



**UNIVERSIDAD DE CHILE.  
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO.  
CARRERA DE ARQUITECTURA.**

**CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL PARA PACIENTES PSÍQUICOS EN LA CIUDAD DE TALCA.**

Memoria proyecto de título 2004

Profesor guía: Jorge Iglesias Guillard.

Alumna: Elisabeth Avalos Orellana.





## INDICE

pág.

<b>Reflexiones.</b>	4
<b>Introducción.</b>	5
<b>Premisas.</b>	7
<b>Objetivos.</b>	8
<b>Metodología.</b>	8
<b>1. PACIENTE PSÍQUICO.</b>	12
<b>1. Antecedentes teóricos.</b>	12
1.1. Conceptos generales.	12
1.2. La salud / la enfermedad.	13
1.2.1. Lo normal, lo patológico.	14
1.2.2. El trastorno mental.	15
1.2.3. La enfermedad mental y su influencia en el medio_ estigmatización social.	16
1.2.3.1. La estigmatización.	17
1.3. Paciente crónico/ paciente agudo	18
<b>2. PACIENTE PSÍQUICO _SU ENTORNO.</b>	21
<b>2. Arquitectura modeladora.</b>	21
2.1. Habitabilidad y cotidianeidad.	21
2.2. Ámbito psicológico y ambiental de la enfermedad mental.	24
2.2.1. Desintegración de la personalidad y regresión espacial.	24
2.2.2. El cuerpo y el espacio.	25
2.2.3. La influencia del ambiente físico en la conducta.	27
2.2.4. Libertad de elección y conducta en un ambiente físico.	28
<b>3. PACIENTE PSÍQUICO _REHABILITACIÓN.</b>	31
<b>3. Rehabilitación.</b>	31
3.1.Rehabilitación social.	32
3.2.Rehabilitación laboral.	34
3.3.Rehabilitación pedagógica.	36
3.4.Rehabilitación de expresión física y psicológica.	36
3.5.Flores de Bach.	37
3.6.Cromoterapia.	38

## **4. LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA.**

41

### **4. Antecedentes históricos.**

41

4.1. La institución negada- la exclusión social.

41

4.2. Antecedentes en Chile.

42

4.3. La Psiquiatría actual.

45

4.3.1. Políticas de inserción e integración vigentes.

46

4.3.2. Reforma psiquiátrica.

47

4.3.3. Esquema de estructura de funcionamiento de las instancias psiquiátricas actuales.

49

## **5. ANTECEDENTES CIUDAD DE TALCA.**

52

### **5. Antecedentes ciudad de Talca.**

52

5.1. Antecedentes generales de la Alameda.

52

5.2. Proyectos actuales relacionados con la salud mental.

54

5.3. Datos estadísticos de la enfermedad mental en la región.

57

## **6. EL PROYECTO.**

62

### **6. Definición del proyecto.**

62

6.1. Objetivos del centro.

64

6.2. Usuario.

64

6.3. Aproximación al programa.

65

6.3.1. Requerimientos del paciente.

66

6.3.2. Programa.

67

6.3.3. Participación del usuario en el centro.

68

6.3.4. Relaciones programáticas.

69

6.4. Emplazamiento.

70

6.4.1. Relación con el terreno-propuesta.

71

6.5. Contexto urbano.

72

6.5.1. Relación con el terreno-propuesta

78

6.6. Premisas de diseño

79

6.7. Propuesta conceptual.

80

6.8. El edificio.

81

6.9. Especificaciones según la ordenanza.

83

6.10. Gestión.

84

## **7. BIBLIOGRAFÍA.**

87

## **8. ANEXOS.**

92

8. Anexos.

92

8.1. Entrevistas.

93

**“Las más duras prisiones son las que construimos con nuestra mente”.** Película Esquizofrenia.

**La mente... la cárcel del alma... ansias de libertad!...**

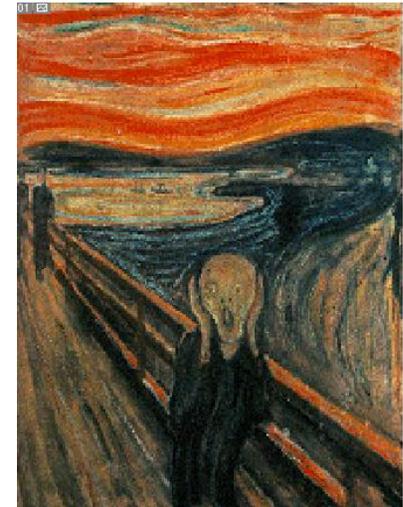
### **Reflexiones.**

Al ir dando pasos por la vida, vamos recorriendo nuevos instantes. Es en uno de aquellos donde sitúo mi proyecto de título, cuyo tema ha sido influido por diversas experiencias y vivencias que permiten mi acercamiento al mismo.

Se trata del estudio de la espacialidad que se requiere para **rehabilitar e integrar a la sociedad** a pacientes con trastornos psíquicos, preguntándome qué ocurre con su interioridad y su exterioridad al momento de ser víctimas de una enfermedad mental; por otro lado, el efecto social, ambiental, psicológico y arquitectónico de la existencia de dos realidades -el de adentro de una institución psiquiátrica y el de afuera de ésta, el mundo de los “normales”: un adentro y un afuera que buscan ser conciliados-, que se traducen en dos mundos que necesariamente convergen en el enfermo, lo cual lo convierte en víctima de la estigmatización social, haciendo necesario un tratamiento global de **rehabilitación y posterior reinserción.**

Por otro lado, mi interés en el tema se complementa con la gran cantidad de personas que sufren variadas patologías mentales y han sido víctimas de la convergencia en ellos de los dos mundos mencionados.

A mayor abundamiento, los espacios necesarios **para rehabilitación y posterior reinserción social de los afectados**, (cuya finalidad debiera ser la de cumplir la labor de mediadores entre ellos), en nuestro país prácticamente no existen y si los hay, no satisfacen la imperiosa necesidad de que es objeto nuestra sociedad.



**“Modelamos nuestros edificios y ellos nos modelan a nosotros”.** Sir Winston Churchill.

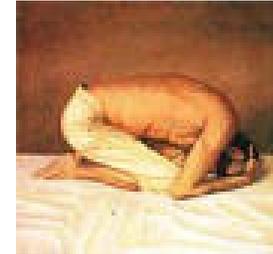
## **Introducción.**

El ser humano ha sido considerado siempre como una especie singular, por tratarse de un ser pensante y racional que siempre ha tenido conciencia de su existencia, y a la vez, de que existe en un mundo físico que lo rodea, diferente de su mundo interior. Al estar en este mundo físico se dará cuenta que no está solo.

El hombre, al interactuar con el medio que lo rodea, también lo hará con sus semejantes: “El hombre no existe, sino que coexiste; no vive, sino que convive”<sup>1</sup>.

Existen elementos presentes en este medio, con el cuál el hombre tiene que convivir y que son trascendentes para él; se trata de “los otros” con los cuales se tiene que relacionar y a quienes necesita. Esto es un aspecto importante para la sociabilidad humana. Sin embargo, al tener conciencia de este otro “semejante a mí”, no sólo satisfará sus necesidades sociales y de simple convivencia, sino también las psicológicas (sentirse apoyado y protegido por sus semejantes), las emotivas, las afectivas, las espirituales, etc.

