

Universidad de Chile  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo  
Escuela de Arquitectura  
Memoria de Título Junio 2006

**U.P.F.M.C**

UNIDAD PSIQUIÁTRICA FORENSE DE MEDIANA COMPLEJIDAD - REGIÓN METROPOLITANA

Universidad de Chile  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo  
Escuela de Arquitectura  
Memoria de Título Junio 2006

UNIDAD PSIQUIÁTRICA FORENSE DE MEDIANA COMPLEJIDAD - REGIÓN METROPOLITANA

**U.P.F.M.C**

ALUMNO: CAROLINA A. CARRASCO P.  
PROFESOR GUIA: ALBERTO MONTEALEGRE



<b>0. INTRODUCCIÓN</b>	1
0.1 Motivación	4
0.2 Presentación del Tema	6
<b>1.PSIQUIATRIA FORENSE EN CHILE.</b>	10
1.1 Definición y Origen	12
1.2 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Forense	14
1.3 Campos de Acción	18
1.4 Antecedentes Históricos (Departamento Judicial)	20
1.5 Inversión en Proyecto de Psiquiatría Forense	24
<b>2. PROBLEMA Y SUJETO</b>	28
2.1 Definición del Problema y Necesidades	30
2.2 Peligrosidad del Paciente y Medidas de Seguridad	32
2.3 Patologías Psiquiátricas y Peligrosidad	34
2.4 Institucionalización	36

<b>3. PROBLEMA Y OBJETIVO DEL PROYECTO</b>	40	
<b>4. UBICACIÓN DEL PROYECTO</b>	42	
4.1 Demanda hospitalaria forense		44
4.2 Realidad Actual	46	
4.3 Consideraciones para su Ubicación	50	
4.3.1 Consideraciones Integración Urbana		
4.3.2 Integración y Zonificación al Interior del Predio del Instituto		
4.3.3 Propuesta Rol Unidad Forense Mediana Complejidad		
<b>5. ACERCAMIENTO A UNA PROPUESTA ESPACIAL</b>	66	
5.1 Antecedentes y Referentes Arquitectónicos	68	
5.2 Conclusiones – Marco Conceptual – Propuesta	76	
<b>6. UNIDAD PSIQUIATRICA FORENSE MEDIANA COMPLEJIDAD</b>	86	
6.1 Definición Proyecto Unidad Forense de Mediana Complejidad	88	
6.2 Usuarios	90	
6.3 Definición del Programa	92	
6.5 Partido General	98	
6.6 Gestión	109	
<b>ANEXOS</b>	112	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	12	

# INTRODUCCIÓN

## MOTIVACIÓN

El paciente psiquiátrico es un sujeto que tiene una connotación social diferente a lo que normalmente conocemos. Es una persona que ha sido aislada de la sociedad por su deficiencia mental que generalmente va acompañada de problemas físicos y motrices. Es por esto, que el sujeto psiquiátrico es una persona que requiere de mayor preocupación en cuanto a reconstruir su estructura social y sus lazos afectivos, además de encontrar sus herramientas para poder funcionar en sociedad.

La arquitectura, ante los espacios de los “anormales” como son los psiquiátricos, no han tenido como premisa de diseño el desarrollar proyectos más allá de la preocupación por la funcionalidad y seguridad que éstos recintos deben tener. Pero me parece primordial que el objetivo a desarrollar ante esta problemática sea enfocarse en el sujeto psiquiátrico y su real necesidad de reincursión social. Entonces es importante entender al paciente psiquiátrico en todos los aspectos, desde los técnicos médicos, hasta sus sensaciones psicológicas en cuanto al espacio y la institución se los pueda entregar. El arquitecto, deberá satisfacer la paradoja de encierro y libertad mediante la arquitectura fundamentando sus decisiones de diseño en cuanto el sujeto requiera.

**El espacio de terapia debería ser un lugar donde la persona debe desarrollarse en toda su amplitud, tanto capacitacionalmente como creativamente y experiencialmente.**



Hospital de al rashad , bagdad 21 abril 2003.  
Fuente: [www.redcross.int](http://www.redcross.int)

## PRESENTACIÓN DEL TEMA

El espacio para la rehabilitación, debe ser tomado como un desafío multidisciplinario. Si bien es un tema Institucional, que puede tener tantas limitantes como incógnitas, el centro y foco del propósito debe ser siempre el paciente enfermo mental. Por lo tanto, el arquitecto, así como los otros profesionales involucrados con el lugar para la rehabilitación, deben estar atentos a las necesidades y requerimientos que estas personas tienen de este espacio físico, y no solamente en cuanto a la comodidad y habitabilidad, sino también a las posibilidades que de para el desarrollo de una vida y convivencia lo más “normal” posible.

De esta manera, el propósito del proyecto es el desarrollar una infraestructura cuyo orden espacial y habitabilidad sea acorde a los estándares contemporáneos de rehabilitación, respetando los elementos técnicos y mecánicos del sistema hospitalario. Es importante también, establecer la relación interior / exterior del proyecto, ya que éste tipo de construcciones, que albergan a aquellos que han sido rechazados por ser “diferentes”, se han perfilado, en la memoria colectiva, como lugares sombríos y tenebrosos. Dar cabida a estos sujetos en la sociedad es fundamental, la reincisión es la base para su mejora, por eso, en primera instancia, es necesario romper con los estigmas. En el cuerpo material del edificio, se construye una imagen que es decidora tanto para los propios internos, y la concepción que tienen de sí mismos, como para la idea, que tiene de ellos, el resto de la comunidad.



Sobre el espacio de clínico, de terapia e investigación, participa también un requerimiento esencial y complejo; la seguridad. El edificio debe presentar normas de seguridad básicas para que los pacientes no se agredan, no agredan a los otros y así evitar accidentes. Frente a la influencia de la calidad del espacio que se habita, en la tranquilidad del espíritu y el control de las emociones, es preciso que la solución espacial deba traducirse en un lugar seguro y controlado, pero donde la persona pueda capacitarse y desarrollarse.

### **Paradoja tratamiento y encierro. Cambio de paradigmas ante la idea del psiquiátrico.**

El encuentro con el tema desarrollado no fue fortuito, es el resultado de una búsqueda por desarrollar un proyecto que contuviera una problemática real, y en el que la cualidad del usuario tuviera primordial importancia para el desarrollo del diseño arquitectónico del proyecto.

Así surge este tema, que plantea una situación compleja, en la que están involucrados diferentes actores tanto del gobierno como de instituciones públicas y que involucra directamente a un sujeto que se puede decir “anormal”, porque ha perdido los lazos con la realidad y ha llegado a traspasar las normas sociales, transformándose en una persona a la que se le reniega y recluye.

¿Qué pasa con aquellas personas que han cometido algún delito o crimen bajo circunstancias que han alterado su discernimiento y juicio? Si no es un “manicomio”, si no es una “cárcel”, ¿Dónde van a parar aquellos “locos” que han cometido algún delito? Ellos, al igual que cualquier ciudadano



normal, deben pasar por el proceso judicial, aquel que se inicia en el “Foro Romano” \* que hoy en día es aplicado por la justicia de cada país

La aparición legal del sujeto enfermo mental tuvo considerable implicancia desde a perspectiva legal. Al imputado se le excusa del castigo judicial, por que se entiende que la enfermedad mental que padece lo priva de lucidez frente a su acto delictivo. Sin embargo, por el peligro que representa y su necesidad de tratamiento médico, se le recluye en la Unidad de Psiquiatría Forense.

El problema es que, en Chile, esta unidad no tiene un lugar físico adecuado. En la actualidad se encuentra en un edificio aledaño a las dependencias del psiquiátrico, que no presenta las características básicas para satisfacer las necesidades para una internación medica adecuada y los requerimientos de seguridad y control interno, y es más, se podría decir que produce un impacto negativo en la rehabilitación y convivencia de los pacientes, y en el desarrollo del trabajo médico e investigativo.

El propósito de éste proyecto será encontrar los fundamentos primordiales para definir cómo debe ser un edificio de Psiquiatría Forense y qué características debe poseer. Para esto, se pretende entender el problema

---

\* Forense es un término derivado de Foro Romano. Se refiere al lugar donde juzgan por medio de pruebas testificales. Específicamente Psiquiatría Forense evalúa en términos psiquiátricos al individuo en cuanto a su peligrosidad y lucidez al momento de cometer el delito. Y en una etapa posterior a la sentencia se encarga de la terapia del sujeto derivado por la justicia a ésta unidad psiquiátrica. Cit. Entrevista a Loreto Aldunate, Psicóloga Universidad Diego Portales, master Psicología Clínica Legal y Forense 2005-2007 Universidad Complutense, Madrid, España.

legal y médico, con sus variables de seguridad y terapia, bajo la concepción de la reclusión provechosa para el sujeto y su reincursión social, que es el punto focal del desarrollo de la perversión a la normalidad.

Para llegar a una base de diseño, se realizaron entrevistas a pacientes, psiquiatras, enfermeros, jueces y guardias. Con éstas se hicieron evidentes las paradojas que definen este tema; el psiquiátrico Forense es la mezcla de dos realidades distintas, no contrarias; el psiquiátrico en sí tiene la necesidad de la eficiencia de una organización central con la necesidad a la vez de la libertad y descentralización para la ambientación del paciente, dentro del tema de la rehabilitación es importante evaluar al sujeto en su contexto inmediato y su ambientación, además de la iluminación, la materialidad, la organización etc. El término Forense nos lleva a evaluar el tema del control y la seguridad, además de la evaluación medica constante en función de la justicia.

No sólo se intentará establecer los elementos y necesidades funcionales, sino a la vez intentar aportar por una postura más liberadora en la imagen y habitabilidad del sujeto “psiquiátrico forense”. Pensado en la contención, tratamiento y rehabilitación de las personas puestas a disposición de la justicia y la medicina. El proyecto no deberá ser represivo por lo que el sujeto no es culpable de su cargo, y si se subraya la necesidad de rehabilitación para una futura libertad. No es de paso ya que se enfoca al tratamiento cotidiano por un largo periodo de tiempo, pero es liberador ya que debe aportar las herramientas necesarias para que la persona pueda reintegrarse a la sociedad con libertad y capacidades sociales.



# 1 - P S I Q U I A T R I A F O R E N S E E N C H I L E





Pasillo Psiquiátrico Forense de Alta Peligrosidad, Putaendo.  
Fuente: Salvat Net, 22 de Octubre 2005

“La psiquiatría legal, comúnmente llamada psiquiatría forense, es la aplicación de la psiquiatría en asuntos legales y con fines legales. La psiquiatría, es una rama de la medicina que tiene como objetivo el conocimiento de la patología mental (...) por lo tanto, la psiquiatría forense tiene como objetivo de estudio al hombre enfermo mental (que haya cometido delito o necesite protección judicial) en función de la justicia.” \*

Para la justicia, la responsabilidad legal de un imputado, en primer término, se determina por el estado mental de éste. Existen dos condiciones que se ven alteradas con una enfermedad psiquiátrica: la conciencia o discernimiento, que da noción del bien y del mal, y la libertad de los actos o voluntad, que permite escoger entre el bien y el mal. Toda persona que ha cometido algún delito, pero presente privación de alguna de estas condiciones, es absuelta por el Juzgado de Garantía, considerando que los actos del imputado fueron efecto de la enfermedad mental que padece.

Sin embargo, el sujeto no deja de ser un potencial riesgo para la sociedad y para él mismo, que requiere ser internado con algún sistema de custodia y, lo que es más importante, que debe seguir un tratamiento psiquiátrico. Anteriormente, estas personas eran derivadas a unidades especiales dentro de las cárceles que comúnmente se les llamaba “lugar de los anormales”, donde no se contaban con los recursos médicos y de infraestructura para la rehabilitación. Era primordial desarrollar un

\* Cit. TELLEZC, KOPPMANNA, ARAVENA O. Psiquiatría Forense. Revista de Psiquiatría. 33(1-2); 1996

destino que integrara salud y custodia, al mismo tiempo de poseer las características de habitabilidad que permitieran la recuperación.

De esta manera se gesta la **Unidad Psiquiátrica Forense**, que se constituye como un organismo auxiliar del Ministerio de Justicia, a cargo de la internación, custodia y tratamiento de estas personas y asesora a los órganos judiciales, sobre el seguimiento y la evaluación de un paciente, a través de informes al juzgado.

La existencia y desarrollo de la psiquiatría es más reciente que el de las ciencias jurídicas, y el integrarla dentro del proceso de evaluación de la justicia, ha sido fundamental ya que se ha logrado un entendimiento más global del hombre y de el análisis de las conductas transgresoras de las leyes sociales, haciendo el proceso más flexible y más humano. La psiquiatría forense se ha desarrollado desde hace 100 años pasando por diferentes filosofías desde las etapas más castigadoras y represivas, hasta las actuales, donde se intenta ver al criminal enfermo mental como uno más dentro de los casos psiquiátricos comunes y de mayor complejidad en su reinserción social por cuanto el daño y la imagen social que representan sus delitos.

## PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA FORENSE

*Salud mental está ligada a la salud física y al bienestar social, y es por esto que es necesaria para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países.*

OMS. Organización Mundial de la salud

*Salud mental es “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades “Además se define como un estado de bienestar donde los individuos se reconocen sus habilidades, y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.”*

OMS

Fotografía, Fotoamérica  
Fabiola Barrientos



La salud mental en el mundo es un problema de actual importancia, se calcula que alrededor de 450 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad mental\*.

En Chile el problema no es menor, incluso se ha comprobado la pérdida de un 15% de los años de vida de quienes padecen este tipo de enfermedades.

El estado ha planteado reformas en los planes de salud como estrategia para disminuir factores de riesgo social. Sobre éste tema, la Dra. López, jefa de la Unidad de Salud Mental del Ministerio destacó, en la Asamblea Mundial de la Salud número 54 del año 2001, que en las enfermedades mentales, se hacen patentes los problemas de la sociedad en cuanto a las “inequidades y la discriminación que la pobreza, la segregación territorial, el género, la etnia, la edad y la orientación sexual, imponen a la población”\*\*. Es por esto, que uno de los enfoques y terapias que se encuentran actualmente en desarrollo, es la estimulación de las redes psiquiátricas **(A1)(A2)** en cuanto a la eficacia que representan para la terapia y la rehabilitación del paciente.

Aparece dentro de este nuevo plan, un modelo de **Terapia Comunitario** que, junto con el desarrollo de nuevos psicofármacos y los últimos conocimientos sobre estas enfermedades mentales, han contribuido a

\* Fuente: MINOLETTIA. ZACHARIAA. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.33(1-2); 1996

\*\* Cit. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES GOBIERNO DE CHILE. Chile Reitera Prioridad de la salud Mental..



desarrollar modelos terapéuticos más abiertos a la sociedad, ya que integran a usuarios y familiares, y que han resultado más efectivos.

Sus objetivos son tanto diagnósticos como terapéuticos e intentan, por un lado, activar el potencial de los pacientes en grupo, en lo concerniente a responsabilidad, trabajo y organización, además de estimular conductas específicas que permiten el incremento de las capacidades del paciente, lo que se traduce en la mejora de su potencial adaptativo y su posterior reincursión social. Basado en la teoría conductual, se suma el trabajo de las ansiedades y fantasías del paciente frente a la idea del alta, estimulando el fortalecimiento del juicio de realidad, en una actitud más activa con respecto a su posterior integración a la sociedad.

“Gracias a las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, en Chile, se ha venido adoptando, paulatinamente el modelo comunitario, considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico. Los resultados obtenidos, mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria, han demostrado que los factores biológicos explican sólo parcialmente la etiopatogenia (razón o causa) de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psico-sociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes” \*

Este modelo comunitario logra entender el proceso de terapia más allá de la enfermedad misma, comprendiendo las causas que la provocan y enfocándose en la integración social de quienes lo padecen, para esto determina áreas geográficas para una coordinación integrada de estrategias comunitarias y participativas.

### **Sistema Nacional de Psiquiatría Forense**

Este sistema, establecido en 1999, brinda atención, ya sea mediante tratamiento o a través de programas de reinserción laboral y familiar, a las personas sobreseídas o absueltas judicialmente por padecer de alguna enfermedad mental.

Las prestaciones de tratamiento y de rehabilitación a las personas que no representan un peligro para la comunidad se realizan mediante programas ambulatorios de psiquiatría forense en instalaciones dentro de la red de salud mental y en hogares protegidos pertenecientes a los servicios de salud. El tratamiento de las personas que sí presentan algún grado de peligrosidad se realiza en la Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad —que es una unidad de referencia nacional, que en la actualidad cuenta con 20 camas— o en alguna de las dos unidades de psiquiatría forense de mediana complejidad—que son unidades de referencia regional, con 60 camas de capacidad.

---

\* cita: World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003. En: Revista Panamericana [en línea]

Hasta 1998, la lista de espera para recibir tratamiento era de alrededor de 120 personas, sin embargo, la creación de estas unidades permitió reducir esta cifra a una cuarta parte. En la actualidad, alrededor de 70 personas sobreseídas ingresan anualmente en las unidades de psiquiatría forense, mientras otras 300 reciben tratamiento ambulatorio y 85 viven en hogares protegidos.

La Comisión Ministerio de Salud, del Colegio Médico de Chile, elabora un documento denominado “Desarrollo de un sistema nacional de psiquiatría forense” en el cual se pretende establecer las bases para asegurar una atención oportuna, expedita y digna para estos pacientes.

Junto con esto, el nuevo Código Procesal Penal, en sus artículos 458 y siguientes, precisa y aumenta los derechos que, a favor de estas personas, contenía el antiguo Código Procesal Penal, regulando precisamente la situación de estos sujetos que cometen un ilícito penal padeciendo de una enfermedad mental.

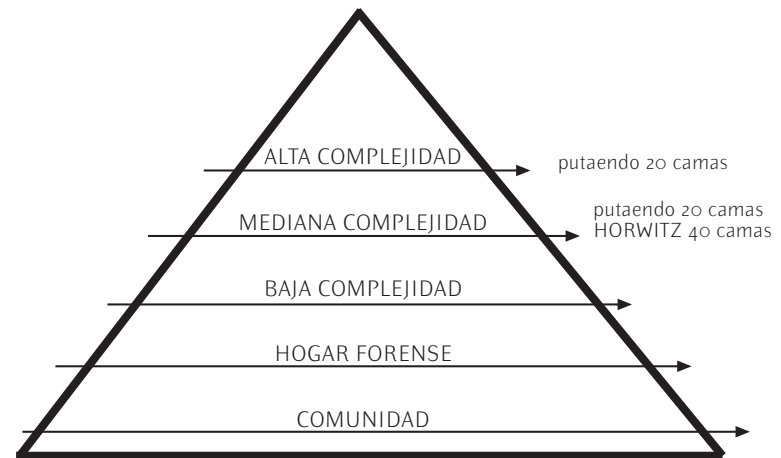
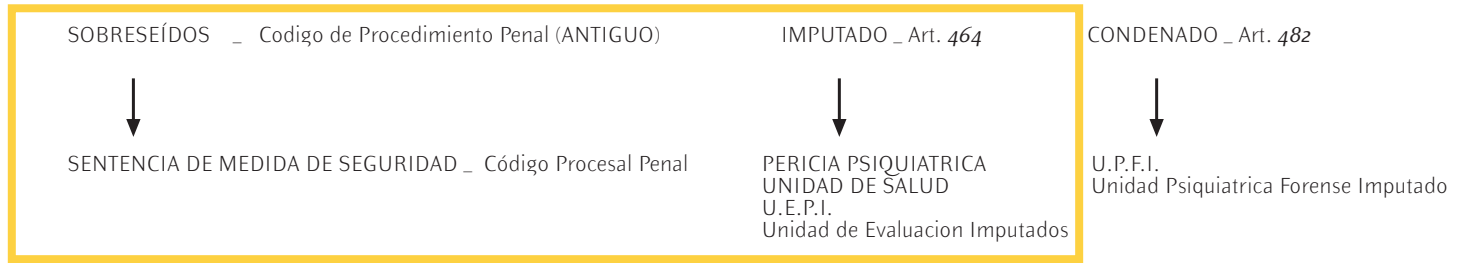
A pesar de los innumerables avances, el sistema se encuentra colapsando, ya que no se han establecido adecuadamente las diferencias entre las unidades Forenses de Tratamiento y las unidades de Evaluación psiquiátrica de Imputados.

