

“Hacer más humana la arquitectura significa hacer mejor arquitectura y conseguir un funcionalismo mucho más amplio que el puramente técnico”

Alvar Aalto (1898- 1976)



fau

FACULTAD DE ARQUITECTURA
Y URBANISMO
UNIVERSIDAD DE CHILE

CENTRO TERAPÉUTICO DE SALUD MENTAL CASTRO, ISLA GRANDE DE CHILOÉ

MEMORIA DE TÍTULO | PROCESO 2016
ESTUDIANTE | MOIRA JOHNSON OSORIO
PROF. GUÍA | FRANCIS PFENNIGER B.

0 | ÍNDICE

1 | INTRODUCCIÓN

- 1.1 Presentación del tema
- 1.2 Motivaciones y objetivos

2 | TEMA Y PROBLEMÁTICA

- 2.1 Arquitectura y psiquiatría
 - La enfermedad mental
 - Evolución de los espacios de salud mental
 - Arquitectura de sanación
- 2.2 Realidad nacional
 - Enfermedades de salud mental en el país
 - Recursos de salud mental en Chile
 - Estructura y funcionamiento nacional
- 2.3 Oportunidades
 - Cómo y dónde resolver la problemática

3 | EL LUGAR

- 3.1 Castro, Isla Grande de Chiloé
 - Análisis territorial
 - Análisis urbano
 - Análisis climático y paisajístico
 - Análisis arquitectónico
- 3.2 Terreno de emplazamiento
 - Características del terreno

4 | REFERENTES

5 | PROPUESTA

- 5.1 Propuesta programática
 - Definición del programa
 - Definición del usuario
- 5.2 Propuesta urbana
 - Aporte a la ciudad
 - Estrategias de emplazamiento
- 5.3 Propuesta paisajística
- 5.4 Propuesta arquitectónica
 - Concepto arquitectónico
 - Morfología
- 5.5 Imágenes objetivo
- 5.6 Planimetrías

6 | BIBLIOGRAFÍA



1 | INTRODUCCIÓN



1.1 PRESENTACIÓN DEL TEMA

La relación entre la arquitectura y la mente humana se ha ido desarrollando históricamente en distintas culturas y con diversos propósitos, naciendo conceptos que responden a las necesidades del habitante y a cómo los espacios pueden aportar sensaciones de bienestar, inducir estados alterados de conciencia o facilitar una permanente sensación de vigilancia, donde la correcta disposición del espacio tiene un efecto directo en el comportamiento humano. Estos estudios han generado un aporte que lleva la funcionalidad del elemento arquitectónico a un nivel más elevado, donde se ha desarrollado la relación directa de éstos con la salud, el efecto que produce el espacio en el paciente y su aporte en la sanación del mismo.

“A principios del siglo 20, los arquitectos vanguardistas usaron la luz natural y la ventilación para ayudar a tratar a las personas con enfermedades respiratorias como la tuberculosis y diseñaron edificios con áreas verdes y espacios al aire libre. El sanatorio de Paimio, en Finlandia, obra del destacado Alvar Aalto, es ya un clásico en la historia del diseño arquitectónico enfocado en favorecer la actividad para la cual el espacio fue diseñado.” (De Villegas, J. E. 2015)

La arquitectura no puede sanar a una persona enferma, pero sin duda puede contribuir a acelerar o retardar la recuperación de un paciente, así como generar espacios gratos para la mente humana. A esta visión de la proyección de espacios se le denomina

‘Neuro-arquitectura’, concepto que se desarrollará más adelante y que tiene como principal objetivo lograr la óptima convivencia entre los espacios físicos y los espacios mentales. Tal como afirma el arquitecto Albert Tidy, existen diversos estudios que demuestran que un paciente que está en una habitación soleada, ventilada y con vista al paisaje, acompañado de sus seres queridos y en un entorno cuidado y confortable, sanará más rápido que uno que esté en un subterráneo sin vista, aislado y con luz artificial. Es por esto que, actualmente, en los países desarrollados, los proyectos de hospitales o centros de salud están tomando una perspectiva de proyecto donde se privilegian formas, colores y áreas de esparcimiento incluyendo a los familiares del paciente, e incluso a la comunidad, como parte del proceso de sanación del enfermo.

Sin embargo, en relación a los hospitales y centros de salud proyectados en los últimos años en Chile, esta tendencia que relaciona la sanación con la arquitectura no se ha manifestado aún, siendo la misma arquitectura hospitalaria la cual se ha olvidado del usuario, donde la cualidad funcional del edificio termina siendo una prioridad irrompible. Si bien los edificios relacionados con la salud poseen un carácter complejo y técnico que restringe la manera de proyectar y relega a un segundo plano el valor expresivo de la obra, es interesante hacer el intento por poder generar un correcto equilibrio entre estas dos condicionantes y cambiar el paradigma de la arquitectura hospitalaria, donde la funcionalidad existe pero no se convierte en una limitante.

1.2 MOTIVACIONES Y OBJETIVOS

Durante los seis años que estamos estudiando Arquitectura en la Universidad de Chile, el propósito de proyectar arquitectura que se relacione directamente con el usuario y el valor social a nivel país o comunidad, ha sido un tema recurrente de estudio en la mayoría de los cursos realizados, donde lo trascendental de lo proyectado no sólo se manifiesta a través del objeto arquitectónico sino también a través del aporte en la vida de los habitantes y del cambio que esta arquitectura puede generar tanto en la ciudad como en la mente de las personas. En base a este propósito inculcado, nace la motivación de trabajar con un tema de contingencia nacional como es la salud, específicamente de salud mental, y los problemas que existen en Chile tanto a nivel económico como arquitectónico, haciendo referencia al cambio que se está generando actualmente en la proyección de establecimientos de salud mental, que apuntan a la desinstitucionalización y se alejan de la idea de la locura como tratamiento de encierro, es decir, buscando soluciones espaciales desde una mirada hacia el ‘hospital humanizado’.

La elección del lugar, que en este caso se propone emplazar el proyecto en la ciudad de Castro, capital de la Isla Grande de Chiloé, proviene de la convicción personal de apuntar hacia la descentralización del país y al abastecimiento de servicios públicos en zonas alejadas sin que se mantenga la necesidad de viajar varios kilómetros para conseguir un servicio. Esto tiene relación tanto con un tema a solucionar en Chile y también con mi vínculo con el sur del país ya que nací y viví en la ciudad de Puerto Varas y pude experimentar la diferencia existente con la capital en cuanto al abastecimiento de algunos servicios.

El objetivo principal de realizar un Centro Comunitario de Salud Mental se fundamenta en lograr representar el cambio necesario que debe ocurrir en la construcción de estos establecimientos y en argumentar, a través de un proyecto arquitectónico, la capacidad que tiene la arquitectura de influir en la mente humana y, específicamente, en la sanación mental de una persona, estableciendo un nuevo diálogo con el entorno y un tipo de construcción que va más allá de la funcionalidad y formalidad. Para ello se hará referencia

a la 'Neuro-arquitectura', este nuevo concepto que poco a poco va tomando más influencia en la construcción de establecimientos de salud y va actualizando las teorías sobre el espacio.

“Con la vertiginosa transformación de los aspectos más importantes de la existencia humana, pulsos evolutivos desdoblados en áreas tan disímiles como la espiritualidad y la economía, el arte, la comunicación y la tecnología, parece que estamos en un momento óptimo para encarar esta seductora posibilidad: replantear el diálogo entre nuestra mente y el espacio físico que habitamos.”
(Barros del Villar, J. 2013)



2 | TEMA Y PROBLEMÁTICA

2.1 ARQUITECTURA Y PSIQUIATRÍA

La enfermedad mental

“En épocas remotas la locura era concebida como obra de entes sobrenaturales que se introducían en el cuerpo para perturbar el alma. Durante más de un milenio los enfermos mentales fueron considerados poseídos por el diablo o por malos espíritus o brujos o maestros de hechicería. La tradición cristiana recoge estas ideas y se propone ahuyentar el demonio que habita en el hombre haciendo que el espíritu impuro se aleje del cuerpo poseído. [...] La medicina quedó incorporada a los conocimientos de la iglesia y por lo tanto los únicos que pudieron estudiar éstos fenómenos fueron los monjes denominados alienistas.” (Falcone, R. s/f)

Antiguamente el paciente debía estar completamente alejado de la sociedad debido al daño que éste podía provocar, hasta que el médico Philippe Pinel pidió que en Francia se abandonara el uso de cadenas y los malos tratos. La petición se propagó por el país y, más lentamente, por el mundo generando que, con el paso de los años, la concepción de salud mental esté siendo cada vez menos tabú y más cercana a la sociedad.

Actualmente este concepto se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva



y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Si bien esta es una descripción un tanto precisa al respecto, la OMS establece que no existe una definición oficial sobre lo que es la salud mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, o por la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad.

“El tema de la salud mental no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente sociocultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.” (OMS, 2014)

Las enfermedades mentales abarcan una amplia variedad de trastornos, cada uno de ellos con distintas características, teniendo propiedades comunes como la alteración en los procesos de razonamiento, en el comportamiento y en la capacidad de reconocer la realidad, las emociones o las relaciones con los demás (OMS, 2014). Estos trastornos pueden deberse tanto a una condición genética o de antecedentes familiares, como también a un hecho específico que con el tiempo genera una enfermedad, por lo que es de fundamental importancia tener en cuenta que las enfermedades de salud mental pueden ser parte de cualquier persona, lo cual obliga a dejar de lado la condición de tabú que éstas tenían en la antigüedad.

Los trastornos de salud mental son:

- Alcoholismo, abuso a sustancias y comportamiento adictivo
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)
- Autismo y trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Depresión
- Trastornos alimentarios
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia

Al igual que la causa de una enfermedad mental, el tratamiento del paciente también puede manifestarse de diversas maneras y es difícil escoger el más adecuado ya que depende del origen de la causa, de la persona y del tipo de trastorno que posee. Sin embargo, gracias a la tecnología actual, se ha logrado la comprensión de las causas de algunos trastornos psiquiátricos y, por tanto, ha ayudado en los avances en el tratamiento de las enfermedades mentales.

La mayoría de los métodos de tratamiento de las enfermedades mentales pueden clasificarse en métodos somáticos, los cuales incluyen fármacos, terapia electroconvulsiva y otros tratamientos que estimulan el cerebro; o métodos terapéuticos, que incluyen la psicoterapia individual, grupal o familiar, técnicas de terapia conductual (técnicas de relajación, terapia de exposición, y otras) y la hipnoterapia (OMS, 2014). La utilización de alguno de estos métodos dependerá directamente con el tipo de trastorno que posee el paciente, pero en la mayoría de ellos, y para lograr resultados más eficaces, los estudios sugieren utilizar ambos métodos en el tratamiento.

Dentro de un tratamiento de salud mental existe la participación de psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería especializado, trabajadores sociales y algunos consejeros pastorales.

Experto	Capacitación
Psiquiatra	Recetar fármacos, realizar terapia electroconvulsiva, autorizar hospitalización.
Psicólogo	Aplicar psicoterapia, sin realizar exploraciones físicas.
Asistente social psiquiátrico	Aportar en el tratamiento y rehabilitación.
Personal de enfermería	Realizar psicoterapia de forma independiente y prescribir fármacos bajo la supervisión de un médico.
Psicoanalista	Aplicar el psicoanálisis.

F.1: Elaboración propia en base a información web

A nivel mundial, las cifras de personas que poseen alguno de estos trastornos mentales ha ido en aumento considerablemente y es un problema que, al ver las cifras y porcentajes con la información referente, se hace evidente la importancia del tratamiento y de concebir estas enfermedades como parte de la vida humana. Esto tiene directa relación con que actualmente vivimos en constante cambio y progreso gracias a la tecnología y la industria, además de un gradual crecimiento demográfico en la mayoría de los países y un ritmo de vida muy acelerado, por lo que los niveles de estrés, la tensión nerviosa y las depresiones se han convertido en algunas de las enfermedades más características.



F.2: Elaboración propia en base a estadísticas mundiales de Salud Mental, año 2013

Evolución de los espacios de salud mental

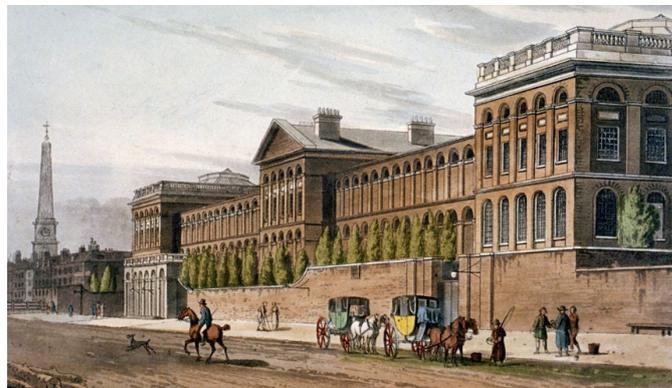
Antiguamente, las situaciones económicas, culturales y sociales fueron condicionando y permitiendo el desarrollo de medidas de control de los pacientes psiquiátricos donde priman la poca preocupación en la inversión e investigación del problema, la urgencia por el encierro de este peligro y la conducta socialmente inaceptable de la sociedad, respectivamente, generando instituciones con condición de cárcel, falencias de higiene y tratos negativos.

Muchas de estas instituciones psiquiátricas lograron generar tanta controversia en la sociedad debido al maltrato de las personas que terminaron siendo clausurados y destruidos o abandonados y, en algunos casos, transformados a otro uso hospitalario. Estas construcciones se caracterizaban por ser edificaciones pesadas, monumentales, dotadas de gran número de celdas y con altos muros tanto interiores como exteriores, generando una imagen arquitectónica de objeto no permeable. Los primeros hospitales responden a una tipología común de grandes pabellones, donde se ubican las camas de los pacientes, articulados por un núcleo central que alberga los servicios de la institución. La funcionalidad y asistencialismo eran prioridad al momento de diseñar, donde las habitaciones libres y grandes aportaban a la eficiencia del lugar para poder albergar y atender a la mayor cantidad de personas.

Los hospitales psiquiátricos, generalmente, contaban con largos pabellones sin interrupciones y en el edificio central se concentraban todos los servicios comunes (farmacia, biblioteca, oficina del director, y otros). En un comienzo el emplazamiento de estas construcciones se daba dentro de la trama urbana de la ciudad (figura 3), pero luego se pensó que el ambiente natural y alejado de las ciudades podía tener un carácter terapéutico y además eran espacios donde no existía la posibilidad de peligro por parte del enfermo hacia la comunidad y manteniendo la psiquiatría como un tema tabú en la sociedad (figura 4). (Morcillo, F. 2013)

Sin embargo, con la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano (Francia, 1789), se rechaza la idea de encerrar a la persona con algún trastorno, permitiendo que los médicos tengan una mayor importancia en el tratamiento del enfermo mental,

fundándose así los primeros manicomios, que lograron mostrar una visión moderna del problema: por primera vez la locura era tratada como susceptible de tratamiento médico y nace la psiquiatría como especialidad médica.



F.3: Lunatic Hospital, Londres 1787



F.4: Hospital Psiquiátrico de Kalamazoo, Estados Unidos c. 1900



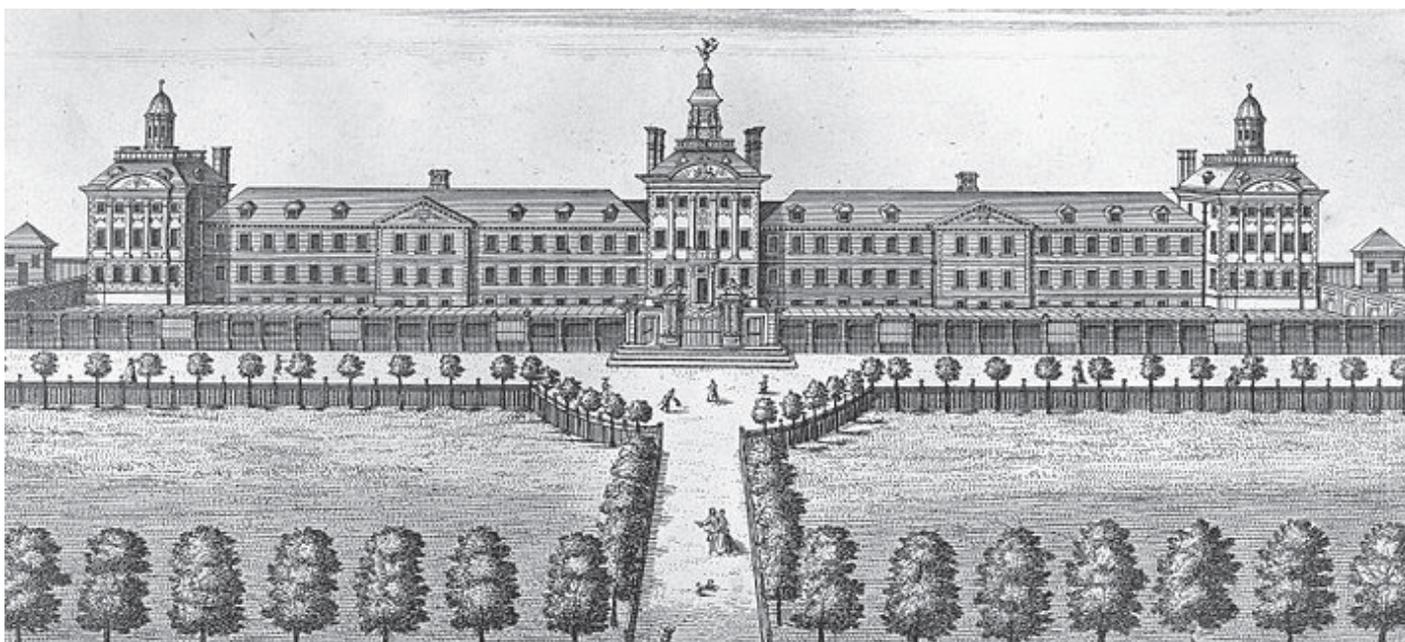
F.5: Hospital de Salud Mental y Epilepsia, Campus Pennhurst, Pennsylvania 1908

Es entonces cuando comienza a surgir otra corriente arquitectónica que se aleja del edificio hermético, manteniendo la monumentalidad de la construcción, y entregando a él áreas verdes propias del complejo, tomando una condición de hospital denominado “Open Door”, donde el encierro comenzaba a trabajarse hacia el exterior (figura 5).

Se disminuyó el número de celdas, estableciendo el principio de la vida común, aumentaron los entretenimientos y la ocupación. Se dio un fuerte impulso en el trabajo de cultivo de la tierra y se suprimen las rejas, dejando libre el horizonte y poniendo fin a la humillación que significaba el secuestro carcelario, el que contribuía a fomentar el furor y descontrol, por lo que estos complejos se ubicaban retirados de la urbe, donde la vegetación y la posibilidad de cultivo eran se daba de

manera natural. Por ejemplo, el Hospital Real de Bethlem (figura 6) en la ciudad de Londres fue fundado en 1247 y se considera la primera y más antigua institución especializada en enfermos mentales, donde los internos eran catalogados como peligrosos o perturbadores y eran encadenados, pero el complejo institucional mantenía estas cualidades, donde los usuarios tenían la posibilidad de pasear libremente por sus áreas verdes y espacios comunes.

En Chile, el hospital psiquiátrico El Peral (figura 7), ubicado en la comuna de Puente Alto en Santiago, fue creado en 1982 como una Colonia Open Door para recibir a los parientes incurables del Manicomio Nacional (actual Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak).



F.6: Hospital Real de Bethlem, Londres 1247



F.7: Hospital Psiquiátrico El Peral, 1982

A principios del siglo XX y luego de la Segunda Guerra Mundial, se produjeron cambios económicos y sociales y los ingresos hospitalarios fueron aumentando gradualmente, generando un grave hacinamiento en los hospitales psiquiátricos. Muchos pacientes murieron y las malas condiciones internas, la falta de higiene, los malos tratos y abuso revelaron una fama negativa a estas instituciones, por lo que el financiamiento a éstas fue cancelado. Es entonces cuando nace la idea de desinstitutionalizar la atención psiquiátrica bajo un nuevo concepto de tratamiento que se basa en lo colectivo, denominado psiquiatría comunitaria, la cual consiste en la transformación y supresión de las instituciones psiquiátricas y en la integración progresiva de la familia del paciente y de la comunidad, posibilitando un tratamiento ambulatorio en su entorno comunitario. Así, los pacientes que requieren de hospitalización prolongada son internados en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales y, a partir de este momento, se desarrollan servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una óptima atención de los problemas del enfermo mental.

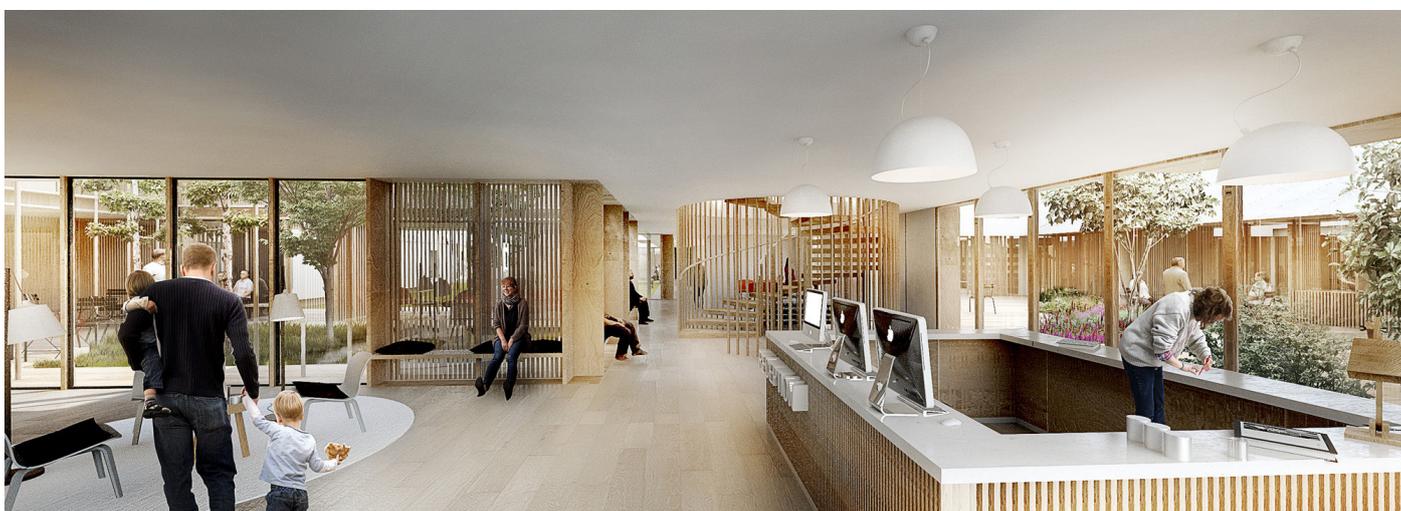
Actualmente, la construcción de Centros de Salud Mental busca lograr una apertura y transparencia a la comunidad, donde el paciente toma control sobre el espacio que desea habitar y la sociedad está consciente de su existencia, además de plantear el edificio como un refugio de protección entregando espacios de esparcimiento libre. Esta vez, la entrada de luz natural, las áreas verdes, los espacios recreativos y la materialidad del edificio toman gran relevancia en la edificación de una institución psiquiátrica.



