ese momento, Francisco Estrada, sostuvo que recibió un organismo cuyo personal no había tenido las capacitaciones adecuadas para tratar casos complejos. "Hoy, con un solo programita del SENAME no se puede hacer mucho más (...). Aquí requerimos de clínicas psiquiátricas especializadas, con personal experto y enfermeros expertos. Un educador del SENAME tiene cierto conocimiento, pero no es capaz de afrontar los desafíos que implica un paciente de esa envergadura", (11)

El SENAME cuenta con manuales de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Con Trastornos Mentales y existe incluso uno apoyado por el Minsal llamado «ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN DE POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE CON VULNERACIÓN DE DERECHOS E INFRACTORES DE LEY PENAL, CON TRASTORNOS MENTALES (INCLUYE PROBLEMAS DE ALCOHOL Y DROGAS)» del año 2007, los que no han logrado, como muestra este caso, a tener la incidencia que se planeó.

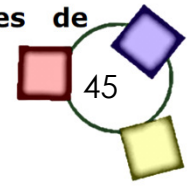
No olvidemos la idea inicial de esta institución es **la protección de los derechos de los niños,**

pero que ocurre cuando a una Institución con esta premisa es enmarcada en una Ley de Responsabilidad Juvenil que recluye a los niños y jóvenes, marginándolos de la sociedad? No suena un poco contradictorio?

Si bien quedan muchos temas pendientes con el SENAME, la prioridad es la mejora de la calidad de vida y para eso Chile requiere enfocarse en la realidad de la Salud Mental Infante Juvenil de forma seria y asertiva.

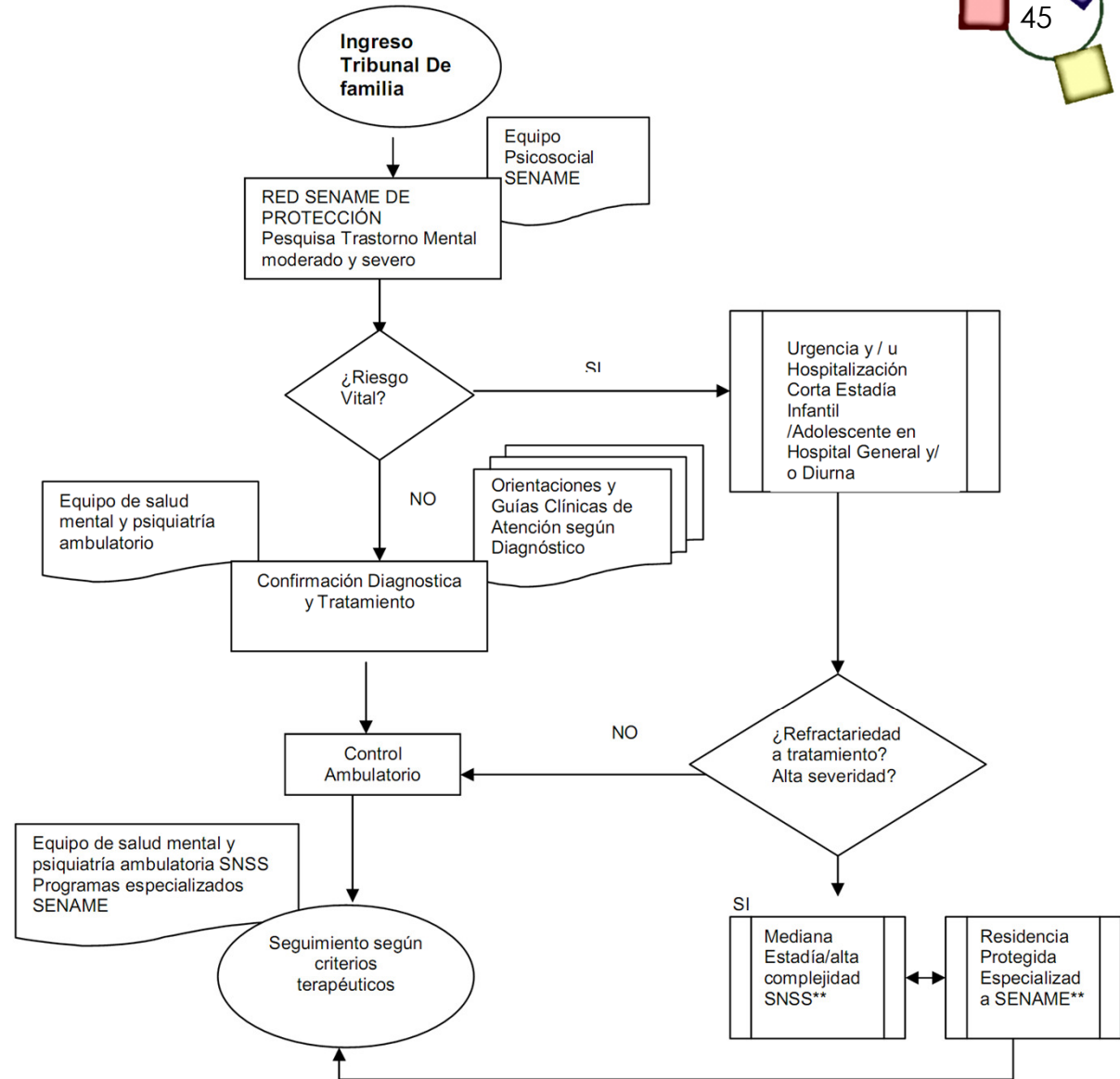
(11) emol.cl, 21 de abril 2010

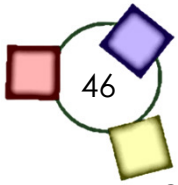
1.- Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección, con Trastorno Mental/ Trastornos del Desarrollo. (*)



Proceso a seguir del niño (a) con trastorno mental en caso de infracción de la Ley.

Fuente: «Orientaciones para la atención de población infantil y adolescente con vulneración de derechos e infractores de la Ley Penal, con Trastornos Mentales» SENAME, 2007





2.3.2. IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN

Rehabilitación: «Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales». (12)

El paciente con trastornos psíquicos es un individuo cuya experiencia está dividida principalmente en dos aspectos:

- **una brecha en su relación con su mundo (relación social)**
- **una ruptura en su relación consigo mismo (motivación personal).**

(12) Definición según la ONU



Sufre una ruptura y desintegración de su yo y su mundo; experimenta un quiebre con la rutina normal que, dependiendo de la edad, puede tratarse de la actividad escolar o la vida laboral.

Para el caso de los niños con problemas mentales, la rehabilitación debe apuntar a cuatro puntos:

Lo Pedagógico **Lo Físico**
Lo Emocional **Lo Social**

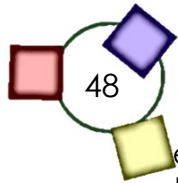


RESTABLEMIENTO DE LA INFANCIA

- **Lo Pedagógico:** Muchas veces problemas Psiquiátricos obligan a retirar a los niños de los establecimientos educacionales, cuando esto ocurre el contraste a la hora de retomar su rutina es fuerte, por lo que la rehabilitación en este aspecto propone:
- **Dar respaldo emocional y académico a estudiantes.**

- **Establecer límites claros.**
- **Establecer una rutina diaria que les reduzca la ansiedad y les permita retomar sus actividades.**
- **Establecer una socialización adecuada.**
- **Ofrecer nivelación en las distintas asignaturas,** tanto en forma individual como en talleres grupales de reforzamiento psicológico y psicopedagógico (inteligencia emocional, autoestima, motivación, expresión de emociones, etc.)
- **Lo Físico:** Se refiere a atender los **requerimientos de expresión, desarrollo psicomotor y de integración de rutinas de vida sana** en los niños. Así, podrán desarrollar actividades que les permitan





expresarse a través de la música, pintura, teatro, escultura, deporte, etc.

- **Lo social:** La rehabilitación en este aspecto busca lograr la **readaptación exitosa en la sociedad** y **restablecer relaciones adecuadas que les permitan asumir roles sociales**, adquirir autocontrol y satisfacción de la vida. Aceptación de la enfermedad mental, teniendo conciencia de ella.
- **Lo emocional:** Base para cualquiera de las demás áreas de la rehabilitación. **Logrando sanar el interior de los niños, permite enfocar sus sentimientos y pensamientos a una visión de vida positiva**, tanto para ellos cómo su entorno

TIPOS DE TERAPIAS

Este tipo de terapias es complementaria al tratamiento médico.

- Terapia Lúdica
- Terapias Complementaria: Aromaterapia
Horticultura
Cromoterapia
Musicoterapia

La Terapia Lúdica



Google Images

¿Que es el Juego?

Existen diversas definiciones en el campo de la psicología y de ellas destacaremos dos:

1. « (...) Una actividad fundamental, característica de la infancia, que es divertida, placentera e intrínsecamente motivada para el niño, facilita el aprendizaje, fomenta la imaginación, mejora la socialización, la adaptación al medio y promueve el cumplimiento de normas» (13)
2. « (...) Una actividad valiosa e importante, debido a que sirve como una forma de descarga de tensiones y expresión de sentimientos de ira, ansiedad o frustración, permitiendo que los niños regulen sus emociones y se comuniquen mediante diversas conductas, pensamientos y necesidades» (14)

Asimismo, existen distintas clasificaciones de juegos según distintos psicólogos teóricos en el tema:

- Juegos según desarrollo cronológico de los niños. (15)
- Juegos según contenido y estructura(16)

(13) «Terapia Ocupacional», M. Reilly, 1998.

(14) «Psicología Evolutiva», S.Freud y J. Piaget, 1987

(15)-(16) «Psicología del desarrollo del niño», K.Urlock,1967.

DESARROLLO CRONOLÓGICO

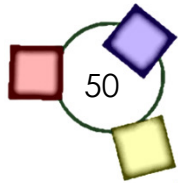
Juegos de Bebés: juego simple, acompañados de la familia o cuidadores. Se enfocan a la Observación y Manipulación de objetos de forma exploratoria. Hasta el primer año de edad.

Juego Individual: El niño pone a prueba sus capacidades compitiendo consigo mismo para superar sus logros. Las reglas son escasas y se modifican con facilidad. De 4 a 5 años de edad.

Juego de Barrio: Realizado por un numero indefinido de participantes organizado por personas mayores.

Juego de Equipo: Prevalece la organización, las reglas y competencia entre grupos de niños. La complejidad aumenta con la adquisición de habilidades, por ejemplo, en los deportes.

Juego de Interiores: Este juego revela la madurez de los niños, se da en espacios cerrados con actividades que requieren menos actividad motora y más actividad mental como rompecabezas, ajedrez, cartas, etc.



CONTENIDO Y ESTRUCTURA

Período exploratorio: Una vez que consigue el control de los miembros superiores el lactante puede explorar con mayor determinación su cuerpo y los objetos dentro del ambiente.

Período del juguete: El juego constructivo comienza a los 3 años y culmina con el desarrollo de pasatiempos. Durante los años escolares, los pasatiempos y colecciones sirven como agentes sociales y de estatus.

Período del juego (Escolares): Aquí se produce el desarrollo de construcción productiva, juegos y deportes.

Período del juego (Adolescentes): Las actividades preadolescentes de juego y trabajo se vuelven más complejas. El joven comienza a proyectar los objetivos futuros y los planes de actividades en sus tareas creativas.

La **Terapia ocupacional** en pediatría, asume que el juego es la principal ocupación de los niños, por lo tanto el modo en que estos aprenden acerca del mundo.

El juego les permite el desarrollo y dominio de las destrezas a nivel físico, social, sensorial, perceptual, cognitivo y emocional.

En el caso de los niños con trastornos mentales, la terapia se basa principalmente en juegos que permitan la valoración de sus desempeños en la vida diaria y escolaridad, teniendo en cuenta el nivel de independencia y funcionalidad en el desarrollo de las mismas, de acuerdo a su edad y grado de adaptabilidad al entorno.

Mediante el juego, el terapeuta puede promover la canalización de la agresividad y la expresión de las emociones, ya que facilita la eliminación de energía retenida. Además incluyendo actividades motoras finas y gruesas se puede eliminar progresivamente la ansiedad, desmotivación, retraimiento, aislamiento, entre otros.

El juego brinda a los niños la posibilidad de satisfacer sus necesidades mediante la fantasía, aumenta la sensación de control y dominio del ambiente proporcionando gratificación, incluso, es capaz de mejorar las habilidades de comunicación.

Terapias Complementarias

Las terapias complementarias buscan apoyar la recuperación del paciente por medio de distintas técnicas relacionadas con el medio natural y son usadas conjuntamente con la medicina convencional.

Aromaterapia

El Dr. Edward Bach (1917) estudió acerca del comportamiento de la vegetación en el tratamiento del estado de ánimo del paciente, descubriendo que la esencia de las flores y algunos árboles ayudaban incluso desde un nivel vibracional, a la recuperación positiva de varios de los estados emocionales negativos en los pacientes con trastornos psíquicos.

Siguiendo esta idea, la terapia Bach es una buena opción no sólo incluyéndola como un tratamiento relacionada al área médica, sino para fortalecer el entorno del proyecto mediante la inclusión de especies florales y

arbóreas que los mismos niños podrían cultivar y mantener como parte de la Terapia. Algunas de estas serían:

Aspen (álamo temblón): Trata el Miedo a lo sobrenatural, a situaciones imprecisas que siente que lo amenazan, y a la muerte. Presagios. Temor vago e inexplicable. Agorafobia, claustrofobia. Otorga Confianza.

Cherry Plum (Cerezo): Miedo a perder el control de sus actos, a cometer acciones terribles y a enloquecer. Pensamientos irracionales persistentes. Arrebatos incontrolables. Muy útil en estados de crisis.





Crab apple (manzano silvestre): Flor de la limpieza y la regeneración, Ayuda en casos de baja autoestima. Elimina las obsesiones por sentimientos de imperfección, intoxicación ó contaminación.

Star of Bethlehem (Estrella de Belén): Ayuda a superar secuelas de traumatismos físicos y mentales.

Rock rose (Heliantemo o Jarilla): Elimina sensaciones de pánico y terror paralizante. Estados de angustia agudos. Pesadillas.

Olive (Olivo): muy útil frente al agotamiento físico y/o mental.

Mustard (Mostaza): Equilibra situaciones de depresión y tristezas de causas desconocidas, que aparecen y desaparecen sin motivo.

Horticultura

Así como la aromaterapia, la horticultura se relaciona con una rehabilitación mediante el contacto con la naturaleza. Se puede definir como el proceso por el cual los individuos pueden desarrollar su bienestar incluyendo la creación y mantenimiento de huertos (plantas medicinales, verduras y hortalizas). En este proceso se puede integrar distintas habilidades:

- **Promueve la movilidad.**
- **Incorpora rutinas creativas.**
- **Estimula la atención y la memoria**
- **Facilita la comunicación, las relaciones y los temas de conversación.**
- **Educa en valores positivos de responsabilidad, cuidado, investigación y trabajo en equipo.**
- **Promueve ideas y conceptos relacionados con la naturaleza y el buen uso de sus recursos.**



Álamo



Flor de la Mostaza



Cerezo



Manzano Silvestre



Estrella de Belén



Olivo



Heliantemo

Cromoterapia

La cromoterapia es un método de armonización y de ayuda a la curación natural de enfermedades por medio de los colores que ha tenido alta incidencia en enfermedades mentales.

Los colores corresponden a vibraciones que tienen velocidades, longitudes y ritmos de ondas diferentes. Estos ejercen una influencia física, psíquica y emocional en nosotros, y muchas veces no nos damos cuenta.

Estudios han demostrado que el color en la arquitectura actúa de la misma manera que en el arte de la pintura, sin embargo, su efecto va mucho más allá, ya que éste no sólo es utilizado para embellecer y animar, sino que resuelve necesidades psicológicas de quienes habitan el espacio.

La psicología del color (17) nos ha demostrado la influencia que tienen los colores en los niños. Algunos de estos patrones son:

Rojo

Da energía, vitalidad, combate la depresión. Estimula la acción. El rojo es calorífico, calienta la sangre arterial y así incrementa la circulación. **Este color se recomienda en ambientes, juguetes, indumentaria que busque impulsar la acción.**

Atrae mucho la atención visual. **No es recomendable** usar el rojo en niños hiperactivos o agresivos, **en situaciones donde es necesaria la concentración, como leer.**

Naranja

Combina los efectos de los colores rojo y amarillo: Energía y alegría. **Las tonalidades suaves expresan calidez, estimulan el apetito y la comunicación,** mientras que **las tonalidades más brillantes incitan la diversión y la alegría.** Puede ser considerado para el cuarto de juego de los niños en combinación con colores neutros.

Azul

Es un color muy importante **para calmar a las personas,** se trata de un color frío que **produce paz y sueño.** Es utilizado en tono pastel para relajar, **para ambientar cuartos, camas, etc.**

(17) «La Psicología del Color», Eva Geller, Ed. Gustavo Gili, 2010.

Amarillo

Estimula la actividad mental. Se utiliza el color amarillo **en niños con gran dispersión, poca concentración.** Utilizado en tono pastel en escritorios, libros, útiles para promover actividad intelectual, **en ambientes en donde trabajan niños con dificultades de aprendizaje o fatiga mental.** También es un color que inspira energía y optimismo.

Violeta

Se trata de un color místico, especialmente importante en la meditación, la inspiración y la intuición. **Estimula la parte superior del cerebro y el sistema nervioso, la creatividad, la inspiración, la estética, la habilidad artística y los ideales elevados.**

Verde

El verde hace que todo sea fluido, relajante. **Produce armonía, poseyendo una influencia calmante sobre el sistema nervioso.**

Celeste

Tiene un poder **sedante, relajante, analgésico y regenerador.**

Es importante aclarar que el origen de estas aparentes propiedades de los colores no está en los propios colores sino en la asociación mental que, de forma natural e inconsciente, hace el ser humano como consecuencia de un "aprendizaje cultural heredado".

Teniendo en cuenta la cromoterapia, el proyecto definirá detalles de colores y materialidad. Por ejemplo, las áreas de rehabilitación serán identificadas con los colores primarios Rojo, Amarillo, Azul. Mientras que las áreas de Actividades Complementarias como la Biblioteca y Nivelación Escolar, usarán el Verde y Naranja.



Policarbonato



Placa lisa de fibrocemento.

Ejemplos de materialidad.

Musicoterapia

La musicoterapia estudia los efectos terapéuticos de la música en los seres humanos.

Hoy en día la investigación sobre musicoterapia se realiza con todas las edades y enfermedades tales como Alzheimer, Parkinson, traumatismo de cráneo, autismo, demencia, enfermos psiquiátricos, niños con problemas de conducta, personas con SIDA, entre otras. Numerosos estudios demuestran la funcionalidad de la musicoterapia en pacientes con diferentes problemas neurológicos. Estos estudios demuestran que la música ayuda a los pacientes a ganar control sobre su ritmo de caminar después de sufrir un TEC, estimulan la memoria anterógrada y retrograda, ayudan a incrementar la autoestima, estimulan a formar nuevas relaciones sociales, y se puede utilizar como método de contacto con la realidad.

Existen 2 tipos principales de música en relación con sus efectos: **la música sedante**, que es de naturaleza melódica sostenida, y se caracteriza por tener un ritmo regular, una

dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido con efectos tranquilizantes. **La música estimulante**, que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones.

Los efectos de la música en la conducta

Tiempos:

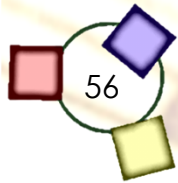
- Lentos (60 y 80 pulsos por minuto): Dignidad, de calma, sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza.
- Rápidos (100 a 150 pulsos por minuto): Impresiones alegres, excitantes y vigorosas.

Ritmos:

- Lentos: Inducen a la paz y a la serenidad.
- Rápidos: Producen la activación motora y la necesidad de exteriorizar sentimientos, aunque también pueden provocar situaciones de estrés.

Armonía: Se da al producir varios sonidos a la vez. A todo el conjunto se le llama acorde.

- Acordes consonantes: asociados al equilibrio, el reposo y la alegría.
- Acordes disonantes: asociados a la inquietud, el deseo, la preocupación y la agitación.

**Tonalidad:**

Modos mayores: Son alegres, vivos y graciosos, provocando la extroversión de los individuos.
Modos menores: Evocan el intimismo, la melancolía y el sentimentalismo, favoreciendo la introversión del individuo.

La altura: Las notas agudas actúan sobre el sistema nervioso provocando actitud de alerta y aumento de reflejos, ayudan a despertarnos o sacarnos de un estado de cansancio.

El oído es sensible a los agudos, si son muy intensas y prolongadas pueden dañarlo e incluso provocar el descontrol del sistema nervioso. Suelen producir efectos sombríos, una visión pesimista o una tranquilidad extrema.

La intensidad: Influye en el comportamiento. Así, un sonido o música tranquilizante puede irritar si el volumen es mayor que lo que la persona puede soportar.

La instrumentación:

- Instrumentos de cuerda: Evocan el sentimiento por su sonoridad expresiva y penetrante.

- Instrumentos de viento: Destaca su poder alegre y vivo, dando a las composiciones un carácter brillante, solemne, majestuoso.
- Instrumentos de percusión: Caracterizados por su poder rítmico, liberador y que incita a la acción y el movimiento.



Google images

Objetivos de la musicoterapia para el trabajo con personas con discapacidad

Existen dos objetivos principales de la aplicación terapéutica de la música en las personas con discapacidad (18) :

(18) Lacarcel Moreno, Josefa, «Musicoterapia en educación especial», 1995

- Mejorar la afectividad, la conducta, la perceptivo-motricidad, la personalidad y la comunicación.
- Mejorar las funciones psicofisiológicas como el ritmo respiratorio y cardíaco, y el restablecimiento de los ritmos biológicos.

En cuanto a las mejoras psicofisiológicas:

- Desarrollo de las facultades perceptivas y motrices que permitan un conocimiento de las organizaciones espaciales, temporales y corporales.
- Favorecimiento del desarrollo psicomotor: Regulación motora, equilibrio, marcha, lateralidad, tonicidad.
- Integración y desarrollo del esquema corporal.
- Desarrollo sensorial y perceptivo.

Desarrollo de la discriminación auditiva.

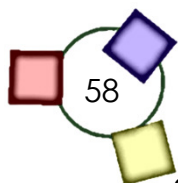
- Adquisición de destrezas y medios de expresión: corporales, instrumentales, gráficos, espaciales, melódicos, de color, temporales.
- Desarrollo de la locución y de la expresión

oral mediante la articulación, vocalización, acentuación, control de la voz y expresión.

- Dotar al niño de vivencias musicales enriquecedoras que estimulen su actividad psíquica, física y emocional.

Sobre el aspecto afectivo, emocional y de personalidad:

- Sensibilización de valores estéticos de la música.
- Sensibilización afectiva y emocional.
- Acercamiento al mundo sonoro, estimulando intereses.
- Reforzamiento de la autoestima y personalidad mediante la autorrealización.
- Elaboración de pautas de conducta correctas.
- Desarrollo de la atención y observación de la realidad.
- Aumentar la confianza en sí mismo y la autoestima.
- Establecer o restablecer relaciones interpersonales.
- Integrar socialmente a la persona.



2.3.3. LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL

Planteamiento del Ministerio de Educación.

Ley N° 18.956, artículo 2; D.F.L. N° 2, de 1989, de Educación; y en los artículos 32 N° 3 y 35 de la Constitución Política de la República de Chile: establece normas para la atención de personas con graves trastornos y/o déficit psíquicos de la efectividad, del intelecto y/o del comportamiento. (Enfermedades psiquiátricas graves, alternativas conductuales importantes, asociadas o no a retraso mental en cualquiera de sus grados).

Política Nacional para la Integración Social de las personas con discapacidad.

(Ministerio de planificación y cooperación división social. Santiago, Mayo 1999). Discapacitado mental. Búsqueda de igualdad e integración a la sociedad. Integración social de los discapacitados: acción social del gobierno. Programas sociales.

Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental (2000)

Orientado a la sustitución progresiva de hospitales psiquiátricos y su concepto asilar.

Se pone énfasis en la atención ambulatoria, en la promoción, prevención, el tratamiento y la rehabilitación psicosocial. Busca alcanzar una nueva forma de inserción social que considere las limitaciones de estos individuos.

Cuadro 3. Condiciones fundamentales para una legislación sobre salud mental.

Legislación sobre salud mental	Otras legislaciones que influyen en la salud mental
Derechos protectores	Derechos protectores promoción y prevención.
<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a los servicios básicos de salud mental - Cuidados menos restrictivos posibles - Consentimiento libre e informado de tratamiento - Tratamiento e ingreso voluntario e involuntario - Temas de capacidad y aptitud - Mecanismo de revisión periódica - Confidencialidad - Rehabilitación - Acreditación de profesionales y dispositivos - Derechos de las familias y los cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Alojamiento - Educación - Empleo - Seguridad social - Legislación penal - Atención primaria - Discriminación positiva - Rehabilitación, incluyendo servicios laborales - Detección de abuso infantil - Restricciones al acceso al alcohol y drogas - Protección de grupos vulnerables - Legislación civil

Fuente: «Legislación sobre salud mental y derechos humanos», OMS 2003

Derechos del niño, ONU 1959

El derecho a la protección contra los abusos

Artículo 19: Los niños serán protegidos contra los abusos y el abandono. Los gobiernos establecerán programas orientados a prevenir los abusos y brindar tratamiento a quienes hayan sido víctimas de malos tratos.

Artículo 34: Los niños estarán protegidos contra los abusos sexuales, incluida la prostitución y la explotación en actividades pornográficas.

El derecho a una vida segura y sana

Artículo 6: Todos los niños disfrutan del derecho a la vida, y el gobierno debe hacer todo lo posible por garantizar la supervivencia y el desarrollo de los niños.

Artículo 24: Los niños contarán con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a los servicios sanitarios y médicos.

Artículo 33: Los niños tienen derecho a la protección contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas y contra su participación en la producción y el tráfico de esas sustancias.

El derecho a la protección contra la discriminación

Artículo 2: Todos los derechos se aplican a todos los niños, y los niños deben ser protegidos contra toda forma de discriminación.

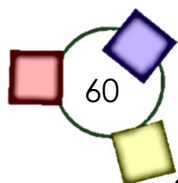
El derecho de los niños impedidos a la atención especial

Artículo 23: Los niños impedidos tienen derecho a los servicios de rehabilitación, y a la educación y capacitación que los ayuden a disfrutar de una vida plena y decorosa.

El derecho a un trato especial en caso de privación de la libertad

Artículo 37: Ningún niño será sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, ni será detenido o privado de su libertad ilícitamente. Todo niño privado de su libertad tendrá acceso a la asistencia jurídica, así como a mantener contacto con su familia.

Artículo 40: Los niños que hayan transgredido las leyes, sean acusados o declarados culpables, cuentan con el derecho a recibir asistencia jurídica y un trato respetuoso.



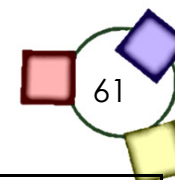
2.4. ANTECEDENTES DE LA REGION METROPOLITANA

A continuación serán presentados los datos estadísticos de la Salud Mental en la Región Metropolitana, por ser la que más antecedentes y habitantes posee a nivel país, por lo tanto, donde se concentra la mayoría de los casos en SM. Estos permitirán tener una visión clara de las mayores necesidades y los lugares que más necesitan apoyo.