Las personas “imputadas” están en proceso de evaluación psiquiátrica, lo que dura alrededor de dos semanas y más del 80% de ellas no padecen de enfermedad mental aunque el fiscal así lo justifique. Por esta causa el edificio que en la actualidad alberga estas unidades no da a vasto y no logra cubrirse la demanda de internaciones forenses, lo que conlleva grandes dificultades.

Es preciso generar nuevas dependencias especializadas para el plan nacional de Psiquiatría Forense, que se incluyan en la red de psiquiatría nacional y que posean la capacidad para recibir a todos sus usuarios, cubriendo sus diferentes requerimientos, tanto en seguridad como en tratamiento.



PSIQUIATRIA FORENSE



# CAMPOS DE ACCIÓN

CRIMEN

JUICIO → CULPABLE CARCEL

↓  
SOSPECHA ENFERMEDAD MENTAL

Peritaje - Custodia  
Test Psicológicos Y  
Neuropsicológicos  
Entrevistas Psiquiátricas  
Laboratorio  
Exámenes Psicométricos  
OBSERVACIÓN

↓  
PERITAJE  
PSIQUIATRICO

→ SANO CARCEL

↓  
ENFERMO MENTAL  
Sin responsabilidad ante el delito

↓  
CENTRO SALUD  
HOSPITAL O C. PSIQUIATRICO

→ ALTA COMPLEJIDAD

Dormitorios  
Areas Comunes Recreativas  
Diagnóstico  
Tratamiento (Fármacos)

CUSTODIA  
TERAPIA  
REHABILITACIÓN

→ MEDIANA COMPLEJIDAD libertad

Dormitorios  
Areas Comunes Recreativas  
Diagnóstico  
Tratamiento (Fármacos)  
Tratamiento Capacitación  
Tratamiento Rehabilitación

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS



Retrato Internos Hospital Putaendo  
Paz Errázuriz

La enfermedad mental, y más aún el paciente psiquiátrico, se definió o se conoció en el mundo como tal a mediados del siglo XVIII\* y desde siempre a sido considerado como un fenómeno oscuro, aterradorante, inexplicable y amenazante para la sociedad.

Muchos discrepan de las condiciones precisas que llevaron a diferenciar a los “locos “ de los otros condenados e “infames de la sociedad” \*\* pero era clara la intención, en un primer momento, de eliminar la “plaga” y llevarlos lejos, encerrarlos y contenerlos en condiciones que no alcanzaban los estándares mínimos de habitabilidad. El asilo era entonces, el sitio donde aquellos eran contenidos y sus herméticos muros dejaban a la imaginación las atrocidades que en su interior existían.

Estas instituciones reflejaban en su estructura y disposición arquitectónica todos los prejuicios sobre el enfermo mental. Muros altos y cerrados, doble protección con rejas para impedir la fuga y proteger a la ciudad de la peste que sería la locura, cadenas y grilletes para encadenarlos a las paredes y en los patios centrales \*\*\*. Aparatos de contención que terminaban siendo más de represión y tortura, piezas y lugares húmedos

\* CORDERO Martin. GPD Unidades de Hospitalización Corta Estadía. Notas sobre la historia de la psiquiatría.

\*\* N. del A. Definición con la que se refiere Foucault en el libro “La Vida de los Hombres Infames”, integrando entre ellos a los pobres, deformes físicos, criminales y locos.

\*\*\* N del A. Aún se puede ver en el Instituto Psiquiátrico, donde hace menos de 4 décadas la acción de engrillar y castigar en los patios centrales era un acto común..

y sombríos sin ventanas, con la intención de “calmar”\*. Se veía al enfermo mental como un animal, incontrolable y sin razonamiento, incapaz de sufrir o sentir hambre, frío, dolor. Estos edificios asilo-prisión eran diseñados para el castigo y la intimidación.

Existe un primer antecedente, en la ciudad de York en 1796\*\*, del cambio de la imagen del enfermo mental que se tenía hasta ese momento. A raíz de los maltratos sufridos por pacientes de alta alcurnia, sus familiares decidieron construir su propio asilo, que albergó a pobres y a ricos. Este primer centro pretendía ser un hogar en el que los pacientes fueran tratados como personas con capacidad de decisión y cooperación, que tuvieran cuidado permanente, con constante estimulación, se exigía del personal benevolencia, altruismo y familiaridad y que los pacientes debían ser vistos cada hora.

El diseño arquitectónico tuvo los siguientes requerimientos: Debía ser un centro de capacidad reducida, para 100 a 120 personas, situado en un lugar en el que el paciente disfrutara del aire fresco y la naturaleza, ya que ésta ayudaría a limpiar la mente de las fantasías mórbidas, cuyas formas y colores fueran agradables a la vista, que permitiera la posibilidad de cambiar de espacios para apreciar nuevos escenarios, donde se permitiera la libertad, recreación y estimulación espiritual y donde no existieran las cadenas, los castigos, ni espacios cerrados y oscuros.

Este modelo de “tratamiento moral”, como se le llamo en su época, fue recibido hostilmente por la comunidad médica por la exclusión que, en

---

\* CORDERO Martin. GPD Unidades de Hospitalización Corta Estadía. Notas sobre la historia de la psiquiatría.

\*\* CORDERO Martin. GPD Unidades de Hospitalización Corta Estadía. Notas sobre la historia de la psiquiatría.

aquellos lugares, se hacía a estos profesionales. Esto generó una pugna por lo que creían su derecho, el ser la única palabra autorizada sobre el tema del tratamiento y cuidado del enfermo mental.

### **Lugares en Chile para el Tratamiento de la Locura**

En Chile en 1852 se funda la primera Casa de Orates, llamada Nuestra Señora de los Ángeles, ubicada en el barrio Yungay que, por falta de instalaciones suficientes, se traslada en 1958 al actual lugar del INSTITUTO PSIQUIATRICO JOSÉ HORWITZ BARAK, que se ubica en la calle Olivos en el barrio Recoleta. Este edificio no logra disimular el caos espacial y de habitabilidad que sufren los internos y quienes trabajan ahí; los espacios deben responder a múltiples propósitos como ser sala de recreación, clases, almuerzo y deporte, aunque en realidad no posea las características para ser ninguna de ellas. Además, resulta una mezcla de asilo y prisión, que promueve el carácter correccional y reglamentario propio de una institución de castigo a través de la intimidación.

“El Asilo resultaba ser entonces, el sitio donde aquellos socialmente impredecibles eran contenidos: si no se podía saber qué harían, los muros de la Institución aseguraban dónde se haría” \*\*\*. Por otra parte, la casa de Orates tuvo un crecimiento tal, de 30 a 100 pacientes que se transformó en un lugar de hacinamiento de pacientes crónicos casi sin posibilidad de rehabilitación. En una habitación de 3 x 4

---

\*\*\* CORDERO Martin. GPD Unidades de Hospitalización Corta Estadía. Notas sobre la historia de la psiquiatría.

metros dormían 17 pacientes, sin cama y sobre paja colocada sobre el asfalto \*. Esta situación se agravaba aún más debido a la falta de recurso humano para el cuidado y control, por esto, se tomó como mecanismo de vigilancia, el encerrarlos la mayoría del tiempo así, la casa de Orates, se transformó en una Cárcel para locos.

En 1920 ya con 1700 plazas, la casa de Orates fue diferenciada en 3 sectores:

1. Hospital Psiquiátrico, para ingresos voluntarios y de observación
2. Manicomio, para alienados peligrosos y antisociales,
3. Asilo de Temperancia, para alcohólicos y toxicómanos.

A finales de los años 30, contaba con una Unidad de Urgencia y tres servicios para pacientes agudos. Desde esta época todo lo correspondiente a la Clínica Universitaria de Psiquiatría (manejado por la escuela de medicina de la Universidad de Chile), dentro de la Casa de Orates, comenzó a ser llamado Manicomio Nacional.

Muchos fueron los intentos de construcción e implementación de espacios adecuados para el tratamiento de los enfermos mentales por parte de los institutos, médicos y gobierno. En 1894 se inicia la construcción de un centro en el sector oriente de la ciudad pero, una vez concluida la obra, es ocupada por unidades del ejército. En 1927 se separa el área docente de la casa de Orates. En 1929 la “Junta de Beneficencia”\*\*

\* MEDINA Eduardo. De Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. [en línea]. Revista de Neuro-Psiquiatría. v.39 En.Santiago ene. 2001

\*\* Dependencia estatal creada en 1891 para la administración de los hospitales públicos Op cit. MEDINA Eduardo. De Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico. [en línea]. Revista de Neuro-Psiquiatría. v.39 En.1º Santiago Ene. 2001

decide, a raíz de un incendio, construir una segunda Casa de Orates en los terrenos del Hospital del Salvador.

Finalmente, el paso de Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico se da en 1956, cuando las antiguas dependencias de pacientes agudos son reemplazadas por las modernas, lo cual no sólo mejora el entorno hospitalario sino también permite una atención más profesional de los pacientes según el modelo médico convencional. Estas nuevas construcciones surgen luego de todo un proceso de cambio y, sin variaciones importantes, son las que se utilizan hasta el día de hoy.

#### **Unidad de Tratamiento de Pacientes con Conflicto con la Justicia**

En el año 1885 comienza la necesidad de segregar a los pacientes de acuerdo a procesos judiciales, se crea un albergue transitorio para presuntos enajenados mentales comunes o con problemas delictivos, mientras se resolvía la justificación técnica de ingreso como pacientes. Al año siguiente, aparecen las primeras disposiciones legales que rigen a los enfermos mentales en el país que se aprueba por el Congreso Nacional, el segundo de sus seis títulos trataba de “la salida de personas detenidas en asilos de locos”.

En 1901 aparece un registro del ingreso del primer paciente con problemas judiciales en el año 1877. Sin embargo no se menciona la existencia de una sección especial para su tratamiento.

En 1927 se promulga el decreto nº 68 del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que tenía por fin la organización de los Servicios de Salud Mental, e indica que se deben crear “pabellones especiales y



adecuados para el funcionamiento de los asilos de temperancia para enfermos que se hallaren sometidos a la acción de la justicia”.

Según testimonios de funcionarios jubilados que trabajaron en el hospital, la unidad judicial del hospital habría comenzado a funcionar a fines de la década del cuarenta.\*

Hasta esos momentos habría funcionado en Santos Dumont, en terrenos anexos a la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Los 140 pacientes eran asistidos por personal del servicio hospitalario y de prisiones.

La vida de los pacientes era deplorable. Dormían en colchones de paja al igual que lo hicieron los pacientes del manicomio años antes. El objetivo de ésta unidad era el castigo y la intimidación, los electroshock eran una práctica común. No existían talleres ni actividades de rehabilitación ni de recreación, salvo un taller de carpintería habilitado por el servicio de prisiones.

En 1975 la unidad traslada sus dependencias al interior del Instituto Psiquiátrico coincidiendo con el cambio del Servicio de Prisiones a Gendarmería de Chile. Desde ese momento se crea el departamento judicial n° 4 de mujeres, con 20 pacientes, y el departamento judicial n° 2 de hombres, con 120 pacientes, área muy pequeña que obligaba a vivir en un terrible hacinamiento.

A partir de la década del 80, el servicio judicial del hospital pasa a llamarse servicio “B”, a cargo de 4 médicos con enfermería, asistente social y terapia

ocupacional. Se propone como objetivo brindar atención médica psiquiátrica a todos los pacientes y demandar la libertad de los enfermos a la autoridad judicial que decretó su internación.

A raíz del terremoto de marzo de 1985 y debido a fallas estructurales de las unidades del departamento “B”, deben abandonar el edificio y hospedarse en las otras dependencias del psiquiátrico. La corte suprema acuerda que todos los pacientes de este departamento son responsabilidad de la cartera de Salud y no requieren custodia. Desde este momento, comienza a disminuir las medidas de seguridad y reducir el número de gendarmes pasando desde un sistema custodial a un sistema de puertas abiertas de libre acceso.

Desde 1986 el departamento se traslada a una casa en Av. La Paz, que ocupaba antiguamente el servicio de psiquiatría infantil donde funciona hasta la fecha.

Actualmente el departamento se denomina Unidad Psiquiátrica Forense de mediana complejidad y es de referencia regional. Pero tiene una alta demanda por parte de pacientes que ingresan a ser evaluados y que aún no son absueltos de sus causas porque están en proceso. Esto hace necesario desarrollar un proyecto que separe ambos sectores y cada uno con sus medidas de seguridad correspondientes.

---

\* ALVARES, ORTIZ, ESPINOZA, PARADA, OCAMPO, RUIZ. Proceso terapéutico en departamento Judicial, Servicio “B” del Instituto Psiquiátrico Dr. Jose Horwitz Barak.

## INVERSIÓN EN PROYECTOS DE PSIQUIATRÍA FORENSE \*

En Chile, el sistema de salud es mixto, aunque predomina el sector estatal que es el que atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades. El organismo coordinador del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el Ministerio de Salud, que cumple funciones rectoras y normativas y tiene a su cargo 28 servicios de salud descentralizados territorialmente. Su organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como un proveedor de seguro público de salud. En respuesta al grave deterioro en que se encontraba el sector de la salud a fines de la década de 1980, debido a la reducción del presupuesto estatal de salud en el período de 1973 a 1989, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. El aumento promedio del gasto público en salud en el período 1989–2000 fue de 8,1%, superior al promedio del sector social, que fue de 5,4%. Durante la década de 1990, el gasto en salud estuvo concentrado en el segmento más pobre de la población, estrategia que se ha reflejado también en la asignación de más recursos para la atención de los problemas de salud mental de la población.

Los cambios en los indicadores de salud, en la cantidad de recursos y en el número de actividades realizadas en los últimos años han sido grandes y positivos y han ubicado a Chile a la vanguardia de la Región

---

\* MINOLETTI A. ZACHARIA A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. [en línea]. Revista Panamericana de Salud Pública. [en línea] <http://www.scielosp.org>

en este tema, con logros reconocidos internacionalmente. Como consecuencia de la transición demográfica, la esperanza de vida al nacer de los chilenos es actualmente de 76,7 años y la tasa de mortalidad general es de 5,74 por 1.000 habitantes. Sin embargo, se debe destacar que el suicidio es la séptima causa de muerte en hombres, con una tasa de 16,8 por 100.000 habitantes.

Dado el cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena, se hace cada vez más importante mejorar la calidad de la vida y reducir las enfermedades que producen discapacidad que son, en primer lugar, los trastornos mentales y del comportamiento. Una gran parte del absentismo y de la disminución del rendimiento laboral, así como del aumento en el número de accidentes, enfermedades físicas y muertes prematuras, se relaciona con los trastornos mentales.

La puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere, en primer término, de nuevos recursos y, de manera secundaria, de la reorientación de los fondos existentes. El plan propone incrementar el presupuesto destinado a la salud mental entre 0,5 y 1,0% anual a partir del presupuesto general de salud, de manera que el aumento alcance el 5% de dicho presupuesto en 5–10 años. Esta propuesta se fundamenta en el impacto que tiene la promoción, la prevención, la detección y el tratamiento oportunos. Además, representan un gran ahorro por la reducción de los tratamientos prolongados —de mayor costo—, de licencias médicas, servicios de rehabilitación y servicios de apoyo social.

Por otra parte, en Chile, la distribución geográfica de los recursos, tanto humanos como de infraestructura, muestra desigualdades e inequidades, con una marcada concentración de psiquiatras en los servicios de salud

que cuentan con hospitales psiquiátricos (Aconcagua, Valparaíso, Metropolitano Sur y Metropolitano Norte) y en el de Iquique.

Para el diseño y puesta en marcha del sistema nacional de psiquiatría forense, iniciado a fines de 1998, participan los siguientes actores:

Justicia:

- Ministerio de Justicia y secretarías regionales
- Servicio médico Legal
- Gendarmería
- Servicio Nacional de Menores (SENAME)
- Poder Judicial
- Corporación de Asistencia Judicial.

Salud:

- Ministerio de Salud y Secretarías Regionales
- Comisión nacional de Psiquiatría Forense
- Direcciones de los Servicios de Salud
- Equipos de Salud Mental y Psiquiatría ambulatoria
- Unidades de Psiquiatría Forense

El mayor gasto que represente la aplicación de una nueva infraestructura psiquiátrica legal, será financiado con los recursos contemplados en el presupuesto de salud nacional y del Servicio Médico Legal de Chile. Además el Ministerio de Hacienda debiera suplementar adicionalmente al presupuesto lo que faltara para terminar el proyecto.\*

---

\* Ley 20065 – ministerio de justicia – modernización, regulación orgánica y planta del personal del servicio médico legal  
4 de octubre 2005 firmado por Ricardo Lagos Escobar ex presidente de la Republica

El 16 de Junio del año 2000, comienza a funcionar en el Hospital de Putaendo, la Unidad de Psiquiatría de Mediana Complejidad Forense, concebida dentro del objetivo, del Colegio Médico y los Ministerios de Salud y Justicia, de establecer un sistema nacional de esta especialidad para, precisamente, satisfacer la demanda de aquellos chilenos que, padeciendo de una enfermedad mental, eran sobreseídos o absueltos y, no obstante ello, igual debían permanecer reclusos en cárceles sin recibir tratamiento psiquiátrico especializado.

Esta Unidad de Mediana Complejidad está inserta dentro de una red de psiquiatría Forense que contempla\*

:

- Una unidad de Alta complejidad Nacional (mínimo 20 plazas) actualmente en Putaendo.
- Tres unidades de Mediana Complejidad (mínimo 90 plazas para el país) de referencia Regional. Actualmente Putaendo (20 plazas) y Santiago (40 plazas).
- Hogares y Residencias protegidos en cada Servicio de Salud.
- Programa de psiquiatría Forense Ambulatorio en la red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría de los Servicios de Salud del País.

Es necesario implementar un sistema de coordinación entre el sector de salud y judicial con el objeto de definir responsabilidades y concordar criterios de acción, con respecto a las personas con enfermedad mental y problemas con la justicia. Para lograr una mejor inserción social y calidad de vida, así como el respeto a sus derechos humanos, con el fin de disminuir el riesgo para el resto de la sociedad.

---

\* Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría – Segunda edición 2001 – Gobierno de Chile, ministerio de salud



## 2 - P R O B L E M A Y S U J E T O



**DEFINICION PROBLEMAS Y NECESIDADES**

El sujeto que es derivado a una unidad de Psiquiatría Forense, es aquel que habiendo cometido un delito y que estando en juicio el Fiscal o el abogado defensor sospechan de enfermedad mental, es llevado a la unidad para realizar el peritaje respectivo. Este proceso está a cargo de Psiquiatras y Psicólogos, donde “si se evalúa que no era conciente al momento del delito, se define a la persona absuelta del delito, o sea que es INOCENTE de cometer el delito...es inocente porque lo cometió en ausencia de si mismo, no estaba presente psicológicamente ni conciente, entonces es absuelto con el actual sistema de justicia” \* . Estos sujetos al ser evaluados como enfermos mentales pasan a ser pacientes y es por esto que deben mantenerse en una unidad de salud como dice el doctor Nathan Arenas “El paciente debe mantenerse en un hospital que tenga las garantías necesarias de seguridad, para que no se fugue y para que se le pueda dar el tratamiento que corresponda. Una vez que termina la orden de internación, son entregados a la autoridad sanitaria que se encarga de mantenerlo custodiado hasta que la peligrosidad desaparezca o disminuya” \*\*. Por lo tanto este sujeto permanece dentro de el Sistema de psiquiatría Forense desde el momento de Peritaje y posteriormente en la etapa del tratamiento de su enfermedad mental.