F.8: Plaza de acceso pública del Hospital Psiquiátrico Kronstad, Noruega 2013



F.9: Patio terapéutico del Centro de Salud Mental para el adulto mayor, Irlanda 2015



F.10: Proyecto Centro Psiquiátrico Kronstad, Dinamarca 2014

Arquitectura de sanación

“Históricamente la relación entre la mente y los espacios arquitectónicos ha sido contemplada en diversas culturas y bajo distintos fines. Por un lado tenemos la distribución de los recintos sagrados, adherida a premisas de numerología y magia para incentivar prácticas místicas y alojar ritos iniciáticos; o la arquitectura panóptica, propia de las prisiones, y la cual está diseñada para facilitar una permanente sensación de vigilancia. El ser humano se ha percatado del influjo que una cierta disposición del espacio tiene sobre la psique, y que si esta variable se contempla intencionalmente al momento de construir un inmueble, pueden conseguirse resultados específicos.” (Barros del Villar, J. 2013)

En el mundo actual, es sabido que los habitantes de grandes ciudades tienen unas tasas altas de ansiedad y neurosis, de estrés crónico y, desde luego, de enfermedades mentales, entre las que sobresalen la depresión y la esquizofrenia, por lo que han nacido diversos estudios para lograr que los espacios arquitectónicos puedan influir en generar sensaciones más amenas para sus habitantes, haciendo una conexión entre la arquitectura y la neurociencia (Mora, P. 2014). La fundamentación científica de esta unión comenzó a ser estudiada por los neurocientíficos Fred H. Gage y Peter Eriksson, bajo el concepto de ‘Neuroarquitectura’, quienes postularon distintas líneas de influencia de esta corriente:

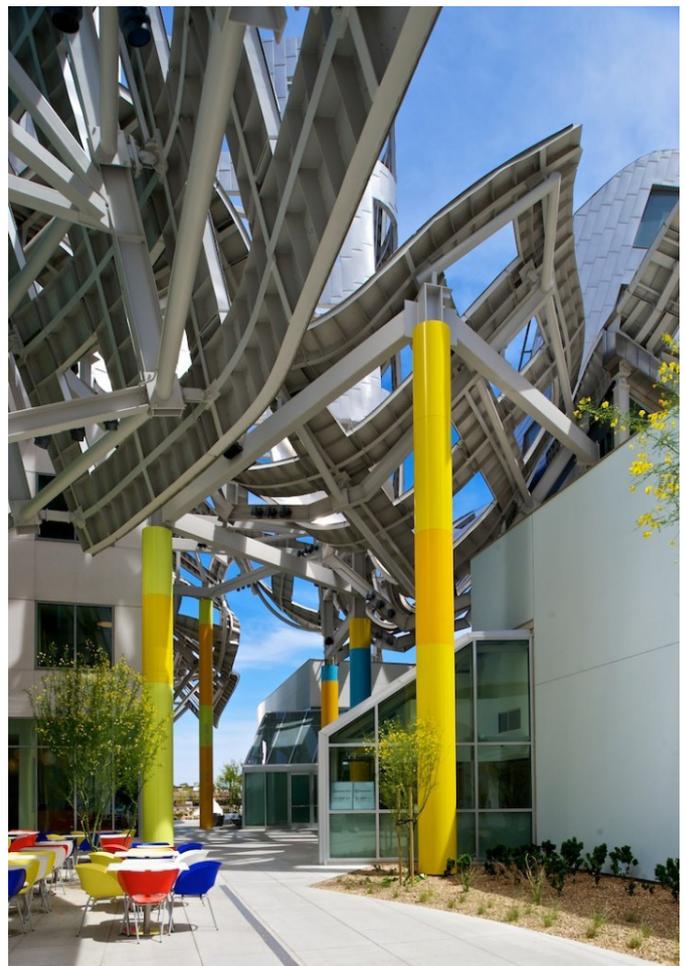
- En sanación y percepción, la cual habla sobre lo que vemos, olemos, oímos, etc.
- En memoria y aprendizaje, sobre cómo almacenamos y recordamos las experiencias propias.
- En la toma de decisiones, que trata del cómo hacerlo.
- En las emociones y el afecto, que permite intervenir si estamos alegres o tristes.
- En el movimiento, que trata sobre cómo interactuamos y navegamos en el espacio.

(Monasterio, A. 2010)

La Neuroarquitectura es una disciplina emergente que nos ayuda a comprender cómo el espacio que habitamos afecta a nuestra salud física y mental. Se trata de conocer

los efectos específicos que tienen los distintos espacios, tal como plantea la académica estadounidense Eve Edelstein, se trata de considerar cómo cada aspecto de un entorno arquitectónico podría influir sobre determinados procesos cerebrales, como los que tienen que ver con el estrés, la emoción y la memoria. (Punset, E. 2010)

Actualmente, los países desarrollados están enfocando el diseño de establecimientos de salud en base a privilegiar el uso del color, las formas, transparencias y áreas donde no sólo se desenvuelven labores médicas y funcionales, sino también espacios donde el paciente y sus familias tienen la posibilidad de realizar diversas actividades. Frank Gehry, por ejemplo, aplica estos fundamentos en el diseño de hospitales infantiles, generando un espacio luminoso, no intimidante y donde la visión no sólo se centra en sanar al enfermo, sino también en acoger al paciente en el proceso y generar un ambiente confortante y familiar.



F.11: Clínica de Salud Mental Lou Ruvo, Estados Unidos, 2007

“Se produjo un cambio de paradigma a partir del movimiento moderno de la arquitectura, en el cual el enfermo es visto como paciente y usuario de ese espacio. Los sanatorios pasaron a ser lugares de atención y no sólo para tratar al paciente como huésped, sino también para acoger al núcleo que rodea al enfermo, y que es parte del proceso de sanación.” (Tidy, A. 2015)

La alta competitividad y escasez de recursos de salud conlleva a un constante perfeccionamiento de los procesos de tratamiento y, en consecuencia, del espacio físico, el cual debe responder con mayor eficiencia y productividad contribuyendo, al mismo tiempo, al resultado de la recuperación de los pacientes. Este espacio físico influye en el cuidado médico a partir de aspectos ergonómicos, que hacen más rápido o lento el tratamiento, por lo que un establecimiento de salud debe responder tanto a las necesidades técnicas y funcionales. Un estudio realizado en Inglaterra por la Facultad de Arte y Diseño de la Universidad Metropolitana de Manchester, recomienda que la arquitectura de los equipamientos de salud, cuando se enfoca a la percepción y necesidades de los pacientes debe:

- Proyectar espacios que proporcionen privacidad, dignidad y compañía, permitiendo controlar a los pacientes el grado de privacidad que desean tener en todas las áreas habitables del establecimiento (figura 12).
- Posibilitar las vistas al exterior del edificio, tanto para el paciente como para el personal y visitantes, ya que la vista a espacios abiertos contribuye a una más rápida recuperación del paciente. Las vistas hacia un espacio exterior tranquilizan a las personas y, para un tratamiento prolongado, es necesario que las vistas tengan un horizonte lejano (figura 13).
- Diseñar un edificio que otorgue a todos los usuarios el contacto con la naturaleza de manera física y no sólo visual, si es que las condiciones climáticas lo permiten, existiendo también otros recursos de contacto en estos casos (imágenes, plantas, jardines interiores, etc.) (figura 14).



F.12: Proyecto Centro Psiquiátrico Kronstad, Dinamarca 2014



F.13: Sanatorio antituberculoso de Paimio, Finlandia 1932



F.14: Proyecto ReGen Villages, 2016

- Otorgar a los pacientes el control sobre algunos elementos definidores del espacio o del entorno para proporcionar un determinado confort espacial en el espacio en que se encuentren (figura 15).

- Crear espacios que posean legibilidad espacial, que permitan una lectura rápida del espacio, jerarquizando los accesos y la comprensión de lo que es área común y corresponde al área privada (figura 16).

- Utilización del arte como elemento para animar a los usuarios. Hay diversos estudios que indican que el uso del color tiene directos efectos psicológicos y fisiológicos en el proceso de recuperación (figura 17).

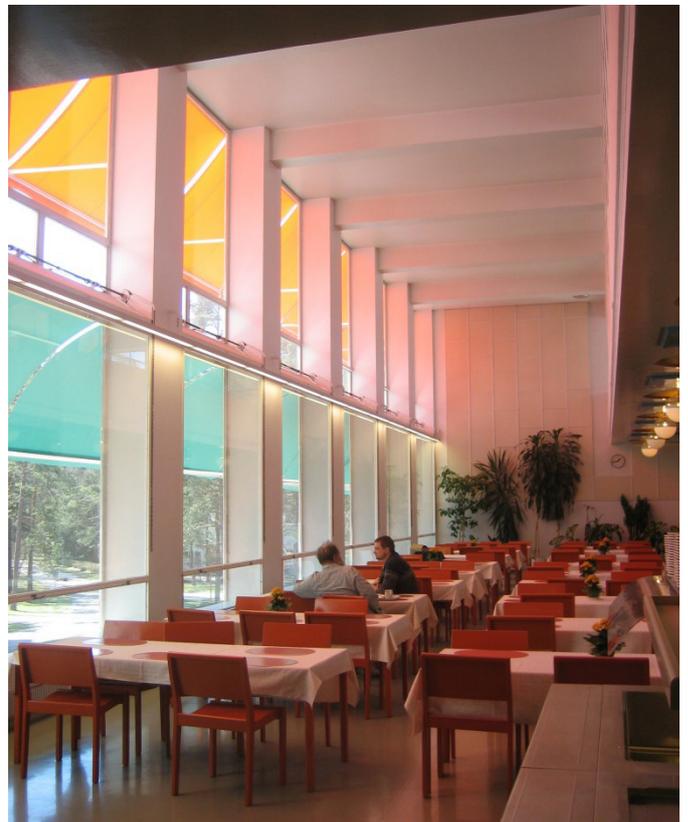
Estas condiciones son sólo algunas de las decisiones que se pueden tomar al momento de diseñar un hospital que, generalmente, son espacios a donde las personas no quieren ir y tampoco permanecer, por lo que hacer más amena la estancia tiene una repercusión positiva y directa con el tratamiento y el tiempo de recuperación del paciente. En el caso del paciente psiquiátrico es importante generar en él una sensación de comodidad, de sentirse en casa, por lo que las formas, materiales y colores son influyentes, además de los elementos que generan una baja en el nivel de estrés de la persona. Otra de las condiciones importantes que se plantea que debe tener un establecimiento para pacientes con trastornos mentales es la legibilidad del recorrido antes mencionada, debido a no generar instancias de confusión o espacios centrales que se reparten en tres pasillos distintos, donde el usuario se va a ver en una complicación para escoger alguno de ellos.



F.15: Centro de salud Mediterráneo Norte, España, 2010



F.16: Hospital Psiquiátrico, Dinamarca, 2009



F.17: Sanatorio antituberculoso de Paimio, Finlandia 1932

Víctor Castro, arquitecto colombiano que desarrolla centros psiquiátricos en Francia, tiene la constante inquietud de integrar la arquitectura en la terapia y, luego de construir algunos de sus proyectos y estudiar la labor de la Neuroarquitectura en sus obras, dan como resultado que los índices de agresión de los pacientes, entre ellos mismos y con el personal, han disminuido considerablemente. Tal es el caso de la reconstrucción del hospital francés Beaumont sur Oise (figura 18):

“Hoy en día en este hospital el número de personas que durante muchos años mantuvieron una constante agresión a sí mismos o hacia el personal médico, en el transcurso de nueve meses no ha vuelto a presentar este tipo de comportamientos. Los pacientes ya no gritan ni viven sobreexcitados, porque se les dio espacio, suavidad, mucho color, coherencia entre la vida íntima y la vida colectiva.” (Castro, V. 2010)

Castro asegura que es muy presumido imaginar que la arquitectura forma parte de la terapia o que puede sanar a una persona, pero lo cierto es que sí puede aportar la sensación de bienestar.

“Por eso la amplitud en los corredores, el manejo de la curva y el uso del color no asociado con la asepsia de un espacio de laboratorio o clínica supertécnica. En realidad se trata de evaluar el acercamiento al ser humano. Ver cómo la nobleza del espacio y las formas suaves pueden contribuir a la tranquilidad del paciente.” (Castro, V. 2010)

Por otra parte, en Chile el conocimiento de estas estrategias de diseño es restringido, e incluso obsoleto en muchos casos. Los proyectos de establecimientos de salud en el país donde se ha incorporado estos fundamentos de la Neuroarquitectura han sido realizados por oficinas extranjeras o por arquitectos nacionales que se asociaron a alguna de ellas, principalmente oficinas de España. Esto demuestra un retraso en el conocimiento del país pero, sin embargo, demuestra también una preocupación a nivel mundial de cómo generar espacios que aporten no sólo funcionalmente en los establecimientos de salud.

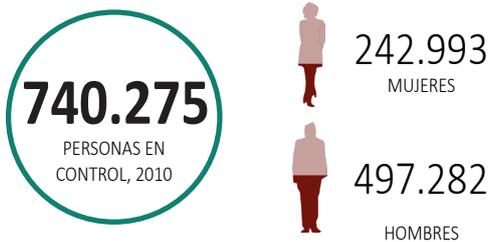


F.18: Hospital Beaumont sur Oise, Víctor Castro

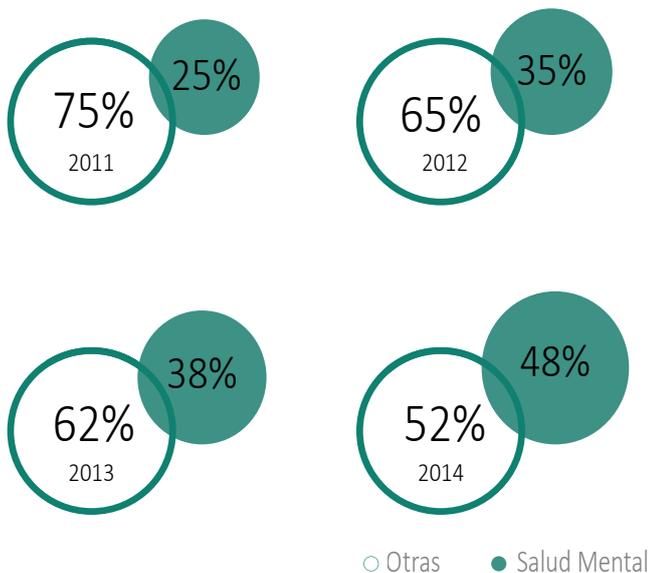
2.2 REALIDAD NACIONAL

Enfermedades de salud mental en el país

Las enfermedades mentales en Chile se han acrecentado cada vez más debido a la calidad y ritmo de vida existente en el país, variando según la localidad. En los últimos años, la razón más común por la cual los habitantes presentan licencias médicas es por algún desorden psiquiátrico y, paradójicamente, este tipo de licencias son las más rechazadas en comparación a las presentadas por otros problemas de salud. Según el artículo "Duración de las licencias médicas FONASA por trastornos mentales y del comportamiento" escrito por Gonzalo Miranda, en el año 2008 las licencias por salud mental se convirtieron en la primera causa de incapacidad transitoria en los beneficiarios del sistema público, dentro de las cuales el 55,1% se debió a episodios depresivos, el 21,3% a trastornos de ansiedad y un 15,1% a estrés grave y trastornos de adaptación.

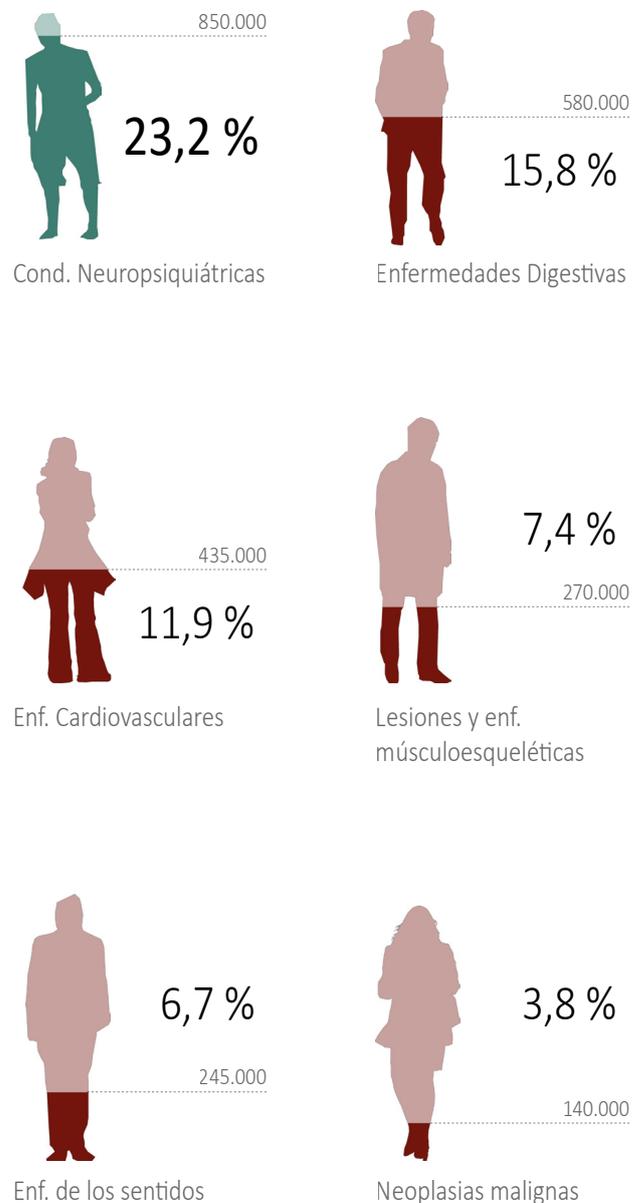


F.19: Porcentaje de personas en control de salud mental, Encuesta Nacional de Salud, 2010

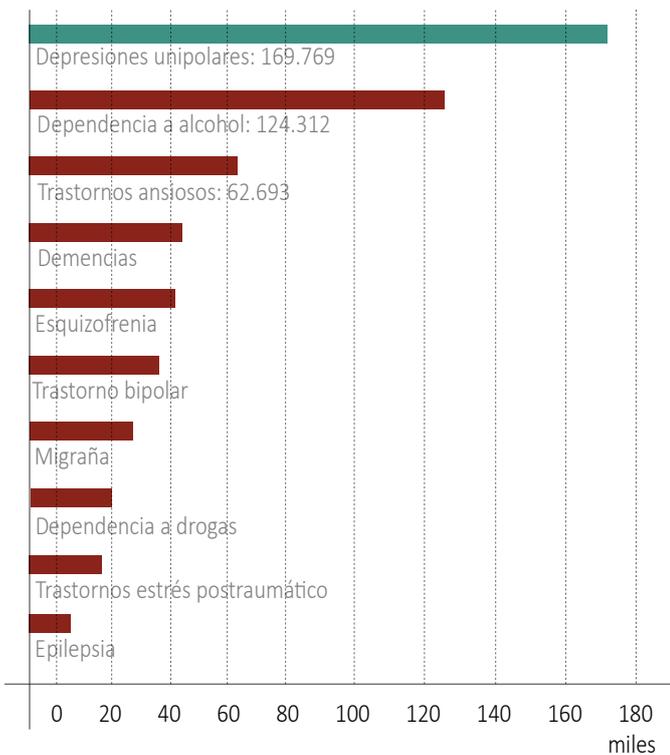


F.20: Porcentaje de licencias médicas por enfermedades profesionales, elaboración propia en base a ACHS, 2014

En Chile, los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa de años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad (AVISA) de la población nacional, y la primera en la población femenina entre 20 y 44 años. Tal como se observa en la figura 21, las condiciones neuropsiquiátricas (trastornos depresivos unipolares y bipolares, esquizofrenia, dependencia y consumo de alcohol y drogas ilícitas, trastornos ansiosos, epilepsia, demencias, enfermedad de Parkinson, migraña, parálisis cerebral infantil y síndrome de déficit atencional del niño) son el subgrupo de enfermedades que más AVISA concentra, abarcando el 23,2%. (Errázuriz, P. 2015)



F.21: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) según subgrupo de enfermedades, Minsal, 2007



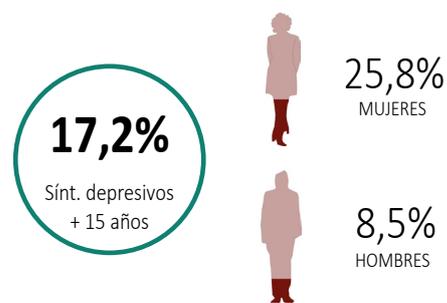
F.22: Principales 10 causas de AVISA por condiciones neuropsiquiátricas, Minsal, 2007

Dentro de las enfermedades neurológicas que toman tanta relevancia en la salud de los chilenos, la depresión unipolar es aquella que afecta a la mayor cantidad de personas. Por una parte, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2009 muestra que un 17,2% de la población chilena mayores de 15 años ha presentado síntomas depresivos en el último año, datos que se alejan mucho del 9,5% reportado en Estados Unidos mediante el mismo método. Mientras que un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2007, compara los porcentajes de trastornos de ansiedad y depresión en distintas ciudades importantes del mundo, donde el problema nacional de salud mental se hace más notorio, encabezando la lista con un 30% (figuras 23 y 24).

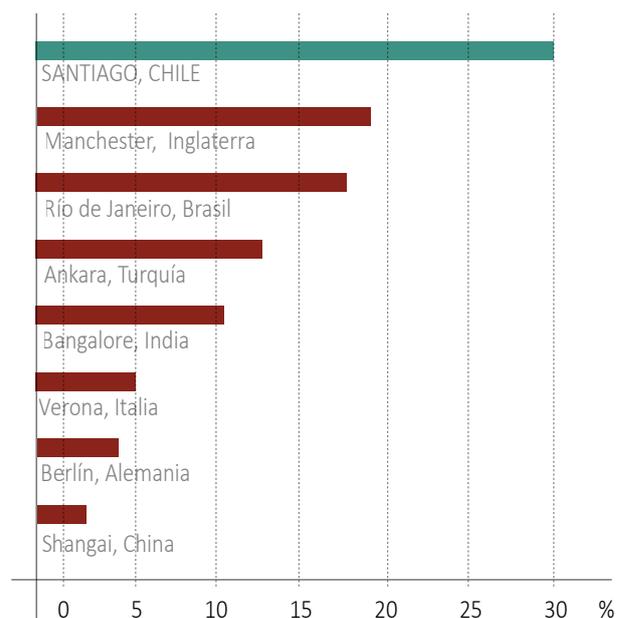
La consecuencia más negativa de esta situación se relaciona con que la presencia de trastornos mentales a largo plazo se asocia a una importante disminución en la calidad de vida, problemas de salud física y una alta tasa de mortalidad prematura. Por ejemplo, la depresión y esquizofrenia aumentan en un 40 y 60% la probabilidad de sufrir una muerte prematura por suicidio. En este caso, Chile es el segundo país de la OCDE que más ha aumentado su tasa de suicidio durante los últimos 15 años. Además, durante la última década el suicidio

ha sido una de las diez primeras causas de muerte en varones chilenos, generando que hoy en día, la prevalencia de conducta suicida en la población chilena es mayor que en Nueva Zelanda y Japón, países donde el fenómeno es reconocidamente relevante. A su vez, en Chile el suicidio masculino toma más vidas anualmente que enfermedades como el SIDA y las enfermedades cardiovasculares. (Errázuriz, P. 2015)

Sin embargo, todas estas prevalencias son generalizables al universo de personas mayores de 15 años que viven en un hogar, quedando excluidas las minorías que viven en la calle o en instituciones (hospitales, cárceles), con lo cual es posible suponer que las prevalencias reales son mayores puesto que estas minorías tienen una mayor frecuencia de enfermedades mentales.