*“El hombre es por naturaleza un animal social, el cuál no puede prescindir del contacto con otros hombres, condición que de ser posible, lo convierte en un bruto (animal), o en un dios, en síntesis, algo no humano.”* Aristóteles, en su libro, La Política.



---

<sup>1</sup> Verdugo, Mario. *Manual de Derecho Político* (Santiago, Editorial Jurídica, Tercera edición, 1992). Vivanco M., Ángela. *Curso de Derecho Constitucional: Bases conceptuales y doctrinarias del Derecho Constitucional*, tomo I.

Dentro de la complejidad del ser humano, cabe la posibilidad de que la relación entre su ser interior y el mundo exterior se escinda. Lo anterior obedece a lo que algunos han llamado la “enfermedad del alma”, al tratar de dar por inexistentes las enfermedades mentales; sin embargo, se trata de una enfermedad que deriva del impacto de traumas afectivos; son formas de reacción, modos de estar en el mundo.<sup>2</sup>

Las sociedades, a través de los años, han marginado a los pacientes mentales, discriminándolos, estigmatizándolos e imponiendo una imagen sórdida e inhumana que se hace presente a través de la mitología de un mundo ajeno. A su vez, la arquitectura no ha logrado satisfacer la recurrente y creciente necesidad de que los sujetos enfermos puedan reinsertarse en la sociedad que los rechaza, y restablecer la normalidad de sus actividades. La estigmatización ha llegado a ser tal, que se ha perdido de vista la posibilidad de que quienes han sufrido una escisión con el mundo que los rodea, puedan recuperar el lugar que les corresponde en el mundo de los “normales”.

Desde hace algunos años, la práctica de la internación psiquiátrica está siendo sometida a una serie de reformas, las que definen nuevas posturas en el pensamiento del desarrollo psiquiátrico, las que son necesario conocer y entender para poder situarse en la problemática de la psiquiatría actual y definir una postura que resulte adecuada para dar solución al problema en cuestión.

Se busca traspasar el mítico mundo que se ha creado frente a la internación y conocer el planteamiento de la psiquiátrica actual para



así, poder entender el modelo psiquiátrico que se propone y en el que se inserta el proyecto.

Es en este contexto entonces, donde se hace necesario intervenir con una propuesta arquitectónica experimental que aporte a la rehabilitación de los pacientes enfermos y que lo prepare para enfrentar una vida digna y “**relativamente normal**” dentro del grupo social a que pertenece, en el cual se desenvuelve corporal, psíquica, laboral y socialmente.

Se trata entonces, **de una nueva forma de enfrentar la rehabilitación, la reinserción social de un paciente psíquico.**

---

<sup>2</sup> NAGERA Vallejo. *Introducción a la Psiquiatría*. Editorial Científico-médica 1977 Barcelona. p. 97.

En eso consiste este proyecto: **Un centro que es como un puente hacia la libertad y vida en comunidad, preparar el camino a la sanidad, creando un espacio terapéutico de transición entre el hospital y la vida comunitaria**, instancia de paso gradual entre la enfermedad y la sanidad, donde la pugna entre lo normal y lo anormal se diluyen en un espacio que fusiona elementos opuestos de carácter positivo y transformador.

La arquitectura es el ámbito esencial en el que vive y se desarrolla el ser humano, una disciplina que representa las necesidades de éste. Es por esta razón que el espacio que habitamos, es el escenario que ejerce una influencia decisiva en nuestras experiencias tanto corporales, sociales como emocionales.

El proyecto se plantea en la ciudad de Talca, capital de la VII región.

### **Premisas.**

Para el desarrollo del presente proyecto de título, se establecen las siguientes premisas:

- La conducta humana en relación con un medio físico es duradera y consistente con respecto al tiempo y situación;
- La configuración espacial de las instituciones psiquiátricas provocan características de conductas;
- Por lo anterior los pacientes psíquicos, al momento de ser dados de alta de una institución psiquiátrica, sufren una ruptura-quebre con la rutina normal, que, dependiendo de la edad, puede tratarse de la actividad laboral o escolar;

- Por lo tanto, el paciente necesita de una instancia intermedia entre el hospital y la comunidad que le otorgue las herramientas necesarias para reinsertarse en ella.

## **Objetivo.**

### **Objetivo general.**

Demostrar que la arquitectura puede ayudar en la rehabilitación del paciente con trastornos psíquicos.

### **Objetivos específicos.**

- Desarrollar espacios con características ambientales aptas para la rehabilitación.
- Proponer ambientes terapéuticos que contribuyen al desarrollo de actividades de capacitación de enfermos con trastornos psíquicos.
- Estimular al encuentro del paciente psíquico con la comunidad en un ambiente protegido y libre.

## **Metodología.**

Por tratarse de una memoria de título, este trabajo no corresponde a una investigación científica. Por lo tanto, el estudio presentado en la memoria se estructura de modo tal que sirva de apoyo y fundamento a las características del centro que se propone.

Para lograr el objetivo, se estudiará: **el usuario-paciente psíquico-, la relación de éste con su entorno** -su ambiente físico y el efecto que éste tiene en una patología psiquiátrica-, **usuario\_tipos de rehabilitación y las prácticas de la psiquiatría actual**. Por último, se hará referencia al proyecto planteado y su contexto.

La memoria se divide en:

#### **EL PACIENTE PSÍQUICO.**

- Antecedentes teóricos. Se definirán algunos conceptos, estableciendo pautas básicas sobre el trastorno mental.

#### **EL PACIENTE PSÍQUICO Y SU ENTORNO\_ LA ARQUITECTURA COMO ENTE MODELADOR.**

- Se tratará la influencia del ambiente y la espacialidad en el comportamiento humano.

#### **EL PACIENTE PSÍQUICO Y LA REHABILITACIÓN.**

- Importancia y tipos de la rehabilitación .

#### **EL PACIENTE PSÍQUICO Y PRÁCTICAS DE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL.**

- Se darán antecedentes históricos de la enfermedad mental y pautas de su desarrollo en el tiempo, para llegar, finalmente, a las prácticas de la psiquiatría actual.

#### **ANTECEDENTES GENERALES DE LA CIUDAD DE TALCA.**

#### **EL PROYECTO.**

- Se definirá una propuesta arquitectónica acorde con los requerimientos de la práctica de la psiquiatría actual.



EL PACIENTE PSÍQUICO.

1





## 1. EL PACIENTE PSÍQUICO.

### 1. Antecedentes teóricos.

#### 1.1. Conceptos generales.

##### *Deficiencia:*<sup>1</sup>

- Carencia de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Disminución en la capacidad funcional de algún sentido o habilidad.

##### *Deficiencia mental:*<sup>2</sup>

- Funcionamiento intelectual general, inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta "adaptativa".

##### *Discapacidad:*<sup>3</sup>

- Restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad, dentro del margen que se considera promedio y común para un ser humano (O.M.S.)
- Cada discapacidad tiene distinto origen y manifestación, y por otra parte implican técnicas de atención específicas.

##### *Rehabilitar:*

- Rehabilitar: volver a declarar hábil algo./ Volver a preparar./ Volver a facilitar a uno lo que necesite.<sup>4</sup> *Rehabilitar a un discapacitado:* Volver a habilitar a alguien que ha perdido algo, volver a restituir a su estado anterior a una persona/ devolver la capacidad de valerse por sí mismo.