1. Consultas Medicas Psiquiatría (incluye atención primaria) Por servicio de Salud, 2007:

SERVICIO DE SALUD	Nº Consultas por Edad	TOTAL
SSM NORTE	Menores de 10a	2066
	10a-14a	4268
		6334
SSM ORIENTE	Menores de 10a	3009
	10a-14a	3829
		6838
SSM SUR	Menores de 10a	822
	10a-14a	1181
		2003
SSM SUR ORIENTE	Menores de 10a	3476
	10a-14a	4919
		8395
SSM CENTRAL	Menores de 10a	1391
	10a-14a	2173
		3564
SSM OCCIDENTE	Menores de 10a	5190
	10a-14a	4716
		9906

Fuente: www.deis.minsal.cl

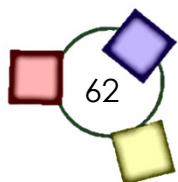


	Índice	% Total de pobreza por comuna
	Fuente	Encuesta Casen 2006
	COMUNAS	
1	Alhué	13,1
2	Buin	13,0
3	Calera de Tango	5,8
4	Cerrillos	8,3
5	Cerro Navia	17,5
6	Colina	12,6
7	Conchalí	8,0
8	Curacaví	8,6
9	El Bosque	15,8
10	El Monte	21,4
11	Estación Central	7,3
12	Huechuraba	14,5
13	Independencia	6,0
14	Isla de Maipo	9,4

15	La Cisterna	8,6
16	La Florida	9,6
17	La Granja	14,2
18	La Pintana	17,2
19	La Reina	7,8
20	Lampa	18,6
21	Las Condes	2,3
22	Lo Barnechea	8,1
23	Lo Espejo	20,1
24	Lo Prado	11,6
25	Macul	13,4
26	Maipú	9,1
27	María Pinto	12,7
28	Melipilla	9,8
29	Ñuñoa	4,3
30	Padre Hurtado	18,7
31	Paine	13,0
32	Pedro Aguirre Cerda	6,3
33	Peñaflor	8,5

34	Peñalolén	8,7
35	Pirque	9,1
36	Providencia	3,5
37	Pudahuel	7,1
38	Puente Alto	10,6
39	Quilicura	6,7
40	Quinta Normal	10,8
41	Recoleta	12,4
42	Renca	19,2
43	San Bernardo	20,9
44	San Joaquín	7,4
45	San José de Maipo	11,1
46	San Miguel	2,5
47	San Pedro	7,4
48	San Ramón	16,7
49	Santiago	7,3
50	Talagante	8,5
51	Til-Til	9,5
52	Vitacura	4,4

Estadísticas de Pobreza para la RM, destacando las comunas con mayor índice. Población a la que apunta el proyecto.



CUADRO 1
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO
CLASIFICACIÓN DE SUS COMUNAS SEGÚN
ÍNDICE DE PRIORIDAD SOCIAL (IPS) 2007

Prioridad	Rk	Comuna	Índice de prioridad social comunal
ALTA PRIORIDAD	1	LO ESPEJO	78,9
	2	SAN RAMON	77,2
	3	CERRO NAVIA	74,4
	4	EL MONTE	73,7
	5	SAN BERNARDO	73,1
	6	RENCA	72,6
	7	LA PINTANA	72,0
	8	LAMPA	71,1
	9	PADRE HURTADO	68,2
	10	LA GRANJA	66,6
	11	ALHUE	66,1
	12	EL BOSQUE	65,2
MEDIA ALTA	13	HUECHURABA	61,5
	14	RECOLETA	60,6
	15	SAN JOSE DE MAIPO	60,5
	16	QUINTA NORMAL	59,9
	17	LO PRADO	59,8
	18	BUIN	58,8
	19	COLINA	58,1
	20	PAINE	58,0
	21	CONCHALI	57,0
	22	MARIA PINTO	56,8
	23	TILITIL	56,3
	24	ISLA DE MAIPO	56,2
	25	MELIPILLA	56,1
	26	INDEPENDENCIA	55,7

MEDIA BAJA	27	CERRILLOS	52,0
	28	PEÑAFLORES	51,3
	29	PEDRO AGUIRRE CERDA	51,2
	30	SAN JOAQUIN	51,1
	31	CURACAVI	50,9
	32	PEÑALOLEN	49,1
	33	SAN PEDRO	48,6
	34	PUENTE ALTO	47,4
	35	TALAGANTE	47,2
	36	ESTACION CENTRAL	46,9
	37	PIRQUE	46,4
	38	MACUL	46,4
39	PUDAHUEL	46,0	
BAJA PRIORIDAD	40	LA CISTERNA	44,2
	41	LA FLORIDA	41,7
	42	CALERA DE TANGO	40,2
	43	QUILICURA	39,9
	44	MAIPU	39,6
	45	SANTIAGO	39,5
	46	SAN MIGUEL	35,2
	SIN PRIORIDAD	47	LO BARNECHEA
48		LA REINA	26,6
49		ÑUÑO A	20,4
50		VITACURA	14,6
51		PROVIDENCIA	8,9
52		LAS CONDES	8,2

Fuente: SERPLAC RMS, 2007

Comunas con alto IPS, pertenecientes al Servicio de Salud Sur Oriente.

CUADRO 3. Distribución de recursos humanos y físicos en los servicios secundarios de salud, según la región. Chile, 2002

Servicio de salud	Horas semanales de psiquiatría		Camas × 100 000 beneficiarios del seguro público		
	Contratadas	%	Por 100 000 beneficiarios del seguro público	Estadía corta	Estadía larga
Arica ^a	93,9	0,9	70,4	15,3	0,0
Iquique	218,0	2,0	177,0	16,7	0,0
Antofagasta ^a	242,0	2,2	93,3	8,2	5,2
Atacama ^a	211,4	1,9	108,3	1,1	0,0
Coquimbo ^a	382,0	3,5	87,0	2,0	0,0
Valparaíso	461,9	4,2	134,6	15,5	0,0
Viña ^a	484,0	4,4	79,2	0,0	0,0
Aconcagua	267,0	2,4	147,8	23,5	191,5
M. ^b Oriente ^a	491,0	4,5	95,5	3,5	0,0
M. ^b Central ^a	506,4	4,6	99,4	0,0	0,0
M. ^b Sur	1 070,7	9,8	144,3	9,6	26,7
M. ^b Norte	2 426,1	22,1	538,8	54,7	27,0
M. ^b Occidente ^a	628,6	5,7	80,4	3,2	0,0
M. ^b Sur Oriente ^a	445,1	4,1	58,7	1,4	0,0
O'Higgins ^a	429,1	3,9	74,1	0,0	0,0
Maule ^a	318,2	2,9	45,0	2,2	0,0
Ñuble ^a	192,5	1,8	57,2	3,0	0,0
Concepción	514,0	4,7	118,1	12,1	0,0
Talcahuano ^a	231,0	2,1	82,5	0,0	0,0
Bio-Bio ^a	55,0	0,5	18,0	0,0	0,0
Arauco ^a	44,0	0,4	36,0	0,0	0,0
Araucanía Norte ^a	66,0	0,6	40,7	2,6	0,0
Araucanía Sur ^a	396,6	3,6	77,7	3,5	0,0
Valdivia ^a	217,5	2,0	79,7	7,4	0,0
Osorno ^a	159,8	1,5	83,8	11,7	0,0
Llanchipa ^a	253,0	2,3	78,6	5,4	0,0
Aysen ^a	41,3	0,4	58,2	0,0	0,0
Magallanes	116,6	1,1	112,1	16,0	0,0
Total	10 962,7	100,0	105,0	6,8	6,4

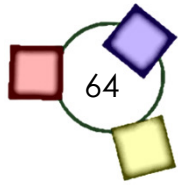
Fuente: Montreal, Montoya (29).

a : Servicios de salud con menos horas de atención de Psiquiatría por cada 100.000 beneficiarios del seguro público que el promedio nacional.

b: área metropolitana, compuesta por Santiago y sus alrededores rurales.

Los datos Anteriores enfocan mi Intervención hacia las comunas pertenecientes al **Servicio de Salud Sur Oriente**, si bien es las segunda en las consultas Psiquiátricas, **presenta tres de las comunas más pobres de Santiago y que poseen Altos Índices de Prioridad Social.**

A nivel país, pertenece al grupo de los servicios de salud con menos horas de atención psiquiátrica por cada 100.000 beneficiarios, lo que reafirma mi decisión de establecer el Centro de Rehabilitación Psiquiátrico Infantil en una de las 3 comunas pertenecientes al SSSO.



2.4.1. REDES DE SALUD MENTAL

La Región Metropolitana se divide en 6 redes que permiten abarcar sus distintas comunas. Estas son:

- Servicio Salud Metropolitano Norte



Til Til, Colina, Lampa, Quilicura, Conchalí, Independencia, Recoleta, Huechuraba.

- Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Providencia, Lo Barnechea, Vitacura, Las Condes, La Reina, Peñalolén, Macul, Ñuñoa.

- Servicio de Salud Metropolitano Central



Santiago, Cerrillos, Estación Central, Maipú, Pedro Aguirre Cerda

- Servicio de Salud Metropolitano Occidente



Curacaví, María Pinto, Alhué, San Pedro, Melipilla, Talagante, El Monte, Isla de Maipo, Peñaflores, Pudahuel, Renca, Cerro Navia, Quinta Normal, Lo Prado, Padre Hurtado.

- Servicio de Salud Metropolitano Sur

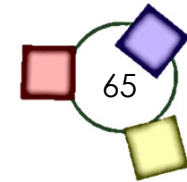


San Miguel, San Joaquín, San Bernardo, Lo Espejo, La Cisterna, El Bosque, Calera de Tango, Buin, Paine, Pedro Aguirre Cerda

- Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente



Puente Alto, La Florida, La Granja, San Ramón, La Pintana, Pirque, San José de Maipo



4.1.2. RED DE SALUD MENTAL SUR ORIENTE

La Red del SSMSO está compuesta por tres Servicios Importantes los que dividen entre ellos la atención a las comunas:

- **Hospital Sótero del Río**

Es el más importante de la Red por su envergadura tanto en infraestructura como atención médica. Está dirigido a las comunas de Puente Alto, Pirque y San Jose de Maipo, sin embargo, es el hospital al que se derivan los casos más graves dentro de la RED SSMSO.

- **Hospital Padre Hurtado**

El segundo en importancia, y está dirigido a las comunas de La Granja, San Ramón y La Pintana.

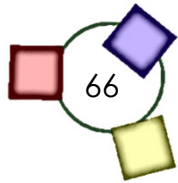
- **CRS San Rafael**

Enfocado a la comuna de la Florida.

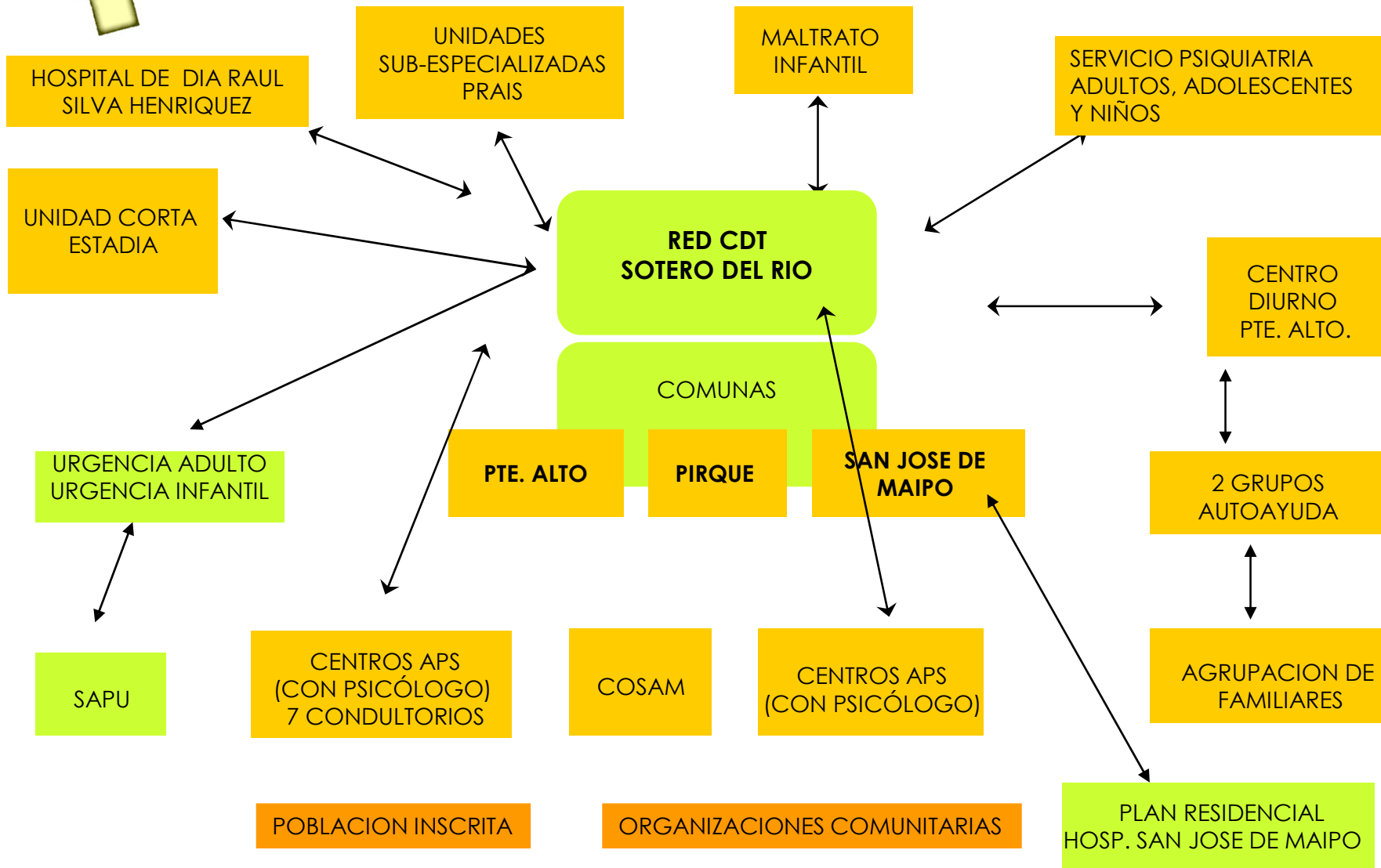
En la red de Salud Mental el eje del modelo de atención son las prestaciones entregadas por un **conjunto** de establecimientos, programas y equipos.

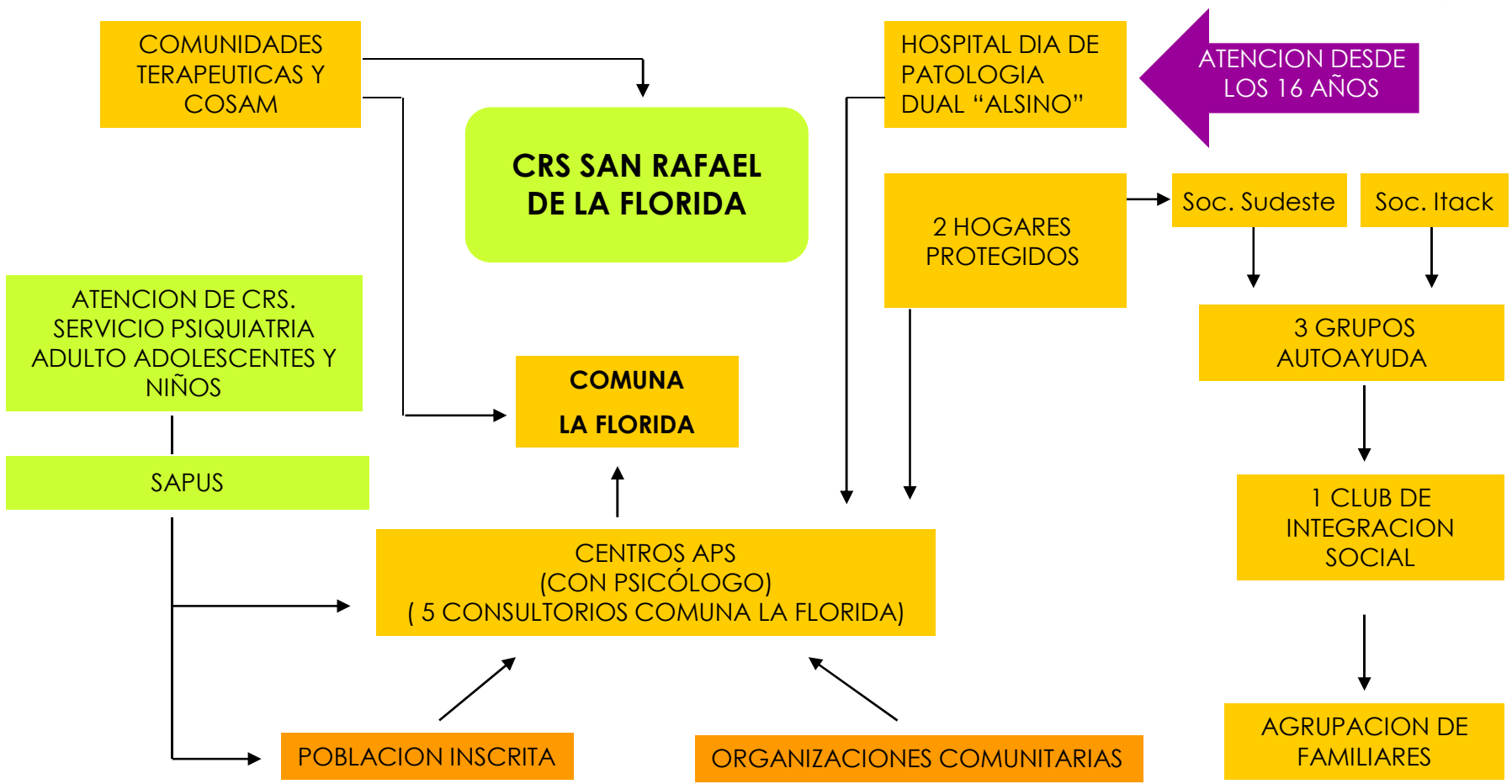
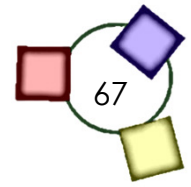
Los componentes de la red deben **articularse coherentemente** en atenciones diversas y continuas, donde el usuario pertenece no sólo al hospital , sino que a toda la Red.

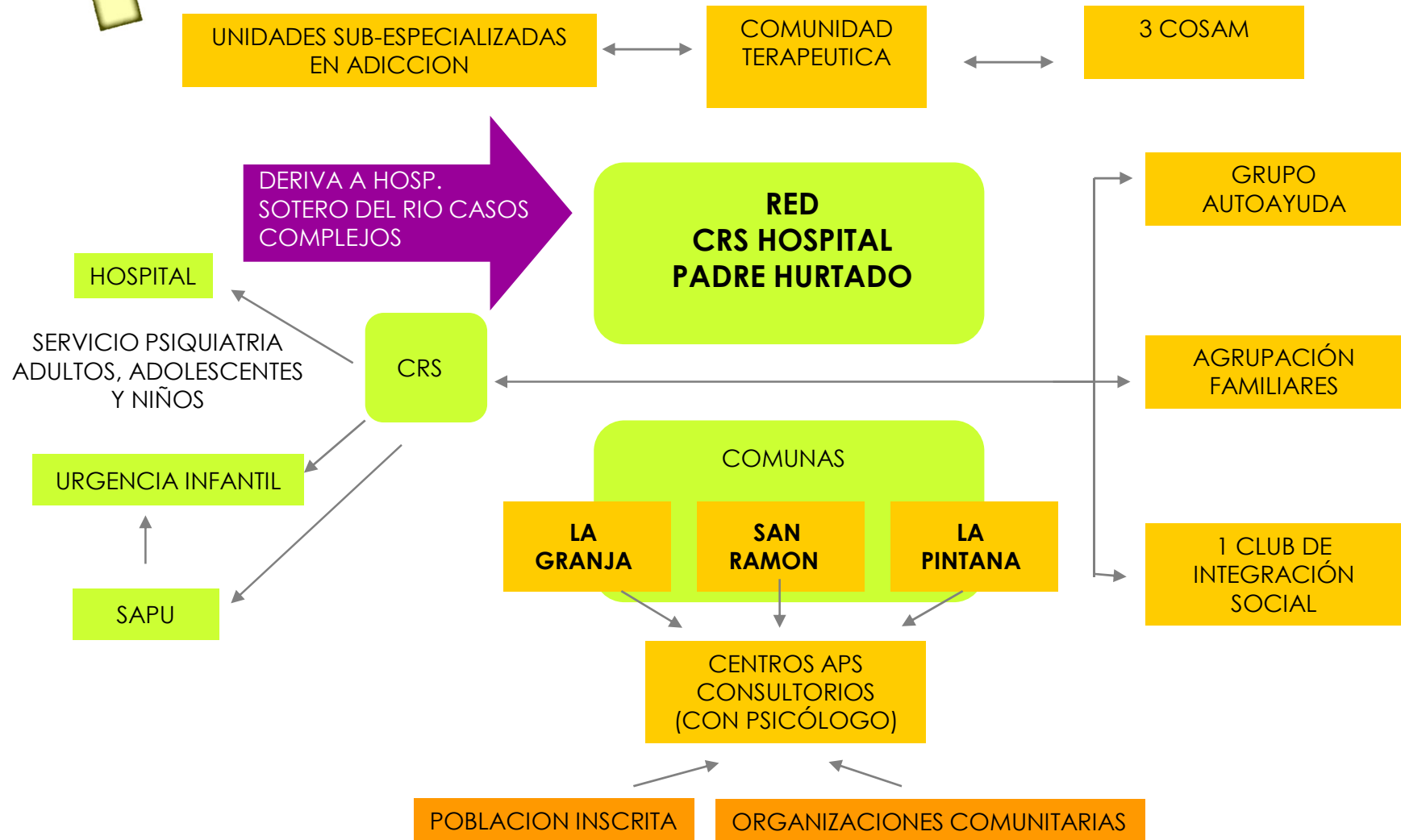
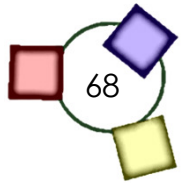
A continuación se presentan las distintas subredes de los servicios de Salud Mental que pertenecen al SSMSO. Cada una de ellas presenta también un subconjunto de redes para el tratamiento de adicciones,



PLAN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE



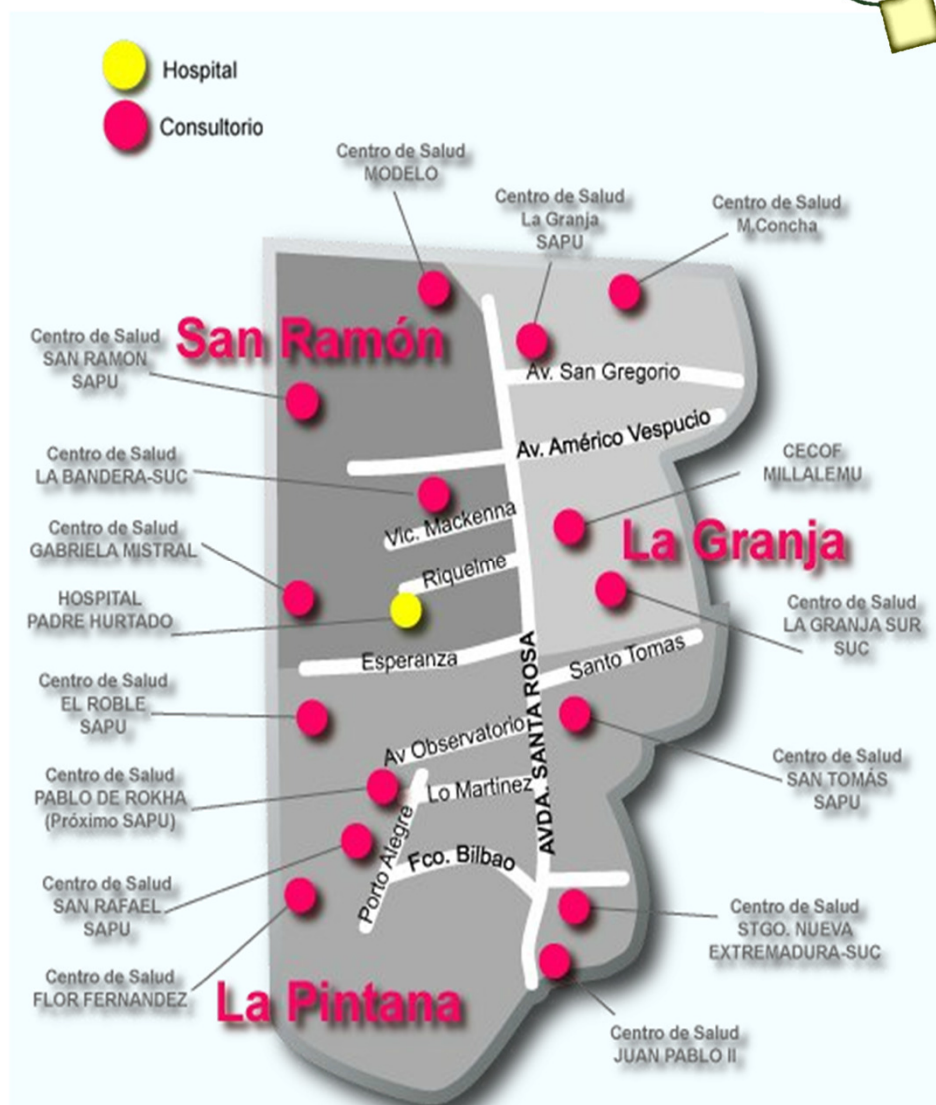




De las subredes recién nombradas, el proyecto se ligará a la definida por el Hospital Padre Hurtado, que es el que está conectado directamente con las tres comunas con más problemas sociales de la Red y cuyo trabajo con la Salud Mental Infanto Juvenil todavía es experimental, derivándose la mayoría de los casos al Hospital Sótero del Río.

La idea de generar un Proyecto de Título con un centro ambulatorio, es **poder descongestionar la red actual dependiente del Sótero del Río**, con un servicio más eficiente e integral, de manera que los hospitales de la red reciban sólo emergencias por hospitalizaciones, derivando los casos ya compensado al Centro de Rehabilitación psiquiátrica Infantil.

En las tablas a continuación se muestra la Población Beneficiaria de la Red para el año 2007, dirigido a niños desde los 0 a 14 años, con un total de 301.448 beneficiarios.



POBLACION BENEFICIARIA SSMO AÑO 2007

Grupo de Edades	LA FLORIDA							
	L.CAST AÑ.	BELLAV.	V.O'HIG.	L.QUILLAY	MAFFIOL	STA.AMA	TRINIDAD	LA FLORIDA
AMBOS SEXOS								
0 - 4	3.079	4.446	3.252	4.677	5.020	2.478	698	27
5 - 9	3.381	4.882	3.571	5.136	5.513	2.721	767	30
10 - 14	3.496	5.048	3.692	5.311	5.700	2.814	793	31
SUBTOTAL	9.957	14.375	10.514	15.124	16.233	8.013	2.258	89
TOTAL RED SALUD MENTAL	76.563							

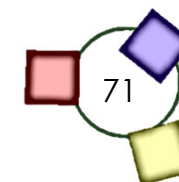
TOTAL 5-14 AÑOS: 52,886

Grupo de Edades	S.J.M. PIRQUE		PUENTE ALTO								
	S.J.M.	PIRQUE	A.DEL RIO	S.GERON.	V.HERM.	B.LEIGH.	C.SILV HEN.	C.P.VILLSECA	C.M.TERESA	KAROL WOJTYLA	SN.A. HURTADO
AMBOS SEXOS											
0 - 4	729	1.475	10.538	5.349	796	6.312	4.223	5.948	1.986	2.164	1.984
5 - 9	800	1.620	11.572	5.873	874	6.931	4.637	6.531	2.181	2.376	2.179
10 - 14	827	1.675	11.965	6.073	904	7.167	4.794	6.753	2.255	2.457	2.253
SUBTOTAL	2.356	4.771	34.076	17.294	2.575	20.410	13.654	19.232	6.423	6.997	6.416
TOTAL RED SALUD MENTAL	134.203										

TOTAL 5-14 AÑOS: 92.699

Grupo de Edades	LA GRANJA			SAN RAMON			LA PINTANA						
	LA GRANJA A	M.CONCH	GRANJA SUR	L.BANDER	S.RAMO N	P.G.MIST RAL	S.RAFael	P.ROKHA	S.NEXT.	S.TOMAS	EL ROBLE	F.FERN.	JUAN PABLO II
AMBOS SEXOS													
0 - 4	3.723	1.210	1.290	2.027	1.988	2.063	2.201	3.032	2.917	2.960	2.957	1.126	551
5 - 9	4.088	1.329	1.417	2.226	2.183	2.265	2.417	3.330	3.204	3.250	3.247	1.236	605
10 - 14	4.227	1.374	1.465	2.301	2.257	2.342	2.499	3.443	3.312	3.361	3.357	1.278	626
SUBTOTAL	12.037	3.914	4.171	6.554	6.428	6.669	7.117	9.805	9.434	9.571	9.561	3.640	1.782
TOTAL RED SALUD MENTAL	90.682												

TOTAL 5-14 AÑOS: 62.637



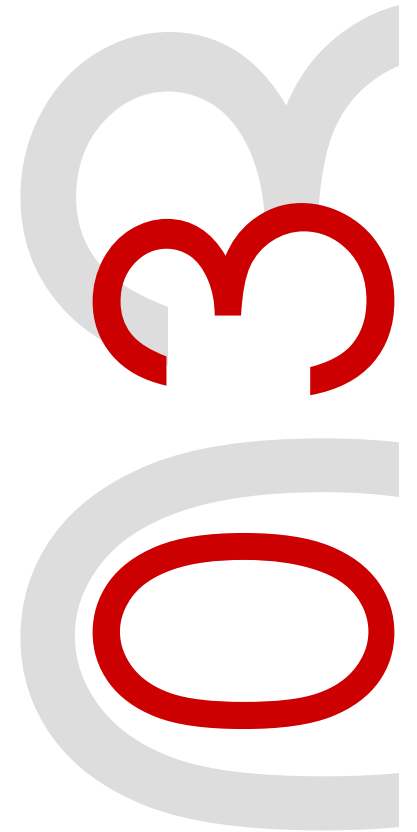
2.4.2. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES

La prevalencia se refiere a la cantidad de casos que se presentan en una determinada enfermedad. Los datos mostrados a continuación corresponden al año 2004, según el MINSAL.