F.23: Porcentaje de personas con síntomas depresivos, Encuesta Nacional de Salud, 2009

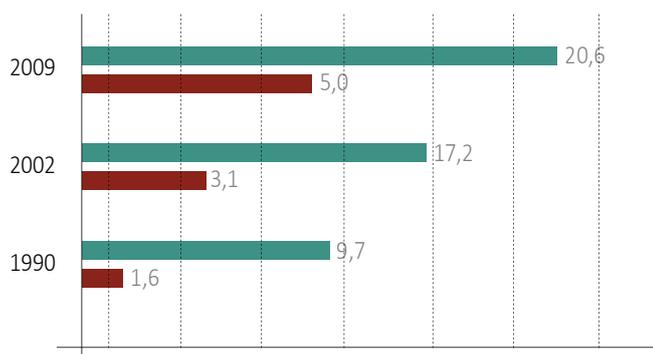


F.24: Porcentaje son trastornos depresivos y de ansiedad, OMS, 2007

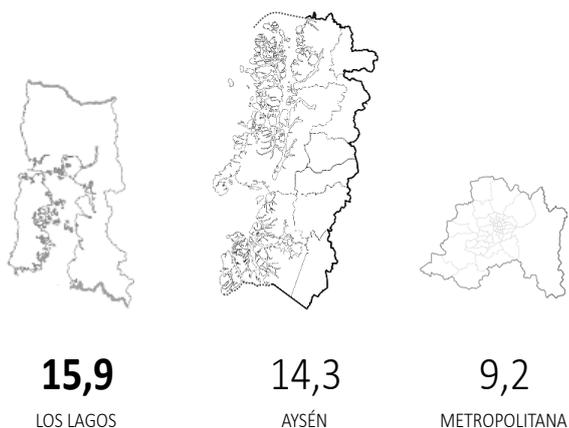
Evolución de la tasa de suicidios, por cada 100.000 habitantes



Diferenciación por género



Regiones chilenas con las tasas más altas de suicidio



F.25: Tasas de suicidio, MINSAL, 2009

Todos los datos anteriores aportan a concluir que Chile se encuentra en una estado de crisis y aumento con respecto a las enfermedades mentales que afectan a la población, por lo que está pendiente el desafío de mejorar el bienestar de los mismos. Las explicaciones a este fenómeno pueden corresponder a muchos factores como las altas cargas laborales, los acelerados cambios en las ciudades, la movilidad social y espacial, el desarraigo del territorio, la desigualdad social, entre otros, existiendo ciertas relaciones directas. Por ejemplo, un estudio comprobó que el PIB y la depresión se encuentran

vinculados debido a que el acelerado crecimiento del PIB y la desigual distribución de los recursos causan más problemas en las clases bajas y medias afectando a su salud mental. (Morcillo, F. 2013)

Como consecuencia de estas cifras mencionadas, Chile se convierte en el país que más ha aumentado el consumo de psicofármacos, los cuales atacan los síntomas pero no la causa de una enfermedad psiquiátrica, causando daños colaterales al paciente. Además, Chile se posiciona en el segundo lugar de los países con las mayores tasas de suicidio, ocupando el primer lugar de la lista Corea y en tercer lugar Japón. Es por esto que en el país debemos hacer frente a los graves indicadores de salud mental con las tasas más altas del mundo en varios trastornos y generar, de alguna u otra manera, un impacto positivo en estos números.

Recursos de salud mental en Chile

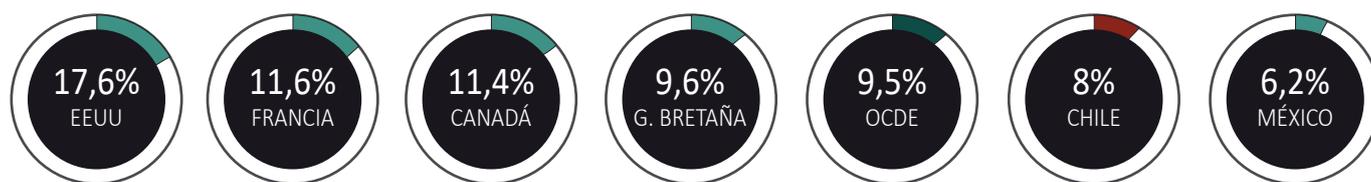
“A pesar de estas alarmantes cifras, en 2004 el financiamiento de la salud mental en Chile alcanzaba sólo el 2,14% del presupuesto total de salud, porcentaje muy inferior al 6% que se destina en Estados Unidos, al 8% que invierten Costa Rica y Uruguay, al 9,6% de Australia o al 11% de Suecia o Nueva Zelanda. Junto con esto, las inversiones que se han realizado no han sido suficientes para disminuir la prevalencia de las enfermedades mentales en Chile (figura 24).” (Errázuriz, P. 2015)

A partir del año 2000, el sistema nacional de salud mental se basa en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual plantea propuestas sobre financiamiento y otras estrategias para abordar el problema. Sin embargo, lo planteado respecto al financiamiento no se ha cumplido: el Plan propuso como objetivo aumentar desde 1,39% (año 2000) de inversión en salud mental a un 5% para el año 2010. Lamentablemente no existe información actualizada sobre el tema, pero la última cifra oficial sobre el financiamiento es del año 2004 cuando se llegó a un 2,14% y el último cálculo realizado por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud en el año 2008 es de 3,1%, estimándose actualmente que la cifra es aún inferior.

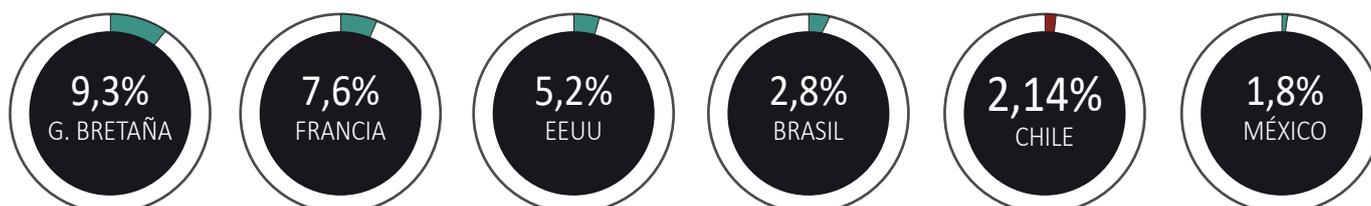
De las 80 patologías que cubre la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES) menos del 5% corresponden a enfermedades de salud mental, dentro de las que se encuentran el consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas con la cobertura completa para menores de 20 años, la depresión con plan asegurado a personas mayores de 15 años, el primer episodio de esquizofrenia para todas las edades, y asegura el financiamiento del trastorno bipolar para personas mayores de 15 años. Sin embargo, muchas enfermedades mentales de mayor prevalencia en Chile no son abordadas por este plan:

“Entre ellas se encuentra la agorafobia, un trastorno de ansiedad asociado al miedo a lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil. Algunos estudios aseguran que es el trastorno mental más frecuente en el país, afectando a 11% de la población. Es importante incluir en el plan AUGE/GES nuevas enfermedades, de manera de ir cubriendo la más amplia gama de patologías mentales posibles, siendo el objetivo final poseer cobertura para todas aquellas que son prioritarias.” (Errázuriz, P. 2012)

Gasto total en salud, año 2010 (como % del PIB)



Porcentaje del presupuesto nacional de salud destinado a salud mental



F.26: Porcentaje de inversión, OECD Health Data, 2010

Estructura y funcionamiento nacional

A modo de conclusión, las condiciones neuropsiquiátricas de Chile corresponden a casi un cuarto del total de años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad (AVISA) y diversas fuentes de investigación dan a conocer la situación en la que se encuentra el país, además de comprobar que el tratamiento mental puede ser costo-efectivo. Sin embargo, al hacer la comparación tanto con países que tienen ingresos similares a Chile como con los países desarrollados, el país presenta un importante déficit en el financiamiento de la salud mental: el porcentaje actual del presupuesto público de salud destinado a salud mental es muy inferior al esperado para el pasado año 2010, y la mitad de las patologías mentales presentadas como prioritarias en el año 2000, hoy no tienen un tratamiento asegurado a través del plan AUGE/GES. (Errázuriz, P. 2015)

“En suma, a pesar de los esfuerzos de quienes prestan servicios de salud mental, las condiciones de financiamiento son insuficientes para alcanzar los objetivos trazados en materia de promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales en Chile. La falta de recursos económicos podría ser una de las razones que explican por qué el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y la incorporación de patologías mentales al sistema AUGE/GES no han generado grandes cambios en la prevalencia de patología mental en Chile.” (Errázuriz, P. 2012)

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) señala los objetivos y las estrategias requeridas para orientar los recursos del Estado con tal de priorizar el bienestar y mejorar la salud mental de los chilenos, basado en las condiciones de la Organización Mundial de la Salud. Este Plan mantiene un enfoque hacia la atención comunitaria, estableciendo la creación de servicios de salud mental y psiquiatría como parte de una red en los que participen tanto el usuario como sus familiares.

“Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican sólo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes.” (Minoletti, A. & Zaccaria, A. 2005)

Bajo este enfoque, la estructura de los servicios de salud mental ha tenido un cambio importante, transformándose desde un modelo de manicomio y hospitales a un modelo desinstitucionalizado de atenciones ambulatorias y comunitarias, donde los hospitales generales incluyen la atención de salud mental. Si bien ha existido un avance en cuanto a la atención del tratamiento, las condiciones legales que afectan a las personas con alguna enfermedad mental se ha visto poco intervenida debido a que Chile no dispone de una legislación específica sobre salud mental. Sin embargo, se han incluido, en los últimos años, algunas leyes que se relacionan con regular los derechos humanos y deberes de las personas que padecen un trastorno psiquiátrico, además de establecer normas de igualdad de oportunidades e inclusión social para personas con discapacidad.

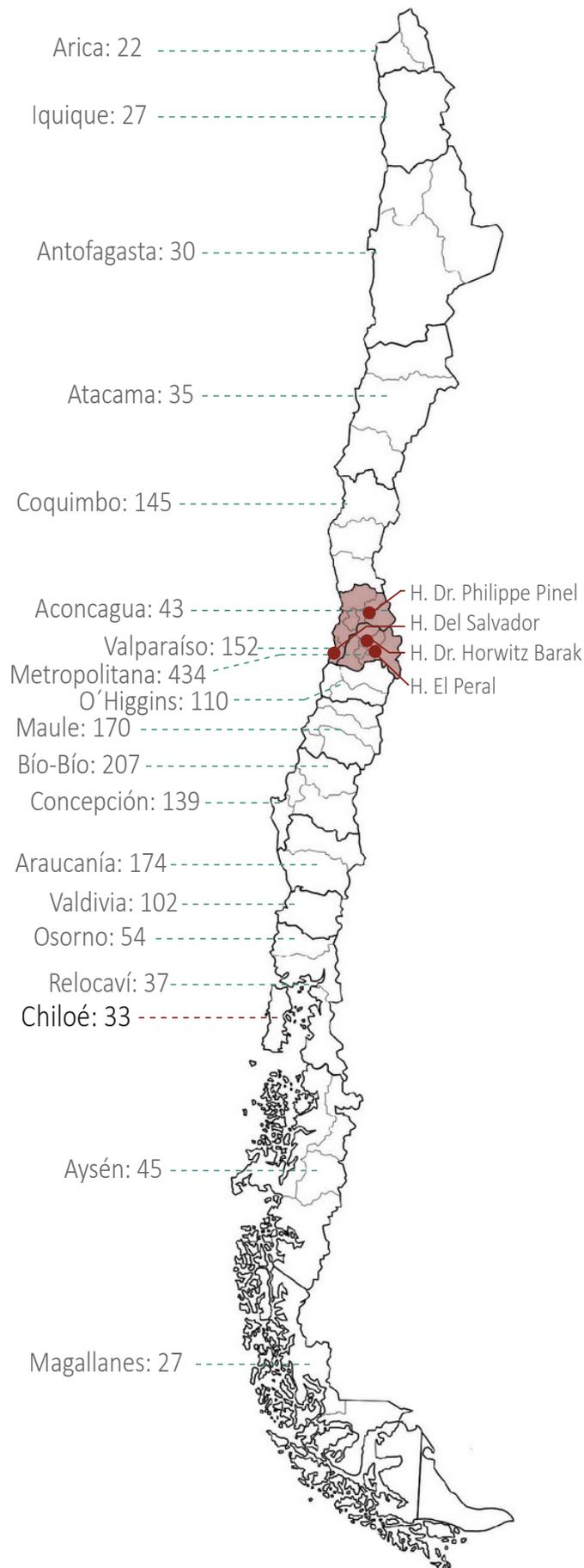
Así, el Plan Nacional de Salud Mental se centrará en los próximos 5 años, en el desarrollo de los siguientes objetivos:

1. Regulación de los derechos humanos
2. Provisión de Servicios de Salud Mental
3. Financiamiento
4. Monitoreo, evaluación y mejora continua de la calidad

5. Recursos humanos y formación
6. Participación
7. Intersectorialidad

En cuanto a los servicios de Salud Mental existentes en el país, la cantidad de los mismos ha crecido desde 758 establecimientos en el año 2004 hasta 2021 en el año 2012, sin embargo, la falencia existe en el tiempo de espera de los pacientes en su primera consulta psiquiátrica, ya que aumentó de 29 a 48,3 días. Este crecimiento en cuanto a la cantidad de establecimientos de salud mental se desarrolla, principalmente, en los centros de salud mental, postas rurales en las distintas comunidades del país y las unidades de psiquiatría ambulatoria, además de un crecimiento en la incorporación de servicios de salud mental en los Hospitales Generales (tabla 1). A pesar de los avances en el desarrollo de la red de dispositivos de salud mental en todo el país, se mantiene la mayor concentración de los mismos en la Región Metropolitana.

Por otra parte, las medidas forzadas de hospitalizaciones psiquiátricas (admisiones involuntarias de urgencia o con autorización de SEREMI, ingresos judiciales, contención física, y otros), han aumentado entre el año 2004 y el 2012, tanto en los hospitales generales como en hospitales psiquiátricos y, paradójicamente, las camas psiquiátricas han disminuido casi en la mitad de la cantidad (781 en 2004 y 441 en 2012).



▼ Cantidad de dispositivos de Salud Mental

Servicio Salud Mental (SM)	Año 2004	Año 2012
Centro de Atención Primaria	472	832
Postas rurales	*	723
Centros de SM Comunitaria	38	83
Unidades psiquiatría ambulatoria	58	53
Hospital de día	40	45
Corta estadía adultos	17	23
Corta estadía adolesnetes	1	8
Centros diurnos	25	51
Hospitales psiquiátricos	4	4
Hogares y residencias protegidas	103	199
Total	758	2021

T.1: Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental en el sector público chileno, WHO-AIMS Chile, 2004 y 2012

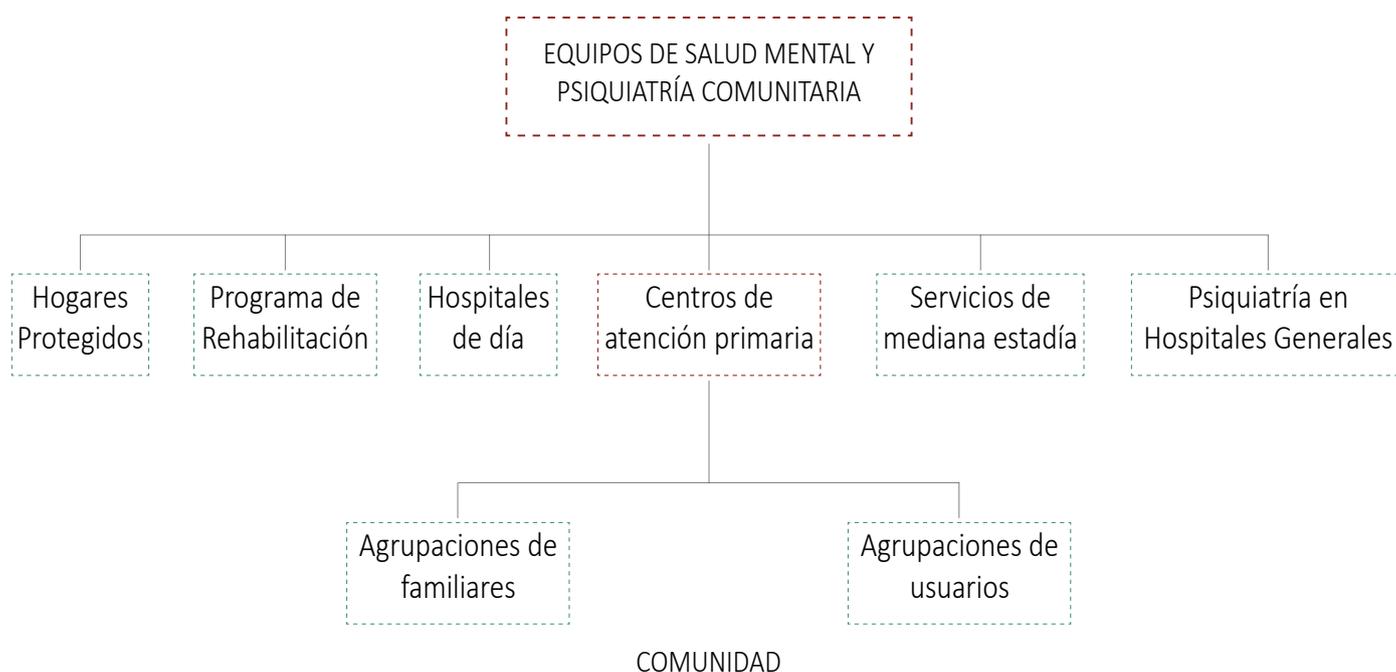
F.27: Principales dispositivos de salud mental en Chile, DEIS, 2012

Además de la incorporación de atención psiquiátrica en los hospitales generales, la Red de Servicios de Salud Mental establece que los establecimientos como posta rural, consultorio rural, consultorio general urbano, servicio de atención primario de urgencia y servicio de urgencia también deben entregar prestaciones de salud mental y psiquiatría como parte de sus actividades habituales y de acuerdo a sus priorizaciones locales, fomando parte de esta red, la cual además incluirá, como mínimo, los siguientes componentes estructurales específicos de salud mental y psiquiatría:

- Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), para áreas con población de alrededor de 50.000 habitantes.
- Unidad clínica de psiquiatría y salud mental ambulatoria, ubicada en un Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o en un hospital general.
- Servicio clínico de psiquiatría de corta estadía (hospitalización no superior a 60 días), ubicado en un hospital general.
- Hospital de Día, adosado y con dependencia administrativa de una unidad clínica de psiquiatría y salud mental ambulatoria o de un servicio clínico de psiquiatría.

“Los centros de salud mental comunitaria se diferencian de las unidades de psiquiatría ambulatoria en que proveen un mayor promedio de prestaciones por usuario al año (9,8 atenciones), tienen un tiempo de espera más corto para la primera consulta psiquiátrica (35 días), un mayor porcentaje de sus usuarios reciben intervenciones psicosociales (84%) y un mayor porcentaje de estos centros entrega intervenciones en la comunidad (56,1%).” (MINSAL, 2014)

Los sistemas de salud mental han tenido un desarrollo progresivo en Chile, especialmente en el sistema público, y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría sigue en proceso de lograr los objetivos planteados y de generar algunas mejoras en los mismos, sin embargo, las falencias de inversión y en cuanto a abarcar zonas descentralizadas con diversos establecimientos de salud mental aún sigue siendo un tema pendiente para la realidad nacional.



F.28: Estructura Sistema de Salud Mental, MINSAL, 2014

2.3 OPORTUNIDADES

Cómo y dónde resolver la problemática

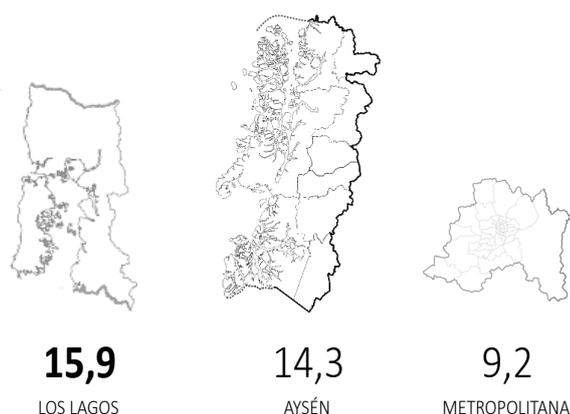
Ya se ha dejado en evidencia que existe una problemática indiscutible en cuanto a la realidad nacional del estado de la salud mental en Chile, debido a la indirecta relación que existe entre el crecimiento de las enfermedades mentales en el país y la creación de nuevos establecimientos de salud mental. Por lo tanto, la nueva Estrategia Nacional de Salud propone aumentar la cobertura de los equipos especializados y mejorar la calidad de las intervenciones, siendo un avance que en Chile se reconozca la importancia que tiene la salud mental para el bienestar general de la población.

Además, al igual que otros servicios públicos, la mayor cantidad de establecimientos respectivos se encuentran en el Santiago urbano, afectando negativamente a la descentralización del país y la repartición justa de los

recursos, por lo que se hace evidente la carencia en ciertas regiones más extremas del país que, paradójicamente, son aquellas que presentan mayores tasas y estadísticas referentes a diversos trastornos psiquiátricos (figura 29). Es decir, a pesar de que las estadísticas indiquen la necesidad de tratar los problemas de salud mental en algunas zonas del país, no existen los servicios necesarios para abarcar el problema.

Tal como se muestra en la tabla 2, las 6 localidades menos abastecidas en cuanto a salud mental en Chile son Arica (22), Iquique (27), Antofagasta (30), Chiloé (33) y Magallanes (27), coincidiendo, en el caso de Chiloé (Región de Los Lagos), con que las tasas de suicidio son las más altas del país. Esta dicotomía, en conjunto con la motivación personal de trabajar en la Región de Los Lagos, ya que es donde viví la mayor parte de mi vida, propician el interés de trabajar en la Isla Grande de Chiloé y así aportar a la descentralización de los servicios a nivel nacional.

Chiloé mantiene una condición particular que se relaciona con vivir rodeado de mar y a grandes distancias del continente, a diferencia de las ciudades continentales, lo cual genera una serie de comportamientos en los habitantes que tienen relación con diversos trastornos mentales, como lo son el acelerado aumento demográfico en las distintas ciudades de la Isla, especialmente en Castro, lo cual influye en la calidad y ritmo de vida del cual no están acostumbrados sus habitantes, además de la falta de oportunidades laborales y de estudios, lo que genera un eventual desarraigo territorial.