<sup>1</sup> Definición dada por la Organización Mundial de la salud (O.M.S.) en *Texto de apoyo para un proceso de integración educativa. Vol.2.* pág.9 [citado 15 Abril 2004]. Disponible en: <http://www.fonadis.cl/index.php?seccion=9&parametro=41#centro>

<sup>2</sup> Asociación Americana de Deficiencia Mental

<sup>3</sup> Definición dada por la Organización Mundial de la salud (O.M.S.) op cit. p 9.

<sup>4</sup> GARCÍA-PELAYO Ramón, GROSS. *Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado.*1995

## 1.2. La salud / la enfermedad.



No existe ninguna definición satisfactoria de “salud”.

Sin embargo, lo que más se acerca a una, es la que define “salud” como **un estado inadvertido mientras no estalle la enfermedad.**

A su vez, la O.M.S. la define como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.”<sup>5</sup>

La enfermedad, en cambio, irrumpe como **algo insólito que trastorna el curso de la existencia humana.**

Su esencia está en alteraciones somáticas o funcionales del organismo; sin embargo, no se limita a eso solamente sino que el enfermar afecta al ser humano en todos sus aspectos (**cuerpo y alma unidos**), ya que se modifica por el hecho mismo de la enfermedad.

Por otro lado, ésta no tiene solamente causas, sino también sentido y significado, los cuales inciden en ella. Así, el estado de enfermedad es un acontecimiento íntimo, de tal manera que lo patológico penetra toda la vida del individuo, transformando su existencia en una angustia, como lo ha expresado la O.M.S.

También es posible definir “enfermedad” como **una consecuencia de la insuficiencia o disarmonía interna del organismo, base de la patología constitucional.**<sup>6</sup>

<sup>5</sup> VIDAL G., *El trastorno mental*. p. 202.

<sup>6</sup> NAGERA Vallejo, *Introducción a la Psiquiatría*. Editorial Científico-médica 1977 Barcelona. p. 98.

### 1.2.1. Lo normal / lo anormal-patológico.

Muchos estudiosos han tratado de definir “normalidad-anormalidad” asociados a la enfermedad, sin llegar a una definición satisfactoria; sin embargo, para esclarecer estos conceptos hay algunos criterios:

**Lo normal** se define como: lo que se halla en su estado natural / Lo que sirve de norma o regla<sup>7</sup> y **lo anormal o patológico** se define como variantes de la normalidad.

Cuando una persona presenta alteraciones de sus funciones psíquicas, es fácil clasificarlo como enfermo mental, pero es mucho más arduo encuadrarlo dentro de la normalidad o anormalidad en los casos limítrofes, en los cuales se presentan ciertas anomalías con diferencias sólo cuantitativas del psiquismo normal.<sup>8</sup>

Según K.Schneider , las enfermedades mentales son **las psicosis** y las **variantes anormales** del modo de ser psíquico, comprenden **las reacciones vivenciales anormales ( neurosis )** , **las personalidades anormales (psicopatías )** y **disposiciones anormales de la inteligencia**.

Las personalidades anormales que suelen conocerse con el nombre de psicopatías, o personalidades psicopáticas, consisten en malformaciones del carácter o de la personalidad que, sin que en el individuo se perciban alteraciones psíquicas importantes, le inducen a trastornos serios de la conducta y, por tanto, a **inadaptación social**.<sup>9</sup>

Su anomalía, que pasa inadvertida al observador ocasional, queda bien patente al analizarse el curso de su vida, el cual se presenta profundamente alterado (fracasos sociales, profesionales, familiares, comisión de delitos, etc.).

Otro criterio de definición, establece que un hombre es normal en la medida en que obedece las costumbres, códigos y leyes de un grupo social determinado adaptándose a él.

Los criterios de salud mental que rigen actualmente, la definen como **“el funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad.”**<sup>10</sup> Desde el punto de vista social, una persona será normal si es capaz de desempeñar en la sociedad la función que le corresponde, es decir, si es capaz de participar en el proceso de producción de la sociedad.

Luego, se debe considerar que cualquier criterio de normalidad es aceptable, ya que existen diversos prototipos de normalidad. Cada civilización dispone de su propio sistema de normas, por lo que ninguna conducta humana es absolutamente normal o anormal. Hay que tener en cuenta que anormal se considera únicamente como una variedad de lo normal.

Sin embargo, aún dentro de esa variedad, es posible la existencia de un “estado enfermo”, el cual está constituido por la exageración, la desproporción y las desarmonías de los fenómenos normales.

<sup>7</sup> Ibid. p. 97.

<sup>8</sup> Ibid. p. 97.

<sup>9</sup> Ibid. p. 97.

<sup>10</sup> VIDAL G., *El Trastorno Mental*. p 202.

### 1.2.2. El trastorno mental.<sup>11</sup>

El trastorno mental se conceptualiza como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej. deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Cualquiera sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una **disfunción comportamental, psicológica o biológica**. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.



Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas. Lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Se evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y se emplea la frase «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol».

<sup>11</sup> PICHOT Pierre. Juan López-Ibor Manuel Valdés *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM – IV*. Editorial Masson S.A. Barcelona. 1995. p. 171.

### 1.2.3. La enfermedad mental y su influencia en el medio <sup>12</sup> \_ estigmatización social.

En determinadas circunstancias la anormalidad llega a una situación **de quiebre con la realidad** que rodea al individuo que la padece. Esto hace necesario **separarlo del mundo de los “normales”**. Esta es la internación del paciente en una institución psiquiátrica. En ella, el enfermo es puesto aparte, en un ambiente en el que pueda acceder a una atención personalizada para la solución, hasta donde sea posible, de su mal.

Si bien originalmente el enfermo sufre de la pérdida de la propia identidad, la institución y los parámetros psiquiátricos acaban constituyéndole una nueva: el paciente internado asume la institución como cuerpo propio, incorporando en sí la imagen que ella le impone. Este espacio se transforma en uno donde prima la violencia y el poder; al mismo tiempo se les excluye, se les separa y se les distancia. Además, el tipo particular de estructura y de ordenamientos institucionales, más que sostener al paciente, lo constituyen.

Por su parte, los hospitales psiquiátricos, donde un gran número de individuos, aislados de la sociedad, comparten en su encierro una rutina diaria, tienen el carácter intrínseco de prisión; sin embargo, sus miembros no han quebrantado ninguna ley. La alienación es, para el enfermo, mucho más que un status jurídico; es una experiencia real que se inscribe necesariamente en el hecho patológico.

<sup>12</sup> BASAGLIA, Franco. *Razón, Locura y sociedad*. Editorial México, D.F. Siglo Veintiuno, 1989. pp. 84-102.



### 1.2.3.1. Estigmatización.<sup>13</sup>

La palabra "estigma" proviene del griego y significa "atravesar, hacer un agujero". Actualmente, este término se ha empleado especialmente para indicar que ciertos diagnósticos (ej., tuberculosis, cáncer, enfermedad mental) despiertan prejuicios contra las personas así diagnosticadas. El prejuicio no analiza si existe o no una razón que justifique el comportamiento positiva o negativamente frente al objeto del prejuicio. Muchas veces, la discriminación es la consecuencia negativa de estigmas y prejuicios, privando a individuos de derechos y beneficios.

En occidente, las personas que padecen una enfermedad mental son calificadas como "locos" en el lenguaje popular; sufren discriminación en temas de vivienda y empleo y generan el temor de que son peligrosos; además, son considerados dentro de una categoría social muy baja. Esta es la estigmatización a que están sometidos.

La discriminación, por tanto, constituye la forma más directa del daño infligido a los que padecen una enfermedad mental.