De estos casos los que involucran a niños son: Maltrato Infantil, Abuso Sexual, Déficit Atencional, Depresión, Trastornos ansiosos y de comportamiento social, trastornos del ánimo y, en algunos casos trastorno bipolar.

EXISTENCIA DE CASOS ENFERMEDADES MENTALES SEVERAS MAS COMUNES EN EL SISTEMA DE SALUD												
SERVICIO DE SALUD	EADES	MALTRATO INFANTIL	VICTIMA VIF	ABUSO SEXUAL	TRAST. HIPECIN. Y DE LA CONDUCTA	DEPRESION	TRASTORNO BIPOLAR	TRAST. ANSIOSOS, EMOCIONALES Y COMPORT. SOCIAL	TRASTORNOS DE ANIMO	ESQUIZOFRENIA	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	TOTAL
SSM NORTE	Menores de 10a	32		8	180			227	0		10	457
	10a-19a (30%)		13	1	23	114	2	77		1	15	246
											TOTAL	703
SSM ORIENTE	Menores de 10a	187		34	939			1214	135		70	2579
	10a-19a (30%)		110	14	212	252	8	566		18	405	1586
											TOTAL	4165
SSM SUR	Menores de 10a	242		77	1312			869	84		54	2638
	10a-19a (30%)		70	29	358	330	3	297		6	190	1281
											TOTAL	3919
SSM SUR ORIENTE	Menores de 10a	806		47	1702			392	67		4	3018
	10a-19a (30%)		53	14	251	573	5	217		3	12	1127
											TOTAL	4145
SSM CENTRAL	Menores de 10a	0		1	38			77	0		33	149
	10a-19a (30%)		7			102	2	33		2	24	169
											TOTAL	318
SSM OCCIDENTE	Menores de 10a	224		107	956			591	139		7	2024
	10a-19a (30%)		49	45	165	315	3	317		4	17	914
											TOTAL	2938

Enfermedades con más casos



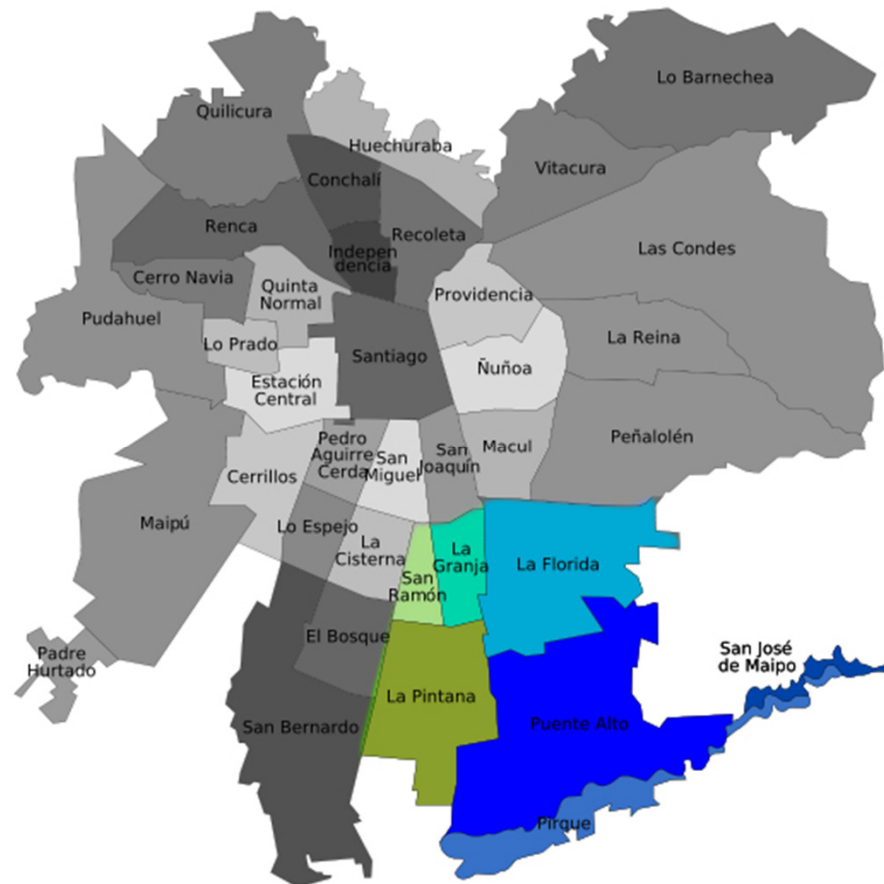
EMPLAZAMIENTO URBANO

3.1. SITUACIÓN A NIVEL METROPOLITANO

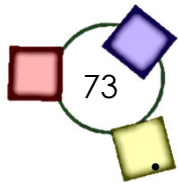
El análisis se centra en la Región Metropolitana, particularmente en el SSMSO, ya que a partir de los antecedentes analizados en el capítulo anterior, se concluye que es dónde es necesario poner mayor hincapié en la salud mental de niños en riesgo social.

El emplazamiento contempla su localización siguiendo los criterios del MINSAL (19):

- Cercanía a un centro de Salud de Baja o Mediana Complejidad: Poder realizar traslado en casos de emergencia.
- Cercanía a Transporte público: Con el fin de dar independencia de traslado a los pacientes y ser accesible para la familia.
- Cercanía a la Comunidad: Facilita la integración del paciente al entorno observando situaciones cotidianas a su alrededor.



(19) Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de día en Psiquiatría, Enero 2002, MINSAL.

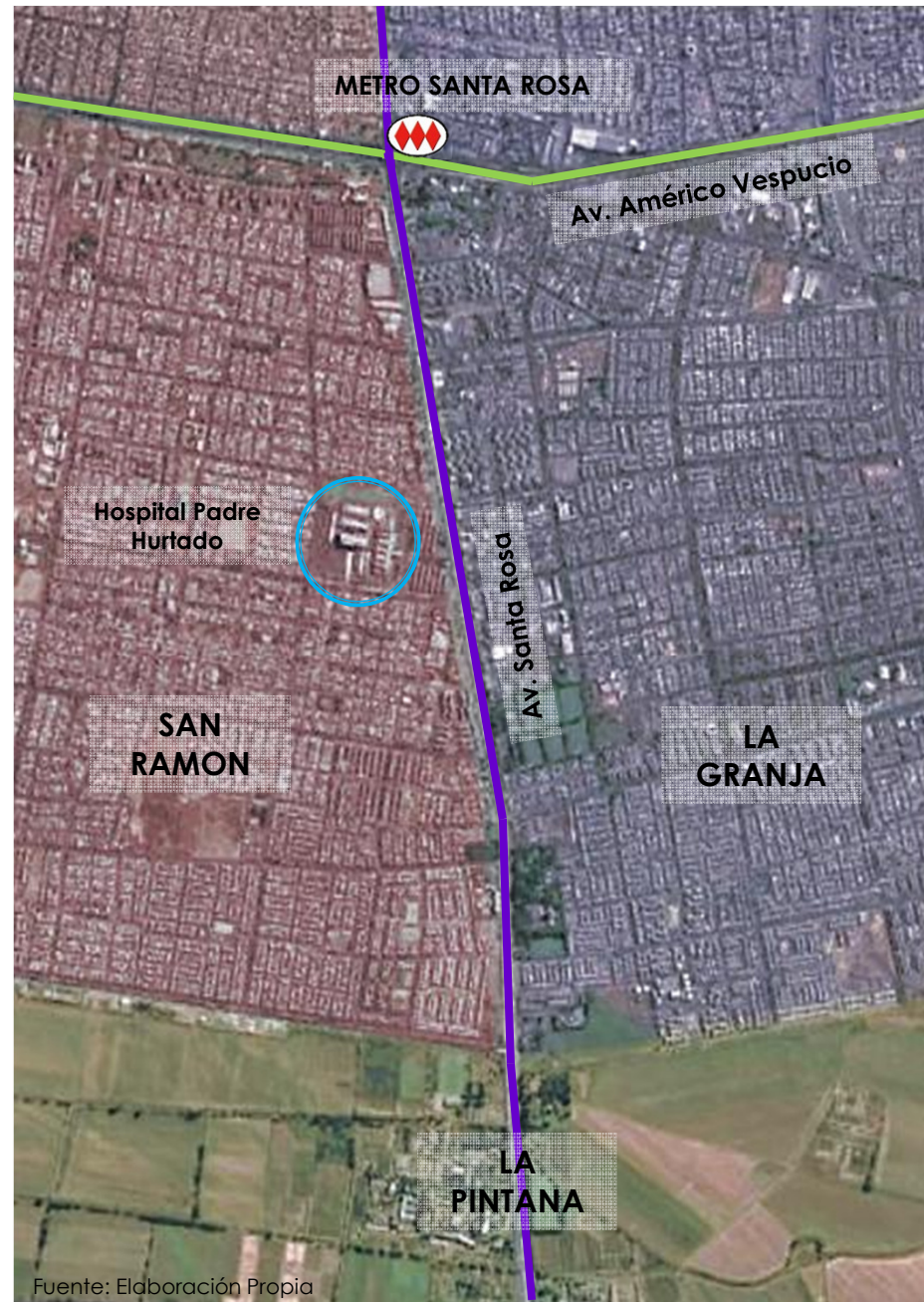


Cercanía a servicios que porten a la comunidad terapéutica: Incluye colegios, Centros Deportivos, Bibliotecas Públicas, comercio, etc.

En las tres comunas ligadas al Hospital Padre Hurtado, existe un eje común y que las conecta: Av. Santa Rosa, reconocido eje comercial y de servicios, con muy buena conexión de locomoción colectiva y cercana al metro Santa Rosa.

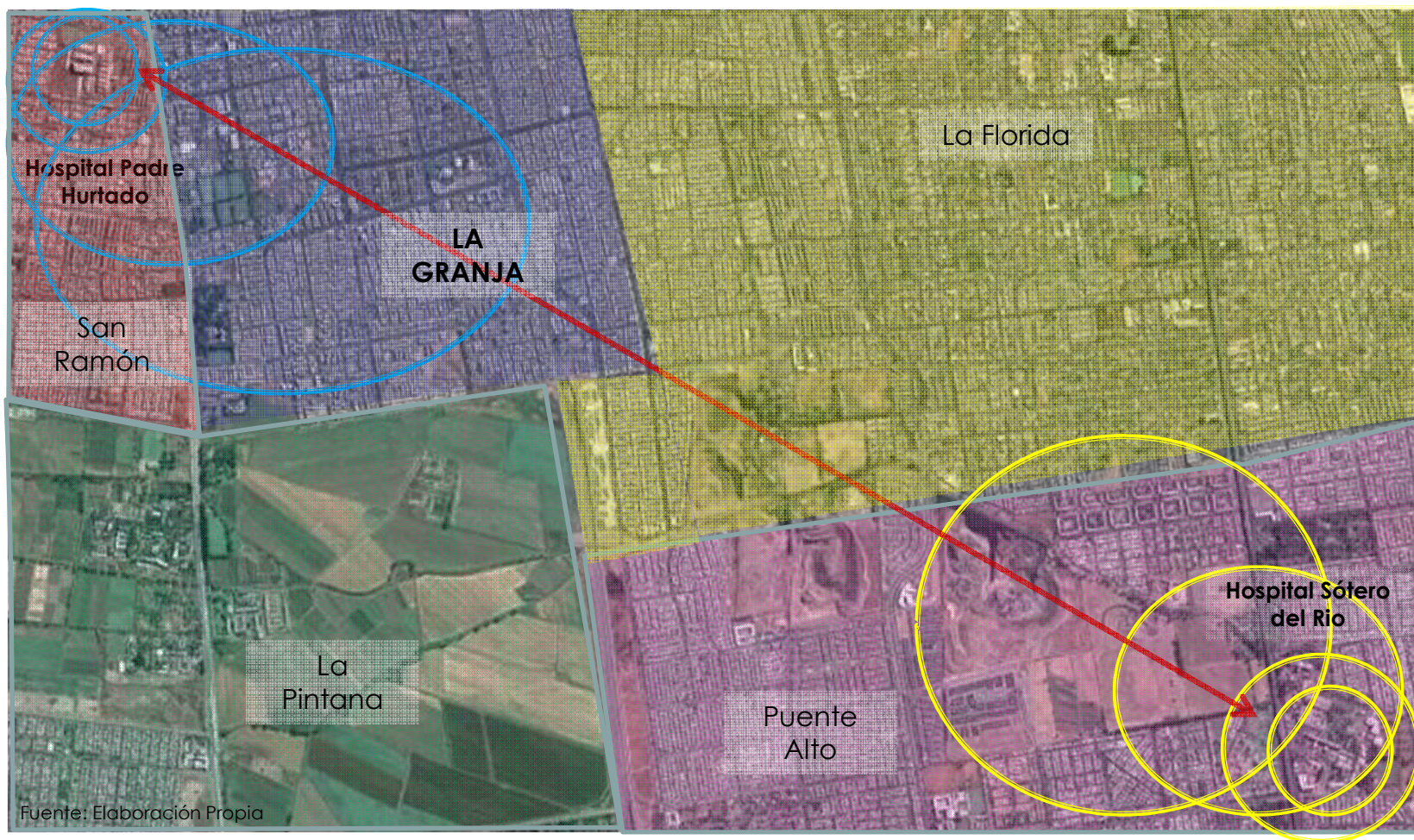
El Hospital Padre Hurtado se ubica en la comuna de San Ramón cercano a Av. Santa Rosa, lo que permite un flujo constante de pacientes a esa área.

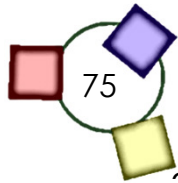
La comuna de la Granja es el Intermedio entre las áreas de acción del Hospital Padre Hurtado y el Hospital Sótero del Río, y de las tres comunas en cuestión, la menos estigmatizada. Es muy importante la localización del centro ya que al funcionar para una red completa donde se pueden llegar a relacionar distintos estratos sociales es necesario evitar prejuicios por parte de los pacientes y sus familias.



Fuente: Elaboración Propia

Teniendo los dos polos formados por los dos hospitales más importantes de la red, la comuna escogida es **la Granja**





3.2. SITUACIÓN COMUNAL

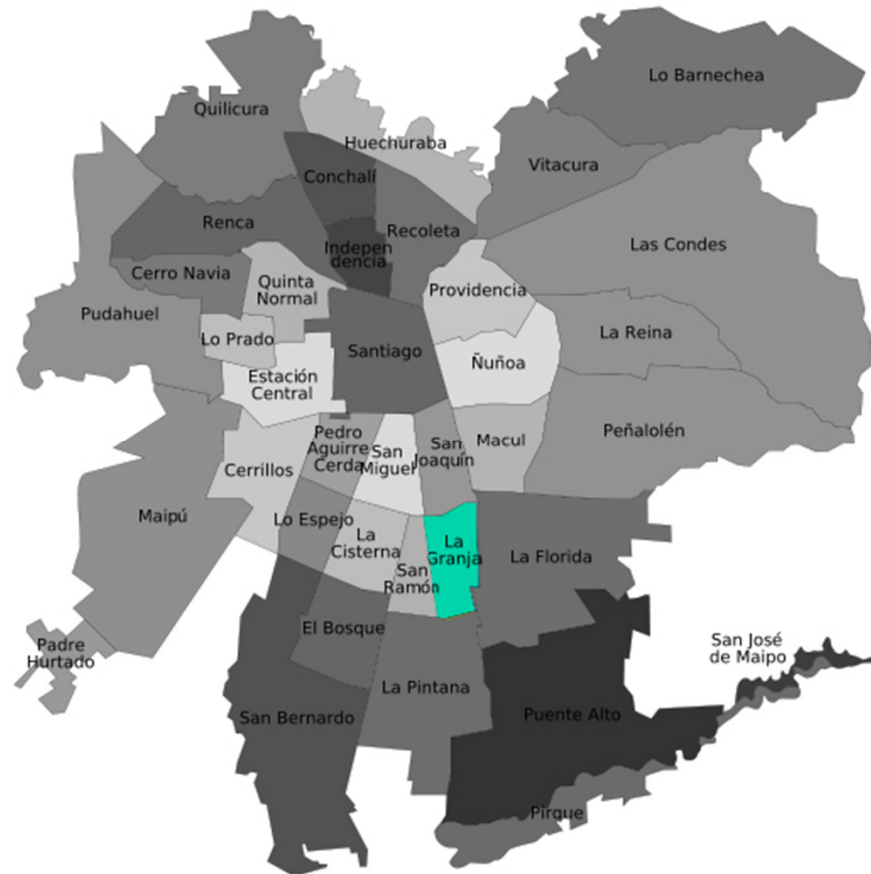
La Granja posee un plan regulador muy antiguo y que se encuentra siendo analizado para su renovación. Su población es de aproximadamente 132.520 Hab. (Censo 2002). Está dentro de las comunas consideradas con un IPS alto y depende de un 80 % de fondos municipales y públicos para su desarrollo (20).

La superficie disponible de áreas verdes, 6m²/hab, muy inferior a los 9m²/hab. por la Organización Mundial de la Salud.

Plano Regulador Vigente (Página a continuación):

Simbología

- A: Centro comunal
- B: Bordes Av. Santa Rosa y Av, Américo Vespucio
- C: Mixta de Baja Densidad
- D: Mixta de Alta Densidad
- E: Equipamiento Exclusiva
- F: Residencial de Alta Densidad
- G: Residencial de Baja Densidad
- H: Industrial Exclusiva
- I: Parque Intercomunal Republica de Brasil



Fuente: Google images

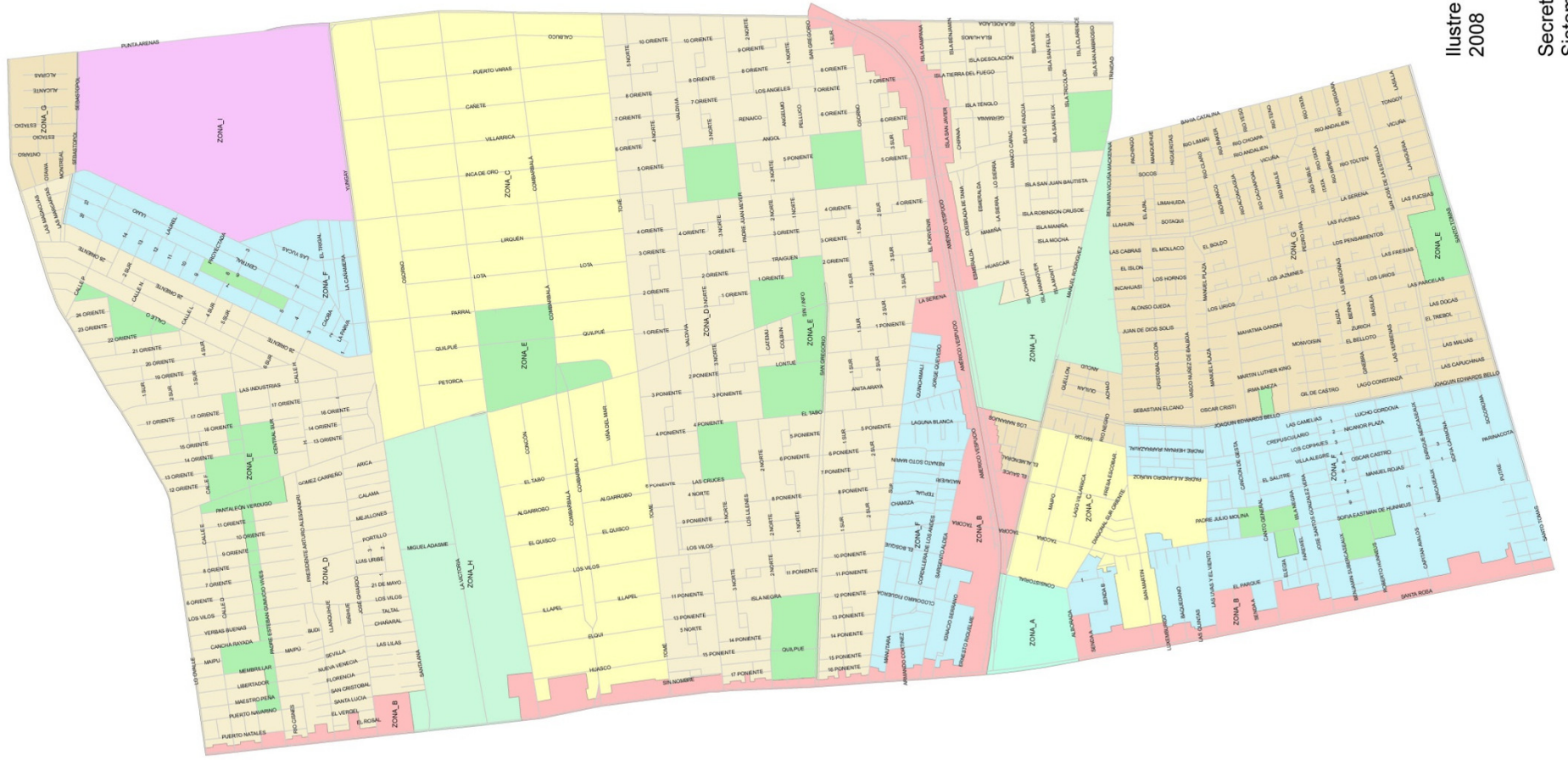


Ilustre Municipalidad de La Granja
2008

Secretaría de Planificación
Sistema de Información Geográfica

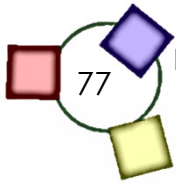
Simbología

- Zona A
- Zona B
- Zona C
- Zona E
- Zona D
- Zona F
- Zona G
- Zona H
- Zona I



PLANO REGULADOR VIGENTE

Fuente: www.municipalidadlagranja.cl



Estructura Vial de la Comuna



Fuente: MunicipalidadIaGranja.cl

Vialidad Expresa:
Av. Américo Vespucio

Vialidad Troncal:
Av. Santa Rosa
Av. Lo Ovalle
Av. La Serena
Av. Combarbalá
Av. Las Industrias
Av. Manuel Rodríguez

Vialidad Colectora:
Av. Sofía Eatsman de Hunneus
Av. Los Vilos
Av. Joaquín Edwards Bello
Av. Sofía Carmona Coronel
Av. Santa Ana
Av. Yungay
La Victoria
Av. Punta Arenas

Vialidad Servicio:
Av. Sur
Las Parcelas
Mañío
Sebastopol
Presidente L. Da Silva
Av. Padre Esteban Gumucio
Av. Tome
Valdivia
Av. Padre Juan Meyer

RED VIAL ESTRUCTURANTE

- VIALIDAD EXPRESA
- VIALIDAD TRONCAL
- VIALIDAD COLECTORA
- VIALIDAD SERVICIO
- LIMITE COMUNAL

Área de Restricción



Fuente: MunicipalidadIaGranja.cl

R1: restricción al asentamiento debido al Aeródromo El Bosque, regulada por el PRMS y por la subsecretaría de Aviación del Ministerio de Defensa. Sólo se permite una altura máxima de unos 50m (14 pisos)

Áreas Verdes

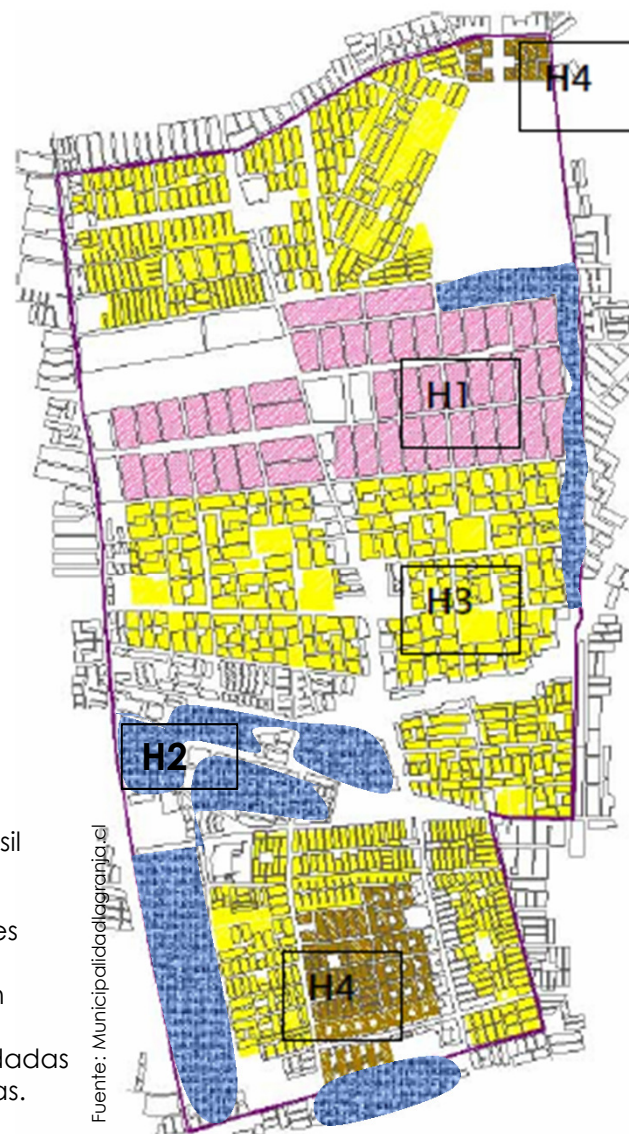


Fuente: Municipalidad de Granja, Chile

AV1: Parque Intercomunal República de Brasil (según PRMS)

AV2: Áreas verdes comunales con carácter de bien nacional de uso público, consolidadas y no consolidadas.

Áreas residenciales en la Comuna



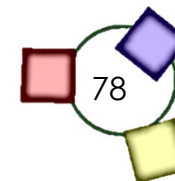
Fuente: Municipalidad de Granja, Chile

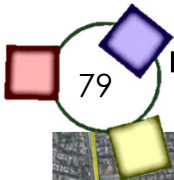
H1: Uso residencial con actividad productiva congelada- Alturas máximas 4 pisos.

H2: Áreas mixtas de índole comercial, productiva y residencial. Se prevee una futura densificación en esta área.