F.29: Tasas de suicidio, MINSAL, 2009

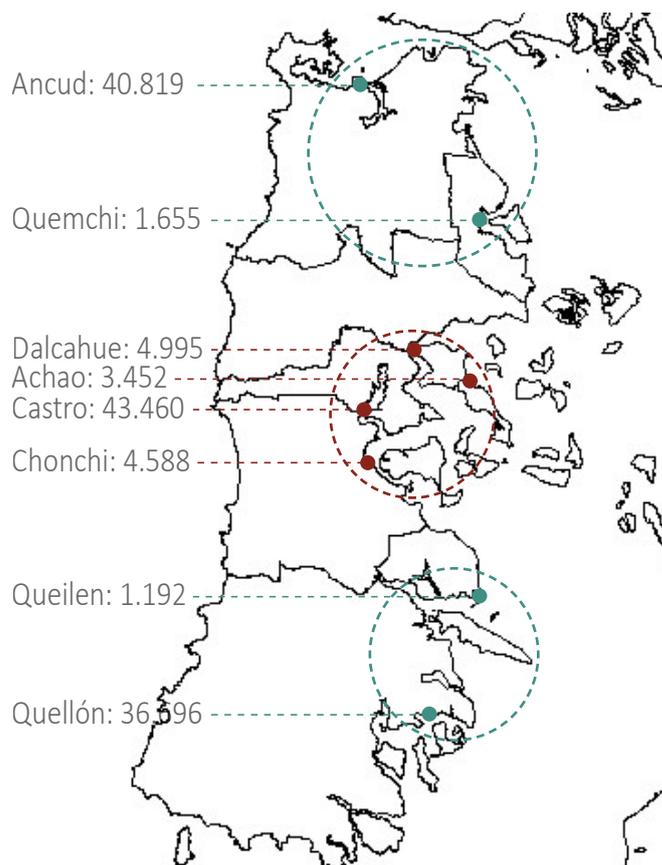
▼ Dispositivos de Salud Mental en las 6 comunas menos abastecidas de Chile

	Centro APS	Posta rural	COSAM	Unidad Psiquiatría Ambulatoria	Hospital de Día	Corta estadía adultos	Corta estadía adoles.	Centro diurno	Hospital Psiquiátrico	Hogar y residencia protegida
Arica	9	5	2	1	1	1	0	1	0	3
Iquique	13	2	3	0	1	1	1	2	0	4
Antofagasta	19	0	4	0	2	1	0	1	0	3
Atacama	21	5	0	2	2	1	0	3	0	1
Chiloé	11	15	0	1	1	1	0	1	0	3
Magallanes	10	5	1	1	1	1	1	2	0	5
Total Chile	832	723	83	53	45	23	8	51	5	199

T.2: Dispositivos de salud mental, DEIS, 2012

La Provincia de Chiloé se ordena geográficamente de tal manera que las principales ciudades (Ancud, Castro y Quellón) se ubican en el norte, centro y sur de la isla generando macrozonas que incluyen otros poblados o ciudades más pequeñas, pero que se abastecen de estas tres grandes ciudades. Gracias a esta lógica de ordeamiento, la ciudad de Castro es el centro y, por lo tanto, la localidad donde se encuentran la mayor cantidad de servicios de todo tipo, la cual tiene además una relación directa con más ciudades secundarias, en comparación a Ancud y Quellón, como lo son Dalcahue, Achao y Chonchi.

Lamentablemente, la realidad de salud mental en la Isla Grande de Chiloé no ha tenido un trabajo estadístico validado en estudios completos, sin embargo, gracias a las estadísticas nacionales, algunas referentes a programas de salud mental en hospitales generales y programas de rehabilitación, entre otras, se ha podido validar la necesidad de realizar un establecimiento de salud mental y, con ello mejorar las precarias condiciones en cuanto a profesionales, atención y tratamiento correspondientes, y también a potenciar las terapias de sanación propias de la cultura.



F.30: Población ciudades de Chiloé, elaboración propia en base a datos web, 2012

▼ Ingresos y egresos Programa Alcohol y drogas en APS 2013, Chiloé

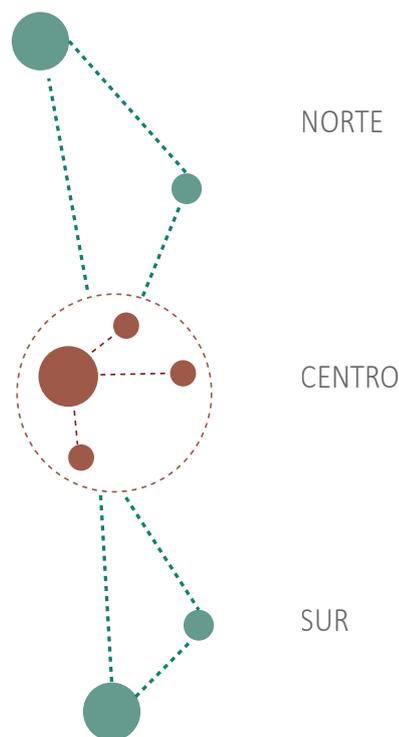
	Ingresos	Egresos
Plan ambulatorio básico	107	17
Intervención preventiva	266	26
Intervención terapéutica	372	105
Total	745	148
Total a nivel nacional	62.495	27.623

F.30: REM MINSAL, 2013

▼ Ingresos y egresos Programa de rehabilitación 2013, Chiloé

	Ingresos	Egresos
Programa rehabilitación tipo I	12	10
Programa rehabilitación tipo II	0	0
Total	12	10
Total a nivel nacional	379	234

T.3: REM MINSAL, 2013



F.31: Ordenamiento Chiloé, elaboración propia, 2016

▼ Consultas médicas año 2013 por servicio de salud, Chiloé

Servicio de Salud	Acumulado año 2013
Infección Respiratoria Alta	10.348
Neumonía	1.464
Síndrome bronquial obstructivo	2.243
Asma	803
Otras respiratorias	5.086
Psicólogo	7.232
Asistente Social	13.085
Nutricionista	19.695
Obstetricia	802
Ginecología	1.337
Enfermedad de transmisión sexual	56
Otras morbilidades	91.243
Total	150.394

T.4: REM MINSAL, 2013

▼ Ingresos y egresos Programa de Salud Mental al año 2013, Chiloé

	Ingresos	Egresos
Factores de riesgo y condicionantes		
Violencia de género		
Victima	365	63
Agresor	129	20
Violencia hacia el adulto mayor	3	1
Maltrato infantil	120	15
Abuso sexual	34	14
Consumo en riesgo de alcohol y drogas	358	66
Diagnósticos de trastornos mentales		
Trastornos depresivos	1.649	386
Trastorno de bipolaridad	54	8
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropicas	386	101
Trastornos de ansiedad	1.063	260
Alzheimer y otras demencias	21	8
Esquizofrenia	73	6
Trastornos de la conducta alimentaria	38	6
Trastorno hiperactivo y de la atención	95	22
Trastornos emocionales y del comportamiento de infante-adolescencia	780	237
Retraso mental	54	8
Trastorno de personalidad	102	34
Trastorno generalizado del desarrollo	9	2
Total	4.722	1.109
Total a nivel nacional	396.157	155.515

T.5: REM MINSAL, 2013

“La Provincia cuenta con sólo un médico psiquiatra por espacio de 22 horas semanales, 10 psicólogos, cada uno con un máximo de 22 horas semanales en los distintos dispositivos. A pesar de esto se ha avanzado, hace 10 años existía sólo UN profesional psicólogo en la Isla Grande y los médicos generales asumían el control farmacológico de los consultantes de salud mental. Se recurría por tanto a aquellos que la cultura contenía desde tiempos ancestrales para sanar, las meicas, las machis, las espiritistas; a las hierbas, machitones, etc.” (Gomez, N. & Scholtz, M.)

Si bien existen carencias en cuanto a la cantidad de servicios de salud mental, el Consejo Regional de Los Lagos ha aprobado un programa de inversiones para fortalecer la salud en la zona y que incluye recursos por más de \$102.000 millones sólo para Chiloé. El convenio de programación entre el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Desarrollo Regional y el Gobierno Regional apunta a ir cerrando la brecha histórica en financiamiento para obras de infraestructura en salud en la provincia. (Reinoso, P. 2014)

▼ Inversiones en infraestructura de salud, Chiloé

Proyecto	Costo estimado (M\$)
Reposición Hospital de Quellón	27.902.016
Reposición Hospital de Ancud	38.553.917
Reposición Hospital de Achao	10.889.063
Reposición Hospital de Queilén	5.534.531
Normalización Hospital de Castro	
Diseño y desarrollo	800.000
Centros de Salud Familiar (CESFAM)	9.418.559
Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Castro	844.600
Postas de salud rural	8.400.000
Total	102.342.686

T.6: Municipalidad de Quellón, 2014

Este convenio también dispone los recursos para la inversión en la construcción de los nuevos hospitales para Quellón y Ancud que, según lo indica el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, debieran incluir atención psiquiátrica. Además, añade en los planes la reposición de los establecimientos de Queilen y Achao, la normalización del Hospital Base de Castro, la reanudación de las obras inconclusas de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Chonchi y Dalcahue y, en materia de inversiones relacionadas con mejorar la salud mental, el convenio prevé la creación del primer Centro Comunitario de Salud Mental en la provincia, que será emplazado en la comuna de Castro debido a que esta ciudad concentra los servicios y se encuentra en el centro de la isla, donde se puede abarcar una mayor cantidad de población.

“Son dispositivos se dedican fundamentalmente a los problemas psicosociales relacionados con adicciones. Son centros de mayor complejidad para la rehabilitación de consumo y drogas otros problemas de salud mental.” (Reinoso, P. 2014)

Debido al análisis demográfico realizado y a la inversión propuesta por el Ministerio de Salud, se toma la decisión de realizar, como proyecto de título, el Centro Terapéutico de Salud Mental de la ciudad de Castro, el cual, por el momento, corresponderá al único establecimiento de este tipo en la Provincia de Chiloé. Es por esto que el proyecto académico se plantea como parte de una futura red de dispositivos a lo largo de la Isla, sin embargo, mientras las falencias en los servicios de salud mental en el Hospital General de Castro y la carencia de otros dispositivos específicos de salud mental se mantengan, el proyecto responderá en relación a poder abarcar no sólo servicios diarios de atención, sino también se incorporará servicios de hospitalización de corta estadía (no más de 60 días) y servicios de urgencia psiquiátrica. Es decir, a través de este proyecto de título se buscará generar un establecimiento de salud mental que pueda sanar las falencias de la situación actual de salud mental en la Isla de Chiloé y responder a las necesidades que se ven planteadas por el Gobierno.



3 | EL LUGAR

3.1 CASTRO, ISLA GRANDE DE CHILOÉ

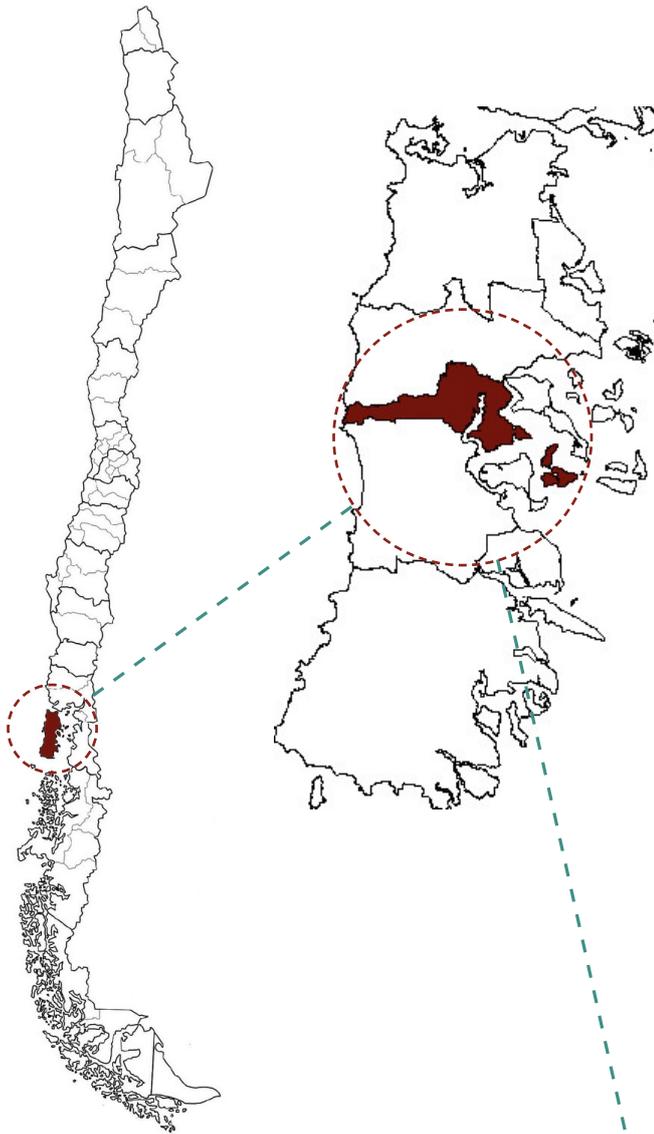
Análisis territorial

“La Isla Grande, la segunda en tamaño después de Tierra del Fuego, con más de 9.000 km², actúa como biombo que protege el mar interior de los fuertes vientos y lluvias provenientes del océano pacífico; también condiciona el flujo y reflujo de las aguas que van y vienen desde el mar exterior al interior, entregándole al lugar un ritmo propio, el de las mareas que regula la vida de los chilotes y, por ende, la de los viajeros.” (Rojas, E., Berg, L. & Lobos, J. 2006)

Chiloé es un archipiélago al sur de nuestro país que posee una población total de 167.659 habitantes hasta el año 2012 y una superficie de 9.181 km², separándose del continente por el Canal de Chacao y de la cordillera andina por su mar interior. Su característica principal de ser un territorio entre mareas condiciona que las ciudades se emplacen al borde del mar interior debido a las mejores condiciones climáticas y de cercanía con el continente, mientras que hacia el océano pacífico se encuentra una zona rural de abundantes bosques y vegetación.

El bordemar es un espacio dinámico comprendido entre las más altas y las más bajas mareas producidas por el mar interior, que fluye y refluye cada 6 horas, formando los fiordos y canales, llegando a displayarse hasta 700 m., donde deja al descubierto especies y vegetación propias del lugar y del mar. Así, el bordemar se convierte en un factor determinante para albergar la cultura insular.





F.32: Ubicación de Castro en Chile, elaboración propia

La ciudad de Castro, la cual se encuentra en la X Región de Los Lagos, es la capital de la Provincia de Chiloé, abarca una superficie comunal de 473 km² y es la ciudad donde se alberga la mayor cantidad de población de la isla, con un total de 43.460 habitantes (estadísticas año 2012). Castro se emplaza sobre una estrecha franja de tierra entre el estuario del Río Gamboa y el estero de Tentén a una altura media de 45 msnm.

Castro fue fundada en 1567 y la ciudad se distribuyó en torno a la Plaza de Armas, emplazándose en su perímetro la iglesia, los cabildos y sólo algunos habitantes. Sin embargo, durante la década de 1920, la ciudad comenzó a experimentar un acelerado y gradual crecimiento de la población que no se ha detenido.



2002: 29.174 h.



2012: 43.460 h.

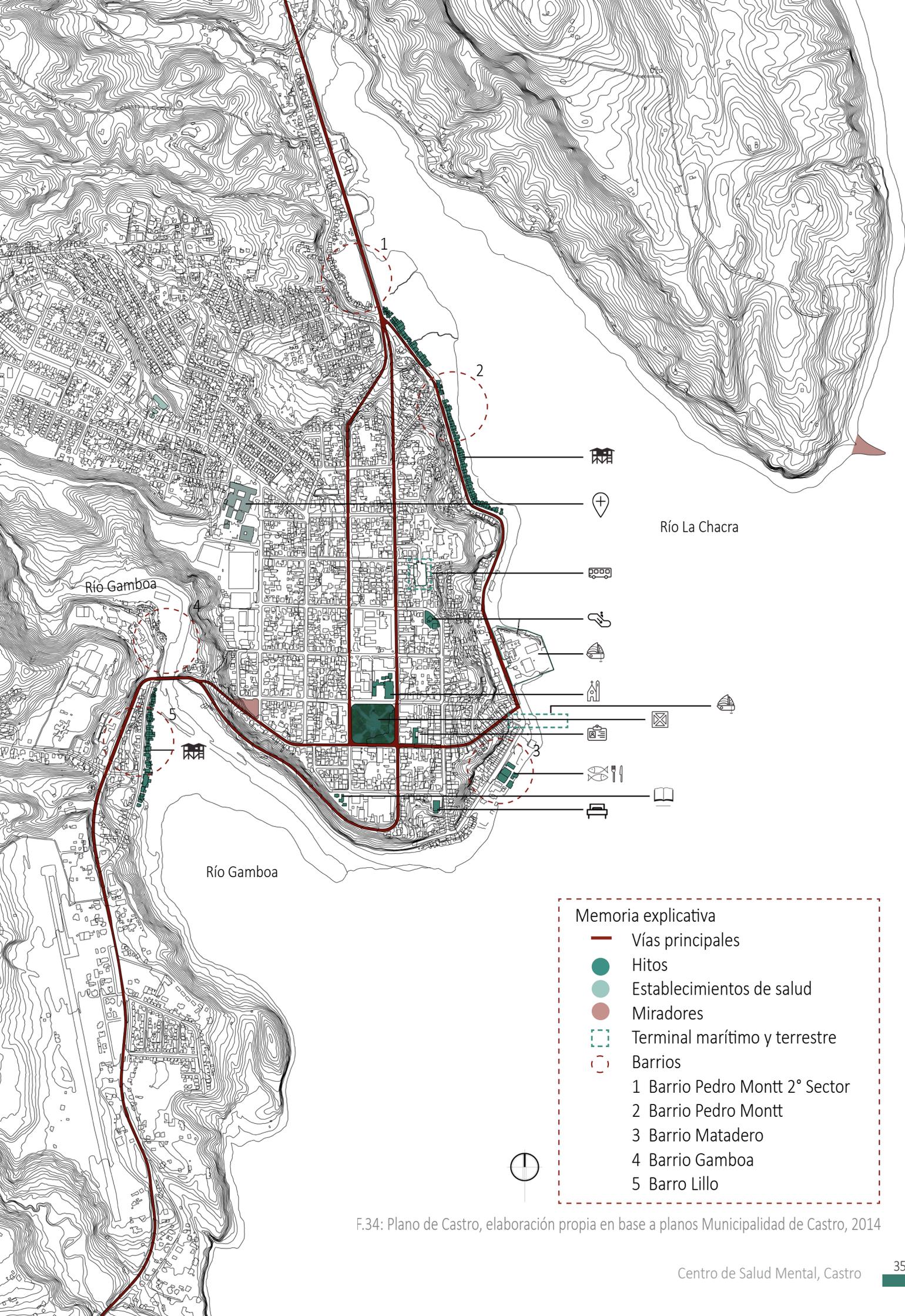


2020: 50.483 h.

Dentro de la Península de Chiloé, Castro toma el rol de centro administrativo, económico y social de la isla. Es por esto que el proyecto se emplaza en esta ciudad, además de tener el más alto porcentaje de población residente de la isla, ser el principal centro de servicios y equipamiento del archipiélago, y tener una condición paisajística privilegiada con borde costero de gran importancia.



F.33: Vista aérea de Castro, web 2013



F.34: Plano de Castro, elaboración propia en base a planos Municipalidad de Castro, 2014

Análisis urbano

El trazado urbano de Chiloé está constituido en damero, a través de una retícula ortogonal de calles con manzanas de igual tamaño y una plaza idealmente en el centro donde se ubican los edificios emblemáticos tanto cívicos como religiosos.

“La ciudad de Castro no sufrió mayores cambios en su desarrollo urbano durante sus inicios, notándose un impulso sostenido entre los años 1895 y 1960 consolidando la cuadrícula fundacional e instalándose parte de sus moradores, vinculados al quehacer marino, en las construcciones palafíticas situadas en la periferia urbana sobre el borde costero, es así como a principios de este siglo la ciudad de Castro baja de la meseta y logra su nexa con el borde costero.” (Memoria explicativa Plan Regulador de Castro, 2014)

Luego del terremoto de Valdivia en 1960, el cual logró la destrucción de palafitos y otras construcciones en el bordemar, la reconstrucción de las ciudades por parte del Estado se ve afectada por la época de la modernidad, no sólo en Castro sino en todas las ciudades perjudicadas del país, modificando la cultura tanto chilota como nacional. Este cambio se basa en la racionalidad, la producción industrial, la serialización, estandarización y planificación urbana, y se comienza a desarrollar una construcción

cívica en torno a caminos, puentes e infraestructura hospitalaria (Hospital de Castro), otorgándole a la ciudad de Castro una condición de “puerto libre”. Así, las migraciones del campo a la ciudad fueron siendo cada vez más comunes.

Sin embargo, durante los años 60, este modelo racionalista comienza a ser cuestionado, dando lugar a una “modernidad de raíz propia”, la cual generó un sincretismo entre lo moderno y lo autóctono (Hostería de Castro), reinterpretando también la arquitectura tradicional de las iglesias. Dentro de la trama urbana se adopta, por primera vez, el antejardín y la vivienda urbana aislada, rompiendo con la presencia de la fachada continua sobre la línea oficial.

Actualmente, el crecimiento demográfico de la ciudad de Castro está aumentando cada vez más rápido, por lo que el Plan Regulador Comunal está siendo constantemente analizado y modificado en relación a los usos de suelo, construcción de viviendas sociales y del equipamiento necesario para la población actual y futura. En este ámbito, se busca seguir con la idea de sincretizar lo nuevo con lo tradicional, conservando los valores y la cultura chilota tanto en las calles como en el equipamiento.



F.35: Fotografía Castro antiguo, Provoste, G., 1930-1940

Análisis climático y paisajístico

El clima de la ciudad de Castro es de tipo marítimo lluvioso y gracias a tener una mayor latitud que el continente, posee temperaturas más bajas, variando entre los 20 °C durante la época estival y en pleno invierno con temperaturas bajo 0 °C, teniendo una media de 10 °C. Las lluvias son constantes e intensas, son embargo, Castro es una de las ciudades chilotas con menor cantidad de lluvias debido a la Cordillera de la Costa, que deja a la ciudad y la mayor parte de la costa oriental de Chiloé a sotavento de las precipitaciones, descargando hasta 2.000 mm. como promedio anual.

Los vientos predominantes en Castro son el viento travesía y el viento norte. El primero proviene del oeste o del suroeste y sopla perpendicular a la costa, generalmente en épocas de primavera y verano, mientras que el viento norte trae consigo nubes grises y fuertes chubascos que, producto de la dirección de este viento, llegan a la superficie en ángulo. También existe, en épocas de verano, el viento sur, el cual despeja el cielo provocando la entrada del sol y de arco iris, generando que la luz de la ciudad cambie constantemente a lo largo del día y del año. Sin embargo, debido a que los vientos travesía y norte son los predominantes, los días son principalmente oscuros y húmedos, condicionando la arquitectura en base al clima y luz.