El reducirla, ayuda a disminuir la estigmatización y el consiguiente prejuicio.

---

<sup>13</sup> El estigma, el prejuicio y la discriminación. Disponible en:  
<http://www.esquizofreniabrelaspuestas.com/estigma/estigma3.htm>

### 1.3. Paciente crónico/ paciente agudo.<sup>14</sup>

Las enfermedades mentales **crónicas** se caracterizan por presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva que altera, de manera persistente, la actividad psíquica.

Dentro de este grupo, según su potencialidad destructora, encontramos: las neurosis, las psicosis esquizofrénicas y, finalmente, las demencias.

Por otro lado, las enfermedades mentales o psicosis **agudas**, están constituidas por síntomas cuya organización permite prever su carácter transitorio. Se trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que, pueden reproducirse pero que naturalmente presentan una tendencia a la remisión. Dentro de este grupo distinguimos: las psiconeurosis emocionales, las manías, las psicosis delirantes y alucinatorias y trastornos mentales de la epilepsia.

Es por esta última característica que los pacientes agudos son los que pueden acceder satisfactoriamente a un proceso de rehabilitación para su posterior inserción social.

Por lo tanto es a ellos a quienes ampara el proyecto.



<sup>14</sup> EY, Henri; BERNERD P ; BRISSET Ch. ; *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Masson 8° Edición, 1978, pp. 199-200.

EL PACIENTE PSÍQUICO\_SU ENTORNO.



2





## 2. EL PACIENTE PSÍQUICO Y SU ENTORNO\_ LA ARQUITECTURA COMO ENTE MODELADOR.

### 2. Arquitectura modeladora.

*"El espacio me ha dejado siempre silencioso..."*

Jules Valles.

La arquitectura ha sido definida como "el arte de proyectar espacios para albergar las distintas actividades del hombre". Ella ejerce influencia sobre quienes la habitamos, ya que constituye el espacio donde desarrollamos nuestras experiencias tanto emocionales como corporales. Además, representa las necesidades del ser humano, refleja su cultura y sus aspiraciones.

*"Las sombras son ya muros, un mueble es una barrera, una cortina es un techo... yo soy el espacio donde estoy."*<sup>15</sup>

La arquitectura es el espacio del ser, cada uno interpreta la realidad creando un mundo de sueños e ilusiones.



<sup>15</sup> BACHELARD, Gastón. *La poética del espacio*. Editorial Fondo de Cultura Económica México, 1990. p 172

### 2.1. Habitabilidad y cotidianeidad.

Para poder establecer una relación arquitectura/espacio - *persona afectada por trastornos mentales*<sup>16</sup>, debemos entender que la arquitectura, como espacio habitable, condiciona el comportamiento del ser humano: "no habitamos porque hemos construido, sino que construimos y hemos construido en la medida en que habitamos, es decir, en cuanto que somos los que habitamos"<sup>17</sup>. Al pasearse por el centro de la ciudad, donde hay una mezcla de factores: "situaciones transitorias" -vorágine ciudadana, contaminación acústica y ambiental- y "configuración espacial", -altos edificios, carencia de espacios públicos, espacio público-vereda- de dimensiones pequeñas-, hacen que el espacio se perciba con una sensación distinta a la percepción que se tiene al pasearse por un barrio tranquilo, recorrer sus parques y disfrutar de la tranquilidad en un espacio público verde.

<sup>16</sup> Definición dada por la OMS a los "enfermos mentales", en <http://www.fonadis.cl/index.php?seccion=9&parametro=41#centro>

<sup>17</sup> HEIDEGGER, Martín. *Construir, habitar, pensar*. [citado 18 Marzo 2004]. Disponible en: [http://personales.ciudad.com.ar/M\\_Heidegger/construir\\_habitar\\_pensar.htm](http://personales.ciudad.com.ar/M_Heidegger/construir_habitar_pensar.htm)

Ana Rosenbluth expresa:

*“En el sentido sociológico, y de acuerdo a la definición de los autores interaccionistas simbólicos Berger y Luckman (1968), la vida cotidiana emerge del conjunto de interacciones subjetivas sujeto–sujeto, sujeto-objeto, donde la subjetividad adquiere un significado propio y se transforma en una realidad independiente a través de la acción. Es decir, la actividad humana transforma el mundo de interpretaciones subjetivas en una realidad objetiva y coherente. El mundo de la realidad cotidiana es el mundo del sentido común, aquel que se experimenta en estado de vigilia, aquel que proporciona orden y otorga sentido y significado al aquí y ahora.”<sup>18</sup>*

Esta misma autora señala que la composición del mundo cotidiano está dado por distintos ámbitos identificables, dentro de los cuales ella cita: el hogar, la calle, el metro, el parque, el lugar de trabajo y las instituciones. Además, contiene el quehacer de los residentes urbanos, sus rutinas ordinarias como son el comprar, comer, moverse de un lado a otro en automóvil, en micro, o a pie, trabajar y recrearse, entre otras. Sin embargo, su riqueza se extiende más allá, incluyendo una red de significados diversos, múltiples y cambiantes, la cuál es amplia, compleja y variada.



<sup>18</sup> ROSENBLUTH, Ana. “Reflexiones sobre la Cotidianeidad y la Ciudad”, en : Revista ARQ no.48, pp.6-7. Santiago de Chile, jul. 2001. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071769962001004800004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071769962001004800004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0717-6996.

Dice que:

*...”pese a que vivimos la cotidianidad como un todo coherente, distintas personas experimentan la realidad de manera diversa, de acuerdo a su cultura, nivel socioeconómico, edad, género y etnia. La cotidianidad se ordena, sin embargo, a través de roles prescritos y predeterminados, los que nos anteceden y a los cuales accedemos cuando formamos parte activa de la sociedad. Pero estos roles prescritos no son inmodificables, y los seres humanos los reconstruyen, moldean, resisten y cambian a través de su actuar”.*<sup>19</sup>

La forma física y lo que le ocurre diariamente a cada individuo en aquella, lo usual, lo que es tremendamente vago en cuanto la existencia, es particular y personal a cada uno.

La percepción del espacio y su habitabilidad se fragmenta en miles de pequeñas habitabilidades personales y particulares de cada individuo; es por esto que la forma de habitar el espacio para aquellos que han sido afectados por algún tipo de trastorno mental y que como resultado de éste han sufrido una *ruptura con la realidad*, un quiebre con aquello que le pertenece, es distinta. Si bien es cierto, y como se dijo anteriormente cada uno tiene una interpretación propia de la realidad, no es menos cierto que la visión de este tipo de personas también es propia para ellos y esto es lo interesante de entender, entender : un punto de vista diferente a lo que estamos acostumbrados.



---

<sup>19</sup> Ibid. pp.6-7.

## 2.2. **Ámbito psicológico y ambiental de la enfermedad mental.**

*“en los ensueños que se apoderan del hombre, los detalles se borran , lo pintoresco se decolora, la hora no suena ya y el espacio se extiende sin límites...”*

*Bachelard Gastón, en su libro: La Poética del espacio.*

### 2.2.1. **Desintegración de la personalidad y regresión espacial.<sup>20</sup>**

Mientras la personalidad se desarrolla como resultado de la interiorización de situaciones vividas como un continuo temporal, las desintegraciones producen una **pérdida de referencias temporales y espaciales.**

Las experiencias **de aislamiento prolongado confirman una desintegración en el concepto de tiempo. Así, cuando una personalidad lucha por reestructurarse, recurre en forma primordial a estas referencias.**

En desintegraciones patológicas, como la psicosis, **lo que estaba interiorizado, ahora se exterioriza; el diálogo con el otro interiorizado, ahora se convierte en un diálogo con otro imaginario y exteriorizado.** Un caso análogo es el que ocurre con las neurosis. Por ej. la ansiedad, cuando se convierte en fobia, es sentida espacialmente, esto es, está vinculada con el espacio.