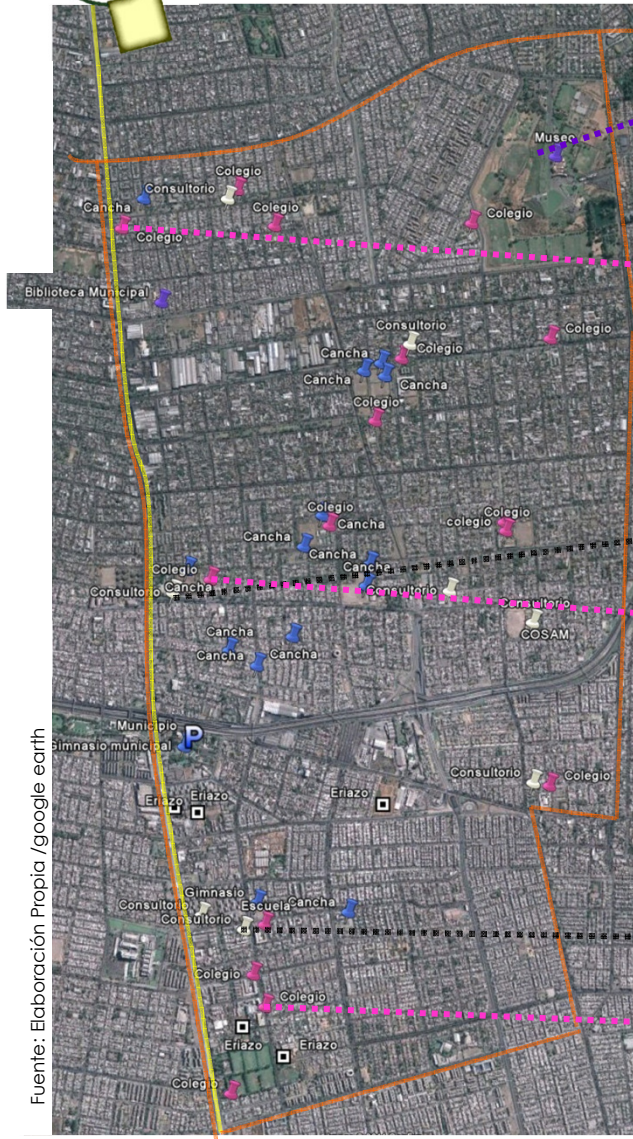
H3: Uso residencial con actividad productiva regulada. Se prohíbe la industria. Alturas máximas 4 pisos.

H4: Área residencial con un máximo de 3 pisos. Sin actividades productivas y menos ocupación predial.





Equipamiento comunal Municipal



- Equipamiento Educativo
- Equipamiento Cultural
- Equipamiento deportivo
- Equipamiento Salud
- Limite comunal
- Av. Santa Rosa
- Sitio Eriazo



Museo Interactivo
Mirador



Liceo Polivalente Francisco
Frías Valenzuela



Consultorio La
Granja



Liceo Bélgica



Consultorio La
Granja Sur



Colegio Benjamín Subercaseux

3.3. ELECCIÓN DEL TERRENO

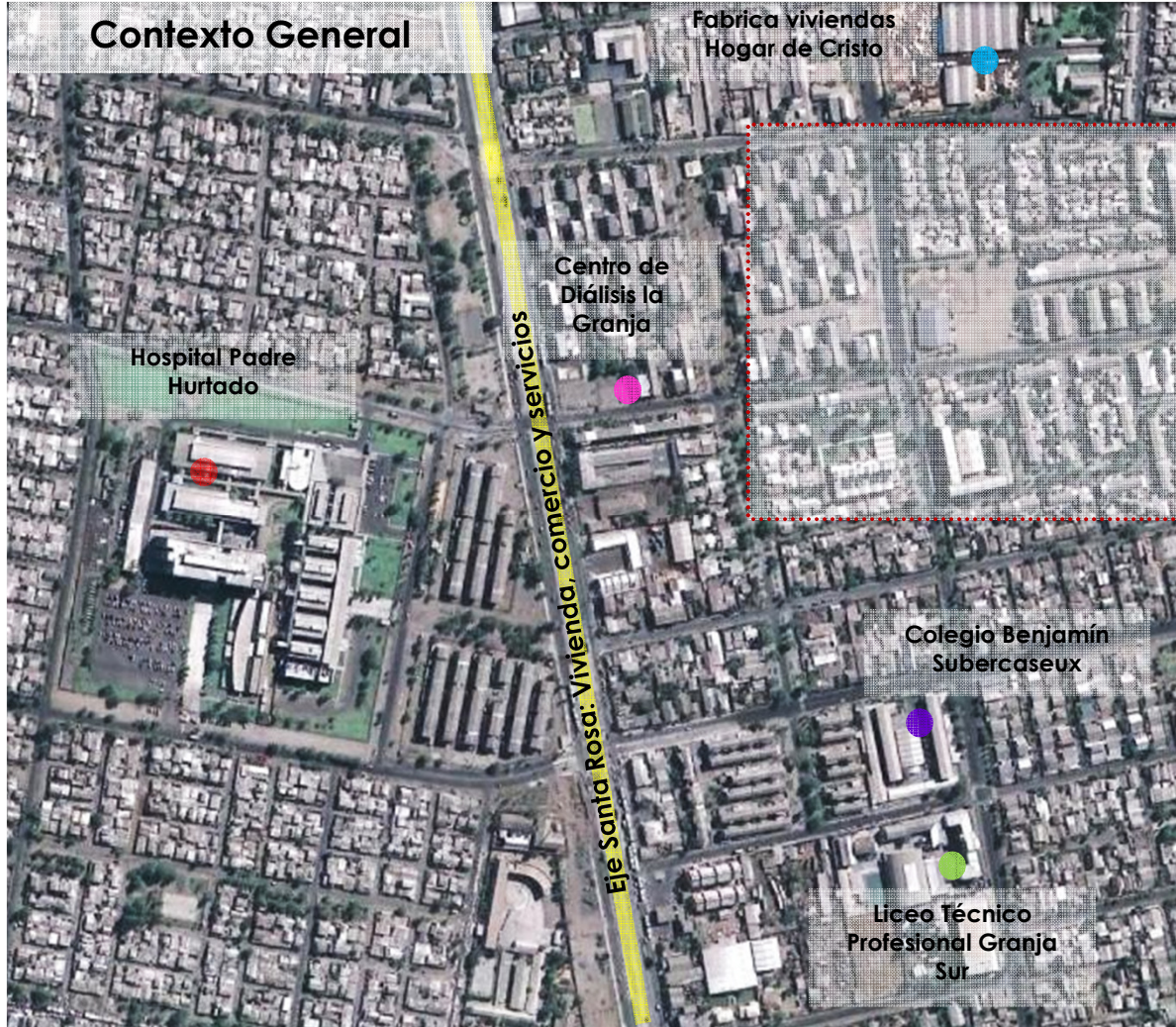
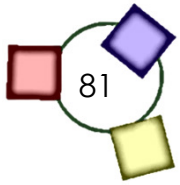
Para la elección del terreno las premisas fueron:

- Terreno eriazo
- Perteneciente a alguna institución del Estado (fiscal)
- Perteneciente a áreas del Plan Regulador donde esté permitido equipamiento de Salud o Educativo.
- Cercano a por lo menos 1 vía troncal para una buena conexión
- Cercano a equipamiento (establecimientos educativos, salud, etc.)

Después de recorrer el área cercana al metro y la Av. Santa Rosa, realizando un Catastro de sitios eriazos que cumplieran con estos requisitos, definí un terreno ubicado en la esquina de las calles Sofía Eastman de Hunneus con Canto General.

Posee conexión con el metro por medio de la Estación Santa Rosa y está ubicado a 2 cuadras de Av. Santa Rosa en un barrio residencial (Población Pablo Neruda). Además se encuentra enfrentando al Hospital Padre Hurtado.





Fuente: Elaboración propia

Contexto Inmediato



Fuente: Elaboración propia

En el área contigua al terreno se encuentran ubicadas mayoritariamente edificaciones aisladas de vivienda y servicios con una altura máxima de 4 pisos. Siendo las viviendas pareadas de hasta 2 pisos la única tipología diferente.



1 Consultorio La Granja Sur



2 Colegio Pablo Neruda



3 Bloques de vivienda 3 pisos



4 Vivienda pareada 2 pisos



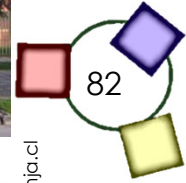
5 Bloques de vivienda 3 pisos



6 Gimnasio Pablo Neruda

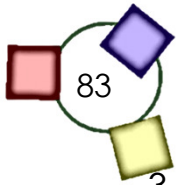


7 Vivienda pareada 2 pisos



Fuente: municipalidadalagranja.cl

Fuente: Archivo personal



3.3.1. **NORMATIVA ASOCIADA**

Según el Plan Regulador vigente, el terreno pertenece a la **Zona E** y está rodeado de las Zonas B, F y C.

Zona B: Borde Av. Santa Rosa y Av. Américo Vespucio

Usos permitidos: Vivienda, equipamiento de toda clase, industria, talleres, almacenamiento calificados como inofensivos, terminales rodoviarios a nivel comunal.

Usos Prohibidos: Todos los no mencionados como permitidos.

Zona C: Mixta de Baja Densidad

Usos permitidos: Vivienda, equipamiento a escala vecinal y comunal, talleres, almacenamientos y establecimientos similares calificados como inofensivos, rodoviarios a nivel comunal.

Usos Prohibidos: los no mencionados como permitidos.



Zona F: Residencial de Alta Densidad

Usos Permitidos: Vivienda, equipamiento a escala vecinal y comunal, talleres, almacenamientos y establecimientos similares calificados como inofensivos, rodoviarios a nivel comunal.

Usos Prohibidos: los no mencionados como permitidos.

Zona E: Equipamiento Exclusiva

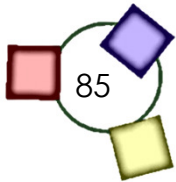
Usos Permitidos: Equipamiento a escala comunal y vecinal (excepto destinados a: servicios artesanales, discotecas, quintas de recreo, hosterías, hoteles, moteles, hospederías, residenciales y bares).

- **Superficie Predial Mínima:** 2500 m²
- **% máximo de ocupación de suelo:** 50%
- **Coef. Máximo de Constructibilidad:** 1.5
- **Sistema de agrupamiento:** Aislado, con distanciamiento mínimo de los medianeros según aplicación de rasantes y distanciamientos que establece el artículo 2.6.3. de la OGUC. (rasante 70°, 3 m de antejardín)

El terreno pertenece al SERVIU Metropolitano y consta de dos lotes de 2622,22 m² y 3335,54 m², los que deberían fusionarse para poder lograr un total de 5957,76 m².

En la actualidad se ubica en uno de los predios el gimnasio Padre Hurtado, cuya infraestructura resultó muy dañada después del terremoto del 27 de Febrero del 2010, por lo que se omitirá para realizar la intervención.





Normativa aplicada al predio

- **Propietario:** Serviu Metropolitano
- **Superficie total del terreno:** 5957,76 m² (fusión de 2 lotes)
- **% Ocupación de suelo:** 50% (2978,88 m²)
- **Coef. Máximo de constructibilidad:** 1.5 (8936,64m²)
- **Sistema de agrupamiento:** Aislada
- **Antejardín:** 3 m
- **Rasante:** 70°
- **Estacionamientos:** Según el PRM, artículo 7.1.2.9. Normas y Estándares mínimos de estacionamientos (9 estacionamientos + 1 de discapacitados)

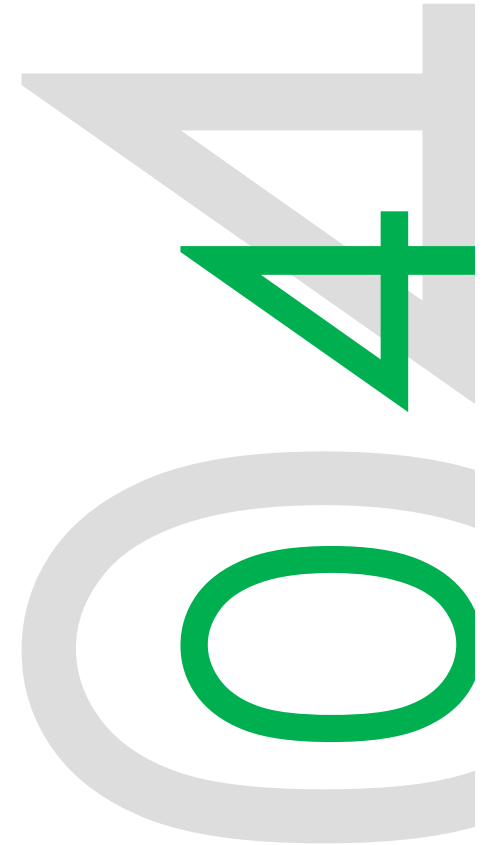


Aplicación de la normativa al predio

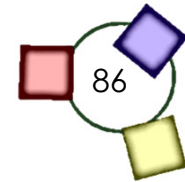
Fuente: Elaboración propia

DESTINO	ZONAS					
	A	B	C	D	E	F**
EQUIPAMIENTO						
Salud						
Unidades de Hospitalización	1,2/cama	0,5/cama	0,2/cama	0.1/cama	(1)	(2)
Unidades de tratamientos (m ² sup.útil)	1/30 m ²	1/60 m ²	1/120 m ²	1/180 m ²	(1)	(2)
Consultas Médicas (5) (m ² sup.útil)	1/30 m ²	1/50 m ²	1/75 m ²	1/100 m ²	(1)	(2)
Educación						
Establecimientos de Enseñanza Técnica o Superior (5)	1/10 alumnos	1/15 alumnos	1/30 alumnos	1/45 alumnos	(1)	(2)
Establecimientos de Enseñanza Media y Básica (5)	1/15 alumnos	1/40 alumnos	1/80 alumnos	1/120 alumnos	(1)	(2)
Establecimientos de Enseñanza Preescolar (5)	1/30 alumnos	1/30 alumnos	1/60 alumnos	1/90 alumnos	(1)	(2)

881,27 M2 TOTALES
8,8
ESTACIONAMIENTOS +
1 DE
DISCAPACITADOS



PROYECTO DE TITULO



4.1. ENFOQUE DEL PROYECTO

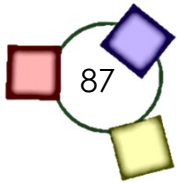
A partir de la investigación realizada acerca de las enfermedades mentales infanto-juveniles y sus actuales repercusiones en los psicosociales, el proyecto se enfocaría a los siguientes puntos:

1. **Colaborar de manera integral al Plan de Salud Mental actual** incluyendo: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y docencia e investigación en temas de Salud mental Infanto-Juvenil.
2. Lograr un **acercamiento tangible a la comunidad** por medio de equipamiento que aporte a la recuperación de los niños y la integración con la misma. Facilitando su reinserción a la vida cotidiana.
3. Fortalecer el **restablecimiento de la infancia** en estos niños que, por distintos problemas sociales y mentales la han perdido o postergado.
4. Adquisición **progresiva de herramientas** para que puedan adecuarse a su entorno y a su edad.

El proyecto busca ser un **intermedio entre un Hospital de Día y una Comunidad Terapéutica**, donde se darán las siguientes relaciones:

- Consultas a profesionales de diagnóstico
- Tratamiento y entrega de fármacos
- Seguimiento de los casos
- Derivación de casos compensados desde el hospital Padre Hurtado u otros hospitales de la red.
- Rehabilitación psíquica, física y social
- Nivelación escolar.
- Hogar de Niños temporal en casos de violencia intrafamiliar o abandono familiar.
- Instancias para compartir y realizar difusión a la comunidad (actividades programadas con la comunidad): Auditorio, biblioteca, casino, multicancha techada, áreas verdes comunitarias.

Al mismo tiempo desea generar instancias de encuentro y sanación con y para la familia de manera que se involucren en la rehabilitación, en los casos en que esto se permita.



MARCO DE ACCIÓN DEL PROYECTO

Los lineamientos que definen los roles y límites del proyecto son los siguientes:

- **A quienes esta enfocado el proyecto?**

Niños y niñas de escasos recursos con patologías mentales severas, pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- **Cuál es el espectro atareo del proyecto?**

Niños y niñas de 5 a 13 años, divididos en 3 grupos para su atención: 5-7/ 8-10/ 11-13

- **Qué tipo de Atención se ofrece?**

Atención ambulatoria.

- **Qué enfermedades se atienden?**

Enfermedades severas que afectan directamente en el comportamiento social vinculadas a la violencia e infracción de la ley (SDSH, Trastornos ansiosos, violencia intrafamiliar etc.). Quedan fuera trastornos alimenticios, del desarrollo, retraso mental, Adicciones, etc. Respecto a éstas últimas, sólo se atienden pacientes ya compensados.



Fuente: Google images

- **Qué profesionales integran el Equipo?**

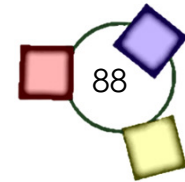
Psiquiatras, Psicólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos, enfermeras, técnico en rehabilitación, asistente social, psicopedagoga, Personal administrativo y auxiliar, además del apoyo de voluntarios capacitados, Profesores de ed. Física, Básica y Media de la comunidad escolar más cercana.

- **Quienes pueden realizar docencia?**

Estudiantes y profesores de pregrado y Post Grado de Universidades públicas y tradicionales.

- **Cómo se trabaja?**

Apoyo Familiar, terapias individuales y grupales, aspectos físicos, reinserción escolar, Tratamiento médico, alimentación, recreación, trabajo comunitario.



4.2. GESTION

La estrategia para poder realizar este proyecto sería multisectorial. Debido a la envergadura del proyecto, serían necesarias en una primera etapa la intervención de fondos del **MINSAL**. Posteriormente, se integrarían **el Instituto Nacional del Deporte** con aportes para la implementación de la infraestructura deportiva e implementos, asimismo, la **JUNAEB** para la mantención de las raciones alimenticias el Centro.

El aporte del **MINEDUC** es muy importante en la Nivelación escolar de los niños, tanto en la implementación de los espacios como para poder contar con un programa de reinserción escolar similar al que cuenta el **SENAME**, con quien se coordinarán los ingresos y egresos de niños en situaciones delictivas.

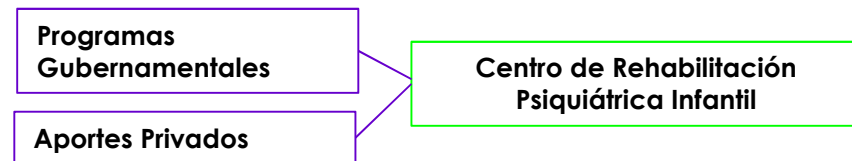
Además por medio de Fondos Concursables administrados por el **FONADIS**, será posible acceder a financiamiento total o parcial de proyectos para desarrollar actividades ligadas a la inclusión social.

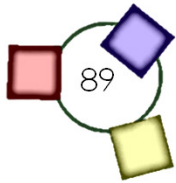
Se puede postular a las siguientes líneas de financiamiento:

- Prevención y Rehabilitación
- Acceso al Trabajo
- Acceso al Espacio Físico
- Acceso a la Cultura, Deporte y Recreación
- Acceso a la Información

Por otro lado, respecto a la docencia, los espacios será habilitados para Universidades públicas y tradicionales, con los becarios de área pública, donde deben quedarse trabajando en el Servicio mientras dure su proceso y **otras instituciones** que deseen participar colaborando con recursos para la mantención del centro .

Finalmente será importante la generación de trabajo por parte del Centro donde personas de la misma comuna podrán colaborar trabajando como apoyo a las actividades comunitarias con aportes del **Municipio**.





4.3. USUARIOS

El usuario es muy importante para enfocar características deseables en el centro, desinstitucionalizándolo y transformándolo en un lugar más amigable para los niños.

Los elementos más importantes a rescatar son: ergonometría, ángulo de visión variable según su crecimiento, color, información, deporte, alimentación sana, curiosidad creativa, trabajo en equipo, amistad.

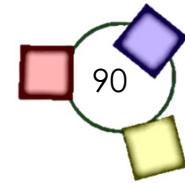
03 para niños de
1.10 m
a 1.25 m

04 para niños de
1.25 m
a 1.40 m

05 para niños de
1.40 m
en adelante



Fuente: Google Images.



4.4. FUNCIONAMIENTO Y PROGRAMA

El programa arquitectónico se define a partir de las necesidades del tratamiento de los niños con problemas mentales. Principalmente está organizado en torno a la idea de ser un intermedio entre un Hospital de día y una comunidad terapéutica.

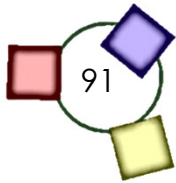
La idea es poder obtener el máximo potencial de los niños de manera positiva facilitando su integración a la sociedad junto con un seguimiento en sus tratamientos médicos.

Para el Proyecto me basé en la experiencia de el SSMSO en Hospitales de día y CESAM, además del apoyo de los Psicólogos del SSMO Álvaro Campos y Jorge Falcón del Depto. de Gestión de Redes y las Terapeutas Ocupacionales Emelina Doñez y Giovanna Rojas.

Hospital de día: recurso estratégico interface entre el abordaje clínico y psicosocial. Aporta a la desinstitucionalización y apoya al paciente y su familia.

Funciones:

- Atender en forma ambulatoria a personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas (alternativa a la hospitalización cerrada)
- Entregar tratamiento especializado psicológico, farmacológico y social
- Continuidad del proceso de estabilización clínica de hospitalizaciones corta estadía.
- Evaluación del funcionamiento social y discapacidad que permita ofrecer un plan integral de rehabilitación
- Mejoramiento en la adherencia al tratamiento
- Dar soporte social a familiares y cuidadores (entrega de información, participación y entrenamiento).
- Servir como nexo entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar su atención integral (otras especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).
- Permitir la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período con el fin de aclarar dudas diagnósticas.



Usuarios y Hospital de Día:

- Atiende a **personas con patologías psiquiátricas severas**, en un período de agudización, que requiere tratamiento clínico intensivo, con apoyo integral
- El **carácter ambulatorio exige** que los **usuarios estén en condiciones de concurrir a éste diariamente** o en días definidos conjuntamente entre los profesionales del equipo (máximo 4 meses).
- **La accesibilidad**, derivada de la localización física del Hospital de Día, su relación con los medios de transporte público, etc. es un factor crítico que **influirá sobre la calidad y cantidad de la demanda**.
- **La experiencia internacional ha tendido a organizar Hospitales de Día orientados hacia segmentos específicos** de personas enfermas: psicóticos, niños, adolescentes, ancianos, adictos, etc., en lugar de mezclarlos en un mismo dispositivo.

Interacciones desde y hacia el Hospital de Día:

- Desde y hacia equipos de Salud Mental ambulatoria COSAM, CRS, CDT o consultorio.

procurando siempre favorecer el componente de atención dentro de la Red correspondiente.

- Desde y hacia la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía
- Desde Servicios de Urgencias.
- Hacia los Equipos de Salud Mental de Atención Primaria para atención general
- Hacia otras especialidades

Consideraciones para la Implementación:

- La ubicación geográfica debe facilitar la accesibilidad. Se sugiere que el hospital de día se encuentre fuera del recinto hospitalario, pero cerca de este.
- Los factores arquitectónicos se relacionan con el aspecto de la seguridad. En términos, por ejemplo, de implementar medidas de protección si su ubicación es en primer piso o una residencia de más de dos pisos.
- Existen normas y protocolos definidas en la Red que permiten una óptima y adecuada articulación entre dispositivos y que aseguren la continuidad de la atención

Servicios del Hospital de Día:

- Evaluación y diagnóstico integral de ingreso

- Tratamiento psicofarmacológico y otros tratamientos biológicos
- Intervenciones Psicológicas
- Psicoeducación (Actividades de educación en salud destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica)
- Visita de salud mental especializada (Al Hogar, trabajo o escuela)
- Intervención en el comportamiento ocupacional y entrenamiento en habilidades
- Intervención en Crisis

Recursos Humanos:

El Hospital de Día define lo siguiente:

a) Dotación de recursos humanos en Hospital de Día para 20 plazas (por 20 días al mes)

Profesional/Técnico	Horas semanales
Médico Psiquiatra	11
Enfermera	44
Terapeuta Ocupacional	11
Psicólogo	33
Asistente Social	11
Técnico en rehabilitación	44
Técnico Paramédico	44
Administrativo y personal auxiliar*	

* Definición de horas de acuerdo a necesidad local

Organización de actividades:

Las jornadas del Hospital de día son de 8 horas diarias con distintas actividades. El ejemplo propuesto por el MINSAL es el siguiente:

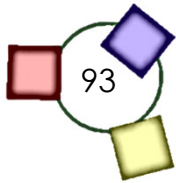
Ejemplo de Organización semanal de día actividades en un Hospital

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
08:30 09:00	Recepción	Recepción	Recepción	Recepción	Recepción
09:00 09:30	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos	Desayuno Toma medicamentos
09:30 11:30	Intervención psicosocial de grupo	Psicoterapia grupal	Intervención psicosocial de grupo	Psicoterapia grupal	Intervención psicosocial
11:30 12:30	Actividad Física	Recreación	Actividad Física	Recreación	Actividad Física
12:30	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
14:00 16:00	Taller de habilidades sociales	Taller de manualidades	Taller de habilidades sociales	Taller de manualidades	Reunión con familiares
16:00 17:00	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar	Toma de medicamentos e indicaciones para hogar

Se realizarán además las siguientes actividades:

* Entrevistas individuales por profesionales: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera de acuerdo a plan individual de tratamiento.

Fuente: ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE HOSPITALES DE DÍA EN PSIQUIATRÍA, Diciembre - 2001



Centros de Salud Mental Comunitaria: Al igual que el Hospital de día busca dar apoyo especializado para el cuidado y protección de las personas con problemas de moderada a alta complejidad dentro de un determinado territorio.

Funciones:

- **Bridar atención especializada a personas que presentan un compromiso psicosocial y necesidad de cuidado o dependencia** respecto de su enfermedad mental.
- Dar respuesta a las necesidades de la **Atención Primaria**.
- Desarrollar **trabajo en conjunto con organizaciones comunitarias** tales como organizaciones de usuarios y familiares, grupos de autoayuda, ONGs, etc.
- Constituirse en **el campo clínico para la formación de especialistas en salud mental y psiquiatría**.
- Facilitar **el desarrollo de la investigación en áreas de su competencia**.

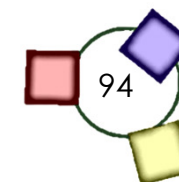
Rol de centro en la Red Local-Comunal:

- Estrecha relación con establecimientos de Salud primaria, redes comunales, locales y comunitarias

- El centro se integra y establece alianzas estratégicas con juntas de vecinos, organizaciones comunitarias, municipios, y otros sectores del estado en búsqueda de apoyo y soluciones.
- Promueve participación social para aportar a los cambios culturales necesarios para lograr la desestigmatización de las enfermedades mentales.

Servicios:

- Diagnóstico Integral de salud
- Tratamiento Integral Ambulatorio (Psicoeducación, Psicofarmacoterapia, Psicoterapia (Individual, familiar, en grupo), intervención en crisis, Desarrollo de habilidades individuales y el grupo, Monitoreo, control y Administración de riesgos, etc)
- Consultoría de Salud Mental a equipos de Atención primaria.
- Psiquiatría de Enlace (adosado a Hospital CRS, CDT)
- Apoyo y asesoría a grupos de autoayuda
- Capacitación en salud mental y psiquiatría.