La condición insular de Chiloé ha favorecido el desarrollo de una especial y rica flora y fauna que ha ido evolucionando de manera aislada. En Chiloé y, por tanto, en la ciudad de Castro, predominan los bosques laurifolio propio de los lugares húmedos y con leves heladas; el bosque siempreverde con gran diversidad de especies vegetales, tanto grandes árboles como helechos y musgos propios de un clima húmedo; y el bosque templado de tipo valdiviano. Es una selva fría debido a la altura de los árboles y a que las copas de los mismos se van entrelazando, cerrando el paisaje vertical.

“Del Bosque Valdiviano Siempre Verde de aquel entonces, hoy quedan especies arbóreas como el arrayán, el coigüe, el mañío, el ulmo, el canelo y el ciprés de las Guaitecas, en tanto en las alturas de la Cordillera de la Costa se mantienen alerces y tineos. Por el avance de la población y el aprovechamiento de los terrenos se han introducido árboles como el pino insigne y el pino oregón que provienen del Hemisferio Norte y los españoles por su parte, en medio de la colonización trajeron el espinillo (*Ulex Europaeus*), una maleza con espinas para efectuar labores de cerco, pero con el poco cuidado se transformó en una plaga incontrolable en los campos de Chiloé.” (Chile365.cl, 2013)



Arrayán (*luma apiculata*)



Coigüe (*nothofagus nitida*)



Mañío (*podocarpus nubigena*)



Ulmo (*eucryphia cordifolia*)



Canelo (*drimys winteri*)



Ciprés de las Guaitecas (*cupressus*)



Alerce (*fitzroya cupressoides*)



Tineo (*weinmannia trichosperma*)

F.36: Especies nativas, elaboración propia en base a información web

Análisis arquitectónico

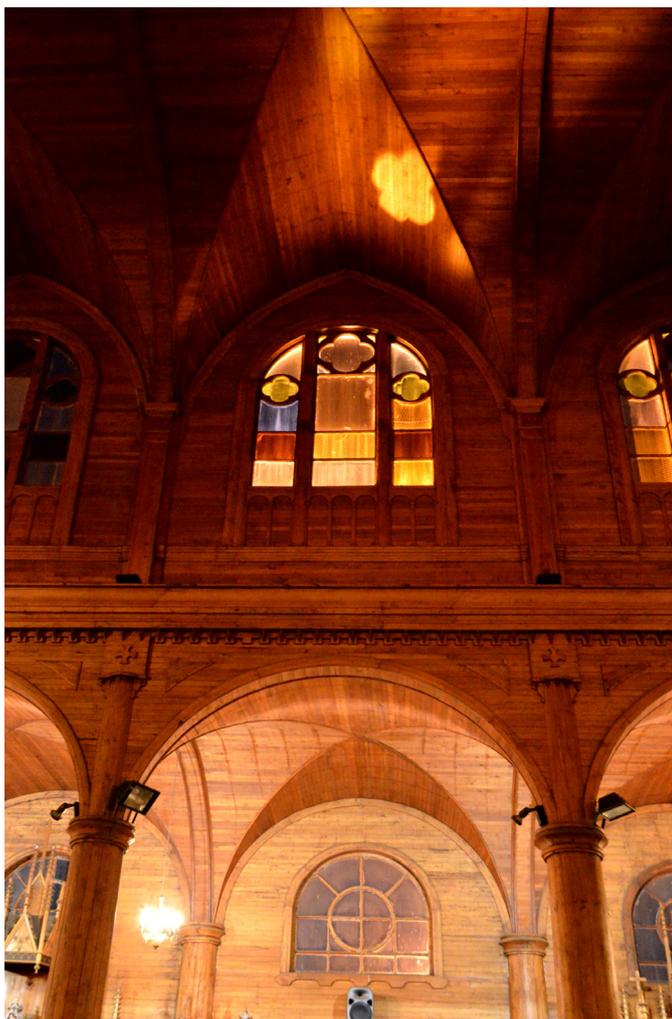
La construcción en madera en Chiloé contribuyó a desarrollar a la perfección los conceptos y técnicas de carpintería, utilizando el sistema de tabiquerías en base a pilares muy seguidos con piezas horizontales o soleras unidas a través de ensamblajes y tarugos, sin la existencia de clavos. Este mecanismo hecho en madera ofrece a la edificación múltiples posibilidades espaciales.

Los revestimientos interiores se disponen horizontalmente, ya sean en tejuela larga o en tablazón, y los revestimientos exteriores suelen ser de tejuelas cortas de alerce o ciprés, variando en sus diseños y colores para darle identidad a cada una de las construcciones. Otro tipo de revestimiento exterior son las planchas de fierro estampadas, tal como existe actualmente en la Iglesia de Castro, pero su costo de producción es más alto que el de la madera, por lo cual su uso es más reducido.

La principal Iglesia de Castro no es una iglesia tradicional chilota, debido a su diseño y construcción de mayor elaboración y su acercamiento al estilo neoclásico a través de una fachada con elementos sobrepuestos como pilastras, pináculos o esculturas, sin embargo, es el corazón de la isla y reconoce su carácter y arraigo cultural. Su arquitectura se basa en un revestimiento de plancha metálica pintado imitando mampostería y tejuela, en contraste con el elaborado trabajo en madera de su interior, con bóvedas de crucería y vitrales (figura 37).

Además, la ciudad de Castro se vio influenciada por diversos estilos arquitectónicos a lo largo de los años. A fines del siglo XIX el estilo neoclásico tomó gran relevancia en la arquitectura citadina a través de construcciones simples (figura 38). Por otra parte, a finales del siglo XIX y principios del XX, surgen los barrios de palafitos destinados a aquellos que emigraban del campo a la ciudad y no tenían dónde vivir. Éstas construcciones usan un sistema de pilotes de madera de luma, generalmente, y pintadas de colores llamativos, constituyendo una tipología constructiva y cultural de Chiloé (figura 41).

Sin embargo, la madera no es el único material constructivo en la isla. Gracias al racionalismo o modernismo que llegó al archipiélago luego del terremoto de 1960 y el incendio de Castro de 1936, el concepto de máquina y funcionalismo comienzan a cobrar importancia y las construcciones se realizan con mayor libertad espacial, geometrías abstractas, sin ornamentos y con nuevos materiales como el hormigón armado. Generalmente estas construcciones corresponden a edificios del Estado, como es el caso del Centro Cultural de Castro (o antiguo teatro de la ciudad) u otras simplemente eran revestidas en hormigón, como aquellas de la calle Blanco (figura 39). Otros simplemente se apoderaron de este nuevo estilo constructivo pero reinterpretándolo en madera, para mantener la genética cultural y conservar el comportamiento ante la humedad y ante sismos, dando origen a una arquitectura única en el mundo: el Modernismo en Madera de Chiloé. Un gran ejemplo de esta arquitectura es la Hostería de Castro, cuya construcción se adelantó a este movimiento pero que refleja las estrategias utilizadas más adelante (figura 40).



F.37: Elaboración propia, 2016

“En Chiloé, la reinterpretación es un fenómeno fecundo y singular; distorsiona y, por esto, hace propio algunos preceptos formales del estilo: es nuevo y nunca ortodoxo. Las plantas no sufren variaciones de importancia, siendo el estilo fundamentalmente un asunto de fachadas. En éstas, tampoco algunas constantes estilísticas de primer orden, como la simetría, son realmente respetadas. Siempre existe en el conjunto un tono general de cierta ingenuidad característica, suma de desproporciones y desobediencias a una arquitectura de origen y pretensión oficial.” (Rojas, E., Berg, L. & Lobos, J. 2006)



F.38: Casa Los Carrera, 1920

En la arquitectura chilota, se imponen algunos patrones como lo son mantener el volumen concentrado, jerarquizar los accesos con pórticos, la existencia de muros con mayores ventanas en proporción vertical, las galerías vidriadas, corredores, balcones y torreones, que constituyen elementos de orden urbano, marcando las esquinas, los remates y las calles principales.

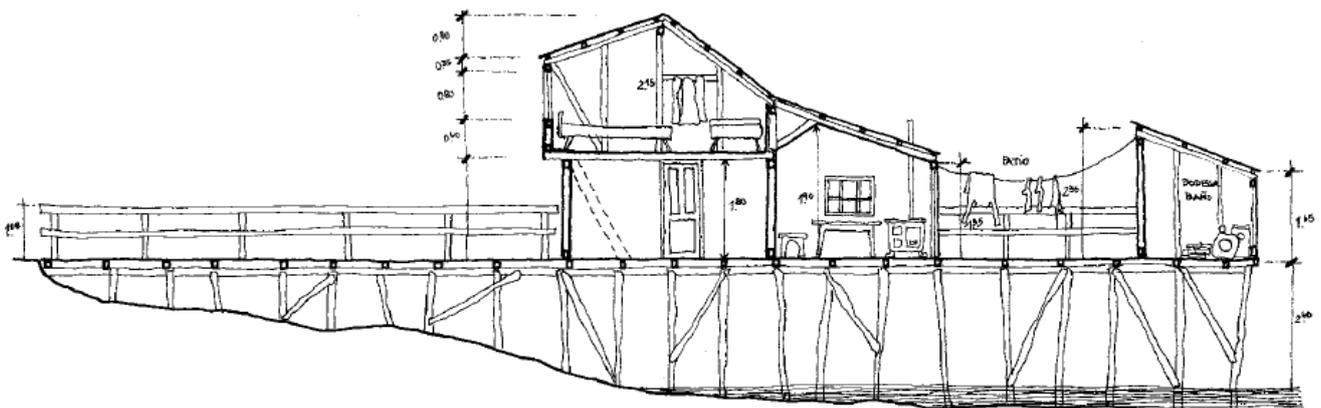


F.39: Provoste, G. 1930-1940

“[...] pero las descripciones generales que se encuentran en crónicas y según lo citado en el caso de Castro, narran la arquitectura pública como volúmenes sencillos, ya sea cuadrados o rectangulares, y con cubiertas a dos aguas. Las edificaciones levantadas por los españoles utilizaron el sistema de tapial, estructura de madera rellena con material arcilloso, dando la apariencia de muro de adobe, pero de bastante menor espesor y cubierta con teja de arcilla.” (Rojas, E., Berg, L. & Lobos, J. 2006)



F.40: Provoste, G. 1930-1940



F.41: Anguita, P.; López, R.; Mediano, I. & Zecchetto, R., 1980

El volumen chilote es el elemento más característico, en conjunto con el uso de la madera, y que da respuesta a las exigencias del clima y a la posibilidad de construcción que otorga el material. Éste es un volumen concentrado y hermético, de macizas proporciones, sencillo y a dos aguas, que se condiciona por la necesidad de resguardar el interior del clima lluvioso, separado del suelo por la humedad del ambiente y para facilitar el traslado en caso de que deba cambiarse de lugar (minga), siendo el galpón chilote la expresión básica de toda construcción en Chiloé. Éste es la imagen de lo primero que se concibe en Chiloé, la cáscara, al cual posteriormente por fuera se le adosan elementos formales que la enriquecen e individualizan:

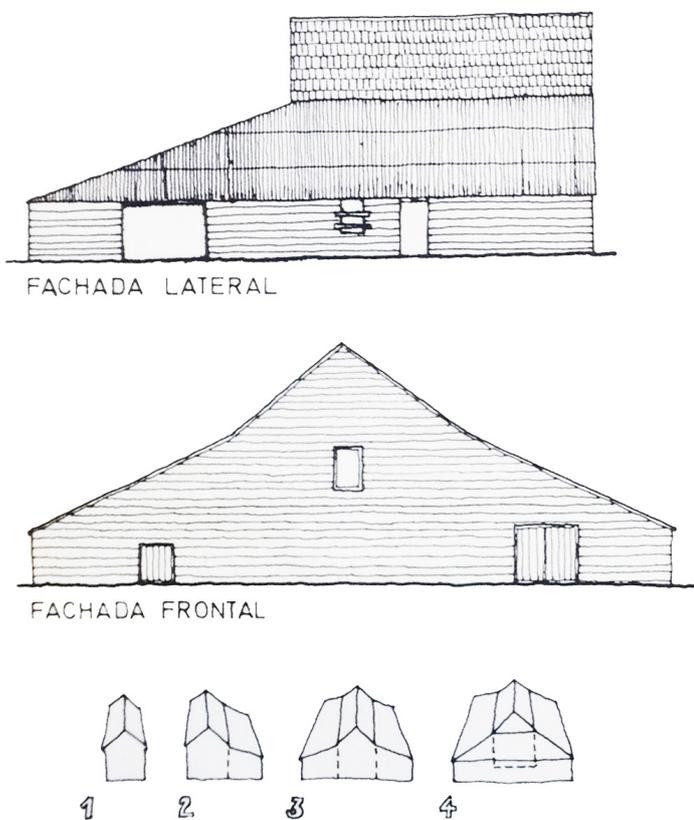
1. Color, para contrastar con el cielo gris.
2. Miradores como el elemento básico de expresividad, que se realiza en el nivel superior de la construcción y en su fachada principal.
3. Pórtico de acceso para permitir protegerse de la lluvia y regular las entradas al interior, conformando un espacio público antes de ingresar a lo privado.

La madera que se utiliza en las construcciones chilotas, y que es extraída de árboles nativos del lugar, son:

- Arrayán: utilizado para la construcción de muebles y revestimientos.
- Coigüe: usado como madera estructural.
- Mañío: utilizado para las ventanas y revestimientos interiores.
- Ulmo: utilizado en la estructura de una construcción.
- Canelo: usado en galpones debido al picor de la madera, la cual no es mordida por roedores.
- Ciprés de las Guaitecas: utilizado para ventanas y revestimientos.
- Alerce: usado como revestimiento exterior de paredes y techumbres.
- Tineo: se utiliza tanto como elemento estructural como secundario y de revestimiento.

La arquitectura en Chiloé, si bien ha sufrido variaciones y modificaciones, mantiene una identidad cultural que se ve reflejada a través del uso técnicamente desarrollado de la madera y del volumen a dos aguas de fachadas limpias. Ambos elementos identitarios hablan de una imagen visual, más allá de la intervención de los interiores sino de lo que se ve por fuera y cómo la vivienda o construcción expresa su interior hacia el exterior, pudiendo diferenciar en ella los distintos espacios interiores y el uso que ésta posee.

“La casa se construye como dos cajas que se superponen, trabajando cada una como entidades individuales, al no existir coincidencia de las líneas estructurales. [...] De esta manera, se permite el trabajo libre de las plantas, y en el caso del soberado, ir haciendo y deshaciendo habitaciones según las necesidades. De ahí que la casa chilota, en general, nunca está terminada por dentro.” (Anguita, P.; López, R.; Mediano, I. & Zecchetto, R., 1980)



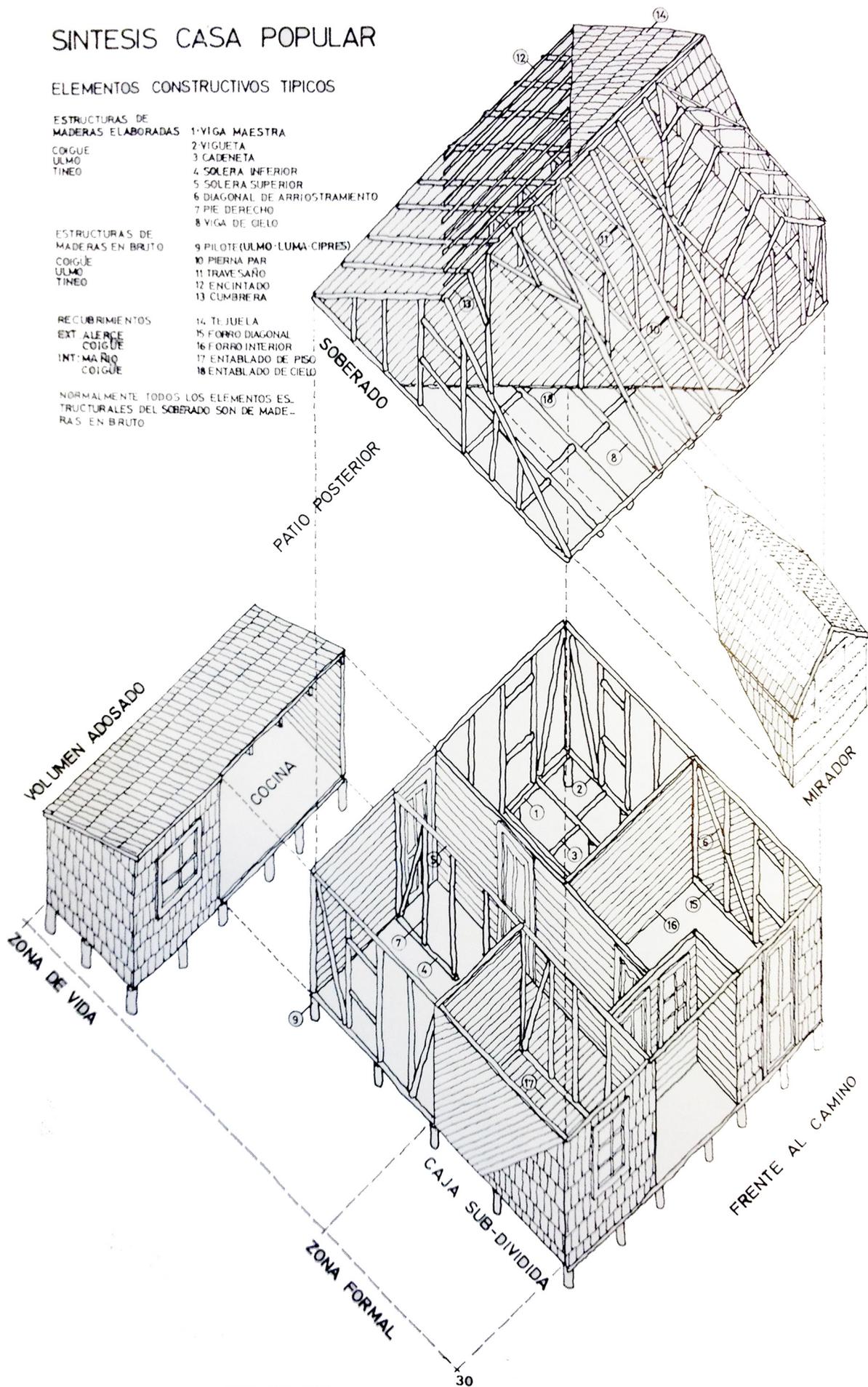
F.42: Granero chilote, Anguita, P.; López, R.; Mediano, I. & Zecchetto, R., 1980

SINTESIS CASA POPULAR

ELEMENTOS CONSTRUCTIVOS TÍPICOS

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| ESTRUCTURAS DE MADERAS ELABORADAS | 1-VIGA MAESTRA |
| COIGÜE | 2-VIGUETA |
| ULMO | 3-CADENETA |
| TINEO | 4-SOLERA INFERIOR |
| | 5-SOLERA SUPERIOR |
| | 6-DIAGONAL DE ARRIOSTRAMIENTO |
| | 7-PIE DERECHO |
| | 8-VIGA DE CIELO |
| ESTRUCTURAS DE MADERAS EN BRUTO | 9-PILOTE (ULMO-LUMA-CIPRES) |
| COIGÜE | 10-PIERNA PAR |
| ULMO | 11-TRAVESAÑO |
| TINEO | 12-ENCINTADO |
| | 13-CUMBREIRA |
| RECUBRIMIENTOS | 14-TEJUELA |
| EXT-ALERCE | 15-FORNO DIAGONAL |
| COIGÜE | 16-FORNO INTERIOR |
| INT-MARILLO | 17-ENTABLADO DE PISO |
| COIGÜE | 18-ENTABLADO DE CIELO |

NORMALMENTE TODOS LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DEL SOBERADO SON DE MADERAS EN BRUTO



F.43: Anguita, P.; López, R.; Mediano, I. & Zecchetto, R., 1980

3.2 TERRENO DE EMPLAZAMIENTO

Características del terreno

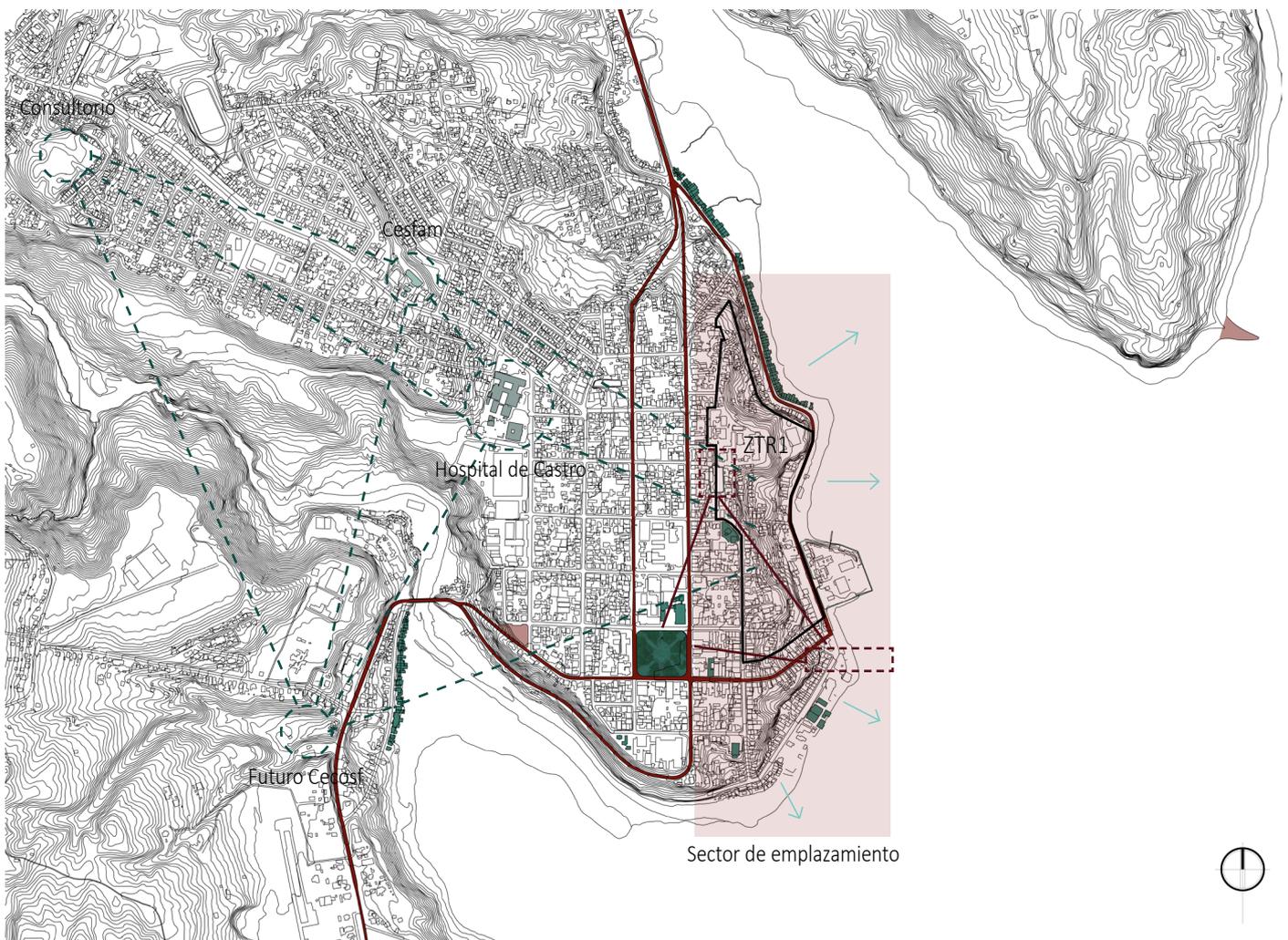
El proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro se emplaza en la ciudad bajo ciertos requisitos, que responden tanto a la conexión de éste con los otros servicios de la ciudad, como también a las estrategias que se relacionan con el aporte de la arquitectura en la sanación del paciente. Éstas son:

1. Ubicación estratégica para aportar a la red de salud de Castro, teniendo como centro el Hospital de Castro, el cual se conecta con el proyecto y con los demás centros de salud.
2. Ubicación privilegiada en cuanto a la accesibilidad tanto para los habitantes de la ciudad como para aquellos que llegan a Castro vía terrestre o marítima, teniendo en cuenta los criterios de accesibilidad universal.
3. Para efectos del tratamiento médico de los pacientes, tal como se manifiesta en las teorías de la

Neuroarquitectura, el terreno debe tener una vista del paisaje local para que los pacientes no se sientan en un lugar ajeno a lo que les pertenece.