El hecho de que se lleve a una Unidad de Salud y no a una Unidad Carcelaria se debe a un factor de seguridad para el sospechoso como

\* Fuente: Entrevista al Doctor Nathan Arenas, Director General Psiquiátrico Putaendo. Noviembre 2005

\*\* Fuente: Entrevista al Doctor Nathan Arenas, Director General Psiquiátrico Putaendo. Noviembre 2005



dice el doctor Arenas “Dentro del escenario actual de la nueva ley procesal penal la primera prioridad es la garantía de los usuarios, tanto para enfermos mentales como para personas comunes. Es por eso que si alguien es declarado enfermo mental no puede permanecer en un recinto penitenciario.” Además el grado de peligrosidad tanto para él como para terceros es lo que obliga a segregar a este tipo de pacientes en Alta a Mediana Complejidad para luego reinsertarlos en la sociedad o derivarlos a un hogar protegido. La figura legal del enfermo mental que ha cometido delito, es procesada por la justicia, luego de “haber cometido el hecho que sería constitutivo de delito, tener además antecedentes de la posibilidad de atentar contra si mismo y/o contra otras personas. Es por esto que la persona enferma mental bajo estos hechos se debe atener a medidas de seguridad que son aplicadas por la justicia y que son \*:

- a) Internación en un establecimiento psiquiátrico;
- b) Custodia
- c) Tratamiento

Estas medidas de seguridad impuestas, se consideran y mantienen mientras “se mantengan las condiciones que las hicieron necesarias, sin que puedan extenderse más allá de la sanción privativa o restrictiva de libertad que habría podido imponérsele o del tiempo que correspondiere a la pena mínima probable (si éste hubiese sido imputable)” \*\*

Por lo tanto esta nueva figura legal requiere de nuevas medidas de privación de libertad que no son de castigo carcelario ya que se insiste en la idea de estar “fuera de si” al momento del delito, pero sí se requieren de medidas preventorias y de seguridad para evitar agresiones y daños y además la necesidad de un tratamiento psiquiátrico para la recuperación y la posible reincursión a la sociedad de esta persona.

Es por la necesidad de incluir seguridad, tratamiento y custodia médica, que se les envía a instituciones especializadas para ello, como Hospitales Psiquiátricos o centros que cuenten con los resguardos pertinentes. El control de la ejecución de esta medida correspondiente al juez de garantía.

---

\* Fuente: Entrevista al abogado Félix Asensio Hernández, Abogado de la Unidad Coordinadora de la Reforma Procesal Penal. 3 de Noviembre 2005.

\*\* Fuente: Entrevista al abogado Félix Asensio Hernández, Abogado de la Unidad Coordinadora de la Reforma Procesal Penal. 3 de Noviembre 2005



#### Detenido y con Problemas Mentales

Algunos pacientes judiciales del Instituto Horwitz presentan reales patologías y son sometidos a rigurosas medidas de seguridad para evitar autoglagelaciones y actos violentos.

Fuente: el mercurio 19 mayo 2006

## PELIGROSIDAD DEL PACIENTE Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

Los pacientes que llegan al servicio de psiquiatría forense, ya sea a internación médica o a peritaje, han sido aquellos que han estado involucrados en algún delito faltando a la ley. Muchos de estos pacientes además han estado reiterativas veces involucrados en delitos o han estado en la cárcel donde han adquirido actitudes carcelarias violentas. Por lo tanto, hay dos grados de peligrosidad que abarcar, primero, aquellos pacientes que han adquirido actitudes violentas aprendidas y segundo aquellos pacientes que debido a su patología presentan rasgos de peligrosidad tanto para ellos mismos como para terceros.

Para entender mejor la peligrosidad de los pacientes lo veremos desde el punto de vista de la capacidad de discernimiento (A.3) . La definición por lo tanto que se le pide a los peritos psiquiatras y a la psiquiatría forense es de acuerdo a la responsabilidad penal relacionada con la capacidad del individuo para comprender el carácter de sus actos y controlar sus impulsos.\*

El término peligro es un concepto que implica una gravedad potencial, por lo tanto significa un riesgo que involucra una evaluación a futuro de la peligrosidad , por lo tanto, del paciente.

De acuerdo a lo que el informe del perito exponga como grado de peligrosidad , la ley aplica medidas de seguridad especiales para estos casos en el Art. 455, del Código Procesal Penal, que expone “ en el proceso penal sólo podrá aplicarse una medida de seguridad al

\* TEKE., A. Medicina Legal. En: Téllez, C. y Hoppmann, A. “Sobre la Peligrosidad y su determinación en Psiquiatría Forense”. Santiago. Chile. 30. (2).1993

“enajenado mental” que hubiese realizado un hecho típico y antijurídico y siempre que existieren antecedentes calificados que permitieren que atentará contra si mismo o contra otras personas”

El sentido de esta evaluación tiene una lógica enfocada a proteger a la sociedad de las personas que pueden poner en riesgo la integridad individual o colectiva de las personas, pero se entiende entonces que este sujeto peligroso mantiene su estado de peligrosidad mientras la patología mental siga; por lo tanto, es necesaria la rehabilitación y tratamiento de ésta para eliminar la causa de peligro.

Las clases de medida de seguridad que se aplican según el Art . 457 del Código Procesal Penal (CPP) dice que : “Podrán imponerse al enajenado mental, según la gravedad del caso, la internación en un **instituto psiquiátrico o su custodia y tratamiento. En ningún caso la medida de seguridad podrá llevarse a cabo en un establecimiento carcelario...**”

Esto es aplicable durante el proceso aún cuando está en proceso de evaluación y peritaje, o sea, cuando se sospecha de enfermedad mental, y también en cuanto los psiquiatras forenses evalúan la enfermedad mental como la causa de la falta de discernimiento al momento del delito. El juez decidirá si el sujeto es inimputable por falta de méritos o por la causal de extinción de responsabilidad establecido en el art 10 del CPP dictaminando finalmente las medidas de seguridad regidas en los artículos anteriores de acuerdo a la peligrosidad del sujeto procesado.

Por lo tanto, las medidas de seguridad **(A4)** están establecidas en relación a la predicción del riesgo futuro que podría ocasionar una determinada patología mental (Téllez y Koppmann). Además debe prever el adecuado tratamiento terapéutico y la respuesta del paciente a éste, también debe considerar circunstancias de vida que hagan que el sujeto pueda reaccionar de modo peligroso.

## PATOLOGIA PSIQUIATRICA Y PELIGROSIDAD

**Trastornos de Personalidad**

Las características más comunes de estas personas, es la imposibilidad de llevar una vida normal por tener actitudes antisociales y o peligrosas. La mayoría de los casos que llegan a la Unidad Forense y que resultan ser enfermos mentales son de Carácter Sicótico (A5). El doctor Arenas explica que los pacientes sicóticos viven fuera de la realidad, por lo que es muy difícil que entiendan el contexto objetivo en el que se encuentran, además de “no respetan los límites sociales porque no los tienen”; es por esto que cometen delitos sin culpabilidad por no ser conscientes de sus actos.

El sicótico en general se caracteriza por la pérdida de los límites de sí mismo y de la evaluación de la realidad. Consecuentemente puede presentarse con síntomas de desorganización en cuanto al comportamiento y al lenguaje, así como alucinaciones y delirios. Los diferentes tipos de trastornos sicóticos se generalizan en actitudes egoístas, autónomas y solitarios, ideas mágicas irreales, ilusiones e ideas paranoides.

Con relación a los síntomas antisociales, éstos deben ser observados y controlados hasta que el peligro disminuya. Pero este objetivo de control de la violencia y la seguridad no es el único que debe ser adecuado, además está el problema de la reinserción a la sociedad y la auto valencia luego de la mejoría o disminución de los síntomas sicóticos. Esto requiere de un cambio tanto teórico, espacial, conductual y de tratamiento al paciente para que vaya revalidándose como individuo.

El sujeto puede representar peligrosidad por conductas agresivas o violentas, la agresión se define como “un acto o grupo de actos antagonistas dirigidos contra otro para dañarlo o herirlo, física o psicológicamente” y; el segundo, se define como “una manifestación extemporánea o inapropiada de fuerza o poder”. Así puede haber violencias no agresivas y agresiones no violentas \*. Se consideran aspectos genéticos, neurofisiológicos y endocrinos, los que son posibles bases para la agresión.

\* LOLAS., F. Sobre la Violencia. En: Tellez, C. y Hoppmann, A. Sobre la Peligrosidad y su determinación en Psiquiatría Forense. Santiago. Chile. 30. (2).1993



## INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

### El Espacio Terapéutico como un Elemento Modificador de Actitudes

La psiquiatría contemporánea y la salud mental ha estado sufriendo fuertes cambios en el desarrollo de una nueva mirada de la institución psiquiátrica, entendiendo que la enfermedad mental debe verse como una forma más abierta y compartida, donde hay cabida a múltiples responsabilidades y participación de los usuarios y sus familias.

El sistema psiquiátrico debe esforzarse en cuanto a unir y homogeneizar las necesidades psiquiátricas clínicas y el abordaje comunitario, híbrido\*

El espacio siempre se ha desarrollado para que funcione como un sistema en cuanto a la actividad que se vaya a realizar en él. Se entiende que la forma arquitectónica debe ser la adecuada para que una actividad se dé en su plenitud.

Así mismo, el ordenamiento de las actividades en la arquitectura de control como son los hospitales, psiquiátricos, cárceles y colegios ha estado supeditada al lineamiento espacial ordenado en cuanto a sus actividades sin dejar libertades ni tropiezos. La funcionalidad es la máxima que deben cumplir estos edificios, que terminan siendo tan controlados que no permiten libertades de ningún tipo, donde los habitantes de estos espacios se sienten alienados por los muros de la “institución” que los obliga a actuar ordenadamente.

*“Sobre tu sufrimiento y tu singularidad sabemos bastantes cosas –y por eso no lo dudas- para reconocer que es una enfermedad; pero esta enfermedad la conocemos lo suficiente para compararla con saber que tú no puedes ejercer sobre ella, ni en relación con ella, ningún derecho. Nuestra ciencia nos permite calificar tu locura de enfermedad y precisamente por eso nosotros los médicos poseemos la suficiente cualificación para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: tú serás por tanto un enfermo mental”.*

*(Foucault, la vida de los hombres infames)*



\* NORMA GENERAL TÉCNICA. Contención en Psiquiatría. [En línea] Julio 2003. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

En espacios de Orden y vigilancia aparece el término panoptismo, éste término captura el papel que desempeñan arquitectura y proyectos institucionales concretos, además del devenir de un amplio y complejo espectro de técnicas disciplinarias a través de las cuales los sujetos humanos son transformados en cuerpos dóciles. Es ahora cuando se debe mirar estos espacios de control y tratamiento ya no visto desde el ojo del vigilante, sino desde la perspectiva del enfermo, que merece entender sus capacidades y su posición social, por lo tanto, espacial.

Desde la noción carcelaria oscura, La institucionalización del paciente, vio sus efectos negativos ya en el siglo XIX cuando se comienza a entender la locura como una conducta anormal y no un error, se entendía como una perversión que hay que aislar y erradicar del mundo, así como lo fue en su momento la lepra. Se busca en estos tiempos, en el proceso de internación, que el sujeto vuelva a sentir las pulsaciones normales de moralidad y sus límites, la necesidad de construir lazos afectivos y sociales, de recuperar los propios hábitos.

Pasando por la etapa de investigación a puertas cerradas aparece un problema nuevo en el desarrollo del hospital psiquiátrico. Entonces se convierte en el lugar donde el médico es el “dueño de la locura” (Foucault), donde al enfermo se le diagnostica y clasifica, y se le aísla con fines de investigación. Se intenta por una parte el ensayo y producción de la verdad, y por otra parte la comprobación de los conocimientos de los fenómenos. Foucault dice que éste fenómeno era un círculo de acción en el que el médico transmitía la enfermedad que pretendía combatir.

Actualmente se busca que, las instituciones psiquiátricas, sean el lugar donde el sujeto va a rehabilitarse y a desarrollar las habilidades perdidas

a causa de su enfermedad. Se ha visto antiguamente referencias a esta manera de enfocar el problema como la necesidad de rehabilitación como hace referencia Foucault en su libro “La vida de los hombres Infames” a la manera de proyectar de Esquirol\*

; cuando éste recomienda que cada patio del psiquiátrico se abra hacia un jardín, entendiendo la necesidad de la naturaleza para disipar la demencia y las ilusiones erróneas que tiene el paciente. Otro elemento que rescata Foucault para el tratamiento en el siglo XVIII es el teatro, llamándolo “naturaleza invertida”; se representaba en éste lugar la comedia de la propia locura del enfermo, haciendo evidente ante el enfermo, el error que lo influía. Esquirol ocupó la técnica para hacerlo manifiesto y combatir el problema.

La antipsiquiatría por lo demás, cuestionó el papel del psiquiatra, desarrollando un movimiento de despsiquiatrización. Este movimiento tiene dos formas con respecto al lugar del hospital: Primero se intenta reducir las manifestaciones de falsas enfermedades y volcar el tratamiento hacia la simplificación y limpieza del tratamiento. Diagnóstico – terapia. Psicocirugía y psicofarmacología. El segundo, pretende la libertad absoluta de acto y discurso frente al médico. Intenta adecuar producción de verdad y poder médico.

La antipsiquiatría por lo tanto está en constante lucha contra y con la institucionalización, la tendencia que en épocas de Esquirol se pretendió segregar el desorden de la demencia con el orden de la sociedad. Foucault dice que esquirol dicta cinco razones fundamentales para aislar a los locos.

---

\* JEAN ETIENNE ESQUIROL, Psiquiatra Francés. 1772 - 1840)

- 1.asegurar su seguridad personal y la de sus familiares
2. librarlos de las influencias exteriores
- 3.vencer sus resistencias personales
4. someterlos por la fuerza a un régimen médico
- 5.imponerles nuevos hábitos morales e intelectuales.

Focault formula elementos que se pueden utilizar para ir en contra del poder institucional.

-contrato dual y libremente consentido

-acondicionar un espacio en que los poderes se vean eliminados

- cree que la solución es situar el problema del poder como elemento constante de cuestionamiento

la antipsiquiatría pretende: romper el círculo del poder, separando las conductas los sufrimientos, los deseos del estatuto patológico que se les había conferido, liberarlos de un diagnóstico y de un síntoma se pretende así invalidar en fin la gran retranscripción de la locura en la enfermedad mental que comenzó en el siglo XVII y se establece en el siglo XIX

El Fenómeno de Institucionalización se caracteriza en que ,la infraestructura Psiquiátrica, los espacios de internación y el manejo de la enfermedad al interior de estos recintos resulta ser hasta hace poco , excluyente del mundo externo, del mundo real. Eso lleva consigo una serie de manifestaciones de ansiedad y fantasías por parte de los pacientes al momento de volver a su rutina diaria y a su vida cotidiana. La falta de comunicación con el exterior y de relacionarse con gente

de afuera les provoca angustia e inseguridad, síntoma llamado INSTITUCIONALIZACION DEL PACIENTE. Esto es que el paciente se siente seguro dentro de los muros del establecimiento psiquiátrico y no se siente capaz de reintegrarse a la sociedad.

Actualmente estos efectos institucionalizantes deben ser erradicados, por lo que se intenta desarrollar institutos puertas abiertas y mayor libertad de salidas y entradas a éste. Además de mayor participación de las familias y de la comunidad. Actualmente las instituciones psiquiátricas desarrollan sus terapias en base a una terapia comunitaria, en la cual el sujeto tiene derechos y deberes como cualquier ciudadano en libertades y condiciones normales, donde se valora y se evalúa su trato , se le da tareas y actividades para su desarrollo como persona en sociedad y se entiende que es posible su rehabilitación y su reincursión al mundo exterior y para llevar a un cambio de actitud y un desarrollo personal adecuado para la vida cotidiana, el espacio debe responder a esto con libertades y actividades adecuadas, espacios de recreación, trabajo y cuidado médico. Estas tres áreas deben ser comprendidas y desarrolladas para que el paciente entienda sus roles en el día a día.

Pero se entiende que aún no es posible ya que la institución ha desarrollado un hermetismo extremo hacia el exterior, y donde los espacios que reciben a estos pacientes son desconocidos y de carácter oscuros para ellos y por lo tanto de difícil entendimiento.

Es preciso comprender entonces un unidad psiquiátrica abierta, transparente, con fachadas que miren al exterior, al espacio donde se relacionan con los otros. Para poder manejar herramientas sociales al momento de su salida de la unidad.





### 3 - P R O B L E M A Y O B J E T I V O D E L P R O Y E C T O

▪ Primero, el tratamiento médico psiquiátrico. Debe contemplar: espacios y habitaciones que permitan la ejecución de terapias de grupo e individuales, exámenes médicos y la observación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Esta enfermedad debe ser tratada sin castigar, es por esto que las nuevas normas psiquiátricas\* en lo que se refiere a los criterios comunes que se deben establecer en tanto a avances técnicos y farmacológicos se orientan al derecho y respeto de las personas, sobre todo en el estado descompensado o síntomas críticos o agitados de una persona, requiriendo cuidados especiales.

▪ El segundo aspecto es el de proyectar la terapia hacia la reinserción social y comunitaria, utilizando las terapias comunitarias y las redes de tratamiento actualmente en uso por el Ministerio de Salud, para desarrollar proyectos de conexión, relación, y traspaso entre áreas de salud, terapia, espacios de comunidad y sociabilidad, espacios de trabajo, etc. La capacidad de mutación de sus síntomas antisociales, va más relacionado al cambio o la posibilidad de que este sujeto pueda aprender a vivir en sociedad con su impedimento psíquico. Esto se puede hacer efectivo con una vivencia en la etapa de hospitalización y luego de ésta, teniendo en cuenta que para el sujeto significa un serio quiebre en su existencia y por tanto un sufrimiento psicosocial importante\*.

▪ En tercer lugar se trata de un cambio de imagen que pasa por la estructura y los espacios que reflejan el acto de internación psiquiátrica: Es rol de los arquitectos, lograr diseñar espacios que contemplen un funcionamiento adecuado, terapéutico e higiénico sin dejar de lado la propuesta espacial e imagen bella, amplia, iluminada y transparente que debiera tener este tipo de instituciones, con el fin de cambiar aquella imagen de espacios intramuros, oscuros y carcelarios.

El enfermo no debe entenderse en una institución ni que está en una realidad apartado de la sociedad de forma temporal o crónica, como explica Sereñana y Partagás: *"la verdadera estética de un manicomio consiste en que el pensionista al pisar el umbral del asilo no se aperciba de la realidad y siga creyendo, por algún tiempo, que la casa que le da albergue es una quinta de recreo, un chalet de salud o un hotel de verano"*.

\* Norma 507. Sobre Contención en Psiquiatría. Julio 2003

\*\* Fuente: Entrevista al Doctor Gonzalo Poblete. Psiquiatra Instituto José Horwitz Barak

\*\*\* SEREÑANA Y PARTAGÁS, P. Estética de los manicomios y condiciones que deben tener estos establecimientos para el mejor tratamiento de las enfermedades mentales. Tesis de doctorado 1884. En: L'Institut Pere Mata. Els espais habitables d'un hospital psiquiàtric. BARBERA M. [en línea] <[www.ub.es/art/reerca/jornades/comunicacions.htm](http://www.ub.es/art/reerca/jornades/comunicacions.htm)>. [consulta: 6 Enero 2006]



## 4 - U B I C A C I Ó N D E L P R O Y E C T O



Las demandas Hospitalarias Forenses se dividen en 3 áreas:

Unidad Evaluación Psiquiátrica Forense UEPF: **1 por región - 20 plazas**

Corresponde al lugar donde se realizan los peritajes correspondientes a aquellas personas que han cometido algún delito o vienen de un recinto carcelario para evaluar su estado mental y su posible internación a una unidad Psiquiátrica Forense. Aquí se pueden ver casos de toxicomanía, alteraciones psicóticas, violencia extrema, siendo según el 80% de los casos simulaciones para evadir la cárcel. Demanda Nacional: No está definido pero según la doctora Vilma Ortiz, directora de la Unidad Forense Mediana Complejidad del Hospital José Horwitz, debería existir por lo menos una unidad intracarcelaria y una unidad por región.