Recursos Humanos asociados al centro:

RECURSO HUMANO MINIMO⁽¹⁾

Tipo Recurso Humano	Horas semanales por 40.000 beneficiarios	Jornada Completas por 40.000 beneficiarios
Psiquiatra Adulto	33	0,75
Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia	22	0,5
Enfermera	44	1,0
Psicólogo Adulto	88	2,0
Psicólogo Infanto-juvenil	44	1,0
Asistente Social	88	2,0
Terapeuta Ocupacional	88	2,0
Técnico en Salud Mental	132	3,0
Técnico Paramédico	44	1,0
Administrativo	88	2,0
Auxiliar de Servicio	44	1,0
Dirección y Gestión	33	0,75
Monitores	66	1,5
Otros	22	0,5
Total	836	19

(1) Cálculo en base a estándar ERAR y modificado según juicio de experto

Fuente: Norma Técnica para el Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria

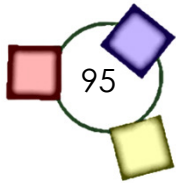
A continuación adjunto un anexo del estimado en m² de una infraestructura mínima para un CESAM. En el caso se muestra pensando en una población de 40.000 beneficiarios. Para el caso del Proyecto del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica sólo en las comunas asociadas al Hospital Padre Hurtado posee 62,637 (que son la prioridad en el proyecto), si se agregan las comunas de la

EJEMPLO DE INFRAESTRUCTURA PARA UNA POBLACION DE 40.000 BENEFICIARIOS

Dependencia	m ²	Nº	Total m ²
Sala Espera	12	1	12
Oficina de admisión, contabilidad y archivo	16	1	16
Oficina de Coordinación	8	1	8
Sala Acogida	6	1	6
Enfermería, Exámenes, Procedimientos	15	1	15
Botiquín	6	1	6
Box Individual	8	3	24
Box Multipropósito	20	2	40
Sala Talleres	36	2	72
Sala Reuniones	20	1	20
Vestidor	12	1	12
Cocina/comedor	20	1	20
Baños Usuarios	4	3	12
Baños Funcionarios	4	2	8
Total	187	21	271

Fuente: Norma Técnica para el Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria

Florida y Puente Alto se eleva a un total de 208,222 posibles beneficiarios. Siguiendo estos términos un centro que abarcara el SSMO debería poseer mínimo de **1416 m²**, sin embargo, en términos de los 62.637 deberían ser **426 m²**, manteniendo la misma cantidad de horas en Recursos Humanos. Un estándar muy bajo respecto a los definidos por la OMS.



Para los términos **del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Infantil**, buscando ser un intermediario entre las ambas situaciones recién comentadas, se toman en cuenta la siguiente premisa programática:

- Diagnostico
- Tratamiento (Médico, Terapéutico (individual, grupal, familiar)
- Rehabilitación Psíquica, Social y Pedagógica
- Integración psicosocial comunitaria
- Hogar de Niños temporal en casos de violencia intrafamiliar o abandono familiar.
- Docencia

Cómo funcionaría el CRSI?

Se darán 4 situaciones simultáneas:

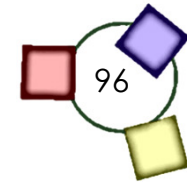
- Consultas diarias para diagnóstico y tratamiento con profesionales de Salud Mental.
- Tratamiento Terapéutico para los casos diagnosticados, donde los paciente, al igual que en hospital de día, estarán 8 horas diarias realizando distintas actividades en

forma ambulatoria.

- Rehabilitación: tanto para los paciente que asistirán al sistema de 8 horas diarias, como para los niños que sean trasladados desde otros elementos del sistema, ya compensados, incluyendo también aquellos pertenecientes del hogar temporal.
- Docencia: Los estudiantes e internos del área de la Salud tendrán disponibilidad de lunes a viernes para participar y estudiar casos, aportando al desarrollo del Centro.

En determinadas ocasiones, cuando el equipo desee realizar actividades comunitarias, el Centro será abierto a la comunidad, utilizándose recintos como el auditorio, la biblioteca, salas de nivelación escolar, casino, multicancha techada o el patio general.

El Centro funcionará con todas sus actividades simultáneas de Lunes a Viernes, mientras que los Sábados y Domingos será el hogar el que permanezca en uso, a cargo de técnicos y auxiliares de turno y personal para cubrir las necesidades de alimentación.



PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

- **Total de Beneficiarios de la red Hospital Padre Hurtado:** 62,637
- **Pacientes a asistir diariamente al centro:** 150 (consulta + tratamiento), hasta llegar a un máximo de 300 diarios.
- **Numero máximo de niños en el Hogar por ciclo etáreo:** 14 (x3)=42
- **Profesionales de la Salud:**
 - 1 Psiquiatra Infanto Juvenil
 - 2 Enfermeras
 - 3 Psicólogos Infanto juveniles
 - 3 Terapeutas Ocupacionales
 - 1 Psicopedagoga
 - 1 Nutricionista
 - 1 Medico General
- **Profesionales anexos:**
 - 1 Abogado
 - 1 Profesores de ed. Básica
 - 1 Profesor ed. Física.
 - 1 Asistente Social.

- **Técnicos**

- 3 Técnico en Salud mental
 - 3 Técnico en Rehabilitación
 - 3 Técnico Paramédico
 - 3 Técnico en Enfermería.
 - 1 Técnico Jurídico.

- **Administrativos:** 19

- **Voluntarios:**5

- **Auxiliares:**5

- **Docencia:** 60 (alumnos +profesores)

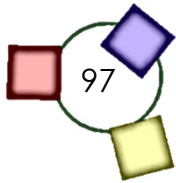
- **Otros** (aseo, cocina, etc.): 20

Total de Niños: 192

Total Personal:75

Total Docencia: 60

Total General: 330 personas.

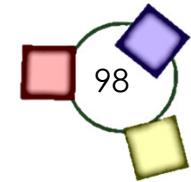


DETALLE DEL PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

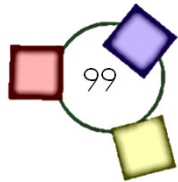
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Atención al Público			
Hall Acceso +Espera+Control	1	47,11	47,11
SOME	1	34,89	34,89
Programas Médicos	1	12,71	12,71
Entrega de Medicamentos	1	4,73	4,73
Bodega Medicamentos	1	4,97	4,97
SSHH Público	1	20,08	20,08
Hall Acceso a 2° Nivel	1	28,73	28,73
		TOTAL	153,22

UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Administración 1° Piso			
Of. Director	1	28,25	28,25
Secretaria y espera	1	37,01	37,01
Asesoría Legal	1	19,96	19,96
Coordinación Profesionales	1	36,32	36,32
Sala de reuniones	1	29,87	29,87
Enfermería	1	9,6	9,6
Estar Comedor	1	36,47	36,47
Baños	2	1,8	3,6
SSHH Profesionales	1	24,72	24,72
Administración 2° Piso			
Secretaria y espera	1	35,95	35,95
Archivo	2	3,27	6,44

Depto. Social y de Reinserción	1	22,95	22,95
Depto. Psiquiatría y Psicología	1	26,84	26,84
Jefe Depto. Psiquiatría-Psic.	1	11,87	11,87
Sala de Reuniones	1	15,71	15,71
Depto. Finanzas	1	15,67	15,67
Control y Coordinación de Gestión	1	22,68	22,68
Coordinación Interinstitucional	1	11,91	11,91
Depto. De Relaciones Públicas	1	11,90	11,90
Depto. Recursos Humanos	1	13,36	13,36
Área Descanso Técnicos y auxiliares	1	36,28	36,28
SSHH	1	24,72	24,72
Bodega Aseo	1	2,03	2,03
		TOTAL	483,55



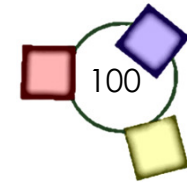
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Evaluación			
Hall Acceso	1	28,73	28,73
Secretaria	1	5,86	5,86
Archivo	1	1,68	1,68
Espera	1	16,33	16,33
Asistente Social	1	9	9
Psicopedagoga	1	9,07	9,07
Evaluación de Capacidades Psicomotrices	1	9,85	9,85
SSHH Publico	1	20,08	20,08
Box Atención Medica 1	1	8,61	8,61
Box Atención Medica 2	1	8,26	8,26



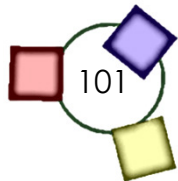
Box Atención Medica 3	1	9,05	9,05
Insumos	1	3,32	3,32
Sala Espejos 1	1	12,33	12,33
Sala Espejos 2	1	12,92	12,92
Área de Observación	1	9,11	9,11
		TOTAL	164,2
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Tratamiento			
Enfermería	1	9,2	9,2
Terapia Individual Psicología	1	15,12	15,12
Terapia individual Psiquiatría	1	15,12	15,12
Terapia Familiar	1	23,49	23,49

Terapia Ocupacional	1	23,06	23,06
Sala de Trabajo Multidisciplinario	1	16,91	16,91
SSHH Pacientes	1	6,82	6,82
Sala Psicoeducación 1	1	11,87	11,87
Sala Psicoeducación 2	1	16,92	16,92
Sala Terapia Grupal	2	11,60	23,20
		TOTAL	161,71
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Docencia e Investigación			
Salas de clases	2	12,05	24,1
Sala de clase	1	30	30
Secretaria	1	10,64	10,64
Sala de Reuniones	1	19,14	19,14
Estar Internos 1	1	19,55	19,55

Estar Internos 2	1	25,55	25,55
Estar Pregrado	1	25,32	25,32
Biblioteca	1	76,72	76,72
Oficina Docentes	1	22,10	22,10
SSH Docentes	1	7,78	7,78
Baños Internos	1	8,16	8,16
		TOTAL	269,06
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Áreas Comunes			
Auditorio	1	110,24	110,24
Backtage	1	18,41	18,41
Biblioteca	1	112,28	112,28
SSH Discapacitados	1	3,48	3,48
SSH General	1	14,33	14,33



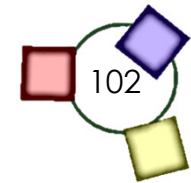
Sala Nivelación Escolar ciclo 1	1	17,01	17,01
Sala Nivelación Escolar Ciclo 2	1	23,84	23,84
Sala Nivelación Escolar Ciclo 3	1	23,84	23,84
Hall Nivelación Escolar	1	37,03	37,03
Casino	1	112,28	112,28
Baños	2	2,91	5,82
Nutricionista	1	7,67	7,67
Cocina	1	59,24	59,24
Bodega Aseo	1	4,67	4,67
Sala de basuras	1	5,42	5,42
Despensa	1	15,17	15,17



SSH Personal	1	12,26	12,26
Multicancha Techada	1	217,9	217,9
		TOTAL	800,89
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Rehabilitación			
Ciclo 1	1	99,57	99,57
Ciclo 2	1	99,57	99,57
Ciclo 3	1	99,57	99,57
SSH niños	3	10,64	10,64
		TOTAL	309,35
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Hogar			

Residencias	3	86,81	260,43
SSH	3	12,08	36,15
		TOTAL	296,58
UNIDAD	CANTIDAD	M2	M2 TOTALES
Servicios			
Camarines	2	26,50	53
Aseo	2	3,86	7,72
Ropería	1	13	13
Sala de Espera Traslado	1	15	15
Bodega de aseo	1	3,17	3,17
Control	1	7,93	7,93
Acceso Subterráneo	1	9,76	9,76
Subterráneo	1	57,70	57,70
		TOTAL	167,28

TOTAL M2 ÚTILES		2806,44
% CIRCULACIONES	28%	741,54
CIRCULACIÓN CUBIERTA -	-	203,56
PATIO REHABILITACIÓN -	-	149,53
TOTAL M2 CONSTRUIDOS		3901,07
Estacionamientos		
Estacionamiento		12
Estacionamientos Discapacitados		1
Estacionamientos servicio		4
TOTAL ESTACIONAMIENTOS		17
AREAS VERDES		982,71





PROPUESTA ARQUITECTONICA

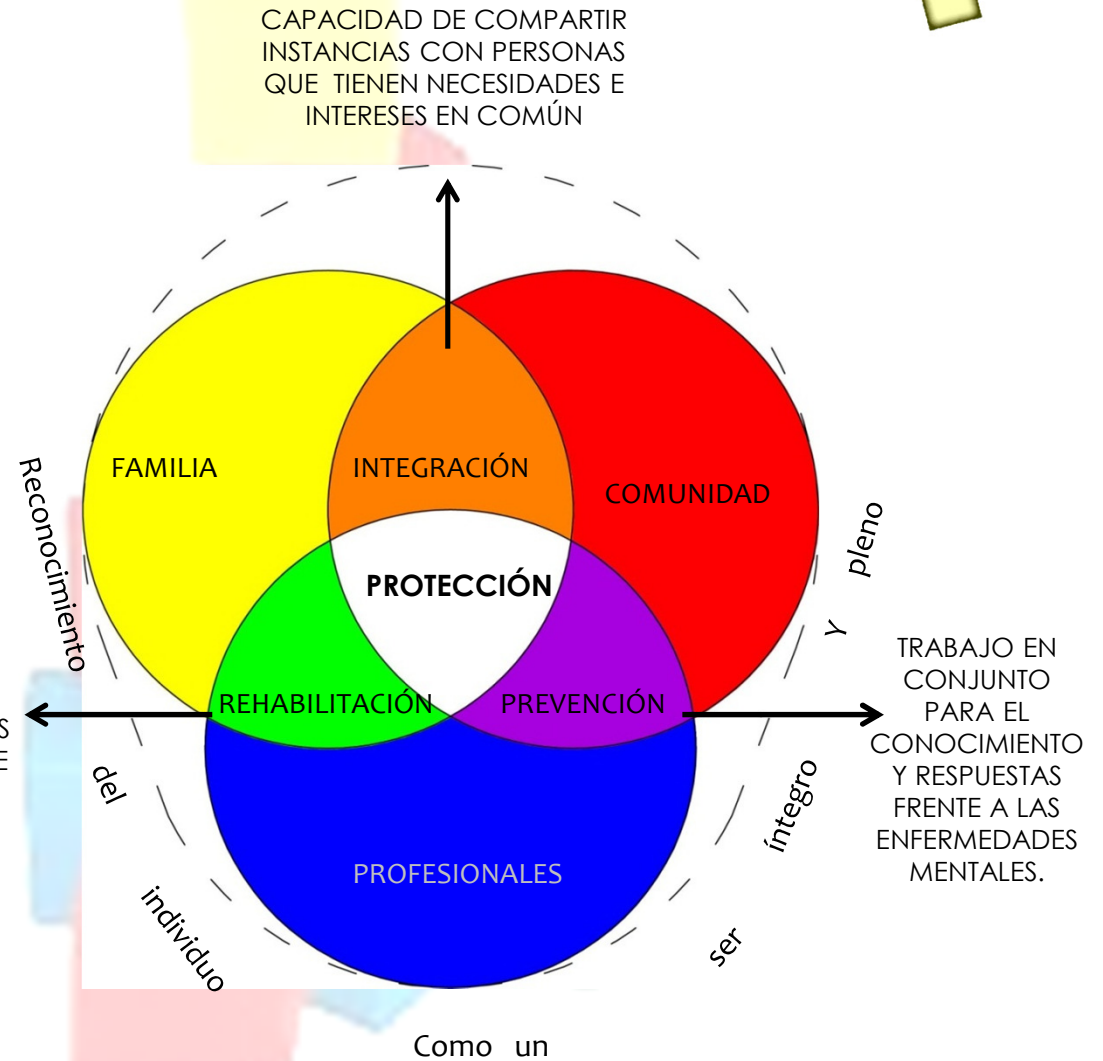
5.1. IDEA CONCEPTUAL

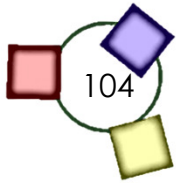
Entendiendo el abordaje de las enfermedades mentales infantiles como un proceso en el que es necesario reconectarlos con su familia, entorno y con ellos mismos

Se plantea el Centro como

**UN LUGAR
PARA
RECUPERAR
LA
INFANCIA.**

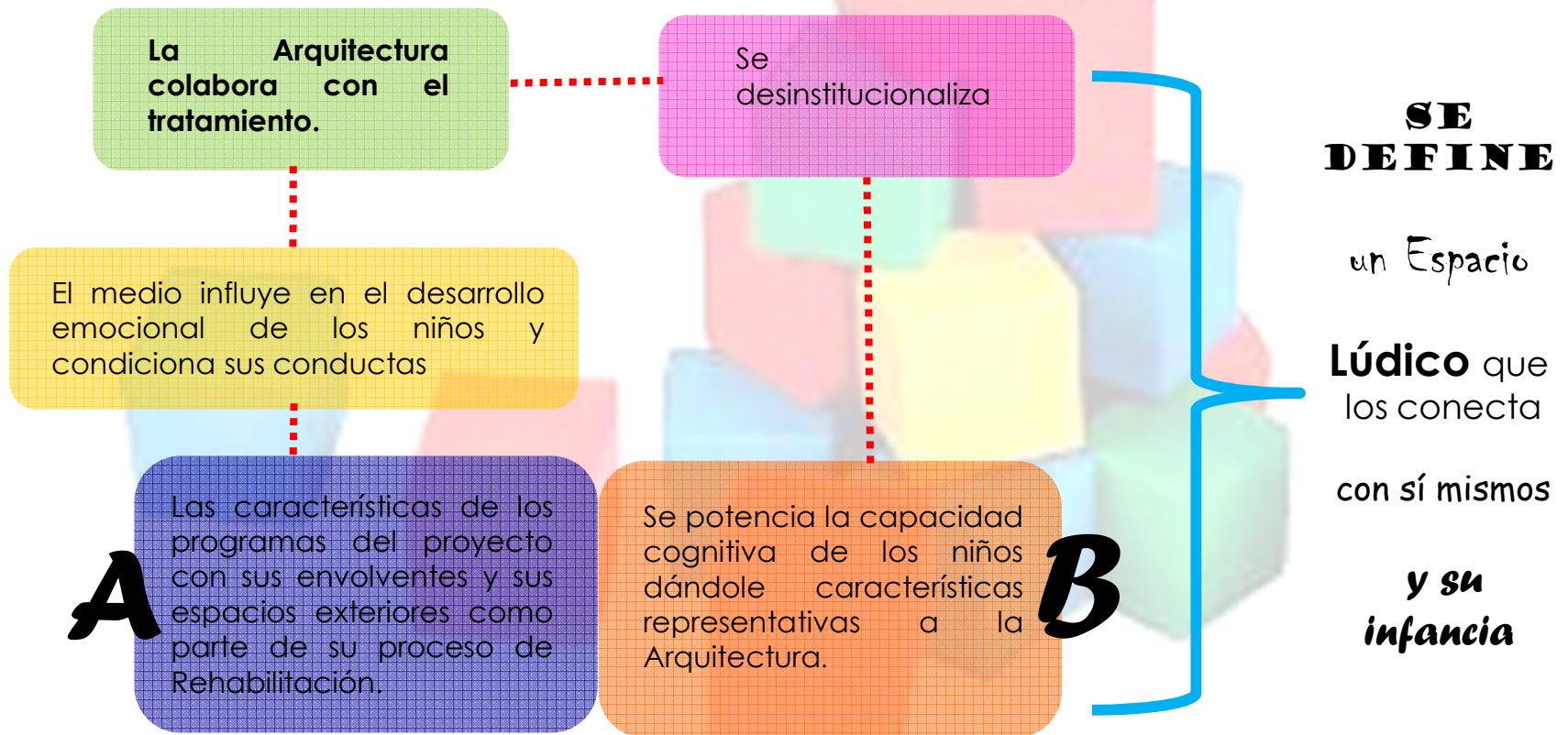
Donde la protección y acogida no será dada sólo por un lugar físico, sino también por la familia, la comunidad y los profesionales por medio de la Prevención, Rehabilitación e Integración.





5.2. OBJETIVOS

La idea de «Lugar para recuperar la Infancia» se plantea como el parte del objetivo a lograr por medio de la Rehabilitación de los niños, quienes por sus distintos trastornos mentales y entornos sociales han tenido que postergarla. En este aspecto la arquitectura busca distinguir sus espacios más representativos dentro del proyecto.



5.3. ESTRATEGIAS DE DISEÑO

A. Las características de los programas del proyecto con sus envolventes y sus espacios exteriores como parte de su proceso de Rehabilitación.

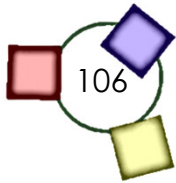


Utilizando los conceptos de la Terapia de Rehabilitación, usaremos como base el JUEGO.

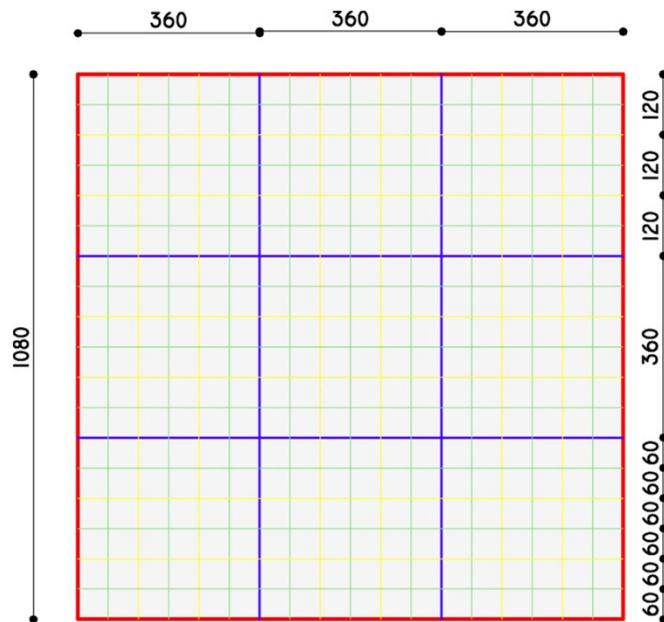
B. Se potencia la capacidad cognitiva de los niños dándole características representativas a la Arquitectura.



Los primeros elementos usados por los niños para su aprendizaje y conocimiento son **figuras geométricas**, particularmente el **cubo**, ya que lo relacionan con su entorno por medio de la forma, comparan diferencias y semejanzas con otros elementos, les permite experimentar tamaños, pesos, dimensiones, equilibrio, espacio y volumen.

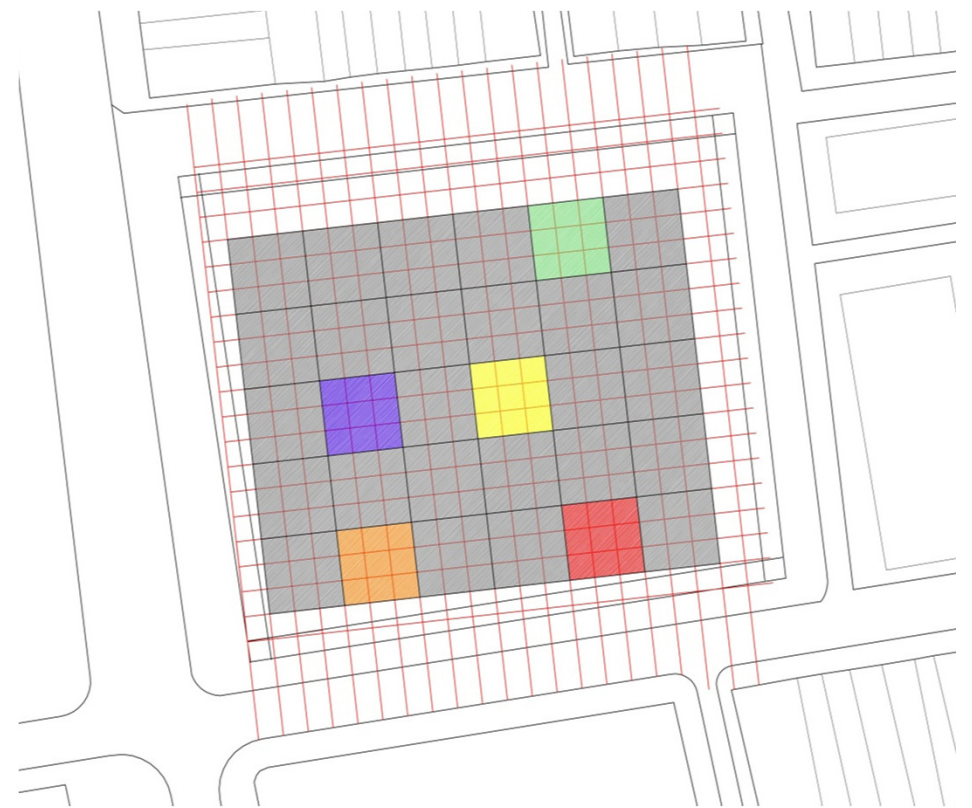
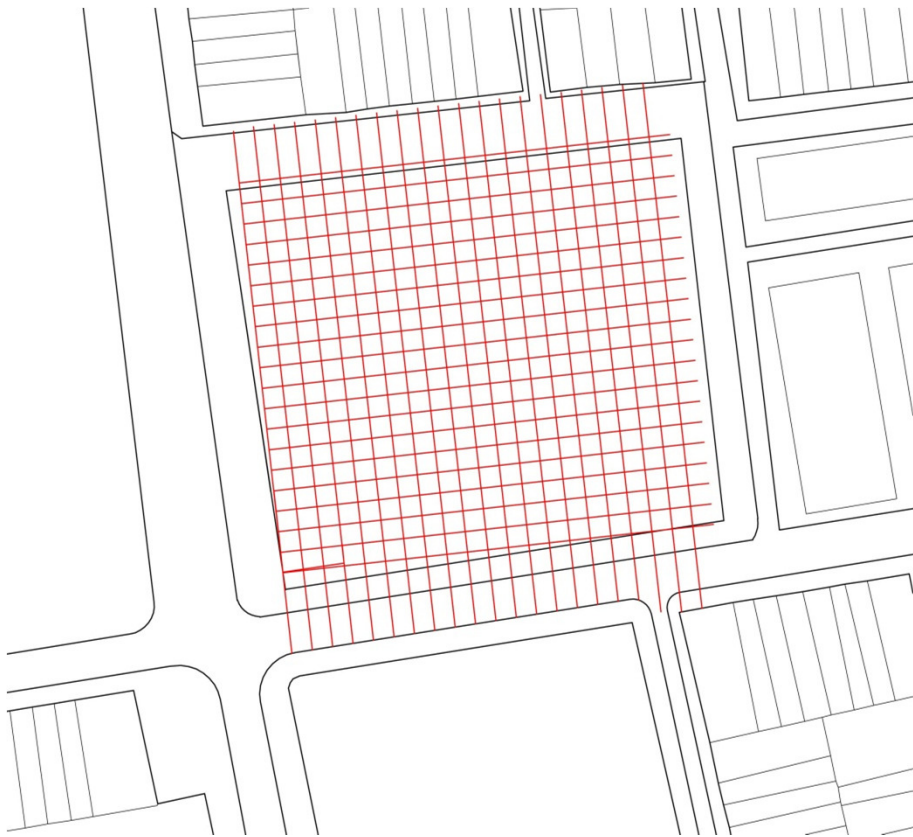
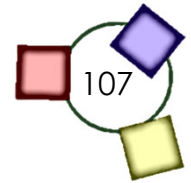


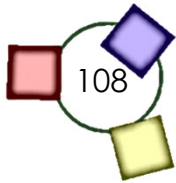
Basándose en el **Cubo** se plantea un módulo de 10,8m x10,8m en planta , compuesto al mismo tiempo por módulos de 3,6m x 3,6 m, que pueden seguir subdividiéndose en 1,2 m x1,2m hasta 0,6mx0,6m y permiten integrar no sólo los espacios, sino también elementos constructivos.