La desintegración de la personalidad se manifiesta cuando ella es incapaz de contener a todos sus componentes, permitiendo que los elementos más heterogéneos escapen al espacio, de tal manera que

las alucinaciones y los fenómenos de facilidad representen el residuo y el fracaso, incluso, de los intentos del organismo por exteriorizar sus problemas para poder enfrentarlos mejor.

De esta manera es que es posible establecer la relación que existe entre el ser humano y el espacio donde se desenvuelve.



<sup>20</sup> PROSHANSKY Harold M.; Ittelson William H.; Rivlin Leanne G. *Psicología ambiental, el hombre y su entorno físico*. Editorial Trillas. México, 1978. pp.530-542.

### 2.2.2 El cuerpo y el espacio.

*“¿Es el cuerpo una posesión del espacio, un contener el espacio?”<sup>21</sup>*

*“El cuerpo y el espacio son cosas de la infancia, y la arquitectura recupera la infancia: el esfuerzo de subir escaleras o de caminar de una habitación a otra no ensambla con el convocar lo remoto por una pantalla o un teléfono. La arquitectura es sustitutiva de la realidad por otro más ligado con el cuerpo, de quien no hemos logrado (afortunadamente) deshacernos. La arquitectura es un gimnasio para las corporeidades.”<sup>22</sup>*



El cuerpo es una variación del mundo, una expresión del sistema. El mundo es, en primera instancia, algo que vivimos y que sentimos. Su origen es la sensibilidad, la ambigüedad clara que comienza ya a inventar, a inventar sentidos. La subjetividad y el cuerpo son el acceso al mundo, pues ni la alteridad ni el universo están fuera de mí.<sup>23</sup>

Sin embargo, no cabe duda alguna de que el espacio produce sensaciones en el ser humano y le lleva a adoptar actitudes que le hacen demostrar, mediante su cuerpo, lo que se ha generado en su interior.

<sup>21</sup> HEIDEGGER, Martín. El arte y el espacio. En: Revista *Eco*. Bogota, Colombia. Tomo 122, Junio 1970, pp. 113-120. Disponible en: [http://personales.ciudad.com.ar/M\\_Heidegger/arte\\_y\\_espacio.htm](http://personales.ciudad.com.ar/M_Heidegger/arte_y_espacio.htm)

<sup>22</sup> CORONA Martínez, Alfonso. Revista 3 septiembre -octubre 1993. Facultad de Ciencias de la Educación U.N.E.R. Paraná, Argentina. Disponible en: <http://www.grupoarquitectura.com.ar/Invitado008/Invitado008.htm>

<sup>23</sup> Disponible en: [http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/itam/estudio/letras25/notas1/sec\\_5.html](http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/itam/estudio/letras25/notas1/sec_5.html)

Por otra parte, la relación cuerpo\_ espacio la podemos ver claramente en las obras teatrales. En ellas el espacio es modificado para producir reacciones y sensaciones en el público asistente. Aquí entra en juego el espacio y el efecto que éste tiene en el individuo.

Lo mismo ocurre en la percepción que se tiene en las iglesias o centros de reuniones religiosas, en que el tamaño, forma y la espacialidad son capaces de interpelar al individuo de tal manera que el sobrecogimiento, por ejemplo, le lleve a reaccionar de determinadas maneras.

Así, por la **estrecha relación que existe entre el cuerpo y el espacio**, resulta importante la flexibilidad de éste último. Es decir, permitir modificar el espacio, de acuerdo al requerimiento, para que el cuerpo se adapte a situaciones distintas según las actividades que desee realizar. Lo anterior no sería posible si no existiera una **constante interrelación y retroalimentación entre estos dos – que interactúan: el espacio y el cuerpo**. El primero se moldea de tal manera de lograr satisfacer los requerimientos del segundo, quien, a su vez, influencia en la forma que haya de adoptar el espacio y le imprime, en cierta medida, un cierto carácter.



### 2.2.3. La influencia del ambiente físico en la conducta.<sup>24</sup>

El ser humano, organismo cognoscente por naturaleza, **transforma las propiedades objetivas del mundo (del estímulo) exterior para hacerlas parte de su mundo interior.**

El ambiente penetra en el individuo, generando procesos dentro de los cuales éste percibe, conoce y crea. Según estudios realizados, **la relación entre el mundo físico de la persona y el mundo que ésta crea a partir del primero, así como la relación que existe entre el mundo físico, la conducta y experiencias humanas, están completamente ligadas.** Esta relación anida en la estabilidad y la consistencia de las respuestas humanas al medio físico. Por lo tanto, la conducta humana en relación a un medio físico es duradera y consistente con respecto al tiempo y a la situación. Luego, es posible identificar las pautas de la conducta en distintos ambientes.

---

<sup>24</sup> PROSHANSKY, Harold M.; Ittelson, William H.; Rivlin, Leanne G. *Psicología ambiental, el hombre y su entorno físico*. Editorial Trillas. México, 1978. pp.530-542.

#### 2.2.4. Libertad de elección y conducta en un ambiente físico.<sup>25</sup>

**El ambiente físico no sólo es lo material y externo al hombre -lo que lo rodea y no puede tocar-, sino también se compone de las demás personas y de los espacios en que debe desarrollarse, todo lo cual influencia su conducta y modo de obrar.**

El hombre debe **interactuar con el ambiente físico para satisfacer sus necesidades**. Éste es el contexto mediador en el que ocurren la satisfacción de sus necesidades y las interacciones sociales. El ambiente físico es, por tanto, el medio y los hombres son los sujetos que acuden a él para el logro de sus fines.

Como ser activo, es el hombre quien define, interpreta y busca en el medio físico maneras para realizar sus metas, teniendo plena libertad para escoger lo que le sea más agradable y resulte más acorde con sus requerimientos. Sin embargo, hay factores que influyen en esta "libertad de elección", limitándola. Por ejemplo: los cambios de iluminación, de sonido y temperatura pueden aumentar o disminuir esta libertad, ya sea en una biblioteca, una sala o una oficina. Por ejemplo: si un cuarto de hospital está mal iluminado, el paciente no podrá leer; y si otro paciente que se haya en el mismo cuarto hace demasiado ruido, el primero no podrá concentrarse para escribir una carta. Por lo tanto, **si la estructura del espacio excluye la posibilidad de que se manifieste una conducta deseada, habrá que alterarlo ya que está influyendo en el comportamiento de los individuos.**

---

<sup>25</sup>Ibid pp.530-542.

EL PACIENTE PSÍQUICO\_REHABILITACIÓN.



3





### 3. PACIENTE PSÍQUICO \_ REHABILITACIÓN.

*“La enfermedad disgregó mi personalidad en mil pedazos y me los escondió, ahora tengo el trabajo de ser arqueólogo de mi propia historia, buscar los trozos de mi vida, de mis ilusiones, de mis significados y recomponerles. Es ilusionante a la vez, pero difícil.”* Anónimo. Paciente enfermo mental en rehabilitación.