Unidad Psiquiátrica Forense Alta Complejidad: **1 referencia nacional - 20 plazas**

Corresponde a la unidad donde se trata a aquellos pacientes sobreseídos por la justicia a raíz de su enfermedad mental, y que poseen un alto grado de complejidad en cuanto a su patología o su grado de violencia delictiva.

El plan nacional de salud mental define que se requieren por lo menos una unidad de referencia nacional. El año 2001 se construyó el edificio de alta seguridad en Putaendo, que debería ser suficiente pero se complica su capacidad por el ingreso de personas que están en proceso de evaluación y son imputados.

Unidad Psiquiátrica Forense Mediana Complejidad : **1 por región - 50 plazas**

Corresponde a la Unidad donde se custodia, rehabilita y trata medica, psicológica y socialmente a pacientes cuya enfermedad mental los llevó a cometer delitos y deben estar internados en dicha unidad hasta que el juez de garantía lo estime necesario. Esto puede cambiar de acuerdo a evaluaciones e informes enviados por los médicos de la unidad que garanticen que las causas y síntomas que lo llevaron a delinquir disminuyeron al grado de poder reinsertarse en la sociedad.

El plan nacional de salud mental define que es necesario por lo menos una unidad de 50 plazas por región. Para el Psiquiatra Gonzalo Pobrete del Instituto Psiquiátrico Forense de Santiago, encargado del área legal de la unidad, es preciso por lo menos 50 plazas según indicadores regionales de los cuales 1/3 sean destinados a mujeres.



Unidad Forense Mediana Complejidad- Referencia Nacional - Instituto Psiquiátrico José Hoorwitz B.



Análisis Ventajas y Desventajas \*

La unidad Forense de Mediana Complejidad de Santiago, es dependiente del Instituto Psiquiátrico General José Horwitz y del área de Medicina Norte de Santiago. Recibe actualmente la demanda hospitalaria del área Sur del País, siendo Putaendo la que recibe la demanda del área Norte.

Se ubica en un terreno en Av. La Paz, Comuna de Recoleta, frente al Instituto General, terrenos de propiedad de la Universidad de Chile, que le es arrendado. Esta unidad hace uso de instalaciones centrales del instituto (cocina, neurocirugía, lavandería) y también de recursos humanos y de otras instalaciones lo que hace que se produzca un continuo movimiento de personas entre un lado y otro de la Av. La Paz.



\* N del A. El siguiente análisis está basado en Entrevistas realizadas al equipo médico relacionado con el área de Psiquiatría Forense. A la Directora de la Unidad Forense de Santiago y al Director de Forense de Putaendo, además de parte de los funcionarios de la Institución. Además las conclusiones y críticas también están formuladas de acuerdo a evaluaciones realizadas por el equipo médico y el sistema de salud Chileno. Las propuestas de organización del espacio y necesidades programáticas enfocadas en la rehabilitación del enfermo fueron orientadas por el psicólogo y doctor en psicosis de la Universidad Paris VI, I Martín Bakero.



- **Areas o Zonas**

La unidad está separada en dos áreas, debido a la llegada de personas que están en proceso de evaluación forense y que son imputados A.E.P.I. por la justicia y representan alto grado de peligrosidad tanto para los pacientes como para los funcionarios. Esta segunda área está dividida por una puerta ,debiendo aumentar la seguridad perimetral del recinto debido a las secuenciales fugas ocurridas por parte de los sujetos imputados

- **Seguridad**

Aún así, el edificio no consta con medidas de seguridad para ninguno de las dos áreas ni espacios habitacionales confortables. Tampoco regula las circulaciones de internos, visitas y gendarmería. Actualmente, la administración de este recinto está en proceso de búsqueda de un lugar con mayores calidades espaciales y de seguridad, así como separar el área de Evaluación Imputados A.E.P.I con la de mediana complejidad U.F.M.C. para poder dar mayor libertad a éste último ya que no representan un peligro mayor que otros enfermos mentales para la sociedad.

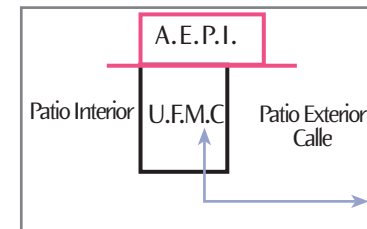
- **Habitación**

Las habitaciones presentan una densidad muy alta, siendo peligroso ya que por cualquier descompensación de un paciente puede alterar a las 14 personas que comparten la pieza. Es necesario controlar el número de pacientes por sala si no es posible definir piezas individuales. Deben estar separadas de las áreas ruidosas para no interferir en el descanso de pacientes enfermos o en descompensación.

El área de habitaciones está dividida en tres salas de 15 plazas cada una, en al que conviven la mayor cantidad del tiempo los pacientes, junto a ésta se presenta una sala de estar, pequeña y sin variaciones, con unos sillones y plantas. Aledaño a este estar y con vista al pasillo de salida se encuentra



Unidad Psiquiátrica Forense Mediana Complejidad Instituto Psiquiátrico José Horwitz. Acceso Principal





Cancha Futbol y Patio Trasero



Estar y Sala Juegos



Patio Trasero / Búsqueda de su Espacio

la clínica de enfermería, que debe cuidar el paso de los 50 pacientes actuales y además funciona como policlínico en caso de accidentes o descompensaciones. No existen salas de contención en caso de una crisis, por lo que se improvisa una bodega como sala de contención.

#### ▪ **Recreación y Deportes**

El lugar tiene una cancha de fútbol y una sala de televisión y juegos de mesa, la calidad espacial, habitacional de acuerdo a su uso no alcanzan los estándares mínimos de capacidad de uso y habitabilidad. Además es necesario que se incluyan dentro de la Terapia, una sala de desarrollo motriz y maquinarias para rehabilitar el cuerpo.

#### ▪ **Area Consulta médica y Traspasos de Area**

El área de administración antes mencionada se ubica en el acceso a la unidad, lo que permite un traspaso secuencial entre el área habitacional y el de administración y consulta ambulatoria pero que en muchos casos confunden los pacientes ya que sienten ser parte de toda la unidad y no comprenden el rol administrativo de ésta área. Se sitúa alrededor de un hall de espera, al cual llegan los pacientes que proceden de la comisaría o de la cárcel, ocasionando disturbios en el ambiente por la presencia de los grilletes y gendarmería armada.

Las visitas no tienen un espacio para su llegada que les sea grato y que no tengan carácter carcelario.

#### ▪ **Terapia**

Es necesario también prever un lugar para el desarrollo de actividades grupales y de terapia. Es notorio observar la importancia y la necesidad que tienen los pacientes de apropiarse de un espacio en grupos pequeños o solos, tal vez siendo necesario espacios de encuentro entre ellos de menor escala.



## CONSIDERACIONES PARA SU UBICACIÓN

### **Propuesta Integración Unidad Forense Mediana Complejidad en el Instituto de Psiquiatría General**

Las nuevas tendencias psiquiátricas y de tratamiento están enfocadas a la integración y rehabilitación del sujeto, siendo generalmente los edificios con ésta función elementos herméticos y de funcionamiento dudoso , es necesario evaluar la ubicación e integración dentro de la ciudad, comuna, barrio y la imagen y conexión que tendrá esta dentro del conjunto. Para esto aprovecho posturas de la terapia comunitaria y psicoanalítica que postulan la apertura de puertas y la necesidad de relacionarse con el entorno y con la sociedad.

Se desarrolla en 3 partes:

1. Consideraciones Integración Urbana
2. Integración y Zonificación al interior del predio del instituto
3. Proyecto Unidad Forense Mediana Complejidad

## 1- Consideraciones Urbanísticas

### Cohesión:

La Unidad Psiquiátrica Forense o Judicial, ha funcionado siempre en conexión con el Instituto Psiquiátrico General, debido a que utiliza ciertas dependencias para su funcionamiento, tales como la cocina o áreas de tratamiento más específico como la sala de electroshock e intervenciones quirúrgicas, además el recurso humano del área judicial debe compartir a algunos profesionales y funcionarios en ambos sectores.

Actualmente el Psiquiátrico Forense se sitúa al frente del Instituto General cruzando Av. La Paz y el traspaso de un área a otra se hace complicado. Además el terreno que actualmente están ocupando fue destinado para ser utilizado por el Área Psiquiátrica Judicial en el año 1986, luego del terremoto de 1985 que derrumbó parcialmente el edificio ocupado en esa época por el área de Psiquiatría Infantil, reacondicionándolo y funcionando bajo las mismas condiciones hasta el momento.

Todo esto hace imprescindible en replantear la ubicación de la Unidad Forense de Psiquiatría de Mediana Complejidad con su adecuada infraestructura. \*

\* N del A. La necesidad del Área Forense se divide en dos sub. áreas, el Área Forense de mediana complejidad UFMC, y la Unidad de Psiquiatría de Evaluación de Imputados UPEI que no debería estar contemplada como unidad conjunta a la de mediana complejidad ya que las necesidades espaciales y programáticas así como de seguridad son más rigurosas y de tipo carcelario. Esta Unidad debe tener condiciones de seguridad bastante más elevadas que una Unidad Forense de Mediana Complejidad y es de menor tiempo de estadía, además de la presencia de gendarmería las 24 horas. Es administrado y complementado por recursos humanos especialistas en el área forense por lo que ambas unidades podrían ser beneficiadas a través de ésta conexión.



## Comuna

La comuna de Recoleta presenta excelente equipamiento y accesibilidad para desarrollar proyectos comunitarios de salud, además favorecida por otras unidades en el sector reconociéndose a la Av. La Paz como eje de servicios de salud.



VIAS ESTRUCTURALES Y SERVICENTROS

### Vías Estructurantes y Servicentros

Tres vías estructurantes sirven al sector y son las avenidas más importantes para acceder al Norte de Santiago (Av. Independencia, Recoleta y La Paz). Éstas se conectan hacia el sur con las dos vías principales que unen Oriente y Poniente, actualmente en uso, la Costanera Norte que funciona como Carretera Urbana. El acceso vehicular por lo tanto es fácil y dotado de buenas calles estructurantes y secundarias. Además la comuna de Recoleta está en proceso de expropiación para la ampliación de calles aledañas al terreno del psiquiátrico que son actualmente de gran flujo y deben ser ampliadas.



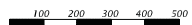
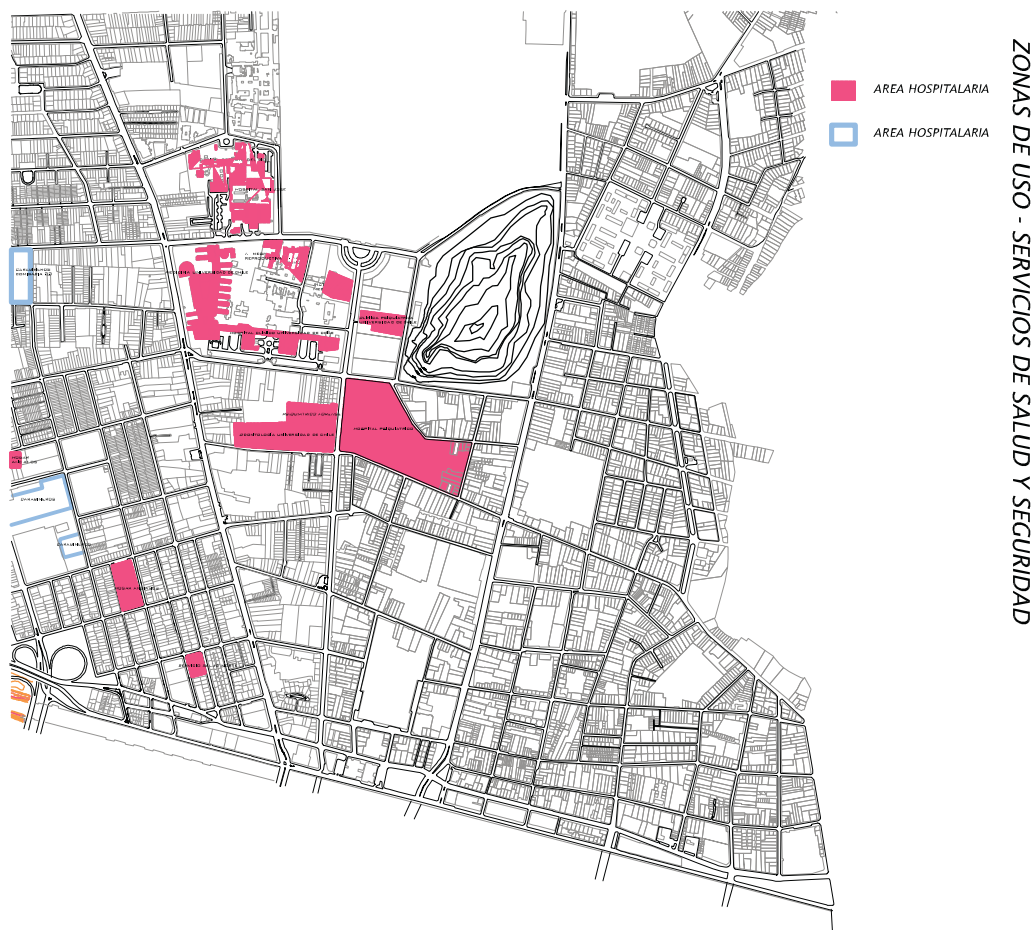
## Equipamiento- Áreas Verdes y Deporte

La zona cercana al Instituto no tiene una zona importante de uso recreativo o deportivo. Se pueden distinguir unidades atomizadas de deporte (en general canchas de fútbol o baby futbol) que sirven más bien a los edificios de equipamiento cercanos. Si bien el Cerro Blanco es un área de uso recreativo extenso, aún así la zona no contempla áreas verdes de paseo y deporte. Sería importante que el proyecto incluyera un área verde y de recreación más pública que fuera prestado a la comunidad y al barrio apoyando la idea de integración y con el fin de eliminar la perversión del acto delictivo del sujeto y su alienación permitiendo a éste tener contacto con los “otros” la gente del barrio y la familia.



### Equipamiento – Hospitalaria y Seguridad

El terreno se emplaza en una zona que ha ido consolidándose como un sector de Equipamiento Comunitario (Plan Regulador Comunal de Recoleta) en el Área de la Salud, encontrándose el Hospital Clínico de la Universidad de Chile con sus Escuelas de Medicina y Odontología, el Hospital San José, el Hospital Roberto del Río, el Instituto Médico legal, y el Instituto Psiquiátrico José Horwitz.







## La manzana

El terreno es parte de una manzana la cual está destinada y pertenece en su 90% aprox. a la institución Psiquiátrica José Horwitz Barak. El 10% restante de la manzana es de propiedad privada, y está dividida en diferentes roles. El hecho en que cada vértice del sector Oriente no pertenezca a la manzana del hospital, produce una diferencia tanto de uso como de escala formal en el lugar, además de dar una fachada trasera del hospital indefinida. Es por esto que se requiere para fines de entender el proyecto y el terreno como una unidad con el instituto en general, fusionar estos dos vértices de la manzana en el rol del instituto. El proyecto pretende dar una oportunidad de cohesión de toda la manzana además de establecer un acceso por la cara oriente del instituto hacia éste. Esto se potencia aún más por la llegada de la nueva línea del metro por la calle Recoleta.



Acceso Principal por Av. La Paz



Fachada Oriente del Instituto



Terreno sin uso sector Oriente del Instituto

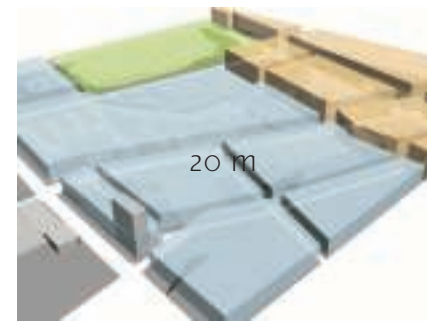
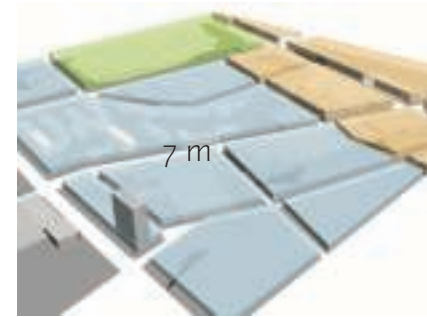
### Vecindario:

El vecindario en la actualidad está constituido por casas de uno o dos pisos, que está teniendo un progreso muy rápido por las nuevas construcciones, relacionado por la aparición del Metro (línea 2). Estas nuevas construcciones son de edificación media que pueden llegar a ser, según la normativa, hasta de 7 metros por las calles Olivos y Doctor Raimundo Charlin, pudiendo alcanzar la máxima de 14 pisos en casos especiales según la ordenanza local de Recoleta (Art. 3.3.6. de la ordenanza local). Hacia el sector Oriente, entre las calles Recoleta y Rengifo (colindante con el terreno), la altura de edificación es mayor, llegando a ser lo máximo posible 14 pisos y en caso especial sin límites ni rasantes. (según art. 336). Esto permite pensar en el cambio de imagen del sector del Psiquiátrico por la posibilidad de cambio morfológico que tiene, como área potencial para proyectos comunitarios y de habitación de gran embergadura.

### Calles

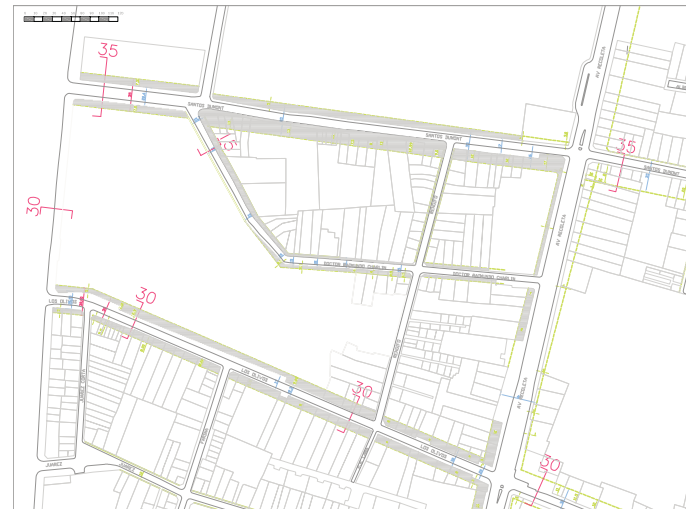
El terreno tiene una forma irregular y actualmente en proceso de expropiación para ampliar las calles Santos Dumont hasta 30 m. De línea oficial a línea oficial, y Olivos y Av. La Paz, 30 mts. También la calle Raimundo Charin es afecta a expropiación para lograr 15 mts. de ancho. Esto hará que los actuales atochamientos vehiculares en el lugar sean menores y haya mejor accesibilidad al lugar.

M2- Edificación Media  
PATRONATO - AV. LA PAZ



Alturas Edificación Máxima

Plano Expropiacion Calles



## 2 - Integración y Zonificación al Interior del Predio del Instituto.

### **Rol de la Unidad Forense al Interior del Instituto - desarrollo del espacio Público Social para el Enfermo Mental , sus familiares y la comunidad**

Se tomarán en cuenta los edificios que pueden ser reutilizados basándonos en el planteamiento general de abrir las puertas del instituto a la comunidad.