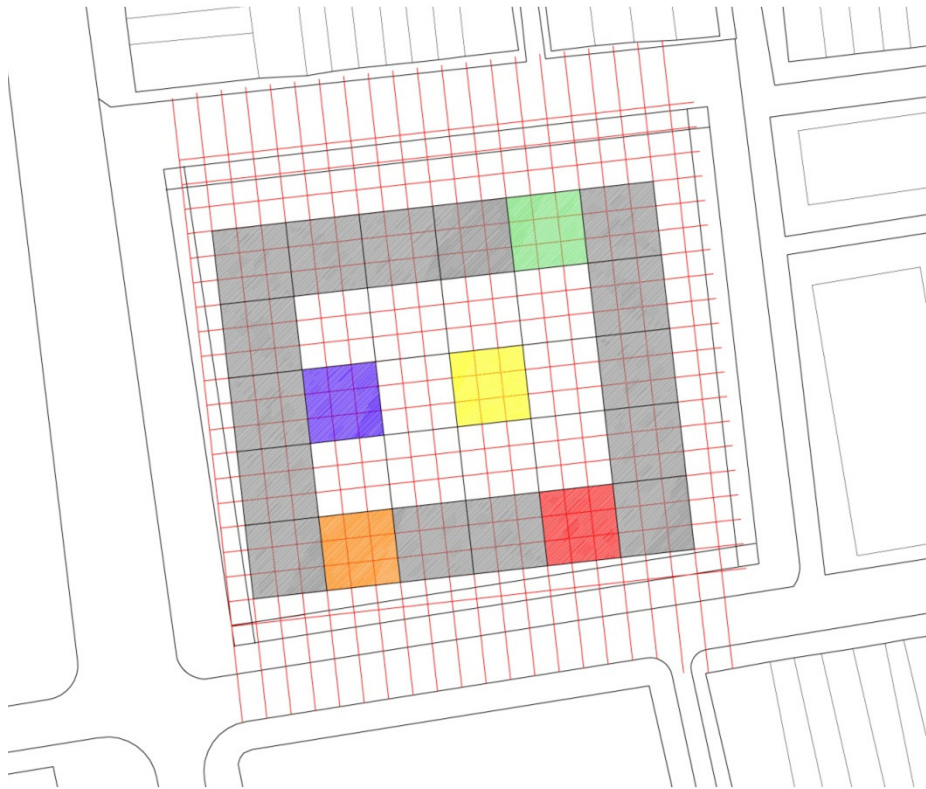
Luego en base a una trama básica de 3,6mx3,6m se plantea el emplazamiento en el terreno.

Entonces se definen los módulos de 10,8mx10,8m que formarán parte del proyecto.

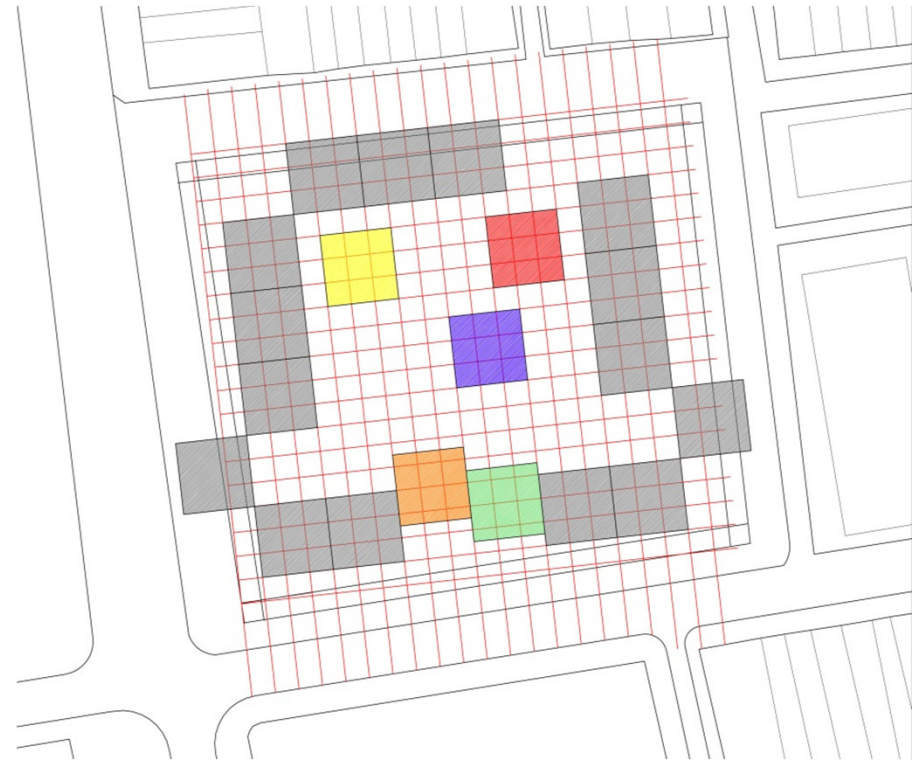




Y comienza su distribución, primeramente en su perímetro para poder generar la contención y la protección sustrayendo los sobrantes.



Posteriormente los cuadrados comienzan a moverse buscando líneas de fuerza para generar accesos.

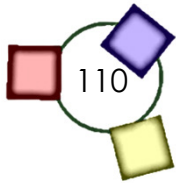


Se asocian luego dos figuras geométricas:

- Círculo, para definir el área de Rehabilitación,
- Rectángulo, apoyando el programa por medio de la Multicancha.

Finalmente uniéndose para generar el proyecto



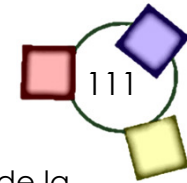


Cinco elementos particulares forman parte de los recintos más importantes, donde los niños recibirán tratamiento, rehabilitación e integración, cada uno identificado con un color, los que rotan buscando diferenciarse de el resto de las piezas como si fuera un juego encaje (lo lúdico). Definiendo finalmente la planta del primer piso.

- 1 Rehabilitación Ciclo 1 (5-7)
- 2 Rehabilitación Ciclo 2 (8-10)
- 3 Rehabilitación Ciclo 3 (11-13)
- 4 Biblioteca
- 5 Nivelación Escolar
- 6 Multicancha Techada
- 8 Casino
- 9 Área administrativa
- 10 Auditorio

Acceso Principal



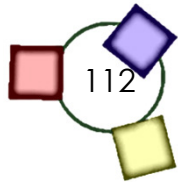


En segundo piso del edificio se distribuye de la siguiente manera:

- 1** Dormitorios Ciclo 1
- 2** Dormitorio Ciclo 2
- 3** Dormitorios ciclo 3
- 4-5** Tratamiento
- 6** Docencia e Investigación
- 7** Administración
- 8** Evaluación
- 9** Distribución

El área que más destaca es la de Rehabilitación, que al funcionar al mismo tiempo como dormitorios de los niños puede funcionar en forma independiente del resto del complejo.





INTERVENCION EN LO URBANO

Al encontrarse el proyecto emplazado en un terreno en medio de un área residencial, surgen algunos puntos importantes:

- Importancia de las áreas verdes por carencia de las mismas.
- Aporte a los residentes por medio de espacios que el proyecto pueda aportar para su uso compartido.
- Mejoramiento del entorno.
- Apertura del Pasaje Padre Luis Eduardo Morales para generar una vía de servicio.
- Creación de estacionamientos públicos.

La situación actual del terreno muestra un importante deterioro del sitio eriazo. El eje peatonal no está bien definido como tal, por lo que muchas viviendas se han apropiado de parte de él para realizar ampliaciones, lo mismo ocurre



Fuente: Google Earth/ Elaboración propia

Situación actual del terreno

con el eje vehicular formado por el pasaje Padre Luis Hurtado, generando el uso del terreno como estacionamiento y acopio de desechos.

Frente a esta realidad el proyecto propone 2 instancias (imagen 1):

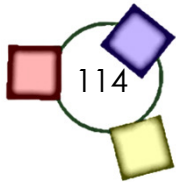


Fuente: Archivo personal

1. la consolidación del Eje Peatonal por medio de un área de uso exclusivo, con áreas de descanso conectada al área de juegos comunes del Centro, la que sería usada en el horario de actividad del centro, de manera de poder preservarla y mantenerla.
2. La apertura de un Eje Vehicular, generando una vía de conexión directa con el área de servicio del Centro, manteniendo el área peatonal de los pasajes existentes.



Imagen 1: Intervención en el entorno



La creación de **estacionamientos públicos** en la superficie en la Calle Sofía Eastman de Hunneus se está ligada directamente con el carácter de Vía Colectora, con un ancho de calle de 12 m y aceras de 3.5 m, siendo la de mayor amplitud, al mismo tiempo se relaciona al acceso del edificio, dándole prioridad de cercanía la estacionamiento de discapacitados.

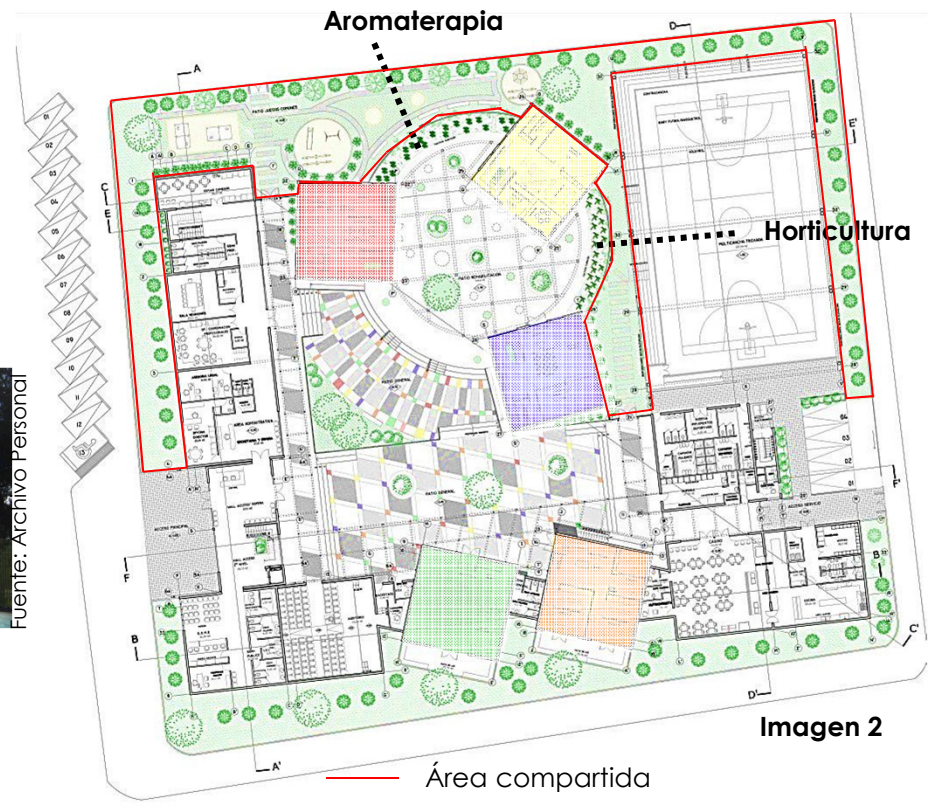
Si bien el Centro posee 4 estacionamientos de Servicio (Traslado de Pacientes, carga y descarga de insumos, etc.), se plantean 12 estacionamientos y 1 de discapacitados, siendo 9 los exigidos por el PRM, todos superficiales de manera de no alterar el perfil residencial del barrio.

Las **áreas verdes** (imagen 2) son parte importante del Centro, involucrándose como mejoramiento del entorno y áreas semipúblicas que pueden compartirse con la comunidad. Al mismo tiempo, las áreas verdes al interior del Patio de Rehabilitación se conectan con parte de la terapia por medio de la Horticultura y aromaterapia (cultivos de flores y vegetales)



Fuente: Archivo Personal

Perfil calle Sofía Eastman, si bien no posee estacionamientos delimitados, es utilizada como estacionamiento público .



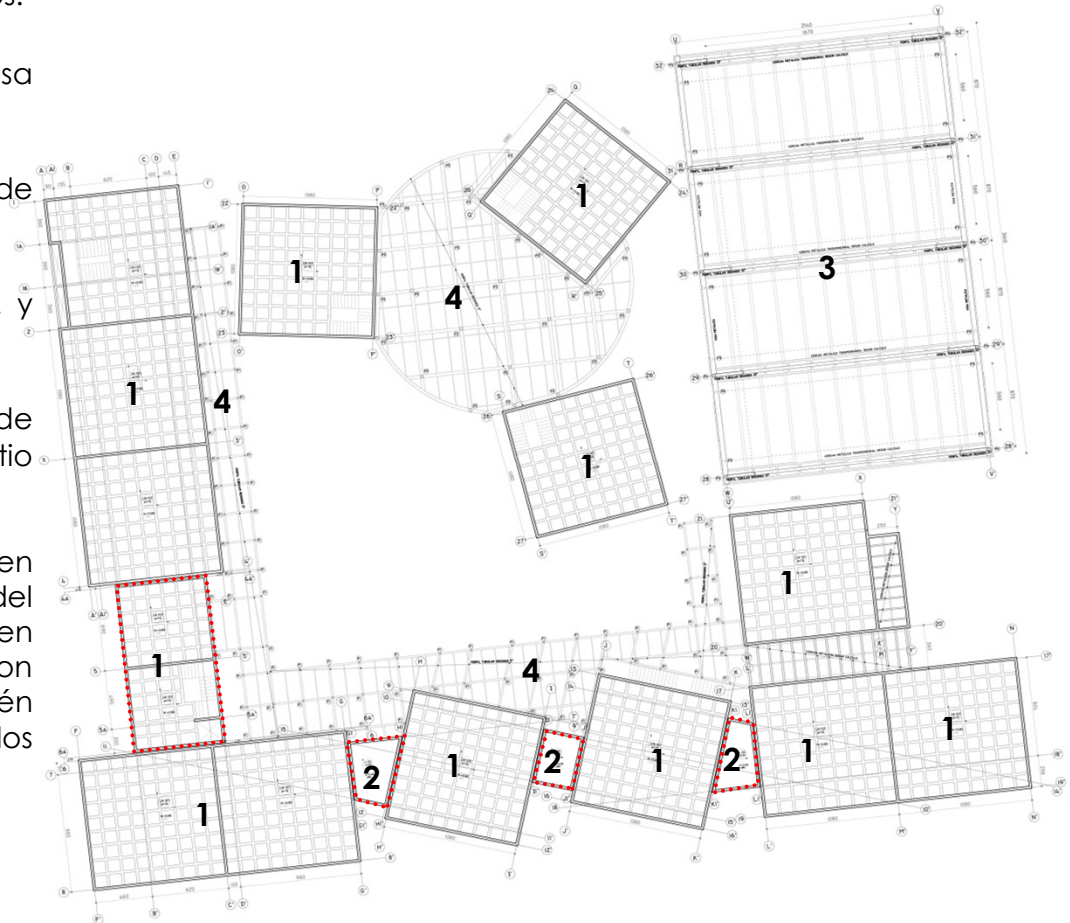
Fuente: Elaboración propia

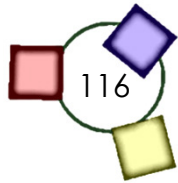
ESTRUCTURA

El edificio presenta cuatro tipos de elementos:

1. Estructura a base de muros de H.A. y losa nervada.
2. Estructura simple a base de pilares y losa de H.A.
3. Estructura a base de machones de H.A. y pilares y cerchas de acero.
4. Estructura de acero y cubierta de Policarbonato en recorrido cubiertos y Patio de Rehabilitación.

Al ser una estructura de forma no regular en algunas puntos, opto por **independizarlos** del resto de los edificios para evitar torsiones en los mismos en el caso de sismo (marcados con color en la imagen). Esto me ayuda también a dar énfasis a la idea de diferenciar los módulos pertenecientes a los niños.





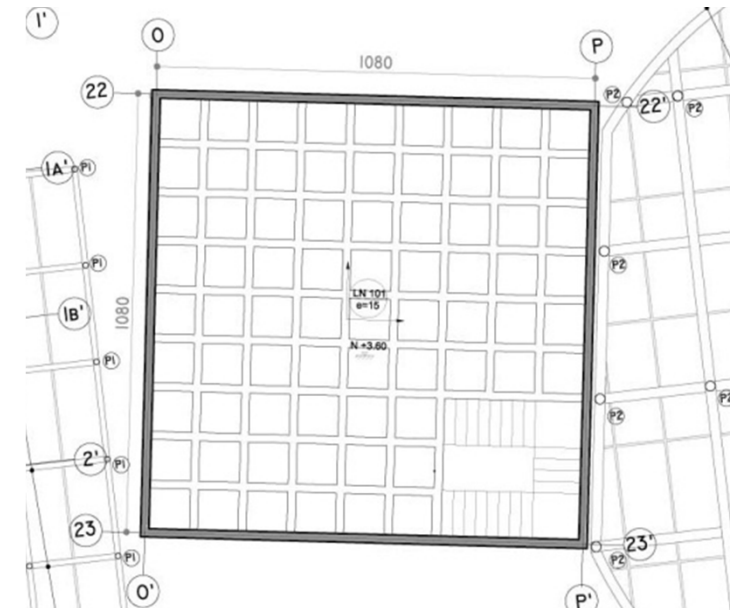
De las tipos de elementos antes nombrados los más importantes son los siguientes:

1. Estructura a base de muros de H.A. y losa nervada.

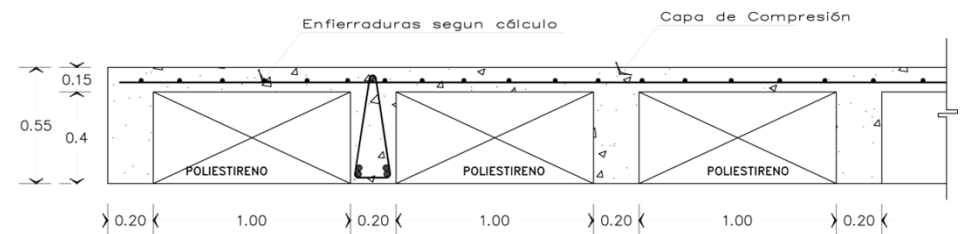
El uso de este tipo de estructura se debe principalmente a dos factores: **a)** el poder salvar una luz de 10, 8 m permitiendo tener un espacio libre y sin pilares bajo las vigas, aportando flexibilidad a los espacios propuestos y **b)** la durabilidad en el tiempo, disminución de costos de mantención y adaptabilidad a futuros cambios. (21)

La losa nervada permite también colaborar con la imagen que se desea tener en los espacios, permitiendo, por ejemplo, utilizar la modulación de los casetones para utilizar color o ubicación de instalaciones para la iluminación, entre otras.

(21) Entrevista al Arqto. Álvaro Prieto, miembro de la Dirección de Arquitectura del MINSAL, Seminario «Arquitectura Pública y Prefabricación: Desafío y Nuevas Posibilidades»



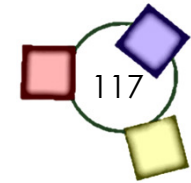
Planta de Estructura Área Rehabilitación Ciclo 1.



Corte losa nervada propuesta

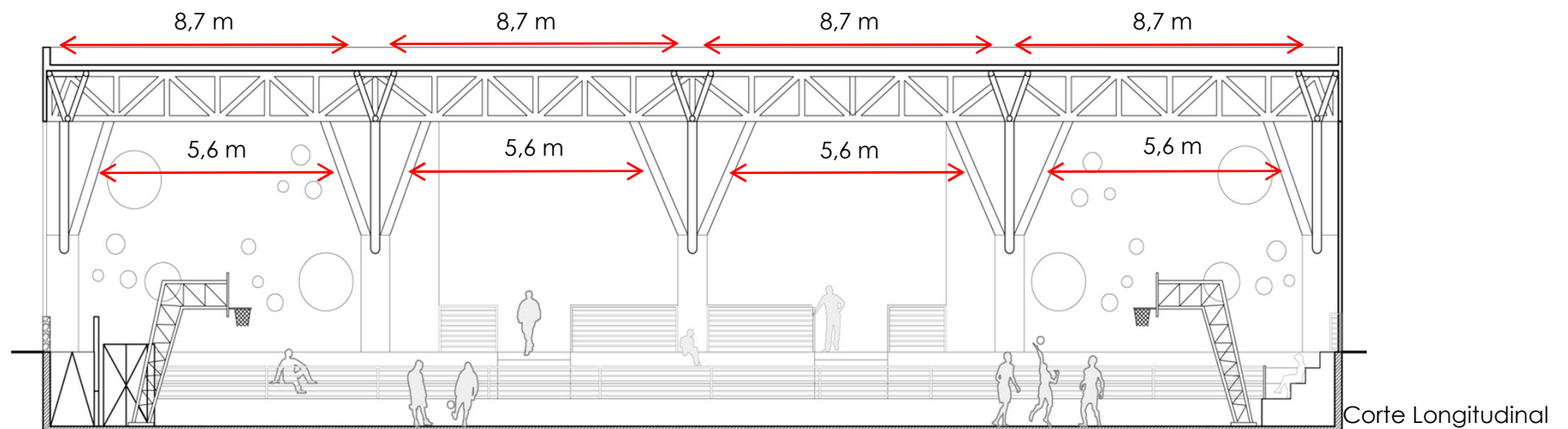
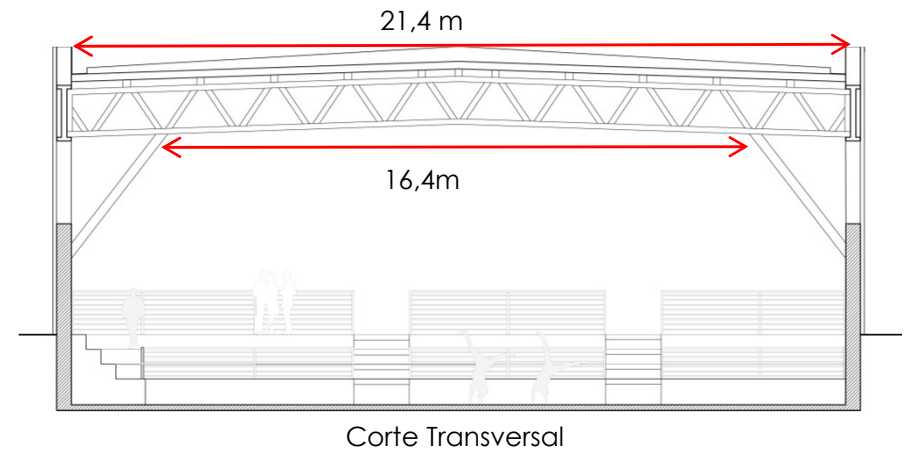


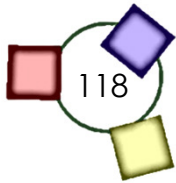
Propuesta espacial en áreas con uso de losa nervada



3. Estructura a base de machones de hormigón armado y pilares y cerchas de acero.

Esta estructura mixta está propuesta para la multicancha techada del proyecto. Consta de 5 machones de 80 cm x 40 cm, los que soportan 3 pilares de 20 cm de diámetro, cuya función es sostener y disminuir las luces de las cerchas tanto longitudinales como transversales. Las dimensiones de la estructura son 21,4 m x 36,1 m, las luces de 21,4 m son salvadas por vigas tridimensionales de 1,3 m de altura que disminuye a 16,4 m con la ayuda de un par de pilares de soporte, mientras que las laterales ayudan a sostener una luz de 8,7 m la que se reduce a 5,6 m con la ayuda de los pilares.





CONSTRUCCIÓN

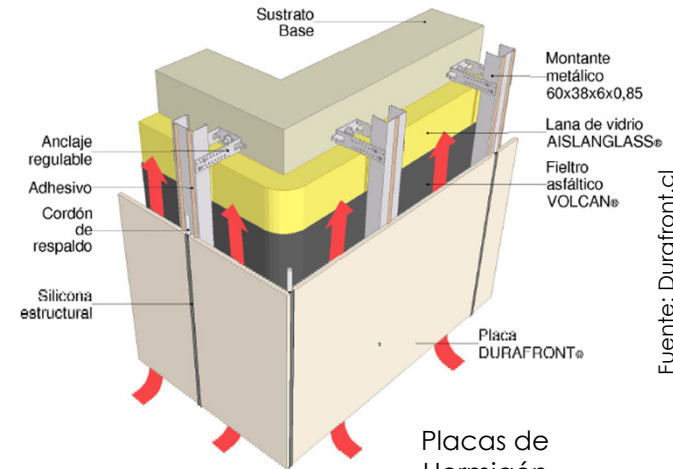
La materialidad se enfoca primeramente a la durabilidad en el tiempo de un edificio de carácter público, con materiales que no requieran demasiada mantención y buscando reducir el gasto energético de edificio.

Esto motiva en uso de Hormigón Armado para toda la estructura, la que será recubierta con un sistema de fachada ventilada (imagen 1).

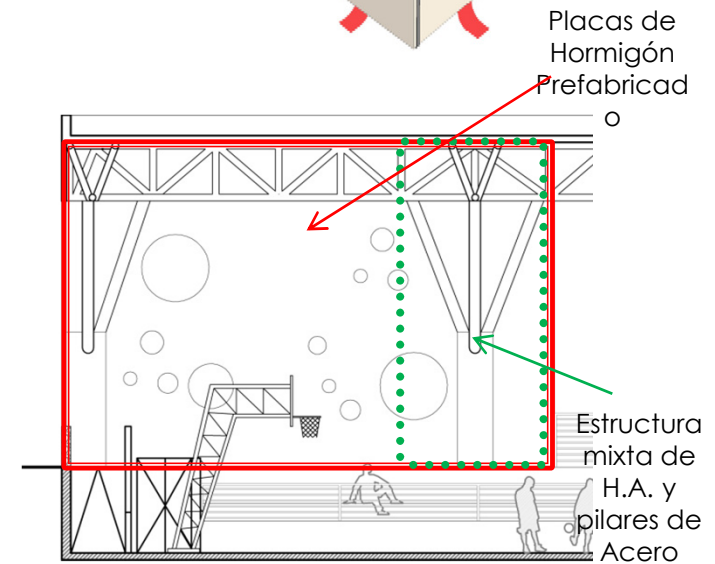
El proyecto incluye calderas para calefaccionar por medio de losa radiante en las áreas de Rehabilitación y dormitorios. Se propone además el uso de colectores solares para el uso de duchas en los edificios de rehabilitación y camarines.

Para la multicancha, se propone la estructura de Hormigón Armado y pilares de acero, con un cierre de placas de Hormigón Armado perforadas según el diseño propuesto.

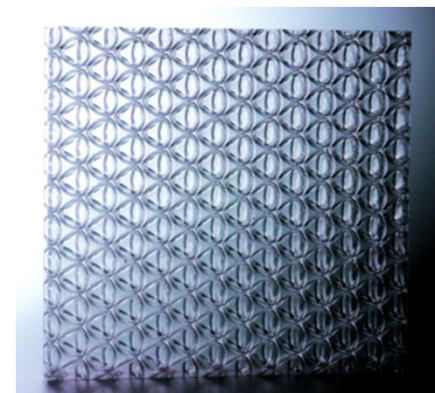
Las circulaciones cubiertas y la cubierta del patio de rehabilitación, están ambas formadas por estructuras de acero como soporte y policarbonato alveolar como cubierta.



Fuente: Durafront.cl



Fuente: Elaboración propia



Policarbonato alveolar

Fuente: bencore-it

5.4. REFERENTES

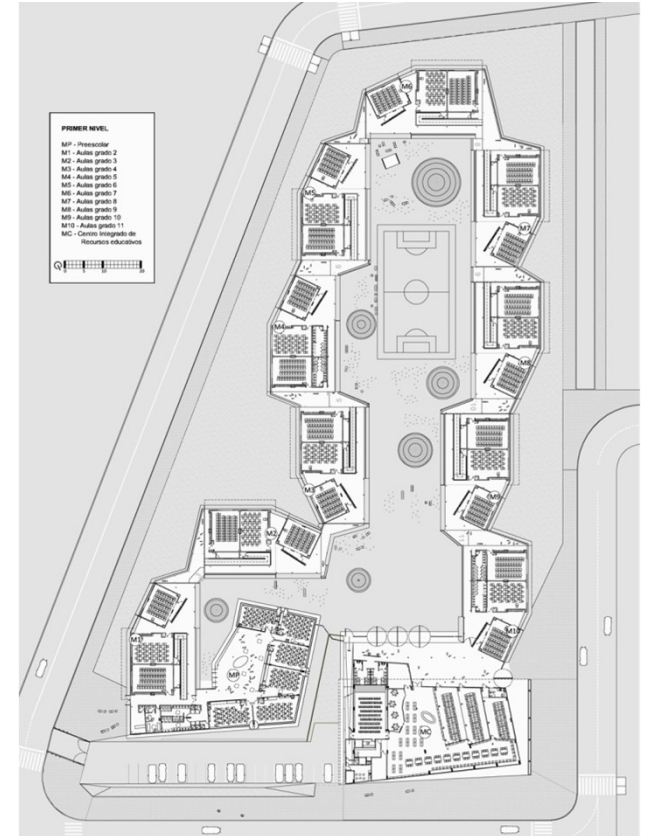
COLEGIO GERARDO MOLINA

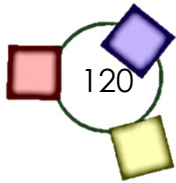
Ubicación: **Bogotá, Colombia**
Arquitecto: **Giancarlo Mazzanti**
Proyecto: **2004-2088**

El proyecto se encuentra ubicado en un sector vulnerable de la ciudad.