#### 3. Rehabilitación.

Rehabilitar se entiende como volver a restituir a su estado anterior a una persona./ Devolver la capacidad de valerse por sí mismo. <sup>25</sup>

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

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

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

El choque con la institucionalidad de estos pacientes, después de haber sufrido este quiebre, es muy grande, por lo que es necesario una instancia intermedia, una unidad entre el hospital y la comunidad: **una unidad de transición**. Es así como podría utilizarse el uso espacial como método terapéutico ya que, en la práctica las



personas, frente a un problema, tienden a olvidarse de sí mismas, cambiando su medio espacial e invierten su ansiedad, por ejemplo, en actividades creativas. Este es el significado de la terapia consistente en la expresión artística y el trabajo, que forma parte del proceso de rehabilitación.

<sup>25</sup> GARCÍA-PELAYO Y GROSS, Rubén. *Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado*.1995.

Así, la terapia es asunto **de transformar la relación del enfermo con los objetos y las personas**, manipulando o transformando los primeros, de manera que sean capaces de expresar los problemas del sujeto de manera analógica y comunicable a los demás.

Luego, es necesario que existan instancias en las que se pueda desarrollar este proceso y no resultar tan abrupto el reencuentro entre el paciente y la comunidad que, por lo general, no lo recibe precisamente con los brazos abiertos.

El proyecto plantea **una serie de relaciones arquitectónicas que ayuden a que el paciente realice proyectos a través de los cuales se sienta capaz de hacer algo por sí mismo y, posteriormente, sea capaz de exponerlos a la comunidad y ser**, de esta manera, integrado en ésta.

### **3.1.Rehabilitación social.**

La naturaleza social del hombre no le permite actuar y funcionar de manera aislada. Es fundamental su relación con los semejantes, de los cuales tiene conciencia, encontrándose en situación de normalidad.

Es así como las relaciones sociales, cuyo fundamento es la **sociabilidad del hombre**, característica que lo distingue de los demás seres vivos, junto con la mundanidad (conciencia de su existencia) y politicidad (establecer relaciones de poder para regular sus relaciones con los demás), han ido evolucionando desde la estructura básica en la que el hombre ha buscado perdurabilidad y estabilidad: la familia, hasta llegar a la formación de una estructura más compleja: la sociedad, pasando por las tribus o aldeas, las asociaciones o grupos intermedios y la comunidad.



La sociedad está constituida por grandes grupos que se diferencian entre sí por su función social. Su objetivo es el bienestar de toda la sociedad. Además, debe poder reconocerse como una unidad que funciona en todas sus partes. Es una unidad de corte social, en donde, independientemente que existan diferencias internas de carácter funcional, en ella hay un cierto grado de cooperación y acción.

Es en ella donde el ser humano logra llevar a cabo los roles para los cuales ha sido llamado; y la sociedad, por su parte, cumple variadas funciones que le son propias por estar estrechamente relacionada con la persona humana.

La necesidad de reinserción del hombre a la vida en sociedad es fundamental. Luego que ha recuperado su estabilidad interna, es necesario que recupere su lugar en relación a sus semejantes y, por otro lado, intentar sobreponerse a la estigmatización sufrida. A la sociedad, a su vez, le urge comprender la necesidad de brindarle una nueva oportunidad para su desarrollo como humano.

Es así entonces que la rehabilitación social busca :

- Lograr la **readaptación exitosa en la sociedad** de sujetos que han estado hospitalizados y han perdido el funcionamiento del rol social y operativo.
- Lograr **reestablecer relaciones adecuadas que les permitan asumir roles sociales**, adquirir autocontrol y satisfacción de la vida. Aceptación de la enfermedad mental, teniendo conciencia de ella.

### 3.2.Rehabilitación laboral.

En el proceso rehabilitador, **el trabajo es un componente esencial, específicamente en la reinserción del sujeto enfermo en la sociedad.** Esto se debe a los efectos positivos que produce el trabajo en el hombre en general.

*“Con su trabajo, el hombre ha de procurarse el pan cotidiano, contribuir al continuo progreso de las ciencias y la técnica, y sobre todo a la incesante elevación cultural y moral de la sociedad en la que vive en comunidad con sus hermanos. Y «trabajo» significa todo tipo de acción realizada por el hombre independientemente de sus características o circunstancias; significa toda actividad humana que se puede o se debe reconocer como trabajo entre las múltiples actividades de las que el hombre es capaz y a las que está predispuesto por la naturaleza misma en virtud de su humanidad.”<sup>26</sup>*

**La valoración y significación social del trabajo aumenta las consecuencias favorables en el proceso de reintegración del individuo.**

“El trabajo es un bien del hombre —es un bien de su humanidad—, porque mediante el trabajo el hombre *no sólo transforma la naturaleza* adaptándola a las propias necesidades, sino que *se realiza a sí mismo* como hombre, es más, en un cierto sentido «se hace más hombre».”

---

<sup>26</sup> Encíclica Laborem Exercens. Disponible en : <http://www.vatican.va>.



El trabajo otorga: **satisfacción personal, dignificación del hombre, proporciona prestigio, rol social y participación, favorece la autorrealización del individuo, otorga gratificación y reconstrucción de la autoestima, otorga autonomía y poder personal sobre la vida propia.**

La rehabilitación laboral busca:

- **Entrenar un oficio.**
- **Mantener y aumentar capacidades remanentes.**
- **Entrenar en hábitos laborales.**
- **Normalizar**, es decir, organizar los estímulos dados al individuo discapacitado en un contexto lo más normal posible con el propósito de favorecer su propia normalización.

La suma de estos objetivos busca finalmente reinsertarlos en el medio, integrarlos en el medio laboral y social comunitario.



#### Proceso de rehabilitación.

- Desarrollo y uso de habilidades personales.
- Ejercicio de roles sociales.
- Ambiente rico en oportunidades.
- Oportunidad para controlar.
- Personalización de oportunidades.
- Planes individualizados.
- Límites variables.  
Distinto a la reubicación.

### 3.3.Rehabilitación pedagógica.

*“Algunos problemas de salud mental obligan a retirar por un tiempo a los hijos del colegio.”<sup>27</sup> María Paz Carvajal.*

Cuando un estudiante sufre un problema psiquiátrico nace la necesidad de aislarlo unos meses de su medio para lograr su recuperación. El choque que sufre éste a la hora de retomar su rutina normal es bastante fuerte; es para esto que se hace necesaria una rehabilitación educacional que apunte a los siguientes objetivos:

- **Buscar dar respaldo emocional y académico a estudiantes** que por causas psiquiátricas o psicológicas deban ausentarse transitoriamente del sistema educacional.
- **Buscar establecer límites claros.**
- **Buscar establecer una rutina diaria que les reduzca la ansiedad y les permita retomar sus actividades laborales.**
- **Buscar establecer una socialización adecuada.**
- **Ofrecer nivelación en las distintas asignaturas**, tanto en forma individual como en talleres grupales de reforzamiento psicológico y psicopedagógico (inteligencia emocional, autoestima, motivación, expresión de emociones, etc.)

### 3.4.Rehabilitación de expresión física y psicomotora.

Esta área de reinserción se refiere a atender a los requerimientos de expresión y de desarrollo psicomotor que presenta el paciente. Así, podrá desarrollar actividades que le permitan expresarse a través de la música, pintura, teatro, escultura, etc.

<sup>27</sup>Sección Diario El Mercurio. Cuerpo A Sociedad, sábado 12 de Junio de 2004, p. 22.