#### Análisis y Propuesta

El Instituto Psiquiátrico Jose Horwitz Barak es y ha sido durante años el centro de estudio psiquiátrico más importante en Chile, donde pacientes, profesionales y estudiantes encuentran espacios en los que deben compartir la vida cotidiana propias. Es uno de los centros de investigación y enseñanza de la Psiquiatría más importante de Chile y donde convergen disciplinas en relación al bienestar de la salud mental. Para entender el funcionamiento del hospital y por sobre todo el nuevo rol que debe cumplir ante los nuevos planteamientos del Plan Nacional de Salud, que propone el entender a la institución como un sistema de comunidad psiquiátrica donde puedan los pacientes integrarse a un sistema puertas abiertas, con espacios de intercambio social y cultural, donde puedan encontrar no sólo los pacientes sino sus familias espacios en los que ellos aprendan, se capaciten y reciban tratamiento médico. En este sentido el instituto ha tenido acercamientos que no han sido del todo bien solucionados, tal vez porque no hay una fuerza propositiva mayor siendo escasos puntos dentro del instituto reformulados y discordantes con el contexto.

Hoy en día es claro que la infraestructura actual ya no responde a las necesidades contemporáneas para los proyectos médicos que se están desarrollando particularmente. Con el avance de la psiquiatría el sistema cerrado del instituto ya es obsoleto.

Se debe entender entonces que hay que habilitar espacios para evolucionar a largo plazo y el rol que cumplen con el exterior y sus relaciones internas que engloban lo hospitalario, comunitario, académico y médico.

Para entender la propuesta general que tiene como OBJETIVO : **desarrollar un conjunto en base a los edificios ya existentes que se conecten entre ellos mediante el espacio público, y que permita una mayor y más expedita conexión y a su vez espacios de desarrollo público y social al interior del psiquiátrico que sean el centro de desarrollo neurálgico del lugar y a la vez el conector vertebral entre el sector Oriente y Poniente del Instituto. Evaluaremos los elementos que existen pudiendo ser modificados para lograr el objetivo.**




**1. Vértebra de Conexión Pública:**

El Instituto actualmente obtiene de su conformación perimetral un vacío central que permite que tenga espacio para las actividades sociales y de recreación; pero éste espacio no fue pensado para tal actividad, por lo que muchas veces se ve cortado por la incorporación de estacionamientos en su interior que hace que el peatón no se sienta cómodo en este espacio.

Además de no tener articuladores entre los espacios interiores y este eje principal de conexión para lograr un traspaso mas controlado exterior – interior.

**Propuesta:** Rediseñar en centro de acceso del hospital para el peatón, construyendo estacionamientos subterráneos y solamente posibilidades de urgencia para el uso de ésta área para la ambulancia u otros. El centro del hospital debe ser el espacio de reunión y sociabilización, la cara pública del instituto por lo tanto debe ser lo más agradable para su estadía posible. Se aprovechará el espacio creado por las unidades celulares de edificios de Oriente a Poniente creando una nueva salida por el área Oriente conectándose con el metro.



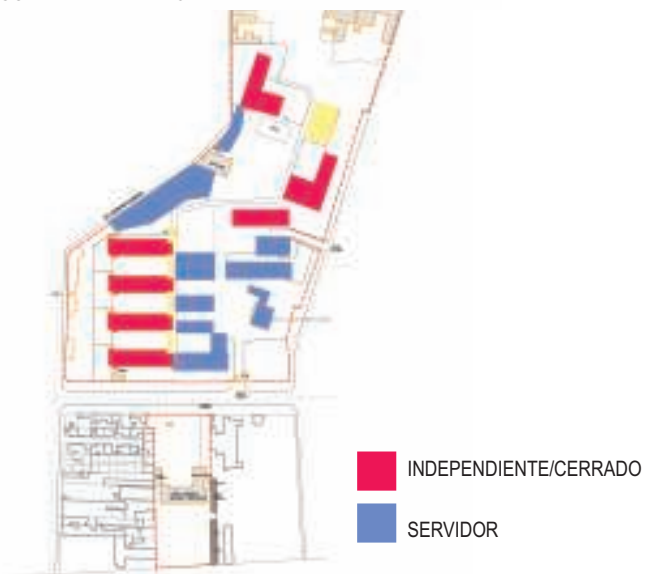
-  VERTEBRA DE CONECCION PÚBLICA
-  CONECCION SERVICIO
-  PATIOS ARTICULADORES



## ZONIFICACION ACTUAL/ UNIDADES INDEPENDIENTES / CELULAR



## RANGO DE INDEPENDENCIA

2. **Densidad de Construcción – celular.**

El Instituto fue diseñado desde 1958 en base a Unidades de Hospitalización los cuales controlan todas sus actividades cohesionadas en ella emplazados en forma celular en el terreno y conectada mediante pasillos semipúblicos, lo que permite que haya mayor libertad de abrir los espacios públicos al tener un control sobre los interiores . Los edificios administrativos y de servicio común como la cocina y lavandería además de la zona de cirugía y laboratorios están conformados también como elementos celulares pero se interponen entre el espacio central público y las unidades habitacionales internas y sus accesos comunican hacia el pasillo interior del recinto lo que da un carácter de fachada trasera en el área central de acceso al instituto.

**Propuesta:** Es necesario desarrollar entre las unidades celulares cerradas y el espacio público de las unidades residenciales espacios Intermedios semipúblicos para el desarrollo de un adecuado traspaso entre lo interior y exterior. Es posible reubicar las unidades por zonas (administración, medicina-docencia, servicios) para lograr mejorar el traspaso entre las áreas dependiendo del grado de independencia y apertura que deban tener, además de dar posibilidad de enfrentar las fachadas principales y accesos de los programas de docencia, medicina, administración hacia el espacio público mediante un *Eje Central Conector y Público*.

SG – SERVICIOS GENERALES: Alimentación, Caldera, lavandería, oficinas y galpón construcción, bodegas archivo

SI – INTERNO AGUDOS

SIT – INTERNOS TOXICOMANIACOS

U - URGENCIAS

SF – SECTOR FORENSE

CR – PACIENTES CRONICOS

R-T – REHABILITACIÓN TERAPIA

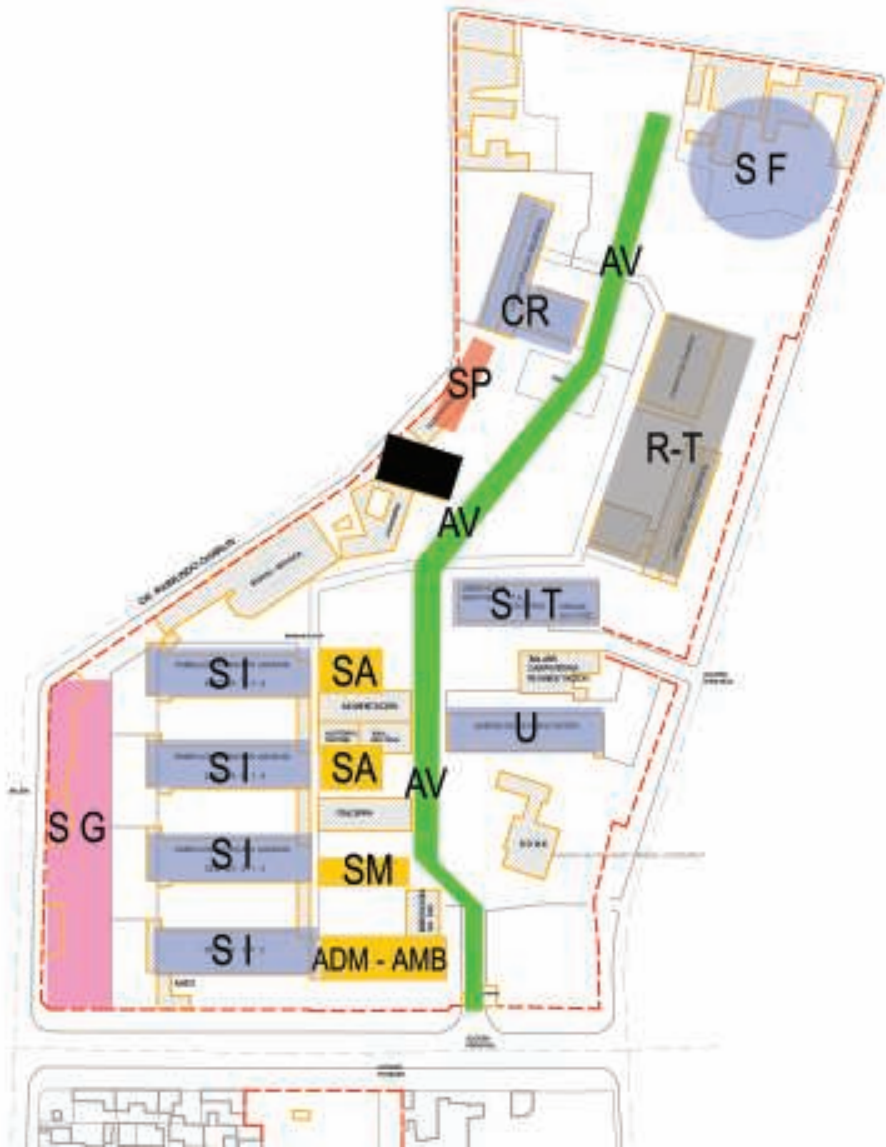
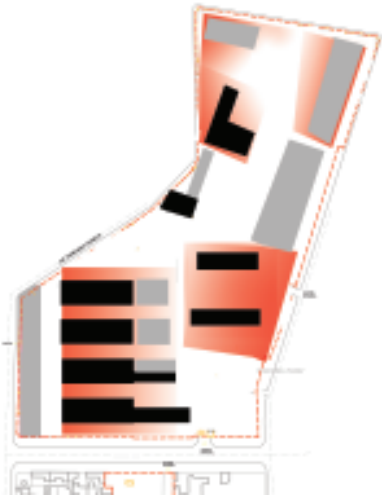
SA – SECTOR ACADEMICA

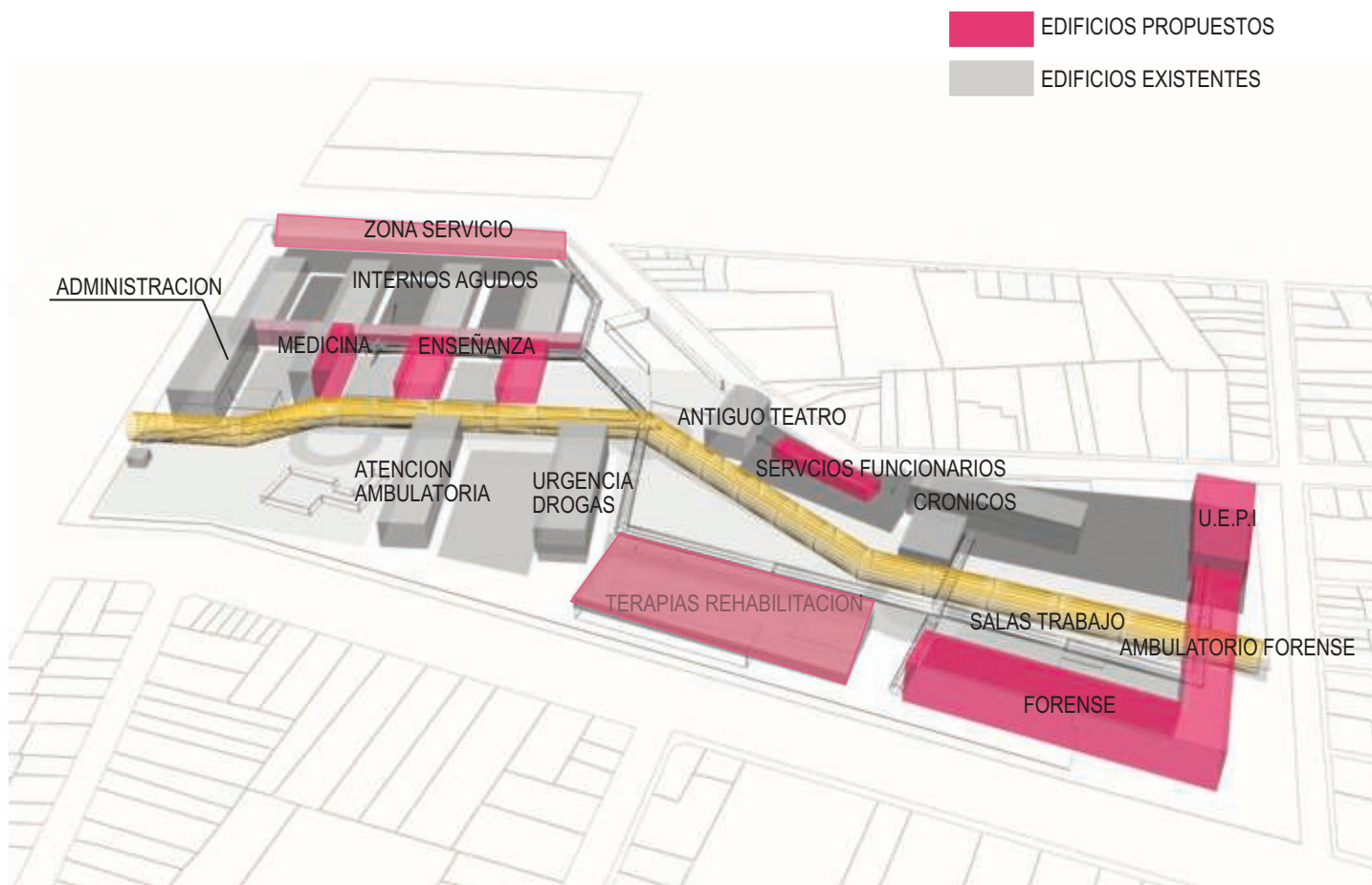
SM – SECTOR MEDICINA – CIRUGIA, ETC

ADM-AMB –

SIT -SECTOR INTERNOS TOXICOMANOS

DIAGRAMA RANGOS DE INFLUENCIA







### 3. Áreas verdes, núcleos de descentralización - Peatones

El Instituto está regido por la circulación interior que se conecta en momentos con espacios de áreas verdes y recreación

**Propuesta:** este eje debe ser potenciado liberándolo del uso vehicular y conectándolo mejor a los espacios de áreas verdes así como creando nuevos espacios de articulación entre las unidades de internos y el espacio exterior, dotándolo de la infraestructura necesaria para su adecuado uso y servicios para las visitas y la gente externa.

Se creará un estacionamiento subterráneo con salida directa hacia el eje de conexión verde.

### 4. Accesos y límites

El Instituto se encuentra rodeado de tres calles importantes siendo la más importante Av. La Paz donde se sitúa el acceso principal al interior del recinto tanto peatonal como vehicular y servicios.

Santos Dumont y Olivos pasan a ser el costado amurallado del terreno sin tener instancias de accesos lo que produce un efecto de túnel e impenetrabilidad del instituto hacia la comunidad.

**Propuesta:** Se propone eliminar los muros circundantes ya que representan un elemento de represión y contención carcelaria que ya no es parte de las propuestas de integración de la psiquiatría contemporánea, destacando y abriendo los espacios interiores del proyecto a la comunidad. Se transforma en un gesto urbano de conexión con el entorno. Me parece importante crear nuevos accesos de espacios públicos que puedan ser manejados como puertas abiertas durante el día y den posibilidad de ingreso y traspaso al interior del instituto para lograr un intercambio social entre pacientes y sanos.



### 3- Rol de la Unidad Forense de Mediana Complejidad en el Instituto.

La Unidad Forense Mediana Complejidad será la unidad que remate el predio del instituto creando el acceso oriente y se presentará como un elemento de fachadas abiertas hacia el interior del Instituto y hermético hacia las calles exteriores, controlando el acceso y produciendo una fachada fecunda al ser el edificio aquel elemento que actúa como límite del interior y el exterior. La imagen del edificio por lo tanto debe ser lo más transparente posible evitando lo que se ha conocido hasta ahora como la imagen del Psiquiátrico, muros eternos de ladrillos que no revelan nada de su interior y sus actividades. El Psiquiátrico Forense por lo tanto deberá actuar como una unidad independiente que se nutre de los servicios generales del Instituto a través de sus conexiones de servicio peatonal y público, además contempla el traspaso del área privada (patio forense) a la zona pública del instituto (paño verde) gracias a un espacio intermedio semi-público de trabajo.



## 5 - A C E R C A M I E N T O   A   U N A   P R O P U E S T A   E S P A C I A L

## REFERENTES ARQUITECTONICOS

### MUSEO BRASILEÑO DE ESCULTURA

Arquitecto: Paulo Archias Méndez da Rocha

Premio Pritzker de Arquitectura 2006

Sao Paulo, Brasil 1988

El museo transforma espacios interiores y exteriores con la tectónica del lugar evitando ser un objeto superpuesto en el lugar. Estas explanadas acompañadas de planos de agua van transformando la plaza de acceso y los accesos al interior. Así lo transforma en una escultura donde la materialidad es el propio terreno.

Este proyecto transforma la visión formalista de la arquitectura, nos da libertades para pensar en la conformación de espacios de acuerdo a la masa y el volumen, a la calidad del espacio más que la imagen, a la sensación espacial por sobre todo.



REFERENTES ARQUITECTONICOS  
ACERCAMIENTO A UNA PROPUESTA ESPACIAL

## PALACIO DE CONGRESOS - MONTREAL

Tétrault, Dubuc, Saia y Asociados



El concepto del Palacio de Montreal es abrirse hacia la ciudad y su gente. Para lograr esto el edificio se enfoca en los aspectos de la luz y la transparencia desarrollando sus fachadas en vidrio. Es por esto que el edificio logra integrarse visualmente desde el interior y el exterior.

Desde el exterior deja ver la actividad que se realiza en él y desde el interior se aprecia la ciudad.

Es un proyecto sencillo que apuesta por la transparencia de sus cuatro fachadas, piensa en el peatón como usuario e incorpora la transparencia que requiere un edificio abierto a la comunidad que debe adaptarse a las estrechas calles aledañas.





## POLICLÍNICO PÚBLICO Y PRIVADO - CARPENTRAS MEDIAL COMPLEX

Arquitecto Jean Paul Cassulo



El proyecto fue un encargo de la construcción de un centro de salud público privado de 250 camas. El proyecto toma las nuevas perspectivas de tratamiento hospitalario que se enfocan en la calidad espacial de comodidad y transparencia. Esto logra dar un rol de bienvenida al lugar donde el paciente será tratado.

Una de las cosas más remarcables, es la materialidad trabajada en diversas capas, haciendo notar la diversidad de procesos en el interior del edificio. Trabaja materialidades como el hormigón, pinturas pálidas, madera, protecciones metálicas y vidrio.



## PSIQUIATRIE ET NEUROSCIENCES - PARIS

Estudio Arquitectos M Robain, R. Tisnado

Arquitectos urbanistas: J.f. Bonne, A. Bretagnolle, R. H Arnaud, L. M. Fischer, M. Lehmann, R. Ayache.

economista: Eco Cités



El centro psiquiátrico de Paris, de la época de Napoleón II, es el centro de investigación psiquiátrico líder en técnicas e investigación de los desordenes mentales. Construido en 1867 como proyecto intra-muros.

El cuerpo médico llega a 500 doctores y más de 3000 personas trabajan en su interior.

El plan master desarrollado fue enfocado al propósito de abrirse a la ciudad por lo que se eliminó el muro circundante lo que crea un gesto de aporte urbano. Se desarrollo espacios exteriores de relajjo y conexiones bellas. Todo esto con el fin de comprender la cultura local y la reincersión ciudadana.

Los objetivos del proyecto son el desarrollo de un centro de cuidado de día, hospitalización parcial ,tratamiento previo y reintegración social. Con este propósito se pretende que las 13 hectáreas, 7 de ellas parque, se desarrollen como integradas al barrio circundante.