4. Terreno que mantenga una relación directa con la naturaleza y así poder generar un contacto constante y cercano tanto de la persona como del edificio con la misma.

Bajo estas condiciones, el sector que cumple con las condiciones se encuentra en el borde costero de la ciudad en una cota intermedia entre el centro cívico y el borde mar. La zona que corresponde al uso de suelo exigido para el Centro Terapéutico de Salud Mental, según el Plan Regulador de Castro que se encuentra en proceso y en vías de aprobación, es la Zona ZTR1 (Transición 1), en la cual se permite la construcción de centros de rehabilitación física y mental.



F.44: Estrategias de elección del terreno, elaboración propia



F.45. Emplazamiento terreno, escala 1:4.000

El terreno para el emplazamiento del proyecto se caracteriza por su visión libre hacia el horizonte a pesar de ser un espacio “entre casas”. En este se puede apreciar la isla de Tentén, el Río Chacra y la península de Rilán un poco más lejana (vista 3). El acceso principal existente al terreno es por la calle Eleuterio Ramírez, la cual posee una alta pendiente y, por lo tanto, una entrada vehicular dificultosa (vista 1).

La otra cara del terreno mira hacia un cerro cubierto de vegetación en base a arbustos nativos como el Chilco, Maqui y Zarzamora, mientras que es la cima del mismo se encuentran árboles de gran tamaño como Eucaliptus, los cuales corresponden a una vegetación introducida de Australia, y Canelo. Además en el terreno existen dos especies de árboles que son dos Álamos blanco y Retamo, que dan vida al espacio plano del mismo (vista 2).



F.46: Vista 1_Desde el acceso, elaboración propia



F.47: Vista 2_Hacia el cerro, elaboración propia



F.48: Vista 3_Desde el terreno hacia el Río La Chacra, elaboración propia



F.49: Vista 4_Panorámica del terreno, elaboración propia





4 | REFERENTES



Los referentes arquitectónicos utilizados en el desarrollo del proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro, se relacionan con la manera de abarcar la arquitectura desde el punto de vista de la sanación o del aporte que puede generar ésta en el tratamiento de la persona enferma, condiciones que tienen que ver con la naturaleza, las vistas, las formas y colores. Además de algunos relacionados con distintos sistemas constructivos en madera en edificios de uso público, en especial, aquellos existentes en la Isla de Chiloé.

El Sanatorio de Paimio (actual Hospital General de Finlandia), diseñado por el arquitecto Alvar Aalto, se utiliza como referente en más de una arista, rescatando condiciones espaciales como también algunas soluciones más específicas. El conjunto tiene un carácter funcional en lo relativo a la arquitectura hospitalaria que pocos han podido lograr, manteniendo una aproximación humana que va más allá del funcionalismo técnico y que se percibe tanto en la obra como en el detalle de cada uno de sus elementos.

En el Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro, se apunta a generar un edificio que favorece la curación y rehabilitación a través de considerar zonas claramente diferenciadas (zonas comunes y privadas), permitir vistas hacia el exterior para todos los usuarios del edificio, aplicar colores que den vida a los espacios y mantener el contacto con la naturaleza misma del terreno, tal como Alvar Aalto desarrolla en su edificio hospitalario. Así, se logra rescatar algunas de las estrategias de diseño utilizadas por el arquitecto en el Sanatorio de Paimio, el cual es, a mi juicio, el hospital mejor humanizado.



1. Vista desde acceso vehicular
2. Fachada de las habitaciones de los enfermos, donde el vano es predominante
3. Vista interior de la recepción



F.51: Sanatorio antituberculoso de Paimio, Alvar Aalto, Finlandia 1932



1. Patio articulador
2. Vista del interior
3. Vista general del edificio



F.52: Proyecto Centro Psiquiátrico en Ballerup, CREO ARKITEKTER & WE Architecture, Dinamarca 2014

Por otra parte, del proyecto para el nuevo Hospital Psiquiátrico de Ballerup en Dinamarca, se rescata su escala y la manera de abordar un edificio público de grandes requerimientos bajo la imagen de un “pequeño pueblo”. El proyecto propone una morfología alejada de la tipología hospitalaria típica que recae en la densidad y masificación del edificio, a través de estructuras a dos aguas conectadas por espacios verdes terapéuticos.

En el proyecto correspondiente para el proceso de Título, se genera una relación entre el contexto del usuario y el edificio proyectado, donde la escala humana y el respeto por el grano propio de la Isla de Chiloé, aporta a un sentimiento de comodidad, que se logra al mantener la altura del entorno, la materialidad y la importancia del paisaje. Es por esto, que se utiliza como referente un proyecto donde los espacios de interacción con la naturaleza son parte del programa principal del edificio, además de lograr la densidad de los hospitales típicos a través de la repetición de volúmenes escalados con el entorno del emplazamiento.

Por último, para el rescate patrimonial de la imagen arquitectónica del galpón chilote se utiliza como referente el Museo de Arte Moderno de Castro, el cual se caracteriza por mantener la cáscara de este volumen además de sus características principales para, en su interior intervenir con una estructura a la vista que sirve de apoyo para el programa del mismo.

En este caso, el galpón actúa como contenedor del programa y, a su vez, como parte del mismo, convirtiéndose en una obra de arte más, donde el trabajo de la estructura y de las fachadas es parte de la exposición. De lo anterior se recupera el valor no sólo de la imagen arquitectónica del galpón en relación a la ciudad, sino también de la imagen y percepción del espacio interior del mismo, el cual, en el proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro, se hace relevante la esencia interior del mismo a través de una intervención que no interrumpe la imagen, escala y materialidad del galpón chilote.



1. Estructura interior
2. Trabajo de fachada
3. Vista general del edificio



F. 53: Museo de Arte Moderno de Castro, Isaac Ezquenazi, Chile 1998



5 | PROPUESTA

5.1 PROPUESTA PROGRAMÁTICA

Definición del programa

Con el fin de priorizar el tratamiento comunitario y familiar de las atenciones psiquiátricas, el programa del Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro responde tanto a las necesidades médicas y administrativas que deben existir, como también a la integración ciudadana con el fin de incluir al paciente y a las enfermedades psiquiátricas en la comunidad, otorgando a ésta un grado de acercamiento y permeabilidad controlado. Así, el programa se divide en 4 zonas: zona médica, zona de hospitalización, zona comunitaria y zona administrativa; lo cual permite facilitar su distribución en el edificio, tomando como referente el propuesto para el proyecto Centro Comunitario de Salud Mental de Osorno además de información respectiva de la OGUC y otros establecimientos psiquiátricos.

A pesar de que las enfermedades psiquiátricas son tratadas, en su mayoría, sin diferenciaciones entre ellas cuando se encuentran en su estado neutro, pueden existir eventos críticos en el paciente que obligan a establecer una diferencia tanto de tratamiento como en lo espacial, lo cual condiciona la cantidad de programa de rehabilitación existente en el proyecto, logrando separar ambas condiciones en distintos niveles en el edificio. Las enfermedades psiquiátricas a tratar en el Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro son:

- Alcoholismo, abuso a sustancias y comportamiento adictivo.
- Trastorno bipolar



- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastornos de ansiedad (obsesivo-compulsivo, de pánico, de ansiedad generalizada, de fobias)
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)
- Autismo y el trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno límite de la personalidad (TLP)
- Trastorno alimentarios
- Trastorno de estrés post-traumático

A los tratamientos médicos estandarizados y tradicionales, se le suman algunos complementarios o alternativos que ayudan a mantener el estado neutro de la enfermedad en la rehabilitación, y que se llevan a cabo en las diversas áreas comunes del edificio, tanto interiores como exteriores:

- Tratamientos emocionales: aromaterapia, flores de Bach, cromoterapia.
- Terapia de manejo de la energía y del cuerpo: reiki, musicoterapia, biomagnetismo, yoga.
- Terapias físicas: acupuntura, reflexología, quiropraxia.

El programa utilizado como referencia, correspondiente al Centro Comunitario de Salud Mental de Osorno, no incluye programa de hospitalización ni urgencias, debido a que estas atenciones se desarrollan en el Hospital General. Sin embargo actualmente, en el caso de Chiloé, la inexistencia de un buen y completo servicio psiquiátrico en el Hospital de Castro, obliga a incorporar en el proyecto una zona de urgencias, con acceso a dos ambulancias y con los elementos médicos correspondientes, además de una zona de hospitalización temporal con dos habitaciones para cuatro pacientes que se encuentren en estado crítico y así, poder responder a todas las necesidades de atenciones psiquiátricas que podrían existir.

Definición del usuario

La propuesta programática también se ve condicionada por el tipo de usuario que utilice el espacio determinado. En este caso, existen tres usuarios:

1. Pacientes
2. Recursos Humanos
3. Comunidad y familiares

▼ Población actual y proyección, Castro

Castro	2016	2018	2020
Hombres	23.216	23.472	23.686
Mujeres	25.852	26.352	26.797
Total	49.068	49.824	50.483

T.7: Proyección de población Castro, elaboración propia en base a información web

▼ Ciudades en área de influencia

Ciudad	Habitantes año 2012
Castro	49.068
Chonchi	14.450
Curaco de Veléz	3.584
Dalcahue	13.285
Puqueldón	4.102
Quinchao	8.286
Total	92.775

T.8: Población ciudades influenciadas, elaboración propia en base a información web

▼ Población inscrita por CESFAM, año 2012

CESFAM	Población Inscrita
Castro	43.437
Chonchi	13.027
Curaco de Vélez	2.320
Dalcahue	14.165
Puqueldón	2.383
Quinchao	5.255
Total	80.387

T.9: Población inscrita por CESFAM, elaboración propia en base a FONASA

Las zonas programáticas y la distribución en el programa da cuenta de estos tres usuarios, generando tanto su segregación como su conexión en los casos en que se requiera, tal como muestra el esquema de organización programática (figura 52).

Debido a la inexistencia de estos establecimientos en la Isla de Chiloé, el Centro Terapéutico de Salud Mental abastece no sólo a los habitantes de Castro sino también a las ciudades aledañas, por lo que posee una capacidad de 140 pacientes diarios, debido a la cantidad de personas atendidas al año por Salud Mental en Castro (1.439), número que proviene de la relación entre los pacientes inscritos en algún Centro de Salud Familiar del área de influencia (80.387), ya que ambos establecimientos se encuentran asociados. Así, la población de pacientes diario se puede definir de manera estimativa y teniendo en cuenta que el flujo diario se divide en el paciente que permanece en el recinto día y noche, aquel que es usuario diario y aquel que sólo se encuentra en las horas correspondientes a su consulta médica.

Por otra parte, en cuanto a la demanda de recursos humanos que se requieren, también se utiliza como referencia el COSAM de Osorno, aumentando en proporción a los pacientes atendidos en este proyecto ubicado en Castro. Éstos son definidos en relación a la cantidad de horas semanales trabajadas, teniendo en cuenta las 45 horas semanales que se trabajan según la Dirección del Trabajo del Gobierno de Chile.

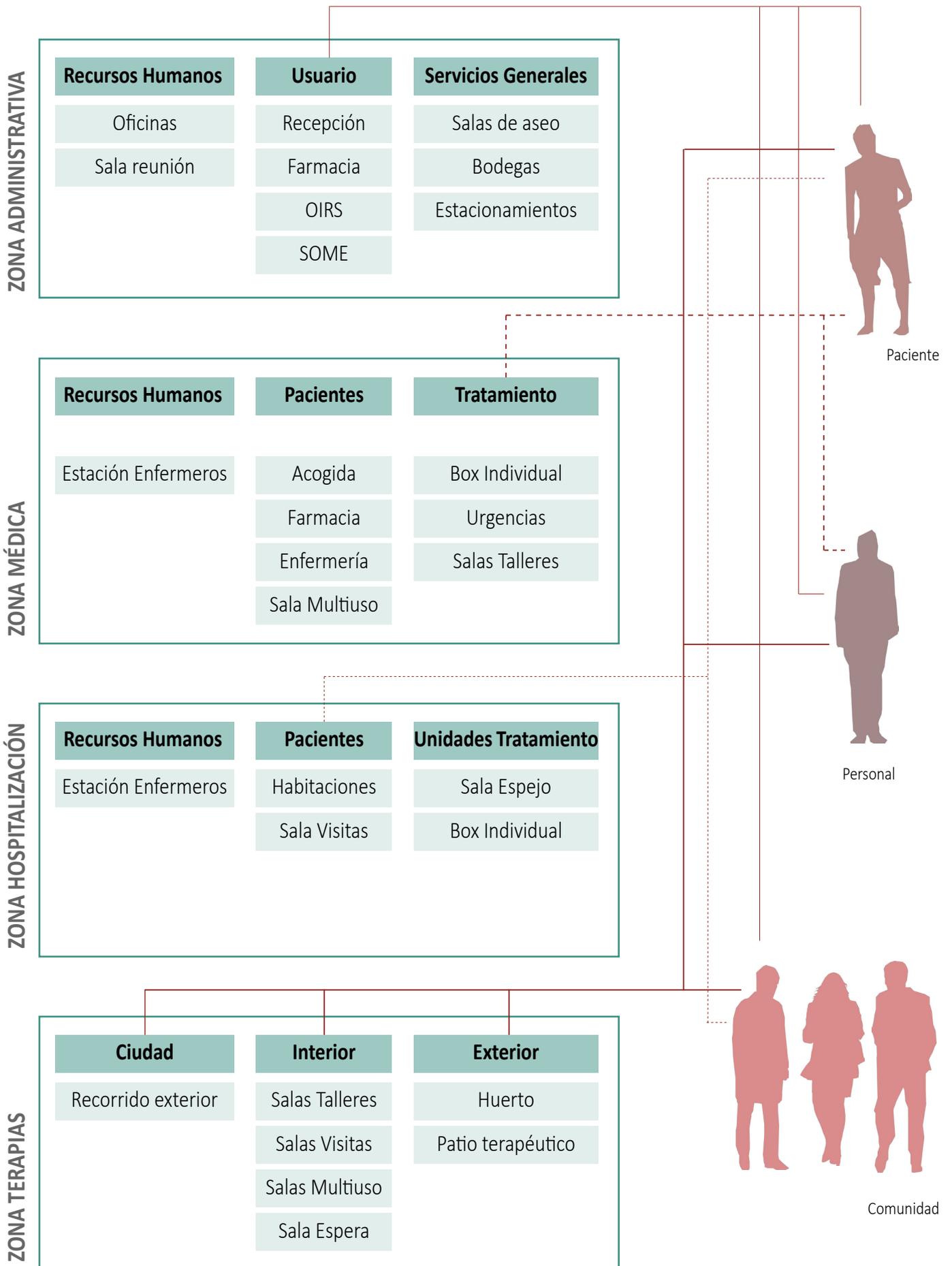
▼ Demanda recursos humanos

Recurso humano	Horas semanales	Cantidad
Psiquiatra adulto	55	2
Psiquiatra infantoadoles.	33	1
Enfermera	66	2
Psicólogo adulto	132	3
Psicólogo infanto-juvenil	66	2
Asistente social	132	3
Terapeuta ocupacional	132	3
Técnico en Salud Mental	198	5
Técnico paramédico	66	2
Dirección y gestión	44	1
Administrativo	132	3
Auxiliar de servicio	66	2
Monitores	99	3
Otros	33	1
Total	1.254	33

T.10: Demanda recursos humanos, elaboración propia

Recinto	Cantidad	Superficie Total
Zona Administrativa		
Recepción	1	61,9 m ²
Sala de espera	4	64,8 m ²
OIRS	1	10,4 m ²
SOME	1	12,5 m ²
Oficina del Director	1	9,2 m ²
Of. de Coordinación	1	17,3 m ²
Baños Personal	2	33,7 m ²
Sala Reuniones	1	19,1 m ²
Zona Médica		
Sala Acogida	1	22,4 m ²
Enfermería	1	27,9 m ²
Box Individual	9	106,6 m ²
Box Multipropósito	1	33,5 m ²
Sala Espejo	1	20,1 m ²
Sala Multiuso	1	83,7 m ²
Urgencias	1	70,7 m ²
Farmacia	1	25,6 m ²
Baños Pacientes	2	65,4 m ²
Estación Personal	1	25,1 m ²
Sala Visitas	1	25,6 m ²
Zona Hospitalización		
Habitación pacientes	2	46,2 m ²
Estación Personal	1	18,2 m ²
Sala Visitas	1	24,9 m ²
Zona Terapias		
Salas Talleres	2	68,4 m ²
Sala de trabajo grupal en terreno	1	31,2 m ²
Huerto	1	15,4 m ²
Servicios Generales		
Estacionamientos	24	
Cocina + Comedor	1	62,5 m ²
Guardería Infantil	1	23,4 m ²
Sala de Aseo	2	12,4 m ²
Bodega insumos	2	22,5 m ²
Residuos sólidos transitorios	1	7,4 m ²
Calefacción	1	7,1 m ²
Sala de máquinas	1	7,3 m ²
Sala Equipos	1	7,4 m ²
Subtotal		1.089,8 m²
Muros y Circulaciones	40%	435,92 m²
TOTAL		1.525,72 m²

T.11: Lista de programa, elaboración propia



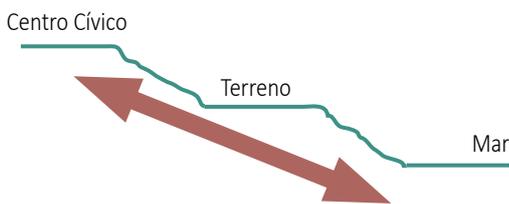
F.54: Esquema de organización programática, elaboración propia

5.2 PROPUESTA URBANA

Aporte a la ciudad

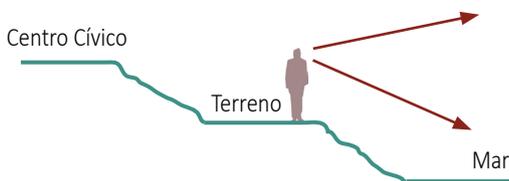
La ciudad de Castro se caracteriza por su paisaje natural que permite que la misma mantenga un carácter de mirador en todas sus instancias. Sin embargo, no existe una preocupación o inversión por espacios de esparcimiento y permanencia que permitan la contemplación de los diversos paisajes que entrega el horizonte de la ciudad y, a juicio personal, creo que es necesario rescatar estos espacios debido a que cada vez el grano de la ciudad se va conglomerando más y más, y las vistas se van haciendo más limitadas debido al crecimiento demográfico y, por tanto, urbano de la ciudad.

El terreno de emplazamiento se encuentra en las primeras líneas de la ciudad, en una cota intermedia entre la costa marítima y el nivel donde se encuentra el centro cívico de la ciudad, por lo que los flujos son, principalmente, movimientos temporales de los ciudadanos desde el mar hacia el centro.



F.55: Situación existente, elaboración propia

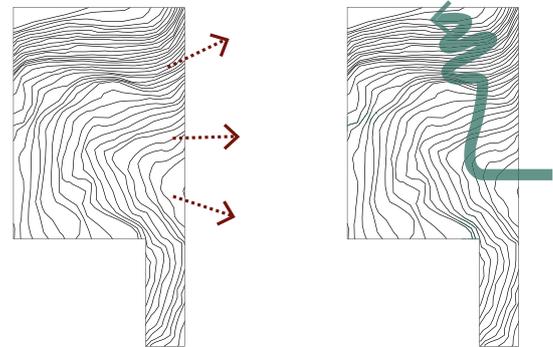
Sin embargo, a través del proyecto, se plantea este emplazamiento estratégico como punto de visión completa del paisaje natural de la ciudad, sin ser interrumpido por diversas construcciones.



F.56: Situación existente, elaboración propia

Así, el proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental de Castro, incorpora en su programa la habilitación de un espacio de recorrido y, a su vez, de permanencia que sirve tanto para poner en valor el paisaje chilote como también para rescatar el valor comunitario del proyecto,

generando un acercamiento a un programa psiquiátrico el cual, actualmente, se mantiene como un tema tabú en la sociedad. El recorrido consiste en la unión pausada y de pendiente moderada por el cual el usuario de éste podrá contemplar tanto el paisaje como también enterarse de las actividades que se están llevando a cabo dentro del Centro Terapéutico.



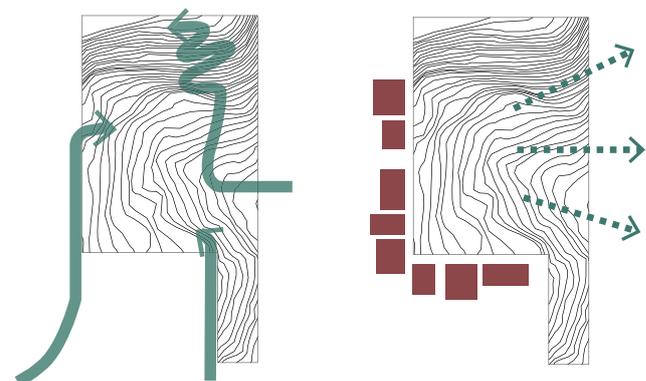
Vistas a rescatar

Recorrido en pendiente

F.57: Recorrido propuesto, elaboración propia

Estrategias de emplazamiento

La pendiente del terreno y el encierro que se genera en el mismo debido a estar en la ladera de una colina y rodeado de construcciones en el plano, condicionan la manera de emplazar el proyecto en el lugar escogido. Como primera estrategia se mantienen los accesos existentes, incorporando el recorrido en pendiente antes mencionado, logrando tres accesos distintos (uno vehicular y dos peatonales). Por otra parte, se vuelcan las vistas del edificio hacia la costa, dándole la espalda a las construcciones aledañas para así poder apartar el proyecto de los ciudadanos y priorizar el paisaje para la recuperación.