Los elementos del programa se distribuyen en distintos módulos que posibilitan la apropiación de los servicios del colegio con la comunidad circundante (definen la entrada y la relación directa con la calle).

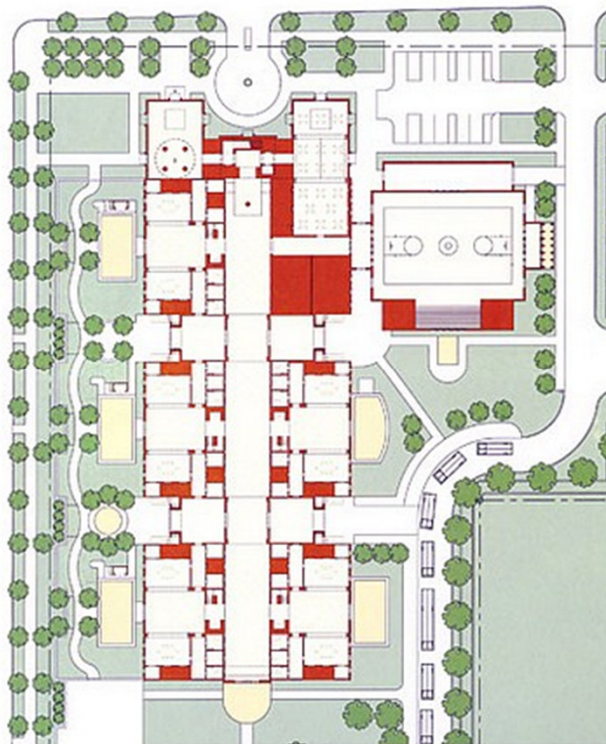
El edificio entero tiene una función pedagógica, pero además se busca potenciar la aparición de espacios intersticiales o vacíos cubiertos entre las aulas los cuales se expanden o contraen para definir lugares como prolongación de las aulas , lugares de recogimiento , de congregación, de encuentro. Cada patio y espacio entre el modulo de aulas se define con una temática educativa, sensorial ,lúdica.





ST. COLETTA SCHOOL

Ubicación: **Washington, D.C, EEUU.**
Arquitecto: **Michael Graves**
Proyecto: **2001-2006**



Esta es una escuela para niños con discapacidades severas o múltiples, que consiste en un conjunto de casas-escuela que rodean una gran galería.

El proyecto genera un lenguaje infantil semejante al de juguetes, que diferencia los hogares de los niños que van desde los 3 a los 22 años.

ELS DAUS, Guardería Municipal

Ubicación: **Cardedeu, Barcelona**

Arquitecto: **AIA Salazar-Navarro**

Proyecto: **2006**

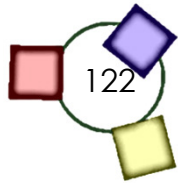
Los dos conceptos analizados para esta guardería son: qué significa y cuál es la importancia de una guardería para un niño, como lugar de socialización y analizar la tipología más idónea para el edificio y el emplazamiento.

Se plantea como un juego de volúmenes arquitectónicos dispuestos aparentemente al azar sobre un espacio de juego, como una metáfora del significado propio del edificio.

Los cubos que contienen las aulas están cuidadosamente pensados y dimensionados para llevar a cabo juegos y actividades que estimulen el desarrollo cognitivo y sensorial, la socio-afectividad así como la imaginación y el lenguaje.

La presencia de un jardín contiguo es aprovechada para situar el acceso facilitando la ocasión de que los niños puedan utilizar los juegos infantiles y convertirlo en una especie de gran sala de espera y para fomentar las relaciones tanto entre los niños como entre los adultos que les acompañen.





GUARDERÍA EN EL PARQUE

Ubicación: **Zaragoza, España**

Arquitectos: **Santiago Carroquino Arquitectos, Ignacio Grávalos Lacambra, Patrizia Di Monte**

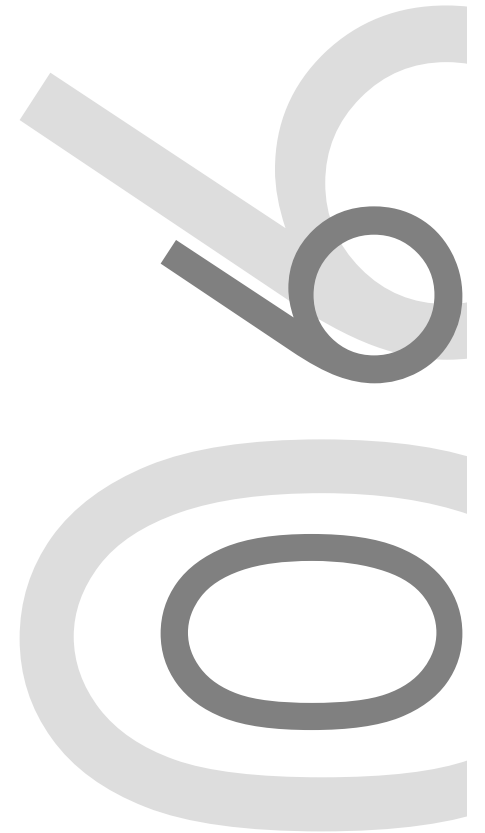
Cliente: **Ayuntamiento de Zaragoza**

Fecha: **2009-201**

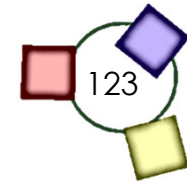
El edificio es sensible a su entorno, inmerso en un espacio verde con una arboleda cambiante según las estaciones. La Escuela articula sus piezas y crea patios que le permiten incorporar los árboles al edificio. El edificio refleja los dos frentes existentes en la parcela, uno de carácter más urbano, y otro más orgánico.

El edificio cede el protagonismo absoluto a los niños. Las aulas disponen de diversas proporciones según las diferentes etapas. Todas las medidas están basadas en ellos, disponiendo de ventanas inferiores fijas, que pertenecen al "mundo de los niños", y una serie de ventanas altas abatibles, más relacionadas con el mundo adulto.





BIBLIOGRAFIA

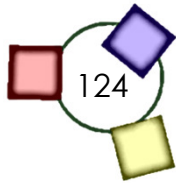


6.1. SEMINARIOS / MEMORIAS DE TITULO

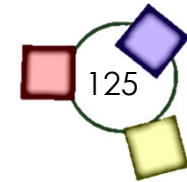
- Seminario: **«Arquitectura Pública y Prefabricación: Desafíos y Nuevas Posibilidades»**, O. González, J. Zamorano, U. de Chile, 2009
- Memoria de Título: **« Centro de Integración Social para Pacientes Psíquicos en la ciudad de Talca»**, Elizabeth Avalos, 2004.

6.2. REVISTAS/DOCUMENTOS/ARTICULOS

- **Revista SENAME** N° 17, Diciembre 2006
- Revista Chilena de Neurocirugía, Art. **«Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de Prevalencia»**, 2009.
- **Ley de Responsabilidad Penal Juvenil N° 20,084**, 2007.
- **«Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría»**, MINSAL, Enero 2002.
- **«Normas Técnicas sobre el funcionamiento de Hogares Protegidos»**, MINSAL, unidad de Salud Mental, 2000
- **Encuesta CASEN 2009**
- Revista de Psicología, , Vol. XVI, N°2, Art. **«Salud Mental Infanto-Juvenil como problemática Pública»**, M. Abarzúa, M. González, 2007
- **«Norma Técnica para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de la Ley con consumo problemático de Alcohol-Drogas y otros Trastornos de Salud Mental»**, MINSAL, 2006.
- **«Manual de Operaciones del FNDR»**, enero 2006



- **«Adolescentes Infractores de la Ley, consumo de drogas y psicopatología»**, Alejandro Maturana, 2006
- **«Orientaciones Técnicas para el desarrollo de clubes de Integración Social»**, MINSAL, 2002
- Revista Avances en Salud Mental, Vol. 5, N° 1, Art. **«La Necesidad de Nuevas Soluciones para la Futura Asistencia Psiquiátrica»**, José Guimón, 2006
- **«Violencia y Delincuencia Juvenil: Comportamientos de Riesgo autorreportados y factores asociados»**, Andreas Hein, Gonzalo Barrientos, 2004.
- **¿Una Ley de responsabilidad para los Adolescentes o contra los Adolescentes?**, UNICEF, junio 2005.
- Revista Colombiana de Psiquiatría, N°3, Art. **«Psiquiatría Infantil en el Hospital Pediátrico»**, Octubre 2006
- **«Plan de Salud mental y Psiquiatría: Chile 2003»**, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- **«Norma Técnica para la Implementación y funcionamiento de centros de Salud Mental Comunitaria»**, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Depto. Salud Mental, 2008
- **«Características del Área de Desempeño Ocupacional del Juego en Niños con Trastornos Mentales»**, Y. Puerto, K. Sánchez, D. Bernal, 2007
- **«Plan de Desarrollo Comunal 2004-2010»**, Ilustre Municipalidad de La Granja.
- Revista Psicogente, Vol. 8, N°13, art. **«Intervención con Niños desde la terapia del Gestalt»**, 2005
- **«Legislación sobre salud Mental y Derechos Humanos»**, OMS 2003
- **«Actualización Índice de Prioridad Social»**, Región Metropolitana de Santiago, SEREMI Metropolitana, 2008
- **«Problemas, Proyecciones y Desafíos en la Salud Mental Infantil: La necesidad de reformular el Rol Profesional»**, F. Lecarnelie, M. Hoffmann, F. Flores, L. Ascanio, 2008
- **«Prevención de los Trastornos Mentales, Intervenciones Afectivas y Operaciones Políticas»**, OMS 2004
- **«Informe del Sistema de Salud mental en Chile»** WHOA-AIMS, 2006
- **«Orientaciones Técnicas: Atención de niños, niñas y adolescentes usuarios del SENAME»**, MINSAL 2007
- **«Orientaciones Técnicas: Atención de Adolescentes con problemas de Salud Mental, dirigida a la Atención Primaria»** MINSAL 2009.



6.3. LIBROS

- **«Psicología del Color: Cómo actúan los Colores sobre los Sentimientos y la Razón»** E. Heller, Ed. Gustavo Gili, 2010

6.4. PAGINAS WEB

- www.minsal.cl
- www.sename.cl
- www.ssmsoc.cl
- www.hurtadohosp.cl/
- www.who.int/es/
- www.unicef.org/spanish/
- www.tusalario.org/chile/main/informes-laborales/chile-necesita-aumentar-un-41-4-de-doctores-en-el-sistema-publico
- www.leopoldobcn.com/es/quehacemos/proyectos/horticulturaterapeutica
- www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=76227
- www.emol.com/noticias/nacional/detalle/detallenoticias.asp?idnoticia=409223
- www.emol.com/noticias/nacional/detalle/detallenoticias.asp?idnoticia=3933204
- <http://buscador.emol.com/emol/medicos+neurologia+infantil>
- www.isepclinic.es/index.php?option=com_content&view=article&id=17%3Ala-salud-mental-de-los-mas-pequenos-&catid=13%3Apsicologia-infanto-juvenil&Itemid=174&lang=es
- www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-compor12.htm

A ANEXOS



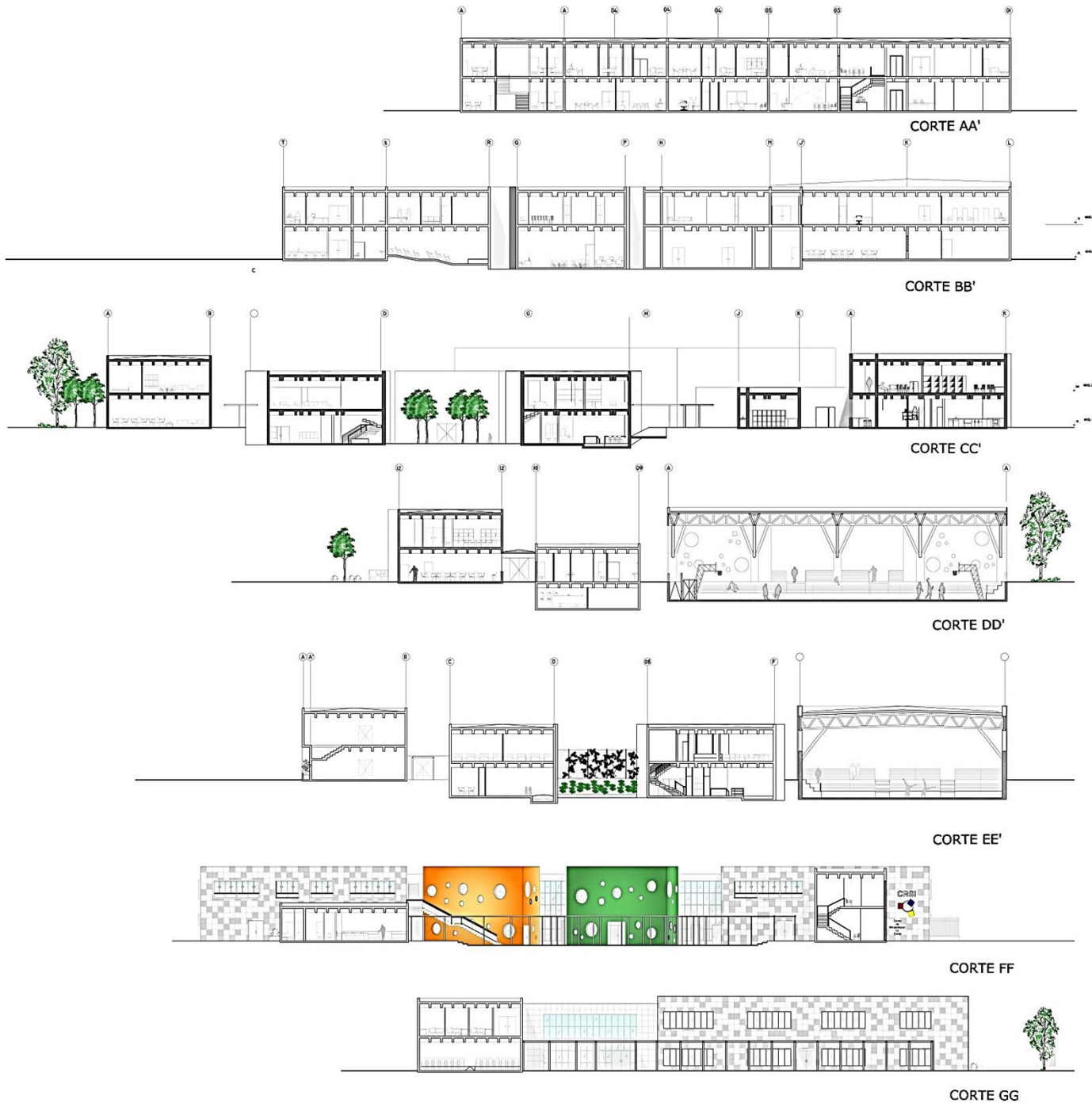
EMPLAZAMIENTO



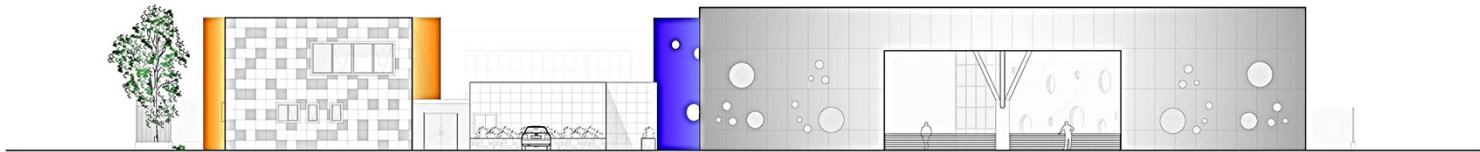
SEGUNDO NIVEL



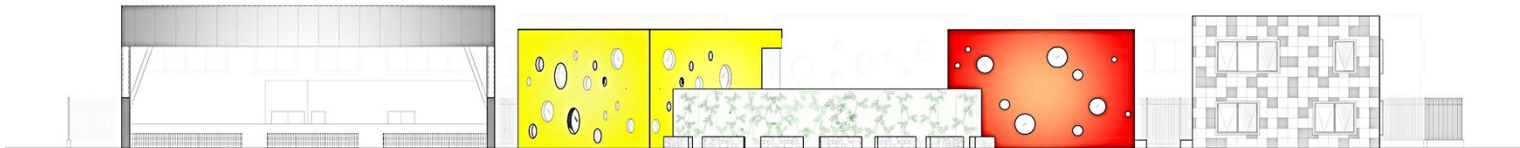
CUBIERTAS



CORTES



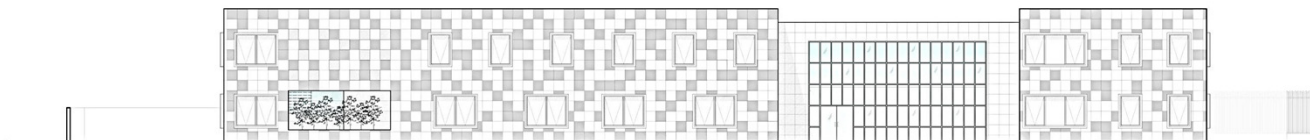
ELEVACIÓN ORIENTE



ELEVACIÓN NORTE



ELEVACIÓN SUR

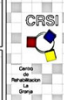


ELEVACIÓN PONIENTE



CORTE FF

ELEVACIONES



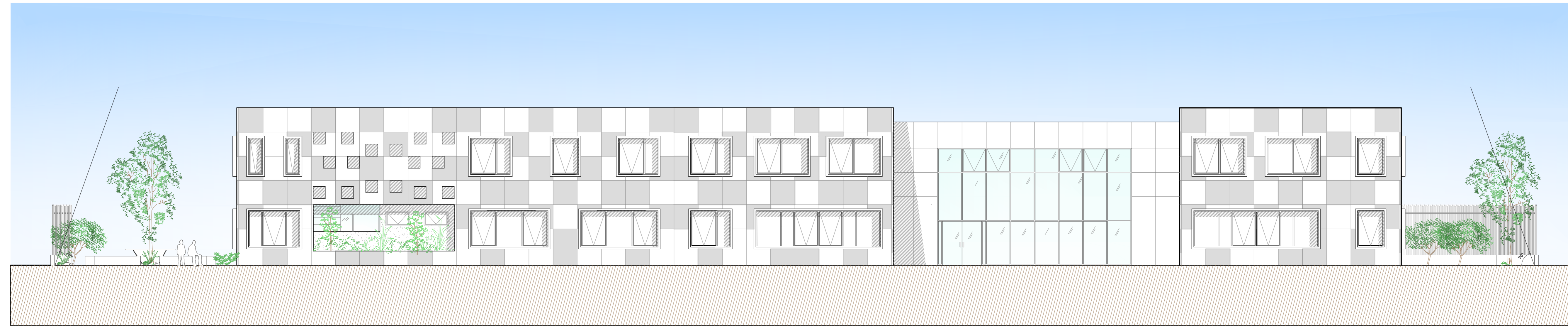


SUPERFICIES

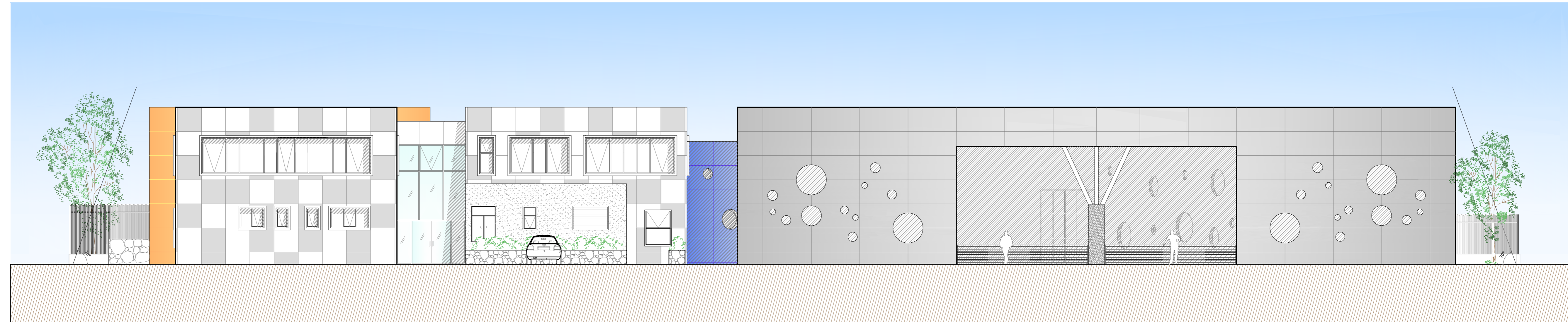


MOGF 2011

ELEVACIONES



ELEVACIÓN PONIENTE
ESC. 1/125



ELEVACIÓN ORIENTE
ESQ. 1/125

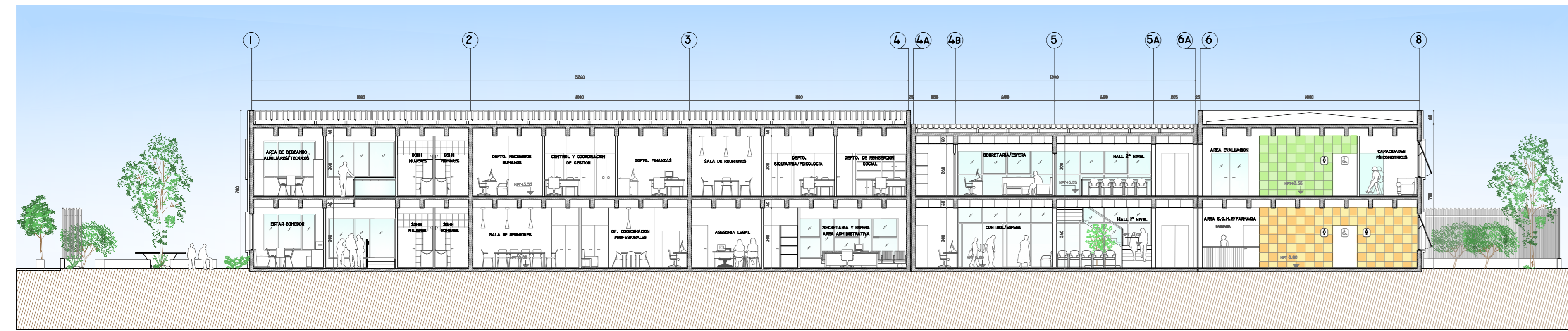


ELEVACIÓN SUR
ESQ. 1/125

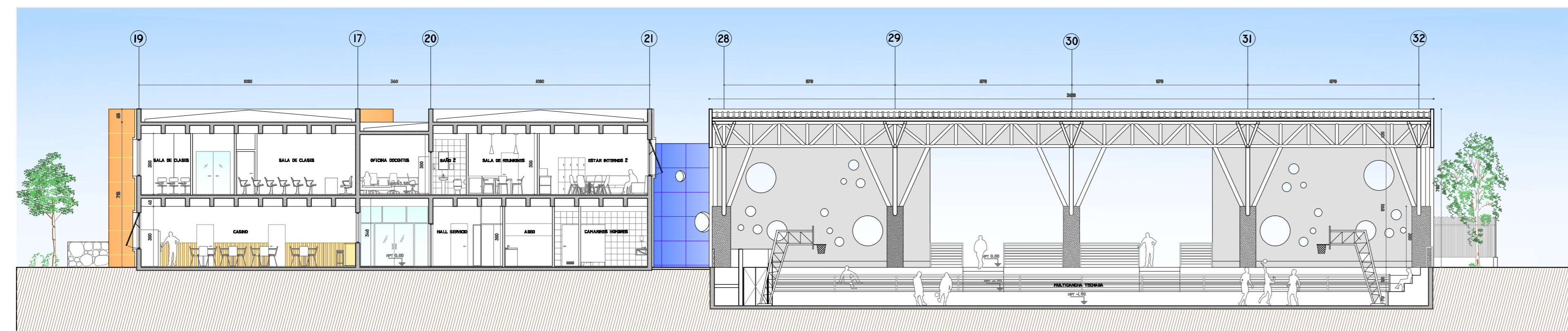


ELEVACIÓN NORTE
ESQ. 1/125

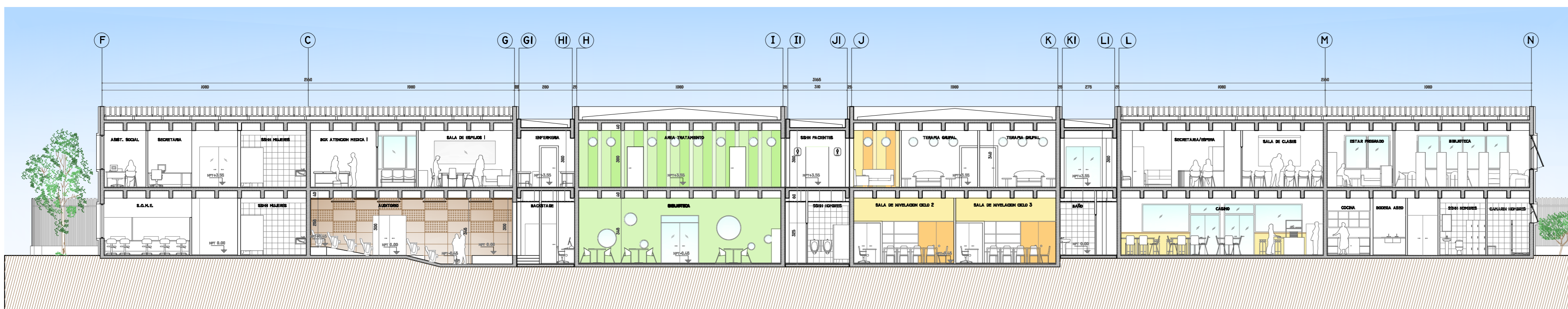
CORTES



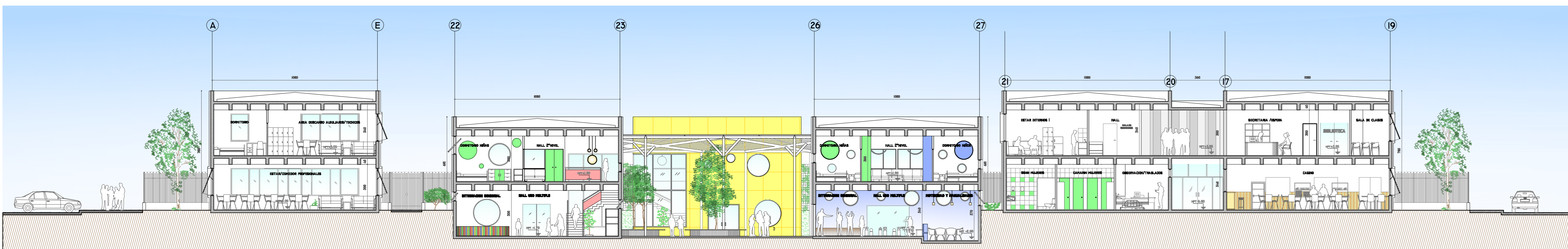
CORTE AA'
ESQ. 1/100



CORTE DD'
ESQ. 1/100



CORTE BB'
ESQ. 1/100



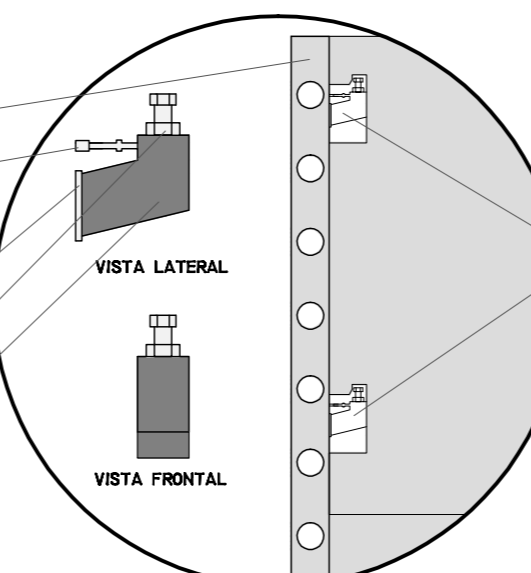
CORTE CC'
ESQ. 1/100

CORTE ESCANTILLON

FORRO FE GALVANIZADO PREPINTADO
PLACA GALVANIZADA EMBALLETADA SOBRE
BARRERA DE VAPOR DE FIELTRO ASFALTICO 15 LB
PANEL DE OSB SOPORTE CUBIERTA E=15 MM
PLETINA DE FIJACION
PANEL ALVEOLAR DE HORMIGON PREFABRICADO E=15CM
COSTANERA ACERO SEGUN CALCULO
VIGA ACERO TRIDIMENSIONAL SEGUN CALCULO
VIGA ACERO SEGUN CALCULO
PLETINA DE UNION SEGUN CALCULO
PLETINA DE UNION SEGUN CALCULO
PILAR TUBULAR INCLINADO D=15 CM
PILAR TUBULAR SEGUN D=15 CM
PILAR TUBULAR SEGUN D=15 CM
PANEL ALVEOLAR PREFABRICADO 7,80M X3,60M E=15 CM
CANTERIA SEGUN DISEÑO DE PANEL
PERFORACION SEGUN DISEÑO DE PANEL
UNION EMPOTRADA SEGUN CALCULO
UNION EMPOTRADA SEGUN CALCULO
PLETINA DE UNION SEGUN CALCULO
MURO H.A. 40CMX80CM