El proceso fue primero definir el programa médico evaluando cualitativa y cuantitativamente lo existente. Se propuso nuevos edificios de acuerdo a las necesidades contemporáneas de la medicina, y se desarrollaron confortables alrededores para el paciente y su familia. Se desarrollo en servicios hospitalarios, planeamiento urbano y diseño arquitectónico necesariamente interrelacionados.



## CONCLUSIÓN - CONCEPTO - PROPUESTA

*A partir de la síntesis de los Antecedentes. Se establecen los elementos conceptuales rescatados de la propuesta contemporánea del tratamiento del paciente enfermo mental, además de las mejoras posibles para éstos espacios en cuanto a elementos arquitectónicos aplicables.*

El edificio debe ser un híbrido entre la instancia de hogar y la psiquiátrica (hogar - clínica), debe responder a las paradojas de contención y traspaso que son propias de la psiquiatría contemporánea, contención por necesidad del cuidado del paciente y por el mandato de la justicia y traspaso, por la interpretación necesaria que deben tener los pacientes, ante su situación en el Psiquiátrico, que es un constante camino de rehabilitación. Es además. Un proceso en el que se debe dar firmemente la posibilidad de establecer relaciones sociales del trabajo en grupo. Así los pacientes autómatas, volverán a desarrollar sus capacidades sociales y los que han perdido su confianza en sus capacidades las recuperarán.

Es preciso entender el proyecto como un edificio que responderá a las necesidades de internación de largo tiempo a las que son mandadas estas personas, y que por esto es preciso que el desarrollo del proyecto sea lo más parecido a una residencia multifuncional (24 horas) que a su vez responda a las necesidades de espacio clínico hospitalario con características habitacionales y espacios de terapia social.

## I. REVALORIZACIÓN

El uso de los espacios del psiquiátrico serán utilizados por sujetos que se caracterizan por abstraerse de la realidad y vivir en un mundo limítrofe donde lo objetivo es siempre subjetivo y ésta situación onírica solamente disminuye una vez que los sujetos de la administración de los institutos le han inducido a la realidad concreta mediante fármacos u otros tratamientos. Pero las fantasías son elementos que son posibles de volver sociables y utilizarlos como herramientas de integración a la sociedad.

## II. REINTEGRACIÓN - Del Aislamiento a la Integración

Los pacientes psiquiátricos sufren el aislamiento de la sociedad y de sus familiares en todo momento, desde que la enfermedad se manifiesta hasta que son internados en una unidad psiquiátrica. Los espacios de tratamiento deben intentar dar cobijo a espacios que permitan la actividad con la familia y con la comunidad sana para que aquellos que están enfermos puedan comenzar a desarrollar elementos y herramientas sociables. El Espacio de contención psiquiátrica, es de constante reconocimiento para éstos sujetos que viven bajo condiciones fantásticas.

Y deben verse interesados continuamente en recuperar las facultades objetivas (espaciales, movilidad, imaginativas) para entender su proceso de integración a la sociedad. En un principio comienzan integrando la sociedad comunitaria del propio psiquiátrico, para luego poder responder a la complejidad de la sociedad exterior a la institución.

### Concepto

FIGURA ESPACIO ONIRICO – ESPACIO CONCRETO – ESPACIO DE RECONOCIMIENTO CREATIVO

### Actividad

Espacios de desarrollo artístico de trabajo y en relación con la naturaleza. Talleres, parques, patios, vistas.

### Propuesta

Espacios de trabajo y de creación en una escala intermedia entre el interior privado y el exterior.

### Concepto

RELACIONES ENTRE YO , ELLOS Y LOS OTROS – TRASPASO

### Actividad

Relaciones sociales y comunitarias, reuniones, juegos, deportes, actividades recreativas y cotidianas en grupo etc. Lazos Sociales Resistir a la autonomía del paciente, dar espacios de encuentro y posibilidades de organización en grupo.

### Propuesta

1. Espacios de reunión, centros de flujo, lugares de traspaso entre el exterior y el interior, trabajo de niveles de relación social.
2. Imagen exterior del Psiquiátrico: Visitas Facilidad y transparencia del exterior al interior.
3. Centro foco de interrelaciones, Espacio de intercambio foco del proyecto. Lugar de trabajo e intercambio.

### III. RECONOCIMIENTO COTIDIANO

El proceso se inicia al interior de el recinto Institucional, el cual presenta una lógica narrativa en un discurso que se compone por dos prácticas inminentes: ver y actuar. Donde el elemento que articula la relación entre uno y otro es el espacio. El espacio se ordena de acuerdo a un orden jerárquico, donde el espacio es la matriz que sostiene la transformación en el tiempo.

*“El espacio fue tratado como lo muerto, lo fijo, lo no dialéctico, lo inmóvil. El tiempo, por el contrario, fue rico, fecundo, vivo, dialéctico.”*

*Foucault 1980*

#### Concepto

LINEALIDAD CON CARÁCTER– MOVIMIENTO VS ESTATICIDAD

#### Actividad

El diario caminar y realizar una actividad, trasladarse de un sector a otro entendiendo el tiempo que transcurre dentro de la unidad de acuerdo a las actividades planteadas y al cambio de espacio logrado.

#### Propuesta

1. Estructurar las zonas de acuerdo al rol general que cumplen: Clínico Médico – Hogar – Trabajo – Recreación. La circulación estructura y conector.
2. Dimensiones y Escalas, lugares de diferentes escalas para el uso diferenciado tanto por los pacientes como por sus familias. **Aproximación espacial. Escala a nivel Barrio.**
3. AREAS.
  - Dormir – lugar introvertido, protegido. Lugares de descanso y privacidad. Piezas individuales, y estar común organizado de un grupo menor.
  - Estar – lugar que se apropia en diferentes áreas del proyecto, primera instancia de relacionarse socialmente con los otros. Espacios de encuentro.
  - Trabajar – lugar donde se realizan y se desarrollan sus habilidades motrices, el tercer paso para la rehabilitación social. Pabellón de capacitación y rehabilitación.

#### IV. CUSTODIA

Orden de los espacios: entendiendo que el espacio debe ser custodiado y debe tener ciertas jerarquías de control se debería asignar una estrategia de designación táctica al poder como una estrategia donde son atribuibles sus efectos a disposiciones, tácticas o técnicas pero no a apropiaciones. El poder por lo tanto es básicamente una operación, una relación. Puede existir el poder siempre que haya una relación y un orden aparente, una estrategia de ocupación, no límites ni muros ni grandes edificios, sino establecer el espacio como una narrativa donde el poder esta dado de acuerdo al ordenamiento espacial.

#### Concepto

PUNTOS DE CONTROL Y DESPLAZAMIENTO

#### Actividad

Control y Observación del Paciente, ingresos y egresos del recinto

#### Propuesta

1. Desarrollar puntos de control en el traspaso entre una y otra zona programática. Que no sean elementos que intervengan activamente en el espacio del paciente pero si estén ubicados en puntos de traspaso y circulaciones.
2. No integrar símbolos de prisión (rejas, muros)
3. Muro: . Arquitectura contiene, el volumen acoge las actividades y limita lo exterior de lo interior. El elemento arquitectónico funciona como limitante física.
4. Dominio espacial. Espacios comunes transparentes y abiertos, controles de las circulaciones. Control a través de la tecnología, cámaras, cierres automáticos.

## V. REHABILITACION

El proyecto requiere del desarrollo de elementos que aporten en la terapia, utilizar la arquitectura como una herramienta para la recuperación, física y mental es una premisa en el diseño del proyecto.

### Concepto

CAMINO COTIDIANO DE RECUPERACIÓN

### Actividad

Rehabilitación

### Propuesta

1. Desarrollo Motriz: Tiempo cotidiano y camino. Circulaciones elemento de desarrollo psicomotor.
2. Iluminación: Los espacios iluminados aumentan el ánimo y la energía. El proyecto trabaja los elementos en conformidad con la posición del sol, dependiendo de su programa. Las habitaciones orientación norte. Clínica, luz Este. Patio central libertad de construcciones y mayor luz solar directa. Núcleo de control, tamizar la luz.
3. Vistas- colores claros tranquilizadores: Debido a que los pacientes sufren muchas veces grados de alucinación y sicóticos, es necesario evitar estímulos fuertes visuales. Se opta por desarrollar el proyecto en blanco o colores claros. Foco visual centro Natural del proyecto. Limitación visual a las calles exteriores.
4. Simpleza espacial – Noción espacial, orientación espacial línea. Niveles y diferentes escalas espaciales para cada actividad dependiendo de la capacidad de uso.
5. Introversión: El edificio se desarrolla hacia el centro del proyecto. **Centro parque**, efecto tranquilizador psicológico. Área de mayor libertad.



# 6-UNIDAD PSIQUIATRIA FORENSE MEDIANA COMPLEJIDAD

U.P.F.M.C





## DEFINICIÓN PROYECTO

### Unidad Psiquiátrica Forense Mediana Complejidad

Hospitalización, Clínica Ambulatoria, Terapia

La experiencia que se ha tenido en el departamento judicial del instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, a partir del año 1991, ha sido principalmente consolidada en un plan de rehabilitación que tiende a la reinserción o alta de pacientes. Además de estar motivado por el reciente cambio de las políticas que se enfocan al sentido de erradicación de los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos sumado a la Nueva Reforma Procesal Penal, donde se precisa la inserción de toda persona que haya cometido un delito, que se sospeche o sufra de enfermedad mental, en una unidad de Salud, colapsando el sistema y las unidades especializadas.

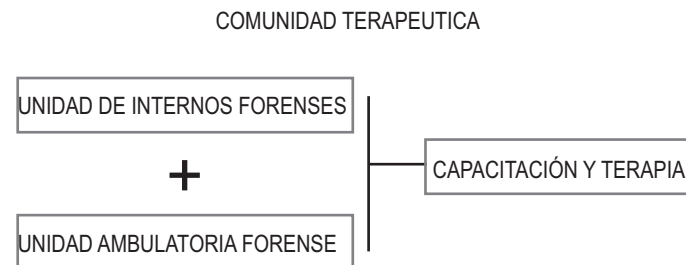
Este plan de rehabilitación intenta integrar distintos enfoques teóricos, definiendo una estrategia terapéutica distinta y específica para cada paciente. Se utilizan, por lo tanto, aportes provenientes de la teoría conductual, psicoanalítica y otras dentro de un marco de comunidad terapéutica. Enfocados por lo tanto, a la rápida y segura reincersión social. Esto apunta a que el paso del paciente por el instituto sea lo más rápida posible, evitando así el desligarse de la familia y su círculo social precedente.

El Proyecto se define como la **Unidad de Psiquiatría Forense de mediana complejidad**, de referencia Regional y con la futura ampliación de la Unidad de Evaluación Psiquiátrica de Imputados, que se conectaría

a la zona administrativa forense de la unidad.

Se requiere ésta unidad para 60 pacientes internos entre los cuales 1/3 de ellos son entre mujeres y ancianos, ya que la demanda de los ancianos no es mucha al ser generalmente enviados a Hogares Forenses.

El proyecto se plantea como una unidad de internación hospitalaria, con características de comunidad terapéutica y hogar. Y la unidad clínica ambulatoria forense, donde se trata a los pacientes dados de alta para su control médico. Además la unidad se integra a la comunidad general del instituto integrando una zona de trabajos y talleres para el uso del instituto general además del área forense. En cuanto a su rol en el instituto, el edificio se presenta como la fachada y Acceso Oriente al instituto.



## USUARIOS

La U.P.F.M.C. Está pensado para tres tipos de usuarios que tienen diferentes resguardos de custodia y tratamiento:



1. Los internos con mandato a custodia de la justicia – zona habitacional.



2. Los ambulatorios que han sido dados de alta y deben ir a control médico.



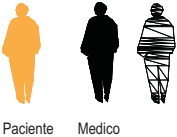
3. La comunidad psiquiátrica y la comunidad sana, dándole espacios de reunión y trabajo en conjunto.

Propuesta Programática

3 Areas:

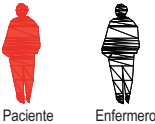
- Técnico Administrativo)
- Internos
- Rehabilitación

CLINICA



- Atención Ambulatoria
- Atención oficina profesinales
- Dirección y Administración
- Enfermería

INTERNOS



- Dormitorios
- . Areas comunes
- Jardines
- . Estación de Enfermería

REHABILITACION



- Talleres y salas de rehabilitación psico motora
- Talleres y salas de rehabilitación psico- social.
- Talleres capacitación laboral
- Plaza de intercambio

El Programa del proyecto tuvo que ser evaluado y desarrollado en base a programas de psiquiátricos generales y programas de aspecto carcelario por los elementos de custodia y seguridad. Además de entender los nuevos programas extraídos de las nuevas terapias comunitarias y de puertas abiertas de la psiquiatría contemporánea.

Se propone un programa diferenciado entre zonas de uso público y administrativo a las zonas de habitación y residencia. Además se plantea la diferenciación de espacios entre áreas privadas de independencia y áreas de comunidad grupal. Entendiendo que el paciente debe tener un proceso cotidiano lo más parecido a la vida externa, donde cada acto del día tiene su lugar específico y hay un camino que se recorre en el tiempo de estadía. Esto también afirma el propósito de ir avanzando en la terapia de rehabilitación. Así mismo, el ingreso de pacientes enviados por el juez de garantía que ingresan con gendarmería o en ambulancia y en estado descompensado debe ingresar al lugar por un sector independiente con medidas de seguridad especiales.



## PROGRAMA UNIDAD PSIQUIATRICA FORENSE MEDIANA COMPLEJIDAD

### 1. AREA ACCESO INSTITUTO

#### 1.1 Nivel Calle Acceso

1.1.1 Box Portero	10 m2	wc + lo
1.1.2 Hall Acceso Oriente Instituto	130 m2	Plaza de acceso Público conectada con circulación interna

#### 1.2 Nivel Subterráneo

1.2.1 Estacionamientos	420 m2	12 hospitalizacion - 6 consulta. O.L.Recoleta 5.2
------------------------	--------	---

total 560 m2

### 2. AREATÉCNICO ADMINISTRATIVA

#### 2.1 Area Clínica Ambulatoria

2.1.1 Recepción y Hall Espera	55 m2	20 pers
2.1.2 sshh Público Hombre	12 m2	2 wc + 2 lo + minusválido
2.1.3 sshh Público Mujer	12 m2	2 wc + 2 lo + minusválido
2.1.4 Sala Terápia Grupal	25 m2	8 pers
2.1.5 Box Atención Médica Psiquiátrica - 4	100 m2	4 box - con clóset y camilla examen físico
2.1.6 Clínica Enfermería	25 m2	area limpia: medicamento y ropa limpia

#### 2.2 Administración

2.2.1.Oficina Dirección	25 m2	Jefe médico Director
2.2.2 Oficina Administración	12 m2	Estadística y Encargado Personal Inventario
2.2.3 Oficina Contabilidad	12 m2	Contador y Encargado de Adquisiciones
2.2.4 Archivo	10 m2	Archivo Control Pacientes
2.2.5 Oficina Secretaria	14 m2	1 Secretaria
2.2.6 Sala Reuniones	40 m2	20 pers

### 2.3 Profesional

2.3.1 Atención Profesional a Familias - 2	24 m2	
2.3.2 Oficina médico psiquiatra - 2	24 m2	2 médico psiquiatra
2.3.3 Oficina psicólogo - 2	24 m2	2 psicólogos
2.3.4 Oficina Terapeuta - 1	12 m2	1 asistente social
2.3.5 Oficina Asistente Social	12 m2	1 terapeuta ocupacional
2.3.6 Estar Profesionales	50 m2	Con Repostero
2.3.7 sshh hombre	12 m2	2 wc + 2 lo + minusválido
2.3.8 sshh mujer	12 m2	2 wc + 2 lo + minusválido

### 2.4 Area Evaluación Internación

2.4.1 Sala Custodia y Revisión	15 m2	Controlado por Auxiliares y Enfermeros
2.4.2 Sala Tecnovigilancia General	8 m2	Guardia no Gendarme
2.4.3 Estar Gendarmería	8 m2	
2.4.4 Estacionamientos	65 m2	3 vehículos. Ambulancia y Carro de Gendarmes
2.4.5 Salas paramédicos evaluación - 2	50 m2	closet - vidrio vigilancia

\*

### 2.5 Area Personal

2.5.1 Estar Personal	25 m2	8 auxiliar dia - 4 auxiliar noche
2.5.2 Repostera - comedor personal	25 m2	4 enfermeros dia - 2 enfermeros noche
2.5.3 camarín hombre con sshh	25 m2	1 enfermero jefe forense
2.5.4 camarín mujer con sshh	25 m2	1 enfermero jefe ambulatorio forense

TOTAL 734

+ 25% ciculacion

= 880

\* A 6. ANEXO TURNOS MES DICIEMBRE 2005. DEPARTAMENTO PSQUIIATRIA FORENSE INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ HORWITZ B.

### 3. AREA CONTROL - TRASPASO

3.1 Estación Enfermería y Observación 1 x nivel	12 m2	Control Puertas con cierre eléctrico controlado desde enfermería
3.2 Salas Aislamiento - Observación 2 x nivel	20 m2	Acolchados y mirilla observación
3.3 sshh Funcionarios Mujer 1 x nivel	6 m2	wc y lo
3.4 sshh Funcionarios Hombres 1 x nivel	6 m2	wc y lo
3.5 Bodega	40 m2	
3.6 Bodega Aseo 1x nivel	30 m2	montacarga y lo

TOTAL 234 m2

+ 25% circulación

= 280 m2

### 4. AREA INTERNOS

#### 4.1 Dormitorios

4.1.1 Habitación Mujer y Discapacitados 1er nivel (20 hab)		
4.1.2 Habitación Hombre 2º nivel (20 hab)	240 m2	
4.1.3 Habitación Hombre 3er nivel (20 hab)	240 m2	
4.1.4 Módulo Baño x cada 4 dorm	240 m2	
4.1.5 Sala Estar por Nivel (20 pers)	225 m2	cada módulo con 2 lo + 2 wc + 2 du. de uso independiente

#### 4.2 Espacios Comunes

4.2.1 Sala Uso Múltiple y visitas	60 m2	Con Tv
4.2.2 Sala Estar y Juego	60 m2	
4.2.3 Jardín de Invierno	200 m2	
4.2.4 Sala de Lectura	30 m2	
4.2.5 Comedor	75 m2	
4.2.6 Repostero	15 m2	Armado y Despacho de Carro a meson autoservicio
4.2.7 sshh hombres	4 m2	
4.2.8 sshh mujeres	4 m2	
4.2.8 Patio Forense	900 m2	

TOTAL 2500 m2

+25% = 2980 m2

## 5. AREA SEMI PUBLICA - PLAZA TRABAJO

### 5.1 Talleres

5.1.1. Movimiento Corporal	48 m2
5.1.2 Actividad Laboral - 2	48 m2
5.1.3 Salas de Clases - 2	48 m2
5.1.4 Sala Psicoterapia divisible	48 m2
5.1.5 Sala trabajo musica divisible	48 m2

### 5.2 Administración y Servicios Plaza trabajo

5.2.1 Oficina Administración con sshh	12 m2
5.2.2 sshh hombres público	12 m2
5.2.3 sshh mujeres público	12 m2
5.2.4 bodegas - 3	36 m2

### 5.3 Plaza trabajo

5.3.1 Huerta	150 m2
5.3.2 Plaza Intercambio	190 m2

TOTAL 650 m2

## 6. AREA TÉCNICA SERVICIOS

6.1 Bodega	40 m2
6.2 Bodega Farmacológica e instrumentos	20 m2
6.3 Bodega ropa limpia y sucia	16 m2
6.4 Area acumulación desechos	20 m2
6.5 Sala Hidropack	40 m2
6.6 Sala Calderas	30 m2
6.7 Sala Generador Eléctrico	30 m2
	TOTAL 196

+ 25% CIRC 235

TOTAL CONSTRUIDO

5570 M2





Graffiti en el muro exterior del Instituto Psiquiátrico  
Fachada Sur del Instituto.