Tres accesos

Recorrido en pendiente

F.58: Estrategias emplazamiento, elaboración propia

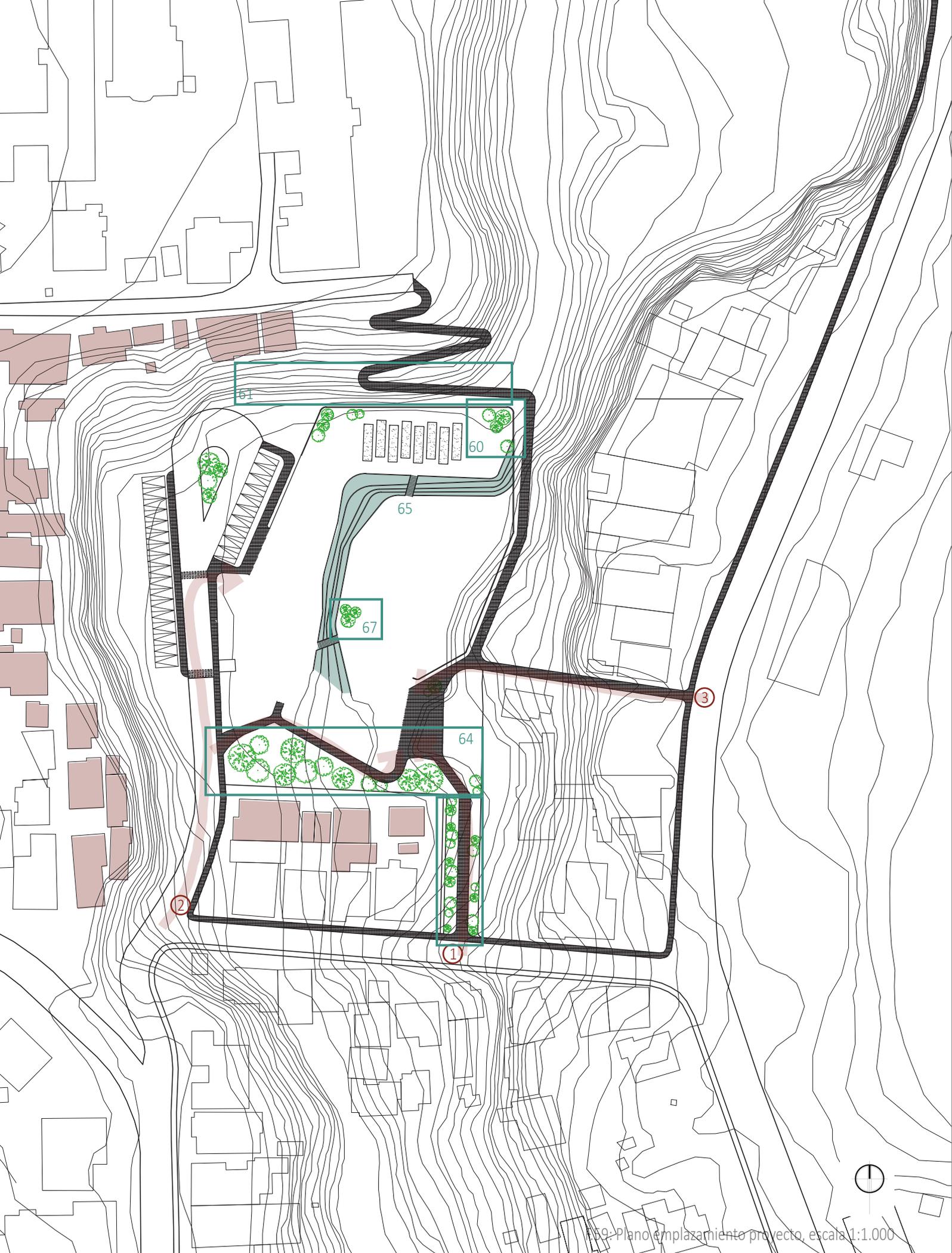


Fig. 59- Plano emplazamiento proyecto, escala 1:1.000

5.3 PROPUESTA PAISAJÍSTICA

Debido a las pocas especies de vegetación que existen en el terreno de emplazamiento (Álamo blanco y Retamo), se propone mantenerlos (figura 60 y página anterior), lo cual marca un límite del terreno y, por tanto, el cerramiento exterior del proyecto. Mientras que la vegetación existente en la ladera del cerro, en base a arbustos nativos como el Chilco, Maqui y Zarzamora (figura 61), los cuales crecen como plaga en el lugar, son intervenidos para poder lograr generar el recorrido comunitario abriendo paso para poder acceder al nivel de la ciudad donde se encuentra el centro cívico.



F.60: Árboles existentes, elaboración propia



F.61: Vegetación en cerro, elaboración propia

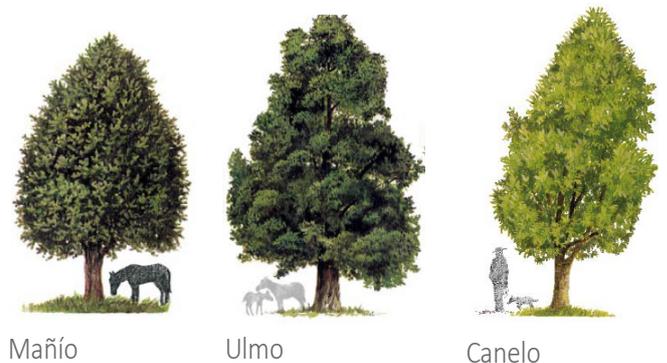
Este recorrido comunitario se propone desarrollar a través de un circuito de madera que se va acomodando a la pendiente a través de la interacción entre planos levemente inclinados y escalones, permitiendo generar la sensación de estar caminando entre la vegetación y poder rematar en los altos Eucaliptus y Canelos existentes en la cima. Además el recorrido dispone de ciertas pausas que aportan a la idea de generar instancias de contemplación

del paisaje y aportar con un programa dedicado al ciudadano (figura 62). Por otra parte, el cierre exterior del proyecto se genera en la línea de nacimiento de estas especies, continuando con la conformación de los límites que se muestran en el plano de emplazamiento. Este cerramiento es propuesto por un sistema de vallas de madera sencillo y muy propio del lugar (figura 63), la cual permitirá generar un límite de seguridad que se mimetizará con la vegetación existente y propuesta.



F.62 y 63: Referentes para propuesta paisajística, sitios web

Los accesos peatonales al edificio estarán constituidos también por un recorrido de madera que ayude a separar al peatón del nivel del suelo debido a la humedad constante del suelo. Éstos irán acompañados en su totalidad por árboles de gran altura para poder lograr generar un límite visual entre las viviendas aledañas y el proyecto, actuando también como biombo acústico. Especies nativas de Chiloé como el Mañío, el Ulmo y el Canelo son los propuestos para cumplir esta función.



F.64: Árboles nativos, sitios web

La propuesta paisajística relevante para el interior del proyecto se manifiesta a través de una continuación de la masa arbórea existente en el cerro aledaño, de manera tal que cruce el terreno en su longitud marcando la diferenciación de los dos niveles que se proponen para la edificación. Así, se genera un cordón verde divisorio de ambas zonas del proyecto que actúa como límite, pero también como gradas de ocio y permanencia. Este cordón verde se basa en el concepto de las terrazas agrícolas artificiales que se construían en las antiguas civilizaciones, las cuales dentro del proyecto serán soportadas por durmientes de madera, donde se proponen 3 distintas zonas entre mezcladas:

1. Zonas con especies de plantas estoloníferas (que dan semilla y frutos) para otorgar un espacio terapéutico.
2. Zonas con plantas del tipo rastreras para ambientar el jardín.
3. Zonas sin vegetación para permitir ser habitadas por los usuarios como descenso al primer nivel y también como gradas de descanso.

Por último, la imagen del paisaje del proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental, se complementará con la existencia de especies propias de zonas con climas húmedos, como el Michai, el Helecho y el Chilco (figura 66). Éstos estarán dispuestos en los alrededores del edificio para generar una conexión entre los espacios interiores y la naturaleza propia del lugar, así como también otorgar una gama de colores al paisaje.



F.65: Referente para cordón verde, Vega, A. 2013

F.66: Vegetación propuesta, sitios web

Además, el espacio central que cuenta con un patio donde se desarrollarán actividades terapéuticas, quedará libre de vegetación para poder realizar dichas actividades. Sin embargo, se propone el crecimiento de dos Guindos Santos, el cual es un árbol de entre 4 y 5 metros de altura, hojas perennes y flores blancas, lo cual ayudará a resaltar el patio central, proyectado tanto para efectos estéticos como para generar una zona de descanso a la sombra (figura 67).



F.67: Guindo Santo, sitios web

5.4 PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

Concepto arquitectónico

El diseño del proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental, se basa en un concepto que sincretiza la expresión volumétrica básica de Chiloé: el galpón chilote tanto en su imagen como en su morfología, materialidad y escala; con los criterios que representan a la arquitectura de sanación.

A. El Galpón Chilote

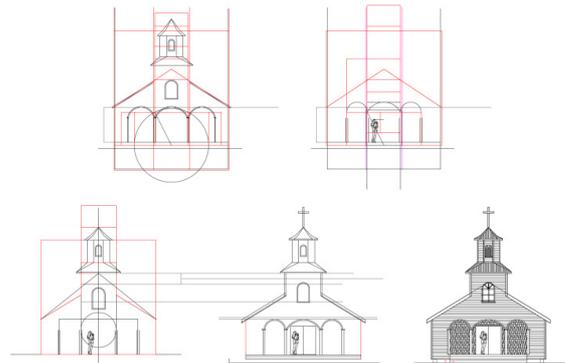
El volumen característico del galpón es el elemento arquitectónico básico para la construcción tanto de casas como de iglesias en la Isla Grande de Chiloé, respondiendo a las condiciones climáticas y a la materialidad representativa del lugar. Este volumen posee las siguientes características:

- Elemento concentrado, hermético y macizo en sus proporciones.
- Cubierta a dos aguas, donde el ángulo de las mismas varía entre los 35 y 45 grados con respecto a la horizontal.
- Responde a la necesidad de resguardar el interior del clima lluvioso, separándose del suelo por la humedad del ambiente y para facilitar el traslado en caso de que deba cambiarse de lugar (minga).
- Puede sufrir alteraciones al momento de adosarle elementos formales que lo individualizan (corredores, color, miradores, pórtico de acceso).
- Elemento dominante en el paisaje, debido a posicionarse, en sus inicios, en praderas que poseían una ubicación estratégica con respecto a las vistas.
- La solución constructiva corresponde a una estructura y revestimiento de maderas de mañío, alerce, raulí y coigüe, donde la cubierta retorna hacia los paramentos verticales, apoyándose en la estructura soportante, generalmente a la vista en su interior.
- Vanos pequeños y dispuestos aleatoriamente.

Así, el galpón chilote se concibe como una cáscara donde el interior puede variar según las necesidades del programa, dándose actualmente variaciones en cuanto a su imagen visual. Por ejemplo, el revestimiento de zinc reemplaza a las tejas de madera, o también se trata de lograr menor hermeticidad del mismo generando vanos de mayor tamaño e importancia.



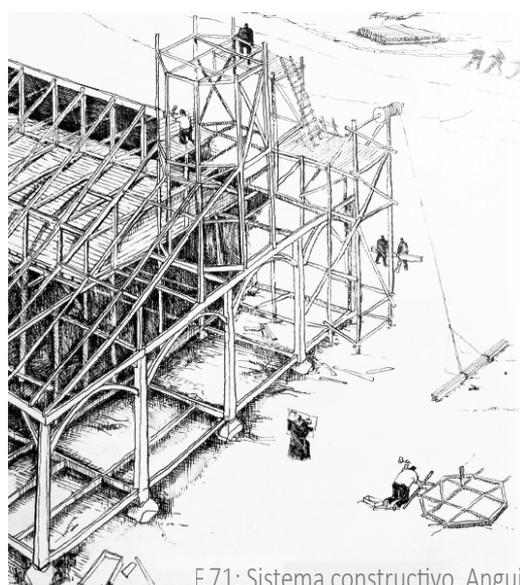
F.68: Imagen de galpón chilote, Meza, L. 2015



F.69: Esquema de proporciones, Meza, L. 2015



F.70: Casa en Rilán, López, A. M. 2016



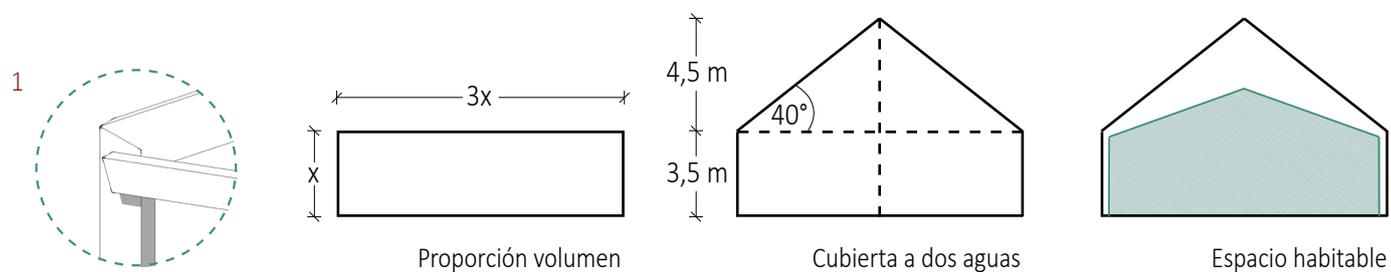
F.71: Sistema constructivo, Anguita, P.; López, R.; Mediano, I. & Zecchetto, R., 1980

En este caso, se propone poner en valor y respetar las características singulares del volumen básico chilote, remarcando la condición de cáscara, el cual tiene la capacidad de albergar en su interior el programa deseado con las características que se requieren. Además de rescatar la imagen del galpón chilote, también se mantiene la escala arquitectónica de la Isla de Chiloé, por lo que el edificio es una construcción de un sólo nivel.

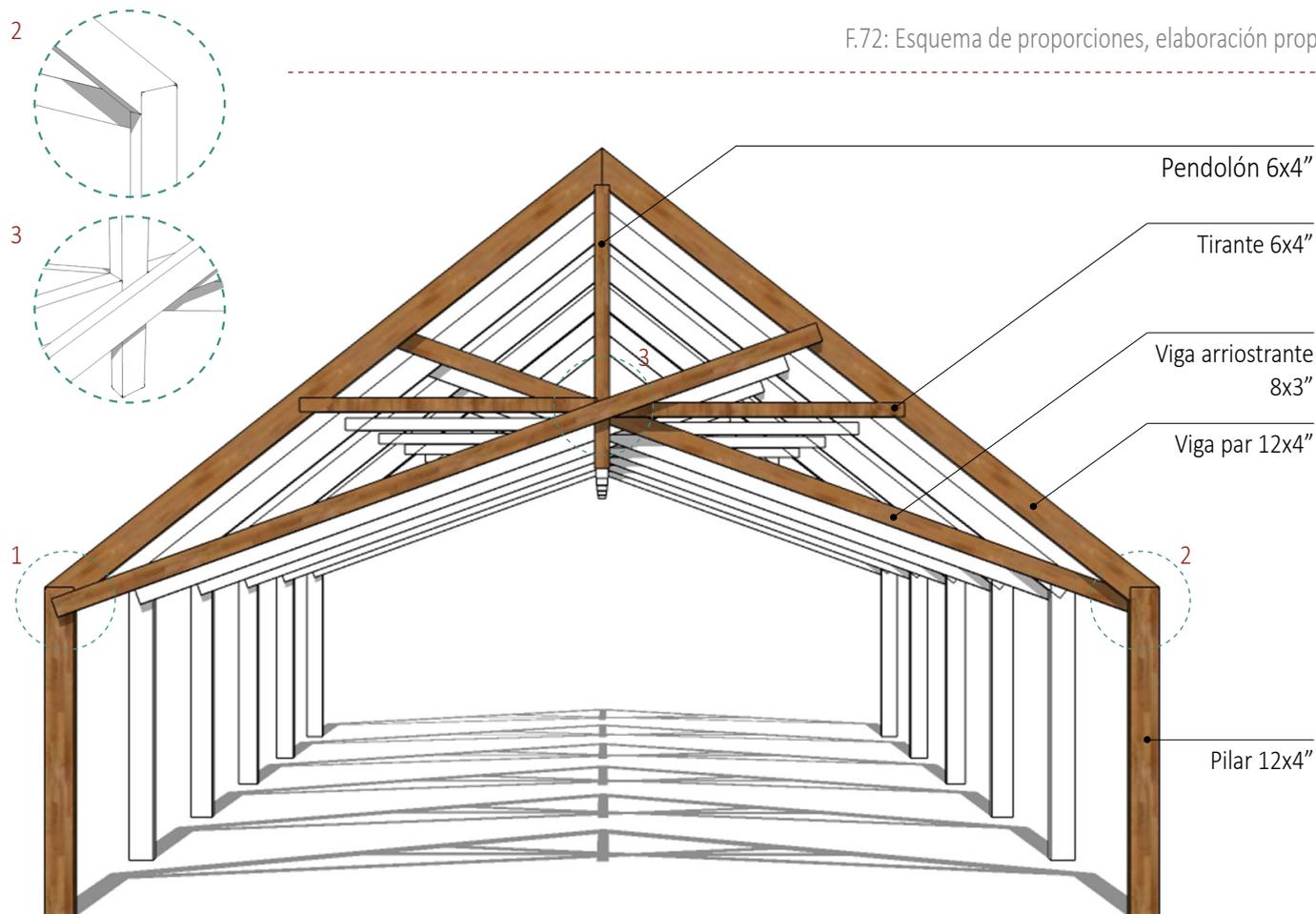
Es importante mencionar que la arquitectura del proyecto se sustenta en dar soluciones eficientes a problemas específicos, donde el clima y modo de construir del lugar es especializada en esta volumetría simple y así, obliga a generar un sistema constructivo coherente a la ubicación. Para el proyecto, se propone

una estructura de marco rígido de madera maciza natural y de entramado ligero, donde los elementos permanecen a la vista en su interior, otorgándole gran importancia a la imagen y sensación espacial que genera esta estructura en el recorrido y percepción del edificio, mientras que hacia el exterior, el revestimiento de tejuelas es lo único que se percibe.

La estructura consiste en la unión de pilares verticales con vigas que sostienen la cubierta y generan el ángulo de las dos aguas, donde elementos adicionales de la misma materialidad evitan la deformación o separación de las partes. Estos marcos se dispondrán cada 3,20 metros a eje y se arriostrarán entre ellos mediante diagonales en la dirección del vector que define el sistema.



F.72: Esquema de proporciones, elaboración propia



F.73: Sistema constructivo propuesto, elaboración propia

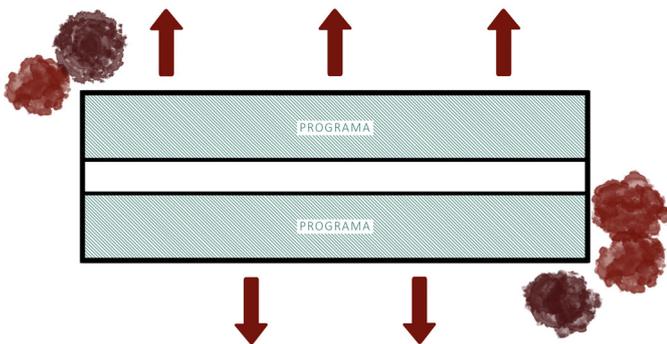
B. Arquitectura de Sanación

Teniendo una volumetría definida y directamente relacionada con la imagen chilota y sus condiciones climáticas, se genera una intervención interior de este volumen simple incorporando los criterios que mantiene la arquitectura de sanación, los cuales responden con mayor eficiencia y productividad en el proceso de recuperación del paciente. Estos criterios se basan en los mencionados anteriormente, los cuales son planteados por arquitectos especializados en Neuroarquitectura y por los estudios de investigación de la Universidad Metropolitana de Manchester.

Los criterios de arquitectura de sanación que se toman en cuenta son los siguientes y se resuelven de la siguiente manera:

1. Vistas al exterior para todos

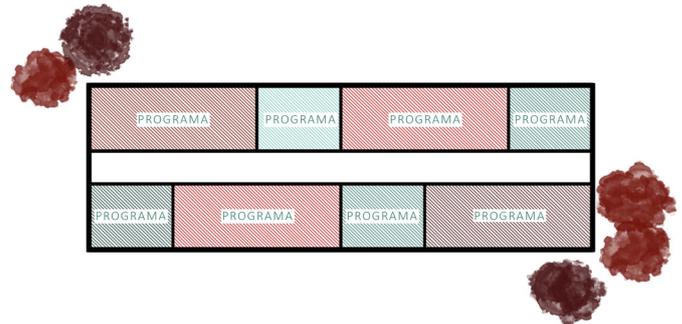
El programa requerido para el proyecto se distribuye en el perímetro de todo el edificio, permitiendo que todos los espacios habitables tengan vistas hacia el exterior del edificio, ya que la vista a espacios abiertos contribuye a una más rápida recuperación del paciente, más aún cuando las vistas son direccionadas a un horizonte lejano, como es en el caso del paisaje del lugar escogido. Debido a la diferencia de paisajes para cada lado del edificio, el programa médico y de terapias siempre se posiciona con las vistas hacia el lado privilegiado.



2. Incorporación del color

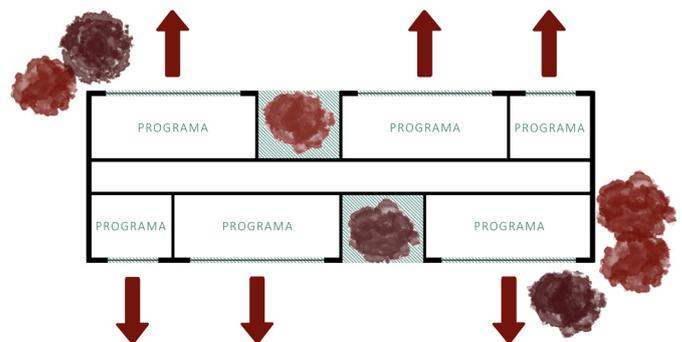
Los recintos interiores poseen distintos colores que se relacionan con la Cromoterapia, la cual plantea la recuperación de ciertas enfermedades a través de colores en sus tonos suaves y moderados, por lo

que los tabiques interiores se individualizan a través de colores correspondientes a las enfermedades tratadas y a la intensidad de las mimas. Estos colores corresponden a: rojo, ayuda a superar pensamientos negativos; verde: ayuda a estabilizar emociones y tranquilizar; azul: actúa en contra del estrés; índigo: ayuda a la persona a sentirse con más coraje y autoridad; amarillo: ayuda con problemas de depresión; turquesa: ayuda a tranquilizar; blanco: ayuda a generar paz y confort; rosa: ayuda a pensar positivamente sin miedos y sin restricciones.



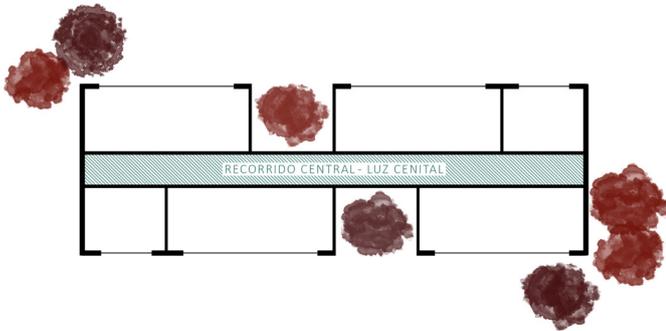
3. Contacto con la naturaleza

El lugar de emplazamiento del proyecto ya posee la condición de estar rodeado de naturaleza. Sin embargo, esta conexión no sólo se llevará a cabo a través del poder apreciar esta condición, sino que se toman en cuenta dos estrategias: permitir una conexión visual a través de vanos que se alimenten del paisaje existente; y enerar una conexión física con la naturaleza a través espacios interiores que se abren a la entrada de ésta al edificio, permitiendo además generar espacios semi abiertos habitables.