### 3.5.Las flores de Bach.<sup>28</sup>



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

Es por esto que se hace necesaria la inclusión en el proyecto de algunas especies arbóreas que ayuden tanto a la rehabilitación de dichos pacientes como a la configuración espacial de cada espacio propuesto.

- **Álamo temblón**- Populus tremula – ASPEN.

**Confianza.** Ayuda a superar la angustia y los temores de causa desconocida: miedo a la muerte, la oscuridad, la religión, lo sobrenatural. Para la aprensión y los presentimientos. Útil en los primeros contactos con el aprendizaje perceptivo.

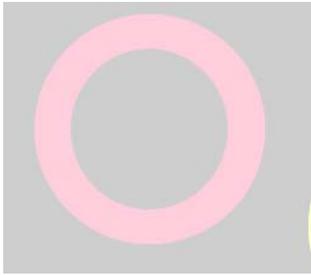
- **Olmo blanco**- Ulmus scarba – ELM.

**Responsabilidad\_equilibrio.** Serena y equilibra cuando la persona se siente sobrepasada por sus responsabilidades y teme perder el control. Útil en cuadros psicóticos. Ayuda a soportar los dolores físicos extremos.

- **Olivo** - Olea europea – OLIVE. **Regeneración.** Ayuda a recuperarse después de severos y extremos sufrimientos físicos y psíquicos. Permite recobrar ánimo y fuerza cuando se han agotado las reservas físicas y anímicas.

---

<sup>28</sup> Flores de Bach. Disponible en:  
<http://medicinaintegradora.entornomedico.org/floresbach/>



- **Manzano** - Malus pumilla - CRAB APPLEPURIFICACIÓN.

**Limpia la mente y el cuerpo.** Elimina las obsesiones por sentimientos de imperfección, intoxicación ó contaminación.

### 3.6.Cromoterapia.

*“El color es luz, belleza, armonía y delicia de la vista, pero es sobre todo, equilibrio psíquico y confort.”<sup>29</sup>*

La cromoterapia es una terapia que se suele utilizar dentro de la medicina natural y que se lleva a cabo a través de los colores. Actualmente ésta se está utilizando en la medicina tradicional debido a su eficacia en el tratamiento de patologías mentales.

Estudios han demostrado que el color en la arquitectura actúa de la misma manera que en el arte de la pintura; sin embargo, su efecto va mucho mas allá, ya que éste no sólo es utilizado para embellecer y animar, sino que resuelve necesidades psicológicas de quienes habitan el espacio. El color influye sobre el espíritu y el cuerpo, sobre el carácter y el ánimo e incluso sobre los actos de nuestra vida; el cambio de un esquema de color afecta simultáneamente a nuestro temperamento y en consecuencia a nuestro comportamiento. Los colores cálidos (amarillos y rojos) se consideran como estimulantes, alegres y hasta excitantes, y los fríos (verdes y azules) como tranquilizantes y sedantes.

Es por esto que el proyecto plantea la utilización del color en ciertos espacios con el fin de ayudar en la rehabilitación.

<sup>29</sup>Color, arquitectura y estados de ánimo. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/colarq/colarq.shtml>

LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA.



4



## 4 LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA.

### 4. Antecedentes históricos.

#### 4.1. La institución negada, la exclusión social.

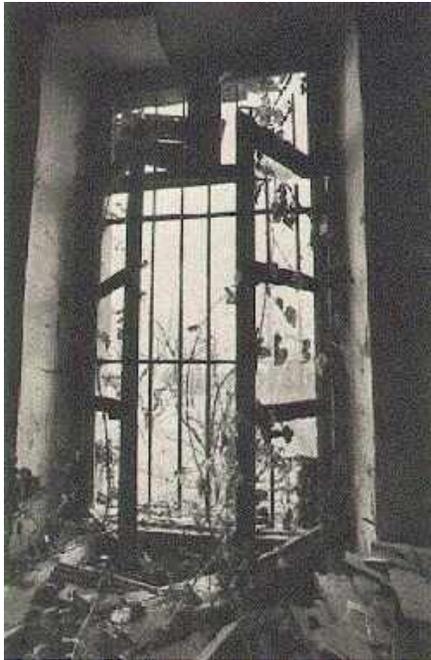
En el comienzo de la psiquiatría, el alienado fue considerado no como un enfermo, sino como un sobrenatural poseído por el demonio, razón por la que estos sujetos han sido marcados y determinados por un espacio negado a la morfología urbana y social que no los incluye, ya que, como se mencionó anteriormente, los modelos espaciales asilares influyen en su forma de relacionarse e insertarse en sociedad, ya que no son parte de una trama social. Hoy, este concepto se ha humanizado, sin embargo, la estigma continúa creando dos mundos que se perfilan por distintos rumbos, los que deberían constituir uno.

*“No quiero ver a los locos. No hay nada que hacer con ellos. Que se vayan a otra parte. Si se quiere con sus médicos, en un mundo cerrado, bien cerrado, hermético, donde se les olvide --en otro mundo-. Esto es exactamente lo que querría conseguir el manicomio, y a esto es exactamente a lo que responde: constituir otro mundo estanco en donde sea confinada la locura. Por otra parte, en el mundo normal, nada más que razón, nada más que sensatez -en el manicomio nada más que insensatez-.*

*El manicomio purga, decanta, purifica, recoge entre sus muros toda la locura del mundo. Las rejas del manicomio separan, demarcan: fuera de lo normal, dentro de lo patológico.. .». (R. Gentis: Les murs de l'asile.)<sup>30</sup>*



<sup>30</sup> BASAGLIA, Franco. *La institución negada*. Editado por Barral editores. Barcelona, España, 1970. p 12.



El caso abordado en este proyecto es el de sujetos negados por la morfología urbana y social que no los incluye, sujetos influidos por un determinado modelo de diseño espacial.

Las respuestas del individuo al medio no sólo son influidas por sistemas constituidos por los espacios y sus características, sino también por los acontecimientos que los definen y los sujetos que se encuentran en ella, es decir, la trama social.

Hoy se ha humanizado este concepto, sin embargo, la sociedad sigue atemorizada debido a la relación inexistente de estos dos mundos que deberían constituir uno sólo, pero por el carácter que se les ha dado se les excluye.

#### 4.2. Antecedentes en Chile.<sup>31</sup>

Juan Marconi divide la psiquiatría chilena en tres etapas históricas:

- **Etapa asilar.** (1852-1952)
- **Etapa Hospital Psiquiátrico.** (1953-1970)
- **Etapa salud mental Comunitaria.** (1971).

Esta división emerge de estructuras concordantes de nuestro desarrollo histórico general.

En la época de la colonia, si los perturbados mentales eran pacíficos se les encontraba vagando por la ciudad provocando la piedad de algunos ,las risas y burlas de otros, en cambio, si

---

<sup>31</sup> *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico.* Editores: Dr.Enrique Escobar, Dr. Eduardo Medina, Dr. Mario Quijada. Santiago de Chile, Agosto 2002. pp. 58-90.

provocaban actos antisociales se les recluía en las cárceles, en los hospitales o en sus casas ya que no existían en Chile hospitales para enfermos de la mente.

**-Etapa asilar.** En términos de un programa de salud mental, esta etapa concibe la asistencia como un simple y prolongado secuestro del paciente demente o psicótico desde el conglomerado social.