### “Lobotomía

Los edificios tienen tanto un interior como un exterior. En la arquitectura occidental ha existido el postulado humanístico de que es deseable establecer unas relaciones morales entre ambas cosas, según las cuales el exterior hace ciertas revelaciones sobre el interior, que luego el interior corrobora. La fachada “honrada” habla sobre las actividades que oculta. Pero desde el punto de vista matemático, el volumen interior de los objetos tridimensionales aumenta en unidades elevadas al cubo, mientras que la envolvente que lo contiene lo hace sólo en incrementos elevados al cuadrado: cada vez menos superficie tiene que representar cada vez más actividad interior.

Más allá de cierta masa crítica, las relaciones se sobrecargan por encima del punto de rotura; esta “rotura” es el síntoma de la auto monumentalidad. En esa discrepancia deliberada entre el contenedor y el contenido, los creadores de Nueva Cork descubren una zona de libertad sin precedentes; la explotan y la formalizan en el equivalente arquitectónico d una lobotomía: el corte quirúrgico de la conexión entre los lóbulos frontales y el resto del cerebro, con el fin aliviar algunos trastornos mentales, desconectando para ello las emociones y los procesos del pensamiento. El equivalente arquitectónico separa la arquitectura exterior de la interior. De este modo, el “monolito” le ahorra al mundo exterior el tormento de los cambios continuos que hacen estragos en su interior; es decir, esconde la vida cotidiana.”

Koolhaas, delirius NewYork



## Organización Espacial General

### ▪ Emplazamiento

La unidad forense mediana complejidad será la unidad que remate el predio del instituto creando el acceso Oriente.

El edificio se presenta en el terreno, como un muro contenedor que limita el exterior del interior del instituto. Por lo tanto todos los accesos al edificio se desarrollan en la cara interior de éste.

Este Acceso se conecta con el volumen clínico de la Unidad Forense, siendo el acceso al público general. El volumen de habitaciones, se ubica limitando la calle Olivos. Se emplaza mirando hacia el norte para la adecuada iluminación de las habitaciones, dejando la zona de servicios hacia el sur. La conexión entre estos dos volúmenes es el núcleo de Control de salidas y traspasos entre las áreas.

El proyecto aunque se emplaza como unidad independiente, ya que solamente requiere utilizar las áreas de servicio del Instituto General. El centro del proyecto se caracteriza por ser el área de intercambio social en diferentes grados. Desde lo más privado (patio forense) pasando por el área semi-pública (plaza de trabajo) para finalmente conectarse a la circulación pública (circulación interior instituto), que conecta los dos accesos principales del instituto.



#### ▪ Unidad Fragmentada

El partido General se estructura en base al concepto de unidad\* zonificada, desarrollando una aproximación holística en cuanto los agentes que intervienen en rehabilitación del paciente. Esta unidad está dispuesta a modo de muro contenedor de actividades .

El objetivo es desarrollar el edificio como un solo elemento el cual puede estar seccionado por partes, pero que conforma un solo elemento en su conjunto. En este caso la unidad lo daría el uso específico forense y la utilización de todas sus partes de acuerdo al tiempo y a la efectividad del tratamiento del paciente, articuladas por un núcleo de control para el traspaso hacia las diferentes áreas.

---

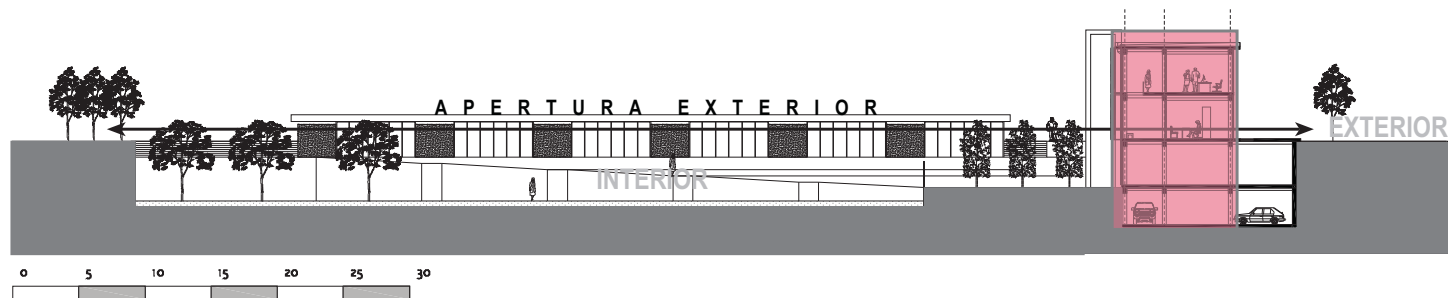
\* UNIDAD: Propiedad de todo ser, en virtud de la cual no puede dividirse sin que su esencia se destruya o altere. / Unión o conformidad / Cualidad de la obra literaria o artística en que solo hay un asunto o pensamiento principal, generador y lazo de unión de todo lo que en ella ocurre, se dice o representa. Fuente: Diccionario de La Lengua Española

**MURO CONTENEDOR: Protección del Medio Ambiente,  
Matriz protección interior.**

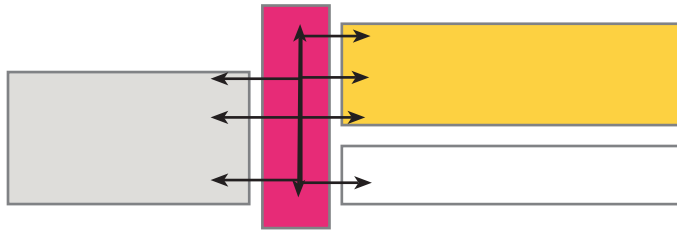


▪ **Muro Contenedor:**

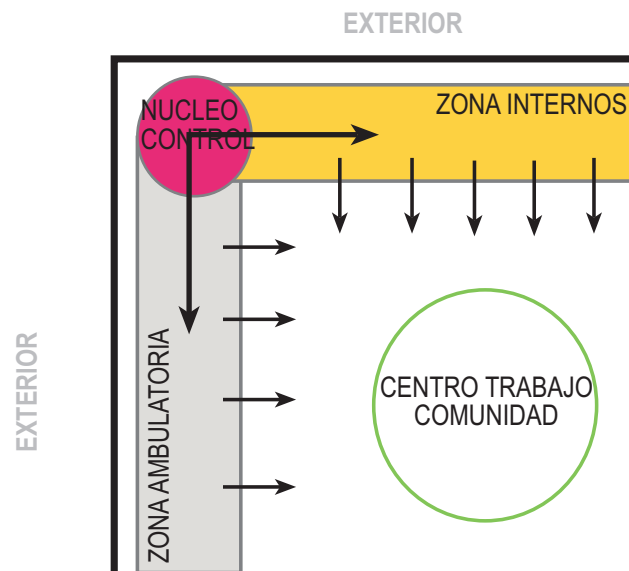
La unidad misma responde a una de las premisas de diseño, de contener y proteger al paciente sin sobre estructurar la seguridad perimetral, por lo tanto, el hecho que el mismo edificio funcione como “muro habitable” reduce la noción de encierro y oscurantismo propio del muro infértil de cárceles y psiquiátricos. Ahora el muro está rico en actividades.



## TRASPASO VERTICAL



## TRASPASO HORIZONTAL



## ▪ Traspaso

La Zonificación del conjunto se desarrolla en forma tanto horizontal como vertical. Se considera la necesidad de traspaso por lo que se definen dos zonas. Habitacional y Clínico, donde el traspaso entre uno y otro sería el núcleo de control entre ambos. Estos brazos abiertos hacia el interior del instituto acogen las actividades interiores y de mayor control. Mientras los espacios abrazados por estos edificios son los de mayor libertad situándose en diferentes grados de apertura o privacidad. Desde el patio forense privado, pasando por la plaza de trabajos semi pública, que constituye el corazón del proyecto, hasta el traspaso hacia el parque del instituto de puertas abiertas a la comunidad. El traspaso vertical se da también con la misma lógica, desde lo más privado en niveles superiores a lo más público en niveles inferiores donde se desarrollan en el área habitacional, los espacios de recreación y de uso comunitario. Y en la zona clínica, en el primer nivel se desarrollan el área de consulta y en el segundo nivel las oficinas administrativas y de profesionales.

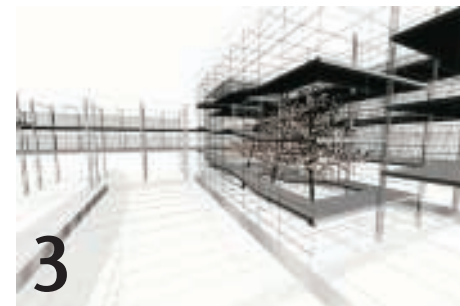
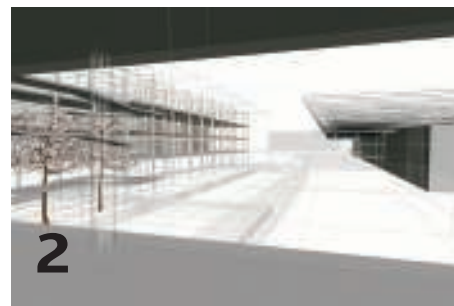
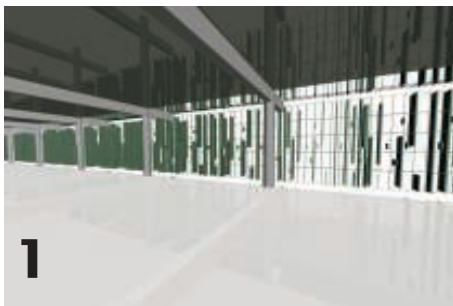
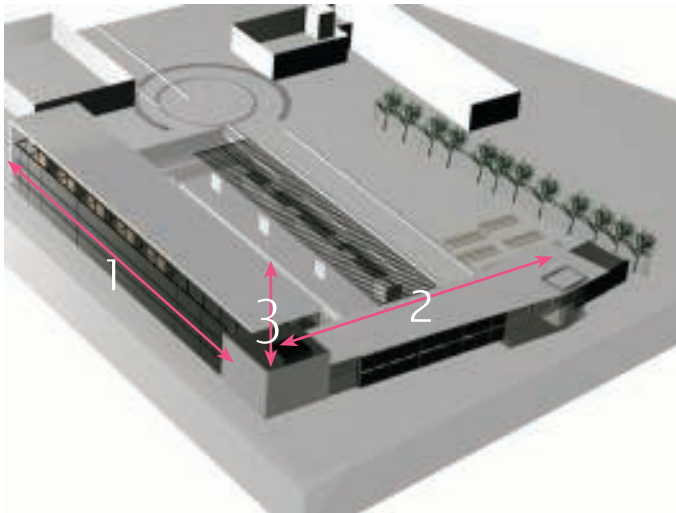
▪ **Circulaciones Estructurantes y Terapéuticas**

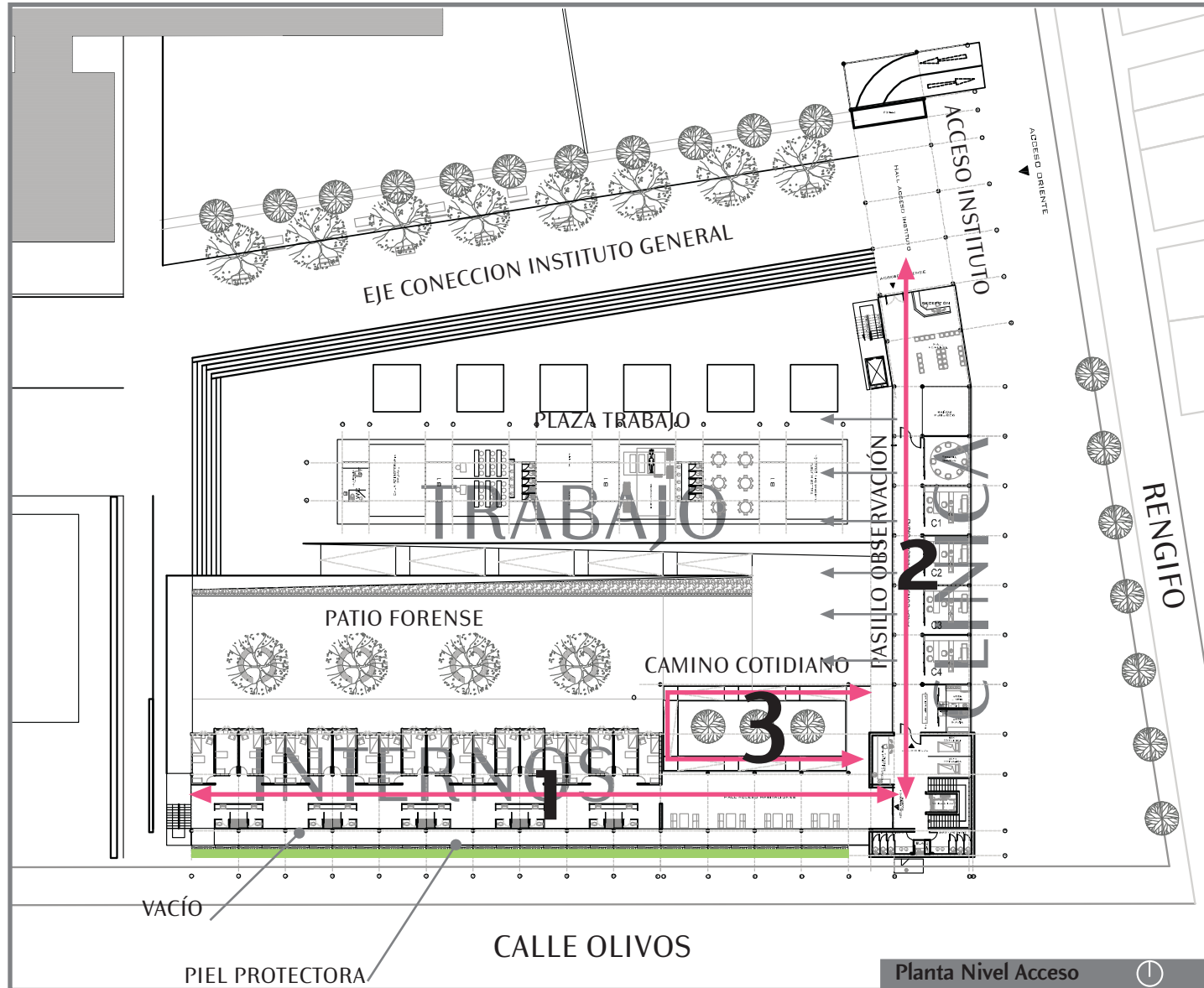
El edificio desarrolla sus circulaciones enfocadas en la sanación y rehabilitación motriz y psicológica en los pacientes.

1 - En el área de habitaciones, la circulación interior está acompañada de un muro corta vista, para evitar el impacto externo y de protección, pero que permite entender que pertenecen a un exterior y no están descontextualizados. Además esta piel provoca diversas luces y formas que estimulan el ánimo y la creatividad del paciente.

2 - Así mismo las circulaciones del área clínica están enfocadas a acompañar el centro del proyecto (patio forense) siendo punto de observación del mismo.

3 - Las circulaciones verticales aprovechan la necesidad de largas rampas para desarrollar se espaciosamente y formular otra instancia terapéutica motriz en el proceso cotidiano de subir y bajar.



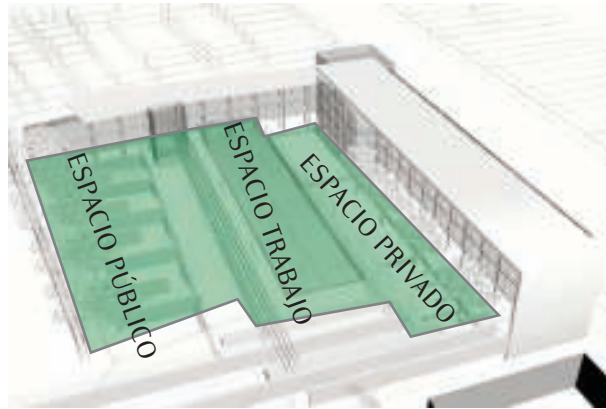




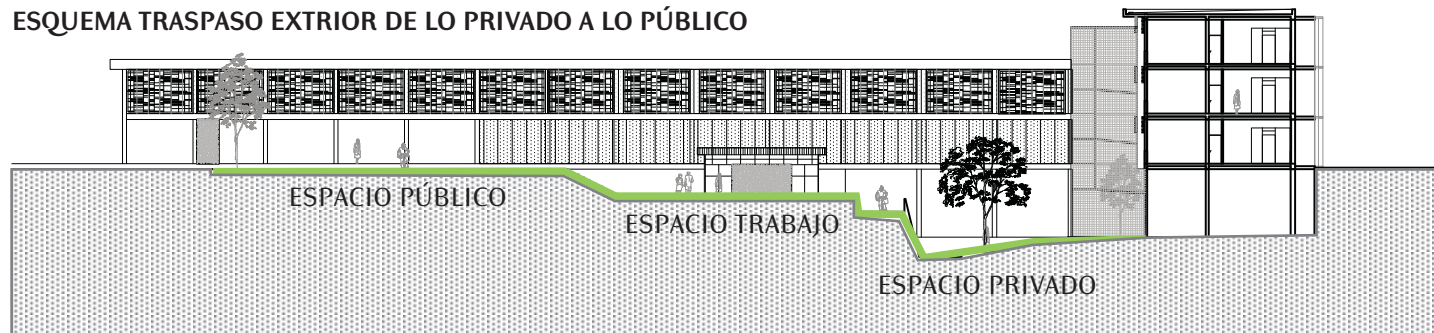
- **Naturaleza**

El proyecto se desarrolla en torno al centro natural del instituto. El eje de parque y la apertura de todas las vistas del instituto hacia este elemento pasivo y tranquilizador.

Se entiende la naturaleza como el elemento nuclear donde los pacientes pueden sentirse liberados y tranquilos. **El parque se integra como una capa en diferentes niveles de privacidad.**



### ESQUEMA TRASPASO EXTERIOR DE LO PRIVADO A LO PÚBLICO



- **Expresión y Materialidad**

#### Estructura

El proyecto se construye en base hormigón armado en sistema de marcos lo que permite el desarrollo de espacios transparentes y limpios.

Esto permite entender el espacio fácilmente, evitando los obstáculos visuales tanto desde el interior y del exterior al interior.

El volumen de Control y traspaso entre el área de internos y el área clínica se construye en base a muros de hormigón armado ya que ésta zona necesita un mayor control de sus espacios tanto de acceso como visual.

El material aporta tanto por motivos de seguridad como por su alta resistencia al fuego y por sobre todo por ser un material resistente al tiempo y al gran impacto.

#### Interiores

La modulación interior de los espacios se desarrolla en base a tabiques prefabricados para dar posibilidad de cambio interior y liviandad al proyecto. Además es auto soportante, de alta resistencia. El alma del tabique es de Poliestireno expandido, dándole alta aislamiento acústico y térmico. Los psicólogos concuerdan con que los espacios amplios y claros llevan a la tranquilidad del espíritu evitando los cambios bruscos de cualquier tipo.