4. Legibilidad espacial

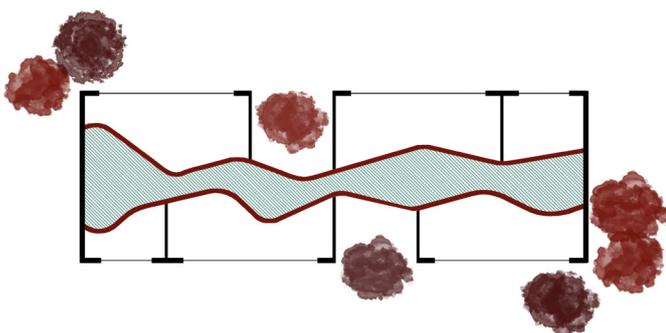
Es necesario permitir una lectura rápida del espacio donde se jerarquizan los accesos y la comprensión de las distintas zonas, por lo que el recorrido está marcado tanto por la distribución perimetral del programa como por la apertura de la cumbre y, por lo tanto, de la luz cenital que permite la iluminación del pasillo.



5. Suavidad en el recorrido

Además de que el recorrido longitudinal del edificio debe ser un espacio libre y legible, también debe mantener una suavidad para no generar espacios con puntas y ángulos cerrados que podrían alterar al usuario debido a ser un elemento tajante y cortante del edificio. Es por esto que se reemplaza el ángulo cerrado por ángulos en curva, manteniendo la legibilidad espacial y la jerarquización del pasillo libre, pero haciendo referencia a la intervención interior del galpón chilote con la finalidad de mejorar el diseño de un establecimiento de salud con respecto a sus requerimientos específicos.

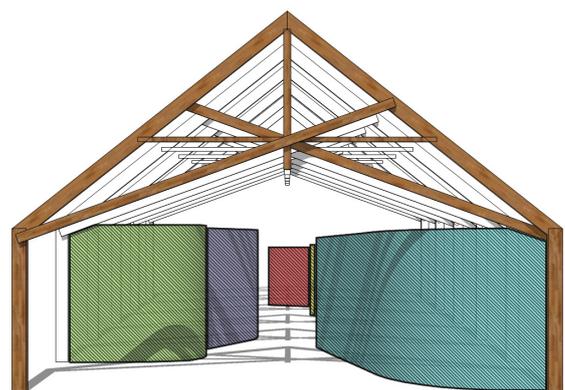
Esta estrategia es la más relevante en el proyecto, ya que todas las anteriores se adecúan a la incorporación de estos tabiques con ángulos en curva, quienes definen los espacios interiores habitables del proyecto.



A modo de conclusión, las estrategias que definen el diseño para el proyecto Centro Comunitario de Salud Mental en Castro, se pueden resumir a dos grandes conceptos: rescatar la imagen del **galpón chilote** e intervenir el interior libre del mismo con recintos cerrados a través de **tabiques de ángulo curvo**.

La primera estrategia genera un aporte en el rescate del patrimonio de la Isla Grande de Chiloé y demuestra que esta misma estructura puede ser utilizada para distintos programas de uso público, sin la necesidad de irrumpir la escala ni la imagen de la ciudad. Para el proyecto, el galpón chilote es utilizado como una cáscara de tejuela la cual es soportada por una estructura de madera maciza distinta de la cercha tradicional, donde se mantiene el pendolón pero los tirantes son dispuestos en diagonal para poder ampliar el espacio habitable debajo de ésta. Mientras que la segunda estrategia corresponde a una intervención evidente tanto de la arquitectura chilota como de la arquitectura hospitalaria. El trazado de los tabiques corresponde a una superposición de curvas orgánicas y formas rectilíneas que trabajan en armonía, produciendo una composición que transmite suavidad y continuidad en el recorrido.

Así, ambas estrategias definen la idea fuerza del proyecto y bajo la cual todos los demás criterios de diseño están inmersos, logrando generar una imagen única y clara del proyecto.



F.74: Idea conceptual, elaboración propia

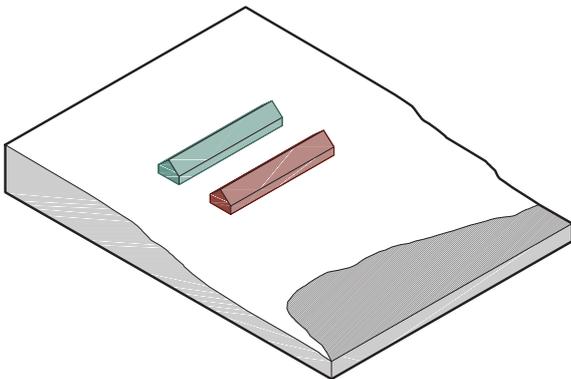
Morfología

Bajo el concepto anteriormente señalado, se define una propuesta morfológica en base a cinco operaciones formales que van definiendo tanto el empoderamiento del terreno por parte del edificio, como el diseño en el volumen concebido como el galpón.

1. Volumen teórico

La primera estrategia consiste en posicionar el galpón chilote de planta rectangular sobre el terreno, teniendo en cuenta los metros cuadrados requeridos según la propuesta programática. Es por esto que se generan dos galpones posicionados longitudinalmente en el lugar, de los cuales cada uno representa dos de las zonas propuestas en el programa: el primero está destinado a la zona administrativa y de hospitalización, debido a su cercanía con el acceso de servicio (acceso vehicular); mientras que el segundo, corresponde a la zona médica y la de terapias, teniendo la primera línea visual hacia el paisaje y recibiendo los dos accesos peatonales.

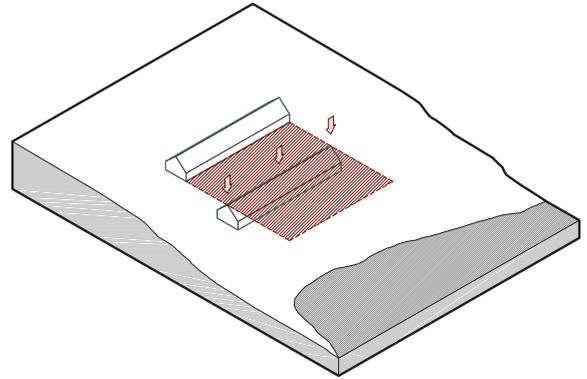
Ambos volúmenes son posicionados aprovechando la superficie total del terreno, la dirección de la pendiente existente y, haciendo referencia a las estrategias correspondientes a la arquitectura de sanación, para aprovechar las vistas del paisaje.



2. Aterrazamiento

Con la finalidad de ser coherente con la estrategia antes mencionada de otorgar vistas al exterior para todos los usuarios del proyecto, se genera un aterrazamiento del terreno para obtener dos niveles diferenciados. Este desnivel es provocado en la dirección de la pendiente y define una separación no sólo programática sino también espacial de los volúmenes.

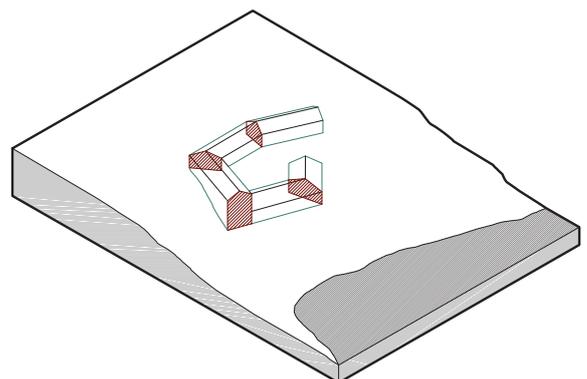
Además, se aprovechan las vistas en ambos niveles, logrando que la zona de administración y hospitalización obtenga una visual por sobre el otro volumen médico y terapéutico, sin limitar las vistas para ninguna de las zonas programáticas. Así, un volumen queda por sobre otro, entregando a ambos vistas privilegiadas y generando una mejor separación del programa.



3. Quiebres programáticos

Si bien cada uno de los volúmenes proyectado posee una relación con cierto programa, es necesario generar una mayor diversidad de zonas programáticas, tanto interiores como exteriores. Por lo tanto, la tercera estrategia consiste en generar tres quiebres que permiten lograr la definición y jerarquización de ciertas áreas o recintos.

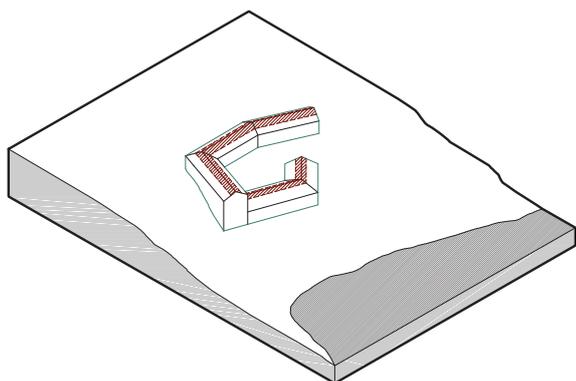
Estos quiebres no se generan aleatoriamente, sino que son proyectados de tal manera que permiten resolver la conexión entre ambos volúmenes en torno a un patio común donde se practican las actividades terapéuticas. Esta estrategia actúa como un articulador tanto de los volúmenes propuestos como de la relación entre el edificio y el paisaje, encerrando y haciendo propio un espacio verde resguardado por la misma volumetría del proyecto.



4. Jerarquización de espacios

Para lograr un mejor entendimiento del programa a través de la volumetría, se genera una cuarta estrategia que consiste en hacer evidentes algunos de los espacios comunes a través de romper la fachada continua en ciertos módulos de su estructura. Así, se realizan cinco instancias donde la fachada se retranquea y la naturaleza entra en contacto con el interior del edificio, permitiendo también habitar zonas semi abiertas protegidas de la lluvia. Además, estas instancias van marcando el ritmo del recorrido interior del edificio al tener un referencia de lo que lo usuarios conocen muy bien: el paisaje de su territorio.

Por otra parte, el acceso principal al proyecto es el único espacio donde se realiza la acción contraria, es decir, el volumen sobrepasa la línea de la fachada del galpón con la finalidad de hacerlo evidente y lograr un acceso claro en donde todos los caminos se encuentran.



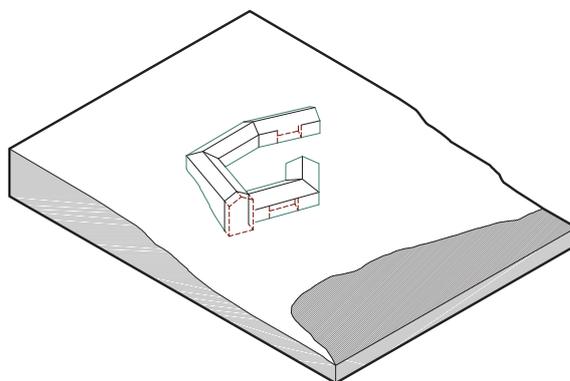
5. Luz natural

La entrada de luz natural en un recinto hospitalario, y más aún con pacientes psiquiátricos, es parte importante en el diseño del edificio proyectado. Es por esto que se realizan dos tipologías de aperturas que permiten iluminar el edificio en su interior.

La primera consiste en la distribución de vanos en las fachadas del galpón, las cuales respetan el tamaño pequeño y ordenamiento aleatorio que se da en estas construcciones chilotas, pero también reinterpretando los mismos en base a querer obtener una mayor entrada de luz para efectos de rehabilitación del paciente, iluminando naturalmente todos los recintos programáticos que se encuentran en el perímetro del edificio.

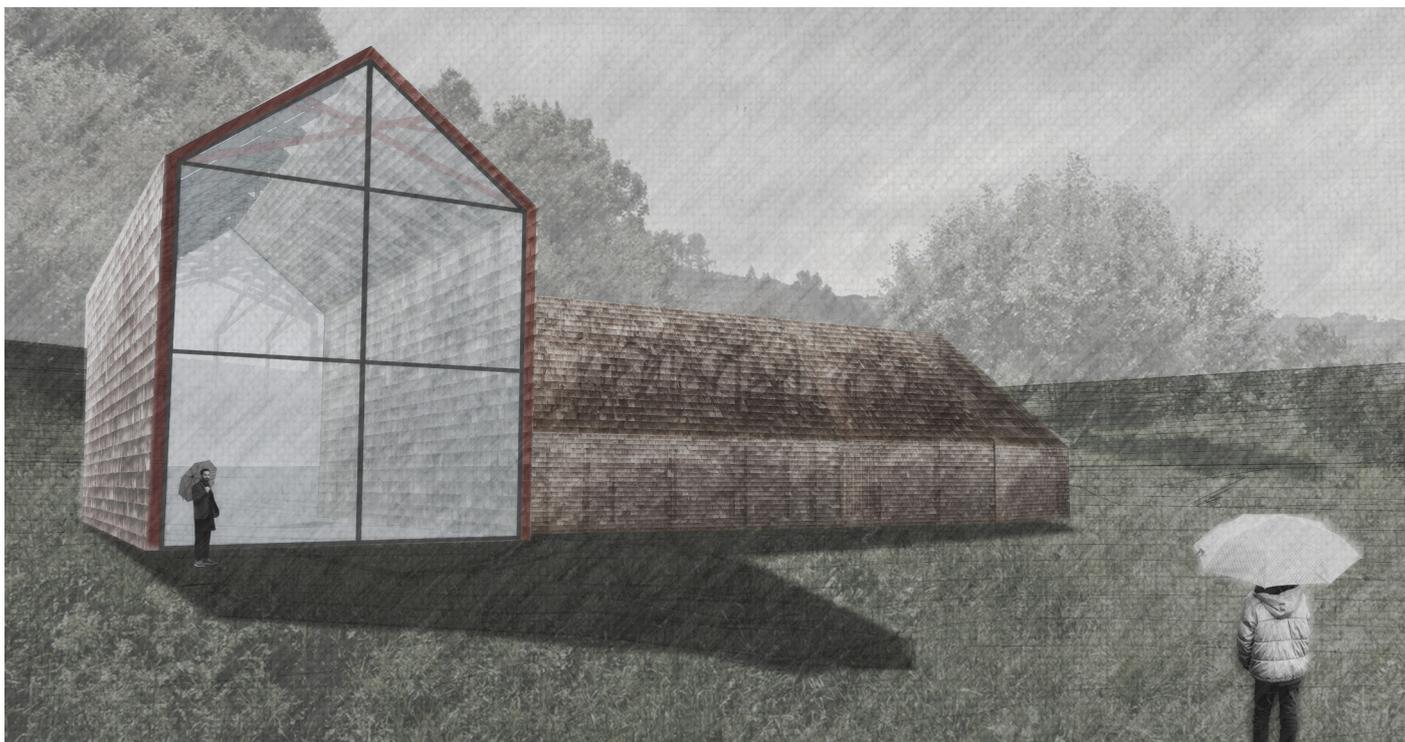
Mientras que la segunda estrategia se encarga de entregar iluminación natural al recorrido que

no posee, en su mayoría, relación con el perímetro del galpón. Por lo tanto, se realiza la apertura de la cumbra en la totalidad del volumen, lo cual permite marcar y hacer legible el pasillo interior desde el acceso hasta el término de ambas zonas.

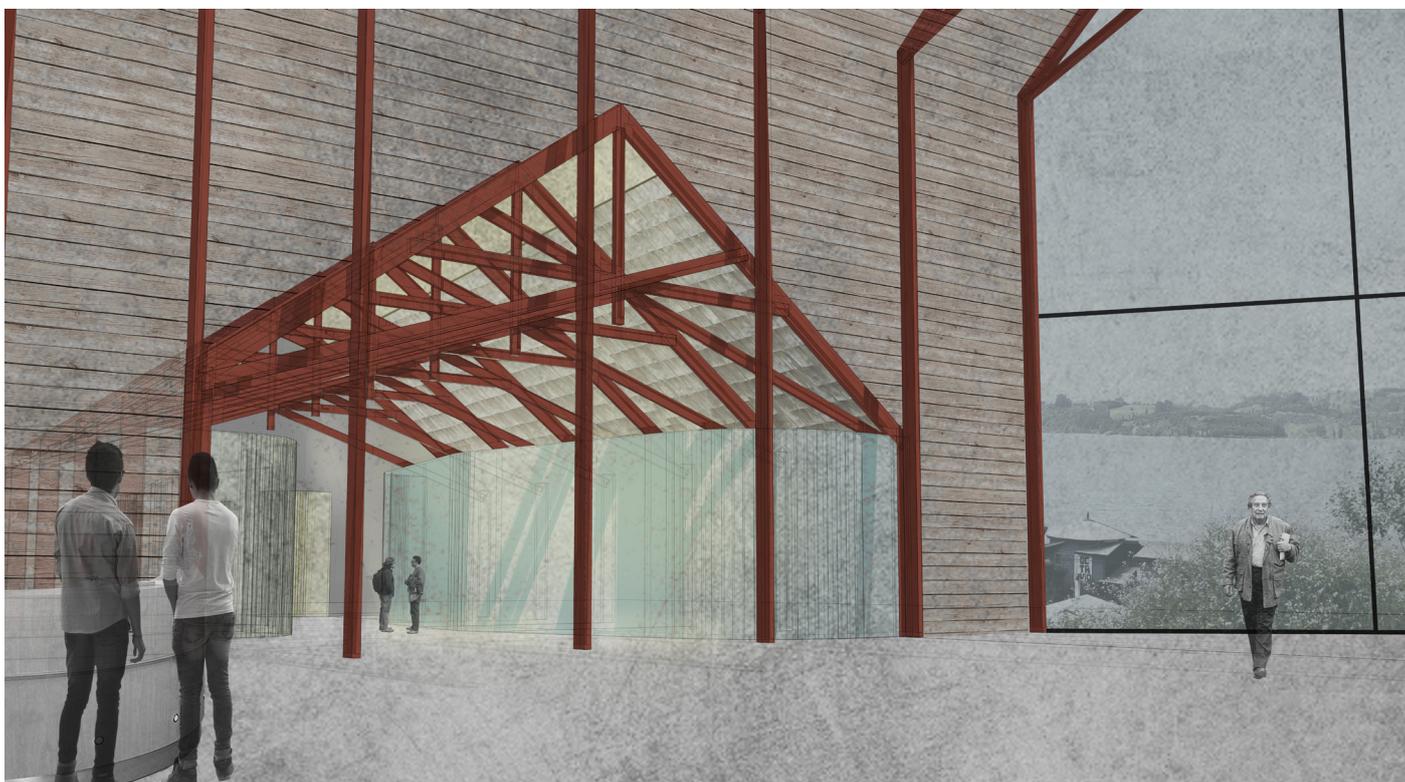


Todas las estrategias antes mencionadas, nacen de una previa investigación donde se plantean interrogantes sobre cómo la arquitectura puede aportar en el proceso de sanación mental de una persona, y también sobre cómo lograr un proyecto arquitectónico propio del lugar, el cual se relacione tanto con su paisaje natural como con su imagen arquitectónica. Es decir, a través del proyecto Centro Terapéutico de Salud Mental, se busca no sólo aportar con una infraestructura psiquiátrica ausente en la Isla Grande de Chiloé, sino también lograr un proyecto que de respuestas a las inquietudes sobre la arquitectura hospitalaria y poner en juicio algunos cambios para mejorar la funcionalidad y, al mismo tiempo, la humanización del hospital.

5.5 IMÁGENES OBJETIVO



F.76: Vista desde el acceso principal



F.76: Vista interior, zona médica

5.6 PLANIMETRÍA



F.77: Planta de cubiertas, escala 1:500



F.78: Planta primer nivel, escala 1:500



F.79: Planta segundo nivel, escala 1:500



6 | BIBLIOGRAFÍA



LIBROS

Anguita, P., López, R., Mediano, I. & Zecchetto, R. (1980) *Casas de Chiloé*. Santiago: Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

Castro, V. (2011). *De l'architecture, des patients*. París: Ici Interface.

Charleson, A. (2006). *Structure as architecture: a source book for architects and structural engineers*. Inglaterra: Routledge.

Hugues, T., Steiger, L. & Weber, J. (2007). *Construcción en madera: detalles, productor y ejemplos*. Alemania: Gustavo Gili.

Mannes, W. (1994). *Escaleras de madera: construcción artesanal*. España: CEAC.

Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Estados Unidos: Fondo de cultura económica.

Rojas, E., Berg, L. & Lobos, J. (2006). *Guía de Arquitectura, Archipiélago de Chiloé*. Santiago: Gobierno de Chile.

Rojas, E., Berg, L. & Lobos, J. (2013). *Guía de recomendaciones para la reparación y puesta en valor Palafitos de Castro*. Santiago: Subsidios Programa de Protección del Patrimonio Familiar, MINVU

Sobon, J. (1988). *Cómo es la casa de madera. Diseño y estructura*. México: Gustavo Gili.

TESIS Y TRABAJOS ACADÉMICOS

Ávalos, E. (2004). *Centro de Integración Social para pacientes psíquicos en la ciudad de Talca*. Santiago: Memoria Proyecto de Título, Universidad de Chile.

Cedrés de Bello, S. (s/f). *Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios*. Santiago: Magíster en programación y diseño de establecimientos de salud.

Morcillo, F. (2013). *Rehabilitación Hospital Sanatorio El Peral*. Santiago: Memoria Proyecto de Título, Universidad de Chile.

ARTÍCULOS

Errázuriz, P. (2015). *Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente*. Revista Médica Chile, 1179-1186.

Falcone, R. (s.f.). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud. (2014). *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile, segundo informe: Junio 2014*. Ministerio de Salud.

Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. Revista Panamericana de salud pública.

Scholtz, N. G. (2006). *Reiki y Salud Mental en Atención Primaria en salud, Castro-Chiloé*. Osorno: Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar.

Servicio de Salud de Osorno. (2015). *Proyecto Reposición Centro Comunitario de Salud Mental*. Departamento de proyectos e inversiones.

Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). *Salud Mental en Chile: el paciente pobre del Sistema de Salud*. Instituto de Políticas Públicas: Universidad Diego Portales.

PÁGINAS WEB

Chile 365. (2013). Obtenido de <http://www.chile365.cl/es-region-10-isla-de-chiloe-flora-fauna-chilotas.php>

OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Punset, E. (24 de mayo de 2010). *Inteligencia Emocional y Social*. Obtenido de <http://www.inteligenciaemocionalysocial.com/523/elsa-escribe/neuroarquitectura-el-reflejo-por-fuera-de-lo-que-somos-por-dentro>

Reinoso, P. (11 de diciembre de 2014). *Municipalidad de Quellón*. Obtenido de <http://www.muniqueillon.cl/504-aprueban-historica-inversion-en-salud-para-chiloe.html>

Villar, J. B. (08 de Septiembre de 2013). *PijamaSurf*. Obtenido de <http://pijamasurf.com/2013/08/neuroarquitectura-la-convivencia-entre-los-espacios-fisicos-y-nuestra-mente/>

Villegas. (16 de marzo de 2015). *Universidad San Sebastián*. Obtenido de <http://www.uss.cl/blog/los-espacios-tambien-ayudan-a-sanar/>