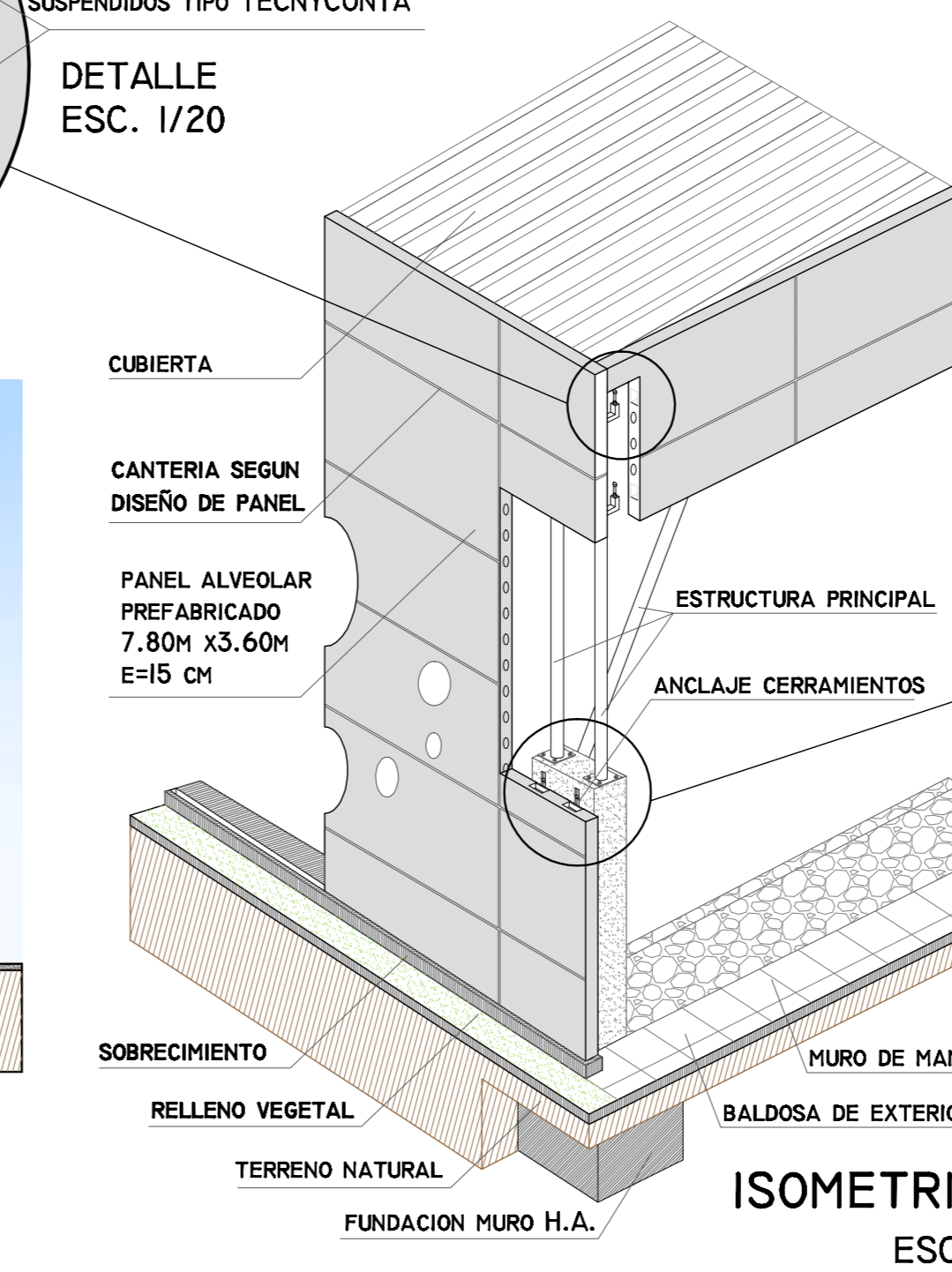
ARCO DE BASKETEOL METALICO
MURO MAPOSTERIA HECHO EN OBRA E=20 CM
BARANDA METALICA HECHA EN OBRA
MURO H.A. E=20 CM
RAMPA H.A. E=10 CM
BALDOSA DE EXTERIOR 50 X 50
MORTERO PARA BALDOSA
RADIER E=10CM
FILM DE POLIETILENO
MURO H.A. SEGUN CALCULO
FILM DE POLIETILENO
MORTERO DE NIVELACION 5CM
RADIER DE HORMIGON 15CM
FILM POLIETILENO
CAPA DE RIPO 15 CM
CAPA DE TERRENO ESTABILIZADO
Y COMPACTADO 40 CM
ZAPATA DE FUNDACION SEGUN CALCULO
EMPLANTILLADO SEGUN CALCULO
TERRENO NATURAL

PANEL ALVEOLAR
PREFABRICADO E=15 MM
PERNO QUIMICO
SOPORTE UNION PANEL
NIVELACION VERTICAL
ALINEACION HORIZONTAL

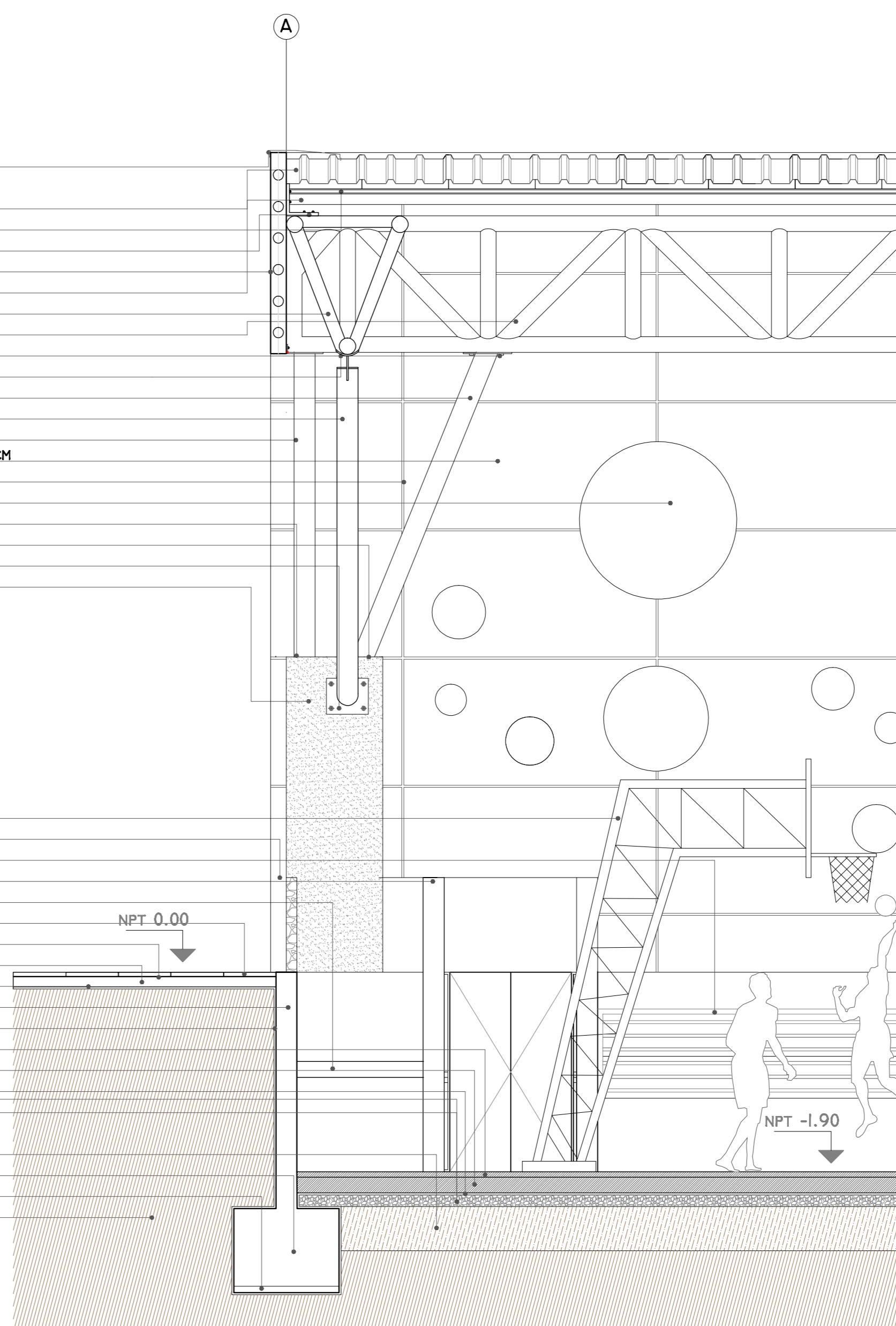


SISTEMA DE SUJECION Y ALINEACION
PARA PANELES HORIZONTALES
SUSPENDIDOS TIPO TECNICONTA

DETALLE
ESC. 1/20



ISOMETRICA MULTICANCHA
ESC. 1/50



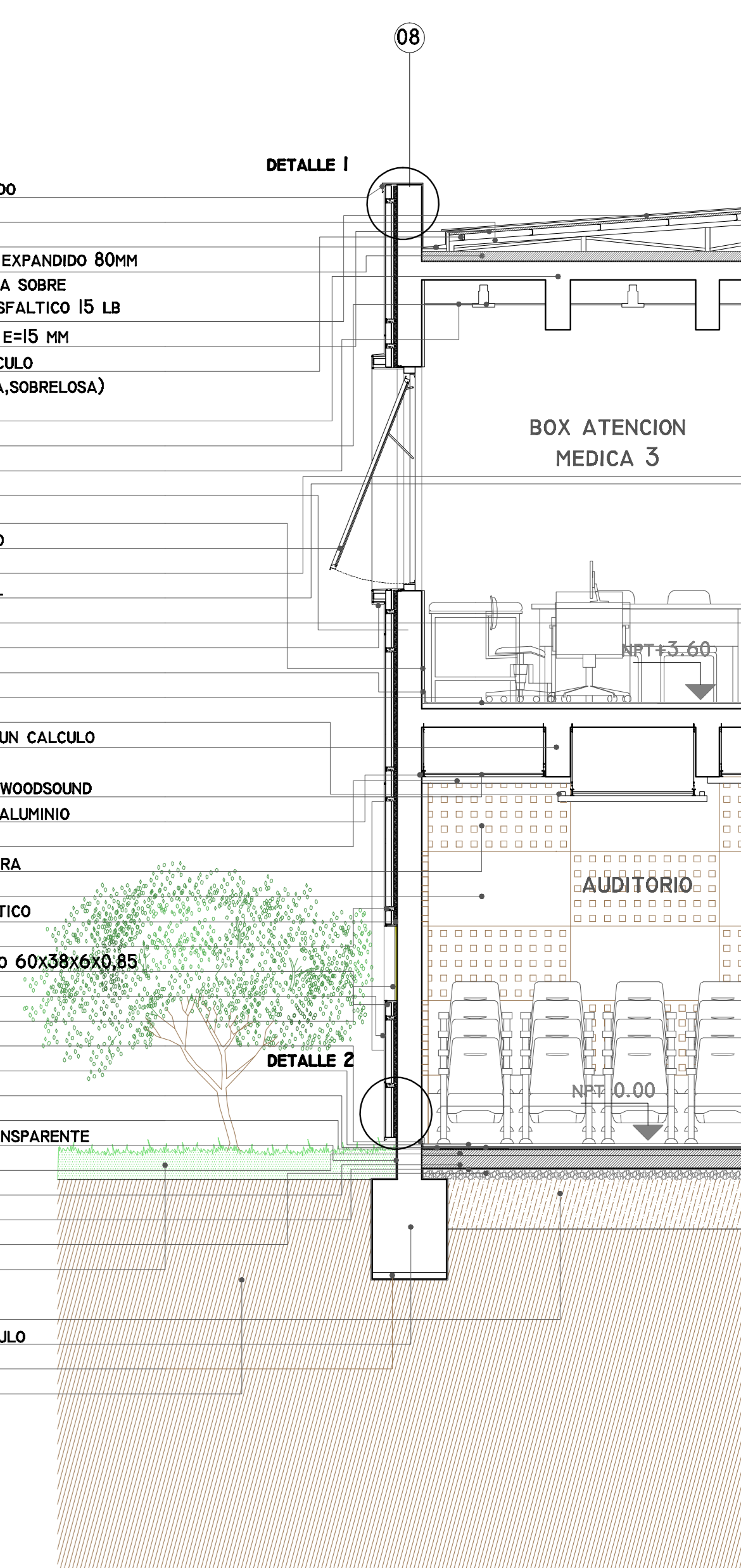
ESCANTILLON EE'
ESC. 1/25

FORRO FE GALVANIZADO PREPINTADO
CERCHA ACERO SEGUN CALCULO
CANAL DE AGUAS LLUVIAS
AISLACION TERMICA POLIESTIRENO EXPANDIDO 80MM
PLACA GALVANIZADA EMBALLETADA SOBRE
BARRERA DE VAPOR DE FIELTRO ASFALTICO 15 LB
PANEL DE OSB SOPORTE CUBIERTA E=15 MM
COSTANERA DE ACERO SEGUN CALCULO
LOSA NERVADA H.A. (VIGUETA,LOSA,SOBRELOSA)
SEGUN CALCULO
FOCO PL-C EMBUTIDO
EMPASTE Y PINTURA
MURO H.A. SEGUN CALCULO
ESTUCO,EMPASTE Y PINTURA
VENTANA DE PROYECCION ALUMINIO
TABQUERIA YESO-CARTON E=10CM
AISLACION TERMICA LANA MINERAL
PERFIL METALCON E=90MM
CORTAGOTERA HECHA IN SITU
GUARDAPOLVOS VINILICO
PISO VINILICO EN PALMETAS
CINTA LED PARA LEE INORRECTA
LOSA NERVADA H.A. (V/L/SL) SEGUN CALCULO

GALGA PERFILERIA ALUMINIO TIPO WOODSOUND
ESTRUCTURA PERFILERIA DOBLE C ALUMINIO
PANEL ACUSTICO LISO MADERA
PANEL ACUSTICO PERFORADO MADERA
PANEL ACUSTICO LISO MADERA
LANA DE VIDRIO + FIELTRO ASFALTICO
ANCLAJE REGULABLE
MONTANTE DE ACERO GALVANIZADO 60X38X60X0,85
PLACA DURABOARD
ESTUCO,EMPASTE Y PINTURA
GUARDAPOLVO MADERA 15X80MM
PISO LAMINADO ESPESOR 8MM
ESPUÑA AUTONIVELANTE 3MM
FILM POLIETILENO 2MM
IMPERMEABILIZANTE TIPO IGOL TRANSPARENTE
MORTERO DE NIVELACION 5CM
RADIER DE HORMIGON 10CM
FILM POLIETILENO
CAPA DE RIPO 8 CM
CAPA RELLENO VEGETAL
CAPA DE TERRENO ESTABILIZADO
Y COMPACTADO 40 CM
FUNDACION HORMIGON SEGUN CALCULO
EMPLANTILLADO SEGUN CALCULO
TERRENO NATURAL

DETALLE 1

DETALLE 2



ESCANTILLON GG'
ESC. 1/25

CLAVO DE IMPACTO 1"
FORRO METALICO
ANGULO DE ACERO GALVANIZADO 35X35X0,85
FIELTRO ASFALTICO
TORNILLO CABEZA HEXAGONAL PUNTA BROCA
ANCLAJE REGULABLE
ADHESIVO DE POLIURETANO TIPO SIKAFLEX 252
MONTANTE DE ACERO GALVANIZADO 60X38X60X0,85
PLACA DE FIBROCEMENTO DURAFRONT 10 MM
AISLANTE LANA MINERAL
MURO H.A. E=20CM

DETALLE 1
ESC. 1/5

CORDON SILICONA ESTRUCTURAL
ANCLAJE REGULABLE
TORNILLO CABEZA
HEXAGONAL PUNTA BROCA
ADHESIVO DE POLIURETANO TIPO
SIKAFLEX 252
MURO DE H.A. E=20CM
MONTANTE DE ACERO GALVANIZADO
60X38X60X0,85
PLACA DE FIBROCEMENTO
DURAFRONT 10 MM
CLAVO DE IMPACTO 1"
HOJALATERIA PERFORADA
IMPERMEABILIZANTE TIPO IGOL TRANSPARENTE

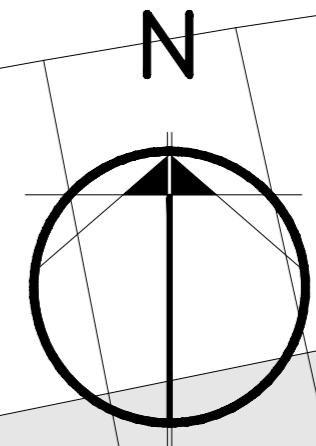
DETALLE 2
ESC. 1/5



PLANTA PRIMER NIVEL
ESC. 1/125

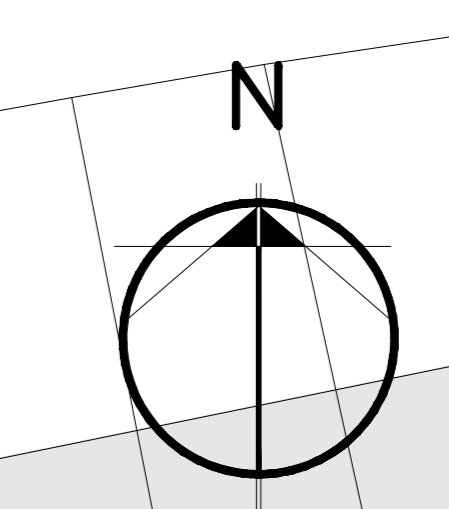


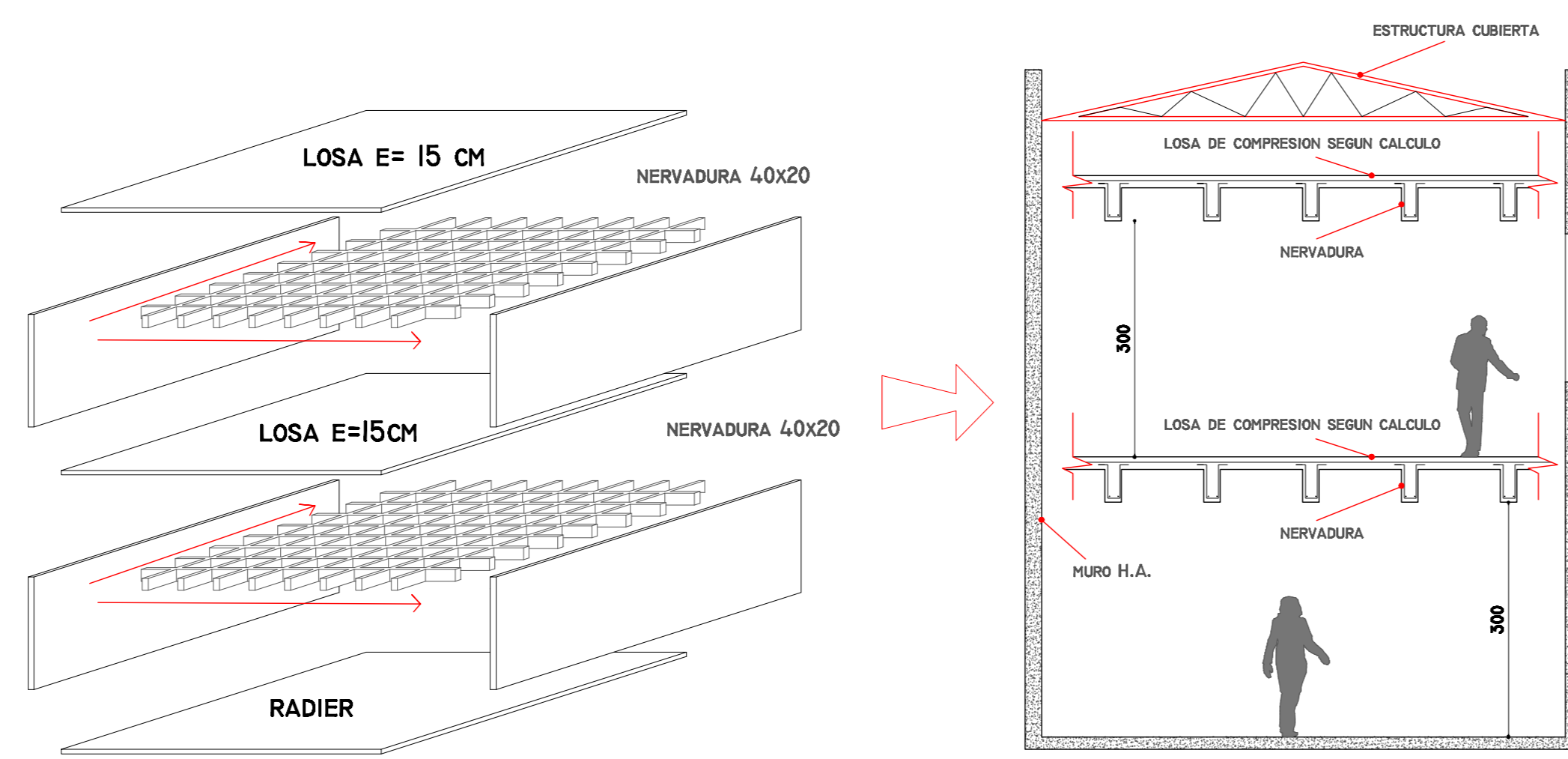
PLANTA SEGUNDO NIVEL
ESC. 1/125



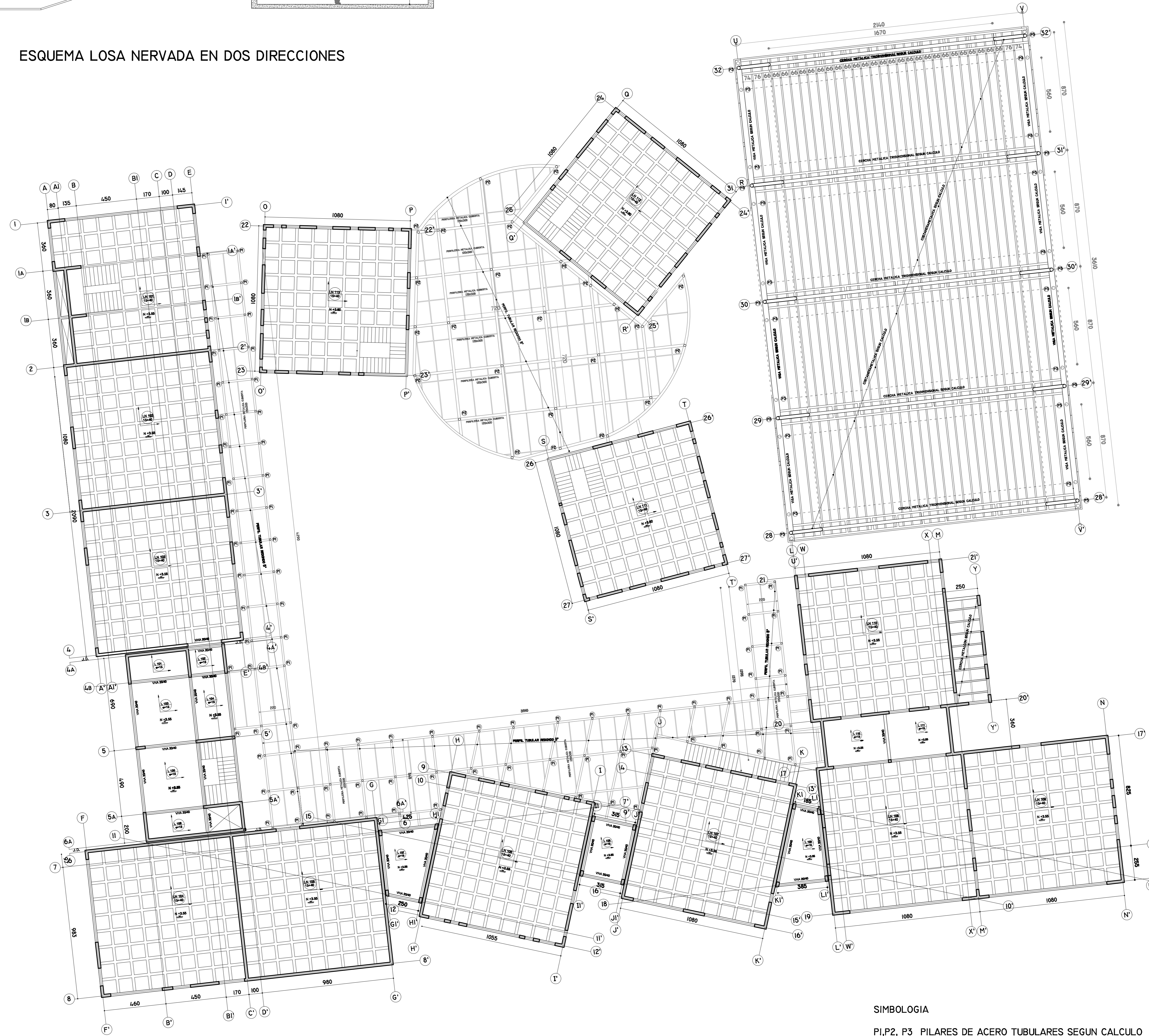


PLANTA CUBIERTAS
 ESC. 1/125



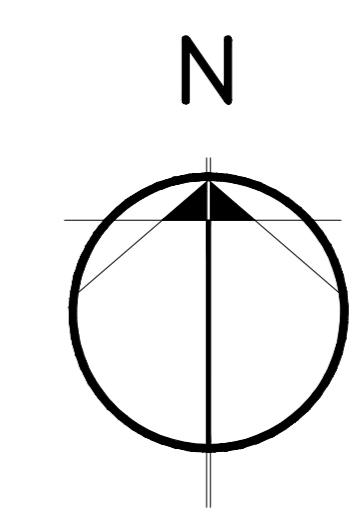


ESQUEMA LOSA NERVADA EN DOS DIRECCIONES



SIMBOLOGIA

- PI, P2, P3 PILARES DE ACERO TUBULARES SEGUN CALCULO
- LN LOSA NERVADA SEGUN CALCULO



PLANTA ESTRUCTURAS

ESC. 1/125