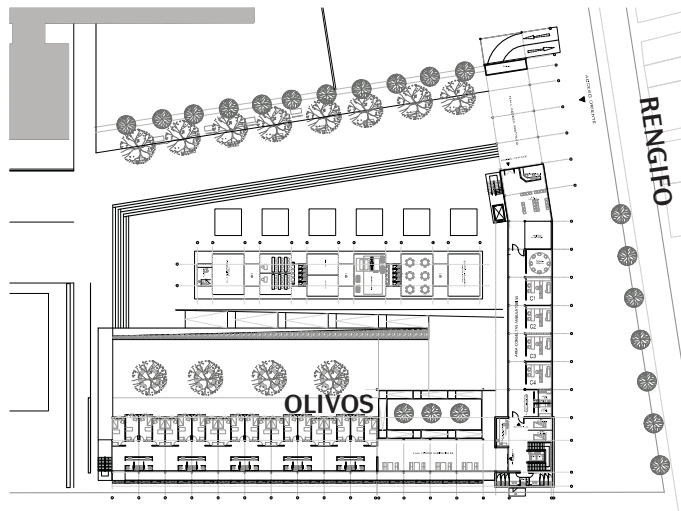
FACHADA SUR - CALLE OLIVOS



FACHADA ORIENTE - ACCESO CALLE RENGIFO



FACHADA NORTE - INTERIOR



## Fachadas

Es necesario lograr la mayor transparencia desde el exterior al interior del proyecto controlando las vistas desde el interior hacia la calle y abriéndolas hacia el centro del proyecto. Es por esto que las fachadas son translucidas, utilizando cerramientos de policarbonato (resistente a golpes) en ves de vidrios.

Además es necesaria una piel protectora que tenga la función de reja. Esta piel es uno de los principales elementos a diseñar que tengan su funcionamiento de contención y protección pero que sea diseñado de forma que no represente represión sino belleza. El material que se elige como material el cobre, que en su estado natural su color es verde, que no se asemeja al color de las rejillas clásicas y que es un color pasivo. Este se utilizará en el área de hospitalización hacia la calle como corta vista. Y en el área clínico se utilizará como una piel que de sombra hacia el poniente. Esto se logrará de acuerdo al uso de las placas, dependiendo su posición horizontal o vertical y su densidad.

## Elementos antiagresión:

Se utilizan materiales como policarbonatos en reemplazo de vidrios, formas lineales y limpias, materiales incombustibles y principalmente con materiales antivandálicos en el caso de los marcos de ventanas y artefactos de baños, obligando a desarrollar los artefactos en obra y empotrados y evitar azulejos en los baños. Asimismo los elementos de iluminación son empotrados. Todos los ductos de calefacción, desagüe, eléctricos, etc. Se deben resguardar del paciente.

## GESTIÓN

Como anteriormente vimos, la gestión y financiamiento de nuevos proyectos en el área de salud deberán ser desarrollados por los fondos del ministerio de Salud. Pero en especial el área forense debe un mayor gasto por la implementación de una nueva infraestructura que no existe en el país y que urge desarrollar.

Este gasto extraordinario deberá ser financiado por los recursos contemplados en el presupuesto de salud nacional y del Servicio Médico Legal de Chile. Además se deberá aprobar financiamiento adicional por parte del Ministerio de Hacienda ya que la infraestructura de un psiquiátrico legal merece la participación de por lo menos los dos ministerios justicia y salud, y desarrollarse como un edificio emblemático para el desarrollo del país ante los nuevos cambios en la estructura judicial del país.

## A N E X O S



## ANEXO 1

## ANEXO 2

## ANEXO 3

### *SIN CAPACIDAD DE DISCERNIMIENTO*

- 1) “El que en el momento de cometer el hecho delictivo a causa de una anomalía o alteración siquiátrica no comprenda la ilicitud del hecho o actúe conforme a ella”
  - Alteraciones mentales: trastornos mentales de aparición reciente.
  - Anomalías mentales: trastornos de aparición tardía (retraso mental, esquizofrenia, psicosis etc.)
- 2) “El que en el momento de cometer el hecho delictivo se encuentre en un estado de intoxicación plena que no le permita comprender la ilicitud del acto o se encuentre en un estado de abstinencia”
  - Estado de abstinencia: dice de abuso de sustancias tóxicas, psicotrópicos, alcohol etc. Lo que provoca en el sujeto el estado de *delirium tremens* o desata estados paranoicos o sicóticos.
- 3) “El que a causa de una alteración de percepción desde su nacimiento, tenga influido el juicio de realidad”



## ANEXO 4

### **CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA** – fuente: Manual Técnico de Contención en Psiquiatría

Definición: forma en que se recibe a un paciente, en el momento en que su estado de salud mental hace que él, o un familiar, soliciten ayuda al servicio especializado para su manejo y/o tratamiento.

\*La práctica contemporánea de la contención psiquiátrica es conciente de los derechos de la persona, de los usuarios y de los equipos de salud. Entonces entendida la contención como procedimiento clínico, es un equipo de salud el encargado de efectuarla, bajo la responsabilidad de un médico psiquiatra

### **Definiciones Operacionales**

**Contención:** acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger, cuidar.

El ambiente es importante, debe ofrecer la posibilidad de autorregulación de la persona, que manifiesta conductas perturbadoras. Se deberán considerar entre los elementos, las personas, las cosas, las situaciones y estados temporo-espaciales. (Posición espacial. del equipo de salud en relación al paciente.

**Contención en psiquiatría:** procedimiento terapéutico que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada. Su capacitación debiera estar relacionada con la función del agente de salud, en que el funcionario involucre su experticia técnica, sus habilidades personales, como la escucha, su capacidad de captar y responderá a los cambios en la contingencia de la relación y/o del ambiente. En psiquiatría se han definido a lo más 4 formas de una adecuada contención.

**Contención emocional:** procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. La realiza un profesional especializado y puede ser la acción precedente y/o simplificar la contención farmacológica. **Escuchar, persuadir.**

**Contención ambiental:** conjunto de acciones realizadas por el equipo que atiende a una persona en crisis emocional y/o agitación psicomotora. Estas contemplan espacios adecuados, una buena disposición del personal, control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamientos, lo que busca promover confianzas mutuas, una rápida y eficaz actuación del equipo clínico y aminorar el cuadro de agitación que se presenta.

### **Aplacar.**

**Contención Farmacológica:** procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional, con el objetivo de aliviar la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base. Debe acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En la medida que el estado de conciencia del paciente lo permita, se le debe explicar en detalle el procedimiento, sus objetivos, consecuencias y derivaciones. Si la situación de agitación psicomotora impidiese el procedimiento se podrá inmovilizar mecánicamente, en forma temporal, al paciente con el fin de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente.

### **Explicar**

**Contención mecánica o física: procedimiento** usado en psiquiatría como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos, con la finalidad de evitar auto y heteroagresiones. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos. Este procedimiento aún siendo aceptado, trae secuelas en las confianzas de las personas involucradas en la cura de la enfermedad mental (funcionarios, usuarios, familias, fuerza pública)

### **Proteger.**

## ANEXO 5

### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

**Fuente:** El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1.994.

#### Principios

A Philippe Pinel se le acredita el mérito de haber descrito a comienzo del siglo XIX por primera vez este trastorno con el nombre de manía sin delirio. En 1835 el médico inglés James C. Pritchard acuña el término de locura moral (*moral insanity*) para referirse al mismo disturbio. Koch en 1891 introduce un concepto de inferioridad psicopática. En 1923 Kurt Schneider publica en su *Las personalidades psicopáticas* que ha ejercido una influencia decisiva sobre muchos aspectos conceptuales básicos del problema. Sus tipos clínicos psicopáticos, a saber, el hipertímico, el depresivo, el inseguro de sí mismo, el fanático, el necesitado de estimación, el lábil de ánimo, el explosivo, el desalmado, el abúlico y el asténico, perviven, con diferentes etiquetas y con algunas modificaciones tanto en el DSM-III-R de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana como en la CIE-9 y CIE-10 de la OMS.

Entre los tipos psicopáticos de Kurt Schneider y los trastornos específicos de la personalidad del DSM-III-R, por ejemplo, se pueden establecer ciertas equivalencias. Así: 1) el psicópata depresivo de Schneider no sería un trastorno de la personalidad propiamente dicho, sino comprendería al trastorno distímico de los trastornos afectivos clasificable por tanto en el eje I (los trastornos de la personalidad se clasifican en el eje II del multiaxial del DSM-III-R); 2) los psicópatas inseguros de sí mismos corresponderían al trastorno de la personalidad por dependencia; 3) los psicópatas fanáticos corresponderían al trastorno paranoide de la personalidad; 4) los psicópatas desalmados (con embotamiento afectivo) corresponderían al trastorno antisocial (o asocial) de la personalidad; 5) los psicópatas necesitados de estimación corresponderían al trastorno histriónico de la personalidad; 6) los psicópatas lábiles de ánimo corresponderían al trastorno límite de la personalidad.

#### Definición

La décima revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, define los trastornos de la personalidad como alteraciones graves de la caracterológica y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños o de otros traumas del cerebro, ni de otros trastornos psiquiátricos. Habitualmente comprometen varias áreas de la personalidad y casi siempre se acompañan de considerable sufrimiento personal (ansiedad y depresión y de desorganización de la vida social. Generalmente se manifiesta desde la infancia o desde la , manteniéndose durante la vida adulta.

A todo esto habría que agregar, en algunos trastornos de la personalidad, la dificultad para colocarse en el lugar del otro, es decir, la incapacidad para empatizar.

Pese a que existen muchos tipos clínicos de trastornos de la personalidad, han sido identificados algunos rasgos comunes, si no a todos, a muchos de ellos, como se puede inferir de la definición que ha sido transcrita: 1) los trastornos de la personalidad se expresan a través de trastornos (graves) del carácter y de la (el carácter y la conducta son precisamente las manifestaciones objetivables de la personalidad, que en cierta manera, es una abstracción, un constructo teórico); 2) no son debidos dichos trastornos, al menos directamente, a una lesión cerebral ( es decir, a un daño orgánico) ni a otro trastorno psiquiátrico. Por tanto, según este criterio, de exclusión, el trastorno de la personalidad no es debido a un trastorno mental orgánico, a una psicosis, a una neurosis, a un retraso mental ni a cualquier otra afección mental; 3) habitualmente el trastorno comienza en la infancia y en la adolescencia y continúa durante la edad adulta, con tendencia a experimentar cierta mejoría en la edad madura y en la . Se trata por tanto, de un padecimiento esencialmente duradero, crónico; 4) debido a las persistentes alteraciones de su conducta, estos sujetos son propensos a sufrir y a provocar el sufrimiento de cuantas personas les rodean; 5) es manifiesto en ellos la incapacidad para colocarse en lugar de las otras personas.

## Trastorno de Personalidad

El mayor porcentaje de enfermedades mentales que derivan en acciones delictivas y que deben ser tratadas en una unidad psiquiátrica Forense son aquellos clasificados dentro de la psicosis, como la Esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos. Estos no son las únicas que pueden llevar al individuo a cometer delitos o crímenes pero son los de mayor frecuencia y se incluyen diversas problemáticas como (esquizofrenia, paranoia, melancolía, catatonía, delirios, etc.)

El psicoanálisis divide la psicosis en paranoia, esquizofrenia y melancolía ya que se considera como un posicionamiento estructural y no como un conjunto de síntomas típicos.

- Psicosis son un grupo de trastornos del comportamiento, el juicio y la percepción, en los cuales la persona parece perder el contacto con la realidad. Tienen diferentes duraciones, características y tratamientos. Normalmente son trastornos crónicos y pueden presentarse con sintomatología grave y muy disfuncional
- Paranoia, es un término que describe un estado de salud mental caracterizado por la presencia de delirios auto referentes, o más gráficamente, delirios de estar siendo perseguido. es un trastorno crónico. Este trastorno se presenta mayormente en individuos de personalidad orgullosa, ególatra y desconfiada.
- Esquizofrenia (y esquizotípicos). (del griego, "*schizo*": división y "*phrenos*": mente) es una , caracterizada por una pérdida de juicio de la realidad y una desorganización amplia de la personalidad, con imposibilidad de motivar conducta y establecer propositividad vital adecuada, debida probablemente a un defecto bioquímico o microestructural cerebral aún no bien aclarado. Existe una gran variedad de síntomas indicadores de esquizofrenia, entre los que se encuentran alteraciones del pensamiento, alucinaciones, movimientos anormales y alteraciones en la . Es una enfermedad , pero mejora con el tratamiento, especialmente con fármacos.

## Las Categorías Nosográficas Psicoanalíticas

El psicoanálisis plantea una "seriación de las estructuras", por lo que la constitución subjetiva de un sujeto, en este sentido, no es modificable. Esto se entiende de manera en que el psicoanálisis no sostiene una salida de la estructuración básica sino formas diferentes de situarse frente a estas relaciones subjetivas; modos diferentes que pueda encontrar una persona de situarse frente al Otro. La diferencia entre el psicoanálisis y la psicología tradicional es que ésta última se basa en sucesos fenomenológicos observables para realizar sus diagnósticos, como por la descripción de comportamientos; mientras el psicoanálisis parte de una plataforma organizativa mayor que rasgos sintomáticos para definir una estructura.

Otro punto muy importante es que el psicoanálisis cuestiona la distinción de normalidad, ya que bajo una lectura psicoanalítica, todas las personas presentarían un posicionamiento en alguna de las tres grandes categorías.

ANEXO 6

MINISTERIO DE SALUD  
 S.S. METROPOLITANO NORTE  
 INSTITUTO PSIQUIATRICO DR. JOSE HORWITZ BARAK  
 DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA FORENSE

**TURNOS MES DE DICIEMBRE 2005**

Turno	Aux. Clínica -Sala I			Aux. Sala 2-3-4			Aux. Sala Forense		Aux. Servicio
I	Marcos Leiva			Guillermo Burgos Boris Maramba			Edison Coffe		Eladio Reyes
Día	2	6	10	14	18	22	26	30	
Noche	3	7	11	15	19	23	27	31	
Libre	4	8	12	16	20	24	28		
Libre	1	5	9	13	17	21	25	29	

Turno	Aux. Clínica -Sala I			Aux. Sala 2-3-4			Aux. Sala Forense		Aux. Servicio
II	Ruben Gahona			Sergio Silva			Sergio Loyola - Hernan Vega		Carlos Camerati
Día	1	5	9	13	17	21	25	29	31
Noche	2	6	10	14	18	22	26	30	
Libre	3	7	11	15	19	23	27	31	
Libre	4	8	12	16	20	24	28		

Turno	Aux. Clínica -Sala I			Aux. Sala 2-3-4			Aux. Sala Forense		Aux. Servicio
III	Luis Escobar			Rene Gamboa			Robinson Arce Antonio Araos		Carlos Soto
Día		4	8	12	16	20	24	28	
Noche	1	5	9	13	17	21	25	29	
Libre	2	6	10	14	18	22	26	30	
Libre	3	7	11	15	19	23	27	31	

Turno	Aux. Clínica -Sala I			Aux. Sala 2-3-4			Aux. Sala Forense		Aux. Servicio
IV	Ricardo Soto			Teresa Quilaqueo			Raul Araya- Juan Muñoz		Cristian Opazo
Día		3	7	11	15	19	23	27	31
Noche		4	8	12	16	20	24	28	
Libre	1	5	9	13	17	21	25	29	
Libre	2	6	10	14	18	22	26	30	

Personal Diurno : Luisa Farias  
 Monitor de Rehabilitación : Susana Flores

Rafael Villar Pacheco  
 Enfermero Depto. Psiquiatria Forense  




## LIBROS

APA American Psychological Association  
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales"  
4ta Edición.

BACHELARD Gastón  
La Poética del Espacio  
Santiago  
Fondo de Cultura Económica Chile  
1965

FOUCAULT Michel  
Vigilar y Castigar, Nacimiento de la Prisión  
Siglo Veintiuno Editores  
Argentina  
2002

FOUCAULT Michel  
La Vida de los Hombres Infames  
Altamira  
Argentina  
2004

GOFFMAN Erving  
Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales  
Buenos Aires  
Ammorortu editores  
1961

GUIA DE PLANIFICACION Y DISEÑO  
Unidades Hospitalización Corta Estadía Servicio Psiquiatría  
Ministerio de Salud de Chile  
2004

KOOLHASS Rem  
Delirius New York  
Penguin  
USA  
1994

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA  
Segunda edición  
Gobierno de Chile - ministerio de salud  
2001

STEINER Rudolf  
La Formación de la Comunidad Antroposófica  
Buenos Aires  
Epidauro Editora  
1987

## REVISTAS

*ROMERO Marcelo*  
*Espacios de Castigo, Una mirada Histórica.*  
Revista CA. (123).

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA  
"Proceso terapéutico en departamento judicial, servicio 'B' del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak"  
Santiago. Chile. 8 (3). 1991

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA  
"Sobre la peligrosidad y su determinación en psiquiatría forense"  
Santiago. Chile. 30. (2).1993

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA  
"Psiquiatría Forense"  
Santiago. Chile. 33 (1-2) 1996

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA  
"El Departamento Psiquiátrico – Judicial. Crónica de un lugar de segregación"  
Santiago. Chile. 127 (3). 1999

ESPIRAL  
"El Espacio y el Poder: Michel Foucault y la Crítica de la Historia"  
Guadalajara. México. 9 (25). 2002

BARBERA M.  
L'Institut Pere Mata. Els espais habitables d'un hospital psiquiàtric

[consulta: 6 Enero 2006]

*MEDINA, Eduardo.*  
**De Manicomio Nacional a Hospital Psiquiátrico**  
Formato documento electrónico  
Rev. Chile Neuro-Psiquiatr.  
Ene. 2001  
Vol. 39  
No 1  
P.78-81  
[www.scielo.cl/scielo.php](http://www.scielo.cl/scielo.php)

*VIVIR EN BONNEUIL SEMINARIO EUROPEO*  
**«Locura y razón en la actualidad»**

DELLEPIANE A.  
Texto sobre **psicoanálisis e institución**.  
Fundación Descartes  
[www.descartes.org.ar/etexts-dellepiane1.htm](http://www.descartes.org.ar/etexts-dellepiane1.htm)

SALVATNET  
**"Existen mecanismos legales que resguardan derechos del enfermo mental en el proceso penal"**  
Entrevista a doctor Nathan Arenas, director del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel.

MINISTERIO DE JUSTICIA  
[www.minjusticia.cl](http://www.minjusticia.cl)

WILKIPEDIA  
Enciclopedia Libre Español

UN ENSAYO SOBRE LA CONVERSACIÓN  
Jhon Berger

PSIQUIATRIA FORENSE: MONOGRAFIAS  
[www.monografias.com/trabajos13/lapsifor/lapsifor.shtml](http://www.monografias.com/trabajos13/lapsifor/lapsifor.shtml)

"THE EFFECT OF HEALTHCARE ARCHITECTURE AND ART ON MEDICAL OUTCOMES  
Arts Council England Architecture Week Event, 25 Junio 2003

REVISTA DE PSICOANÁLISIS  
"Psicoanálisis y esquizofrenia. Una historia con moraleja"

MINOLETTI A. ZACHARIA A.  
Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.  
Revista Panamericana de Salud Pública  
EWashingtonEOct./Nov.É2005.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES GOBIERNO DE CHILE.  
Chile Reitera Prioridad de la salud Mental.  
Dirección de Prensa y Difusión.  
18 mayo 2001.



## **ENTREVISTAS**

Dr. Nathan Arenas. Director Hospital Psiquiátrico Putaendo. Perito en Psiquiatría Forense Noviembre 2005  
Dr. Gonzalo Poblete, Psiquiatra Servicio Psiquiátrico Instituto Dr. José Horwitz Barak. Diciembre 2005  
Claudio Gonzáles. Terapeuta Ocupacional Unidad Psiquiátrica Forense de Santiago  
Dra. Giana Gatti, Doctora Jefe departamento docencia del Servicio Médico Legal  
Andrés Moya. Arquitecto Instituto Psiquiátrico  
Dr. Vilma ortiz. Director Jefe Unidad Psiquiátrica Forense Instituto José Horwitz B.

## **VISITAS**

Instituto Psiquiátrico Philippe Pinel, Putaendo. Noviembre 2005  
Instituto Psiquiátrico José Horwitz, Santiago. Noviembre 2005 – Junio 2006  
Unidad Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Octubre 2005

## **AUDIO VISUAL**

“El Hospital Psiquiátrico de Santiago”  
Video grabación  
Dirección Patricio Bañados  
Programa El Mirador TVN.

“Spider”  
Largometraje  
Director: David Cronenberg