En 1852 se fundó en Santiago el primer establecimiento hospitalario en Chile “la Casa de Locos de Nuestra Sra. María de Los Ángeles”, ubicada en el barrio Yungay, Para la atención, asistencia y reclusión de los enfermos mentales, este establecimiento se denominó Casa de Orates. Pronto, el excesivo número de pacientes y la escasez de recursos crearon el abandono y la miseria.

Esta situación demarcó el principio de la potestad estatal sobre los recursos en salud mental.

En 1858, el arquitecto Fermín Vivaceta construyó el actual establecimiento hospitalario.

En 1860 se fundaron el Hospital El Salvador en Valparaíso y en 1887 el Hospital de Iquique.

Alrededor de 1910, debido al vergonzoso estado de la salud mental en Chile, aparece la necesidad de crear hospitales en el norte y en el sur del país, incorporando estrategias de puertas abiertas (Open Door) para la atención de pacientes crónicos.

En 1953 la Casa de Orates cambió parte de su estructura interna y tomó el carácter de hospital psiquiátrico. Los servicios de los crónicos mantuvieron la atmósfera asilar, que, entretanto fue copiada en las principales ciudades de provincias: Valparaíso, Concepción, Antofagasta, Talca, etc.

Actualmente, el modelo asilar se mantiene como práctica institucionalizada en Chile.

**-Etapa Hospital Psiquiátrico.** En términos programáticos, esta etapa concibe la asistencia como tarea nacional, sin sectorización, incorporando técnicas psicoterapéuticas y psico\_farmacológicas que permitan la atención externa.

Los hospitales psiquiátricos se caracterizan por ser vastos edificios que albergan a miles de pacientes. Eran y son considerados como “prisiones del dolor”. Estos hospitales se caracterizan por dar una imagen imponente y sórdida, comparables a prisiones o cuarteles que dejan una impresión poco reconfortante al observador. En los enfermos también generan influencias negativas; hacen que el paciente se sienta disminuido, impotente e insignificante frente al espacio.





- **Etapa salud mental Comunitaria.** Durante la década del 60, la introducción de técnicas masivas de tratamiento psicofarmacológico y la evidencia que un 20% de la población necesita atención psiquiátrica, rompe el esquema institucional de hospitales, consultorios, etc., para plantear un desafío de fondo, la institución comienza a reorientarse a partir de la atención ambulatoria en la comunidad. Se plantea un traspaso de los programas desde la estructura institucional a la estructura de masas intracomunitaria, quedando las instituciones como elementos de apoyo y coordinación técnica. En términos de programa, la asistencia es concebida sectorialmente como tarea de líderes de la comunidad, personal de salud en general y el equipo de salud mental como coordinador de la acción.

Es así como el panorama de la psiquiatría y los tratamientos cambió profundamente:

*“ No sólo se benefició a un gran número de enfermos, sino que cambió notablemente la atmósfera de las instituciones psiquiátricas. Muchos pacientes condenados a una reclusión permanente pudieron reintegrarse a la sociedad.”<sup>32</sup>*

<sup>32</sup> SILVA IBARRA, Hernán; *La esquizofrenia de Kraepelin al DSMIV*. Editorial Universidad Católica. p 118.

### 4.3. La Psiquiatría actual.

Como toda ciencia, la psiquiatría chilena muestra períodos de luz y de originalidad, y períodos callados en que todos se entregan a asimilar sin trasmutaciones lo venido desde afuera. La psiquiatría chilena evoluciona coordinada a la psiquiatría occidental. La inspiran escuelas francesas.

La mejor calidad de vida de los enfermos se basa en su **integración a la sociedad** (basado en los derechos humanos) y **en una desinstitucionalización** de las instituciones establecidas para el desarrollo de la práctica e internación psiquiátrica. Para lograr estos objetivos se debe rehabilitar a los pacientes con el fin de lograr su integración y reinserción social.

#### **Modelo tradicional.**

1. Carácter: asilar. Vigilar y castigar.
2. Institucionalización.
3. Relación vertical: médico-paciente
4. Hospitalización permanente.
5. Concepción y programas clínicos.

#### **Modelo actual.**

1. Carácter: terapia, aprendizaje, rehabilitación
2. Institución como parte de la terapia.
3. Relación horizontal: médico-paciente.  
intercambio, relación directa, integración.
4. Hospitalización diaria/ transitoria y programas de rehabilitación.
5. Concepción y programas rehabilitadores.

#### 4.5.1. Políticas de inserción e integración vigentes.

##### **-Planteamiento del Ministerio de Educación.**

Ley N° 18.956, artículo 2; D.F.L. N° 2, de 1989, de Educación; y en los artículos 32 N° 3 y 35 de la Constitución Política de la República de Chile: establece normas para la atención de personas con graves trastornos y/o déficit psíquicos de la efectividad, del intelecto y/o del comportamiento. (Enfermedades psiquiátricas graves, alternativas conductuales importantes, asociadas o no a retraso mental en cualquiera de sus grados).<sup>33</sup>

##### **-Lo dispuesto en las Leyes N°s. 18.956 y 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza.**

Artículo 1. Autorízase la organización y funcionamiento de cursos talleres básicos de nivel o etapa de orientación o capacitación laboral de la educación básica especial o diferencial, para mayores de 26 años con discapacidad, en establecimientos comunes o especiales.<sup>34</sup>

***-Política Nacional para la Integración Social de las personas con discapacidad.*** (Ministerio de planificación y cooperación división social. Santiago, Mayo 1999).

Discapacitado mental. Búsqueda de igualdad e integración a la sociedad. Integración social de los discapacitados: acción social del gobierno. Programas sociales.

**-Programa de intermediación laboral para personas con discapacidad: “Listos para el trabajo”.**

**-Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental.** Un nuevo programa. Orientado a la sustitución progresiva de hospitales psiquiátricos y su concepto asilar. Se pone énfasis en la atención ambulatoria, en la promoción, prevención, el tratamiento y la rehabilitación psicosocial.

Busca alcanzar una nueva forma de inserción social que considere las limitaciones de estos individuos.

<sup>33</sup> Ley N° 18.956; D.F.L. N° 2, de 1989, de Educación. Disponible en: [http://www.mineduc.cl/normas/doc/Norma\\_N\\_815.rtf](http://www.mineduc.cl/normas/doc/Norma_N_815.rtf)

<sup>34</sup> Leyes N°s. 18.956 y 18.962. Disponible en: [http://www.mineduc.cl/normas/doc/Exento\\_N\\_300.rtf](http://www.mineduc.cl/normas/doc/Exento_N_300.rtf)

#### 4.5.2.Reforma psiquiátrica. Plan Nacional de Salud Mental.<sup>35</sup>

El deterioro del ambiente, los cambios demográficos, las condiciones de la vida “postmoderna” como el stress que es cada día mayor, han influido para que las enfermedades mentales hayan aumentado en este último tiempo, llegando a ser una de las grandes responsabilidades a la que ha tenido que dar solución el Estado. **Las enfermedades mentales son uno de los grandes desafíos para las próximas décadas dentro del sistema de salud de nuestro país.**

El ministerio de salud, a partir de 1990, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha desarrollado acciones dirigidas a la salud mental, creando “**El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**”, el que tiene como objetivo “**Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medioambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.**”<sup>36</sup>

Las perspectivas de desarrollo de la salud mental en Chile en el Siglo XXI se complementan con lo establecido en el año 2001 por la

---

<sup>35</sup> MINOLETTI, Alberto, “Perspectivas de desarrollo de la salud mental en Chile en el siglo XXI” en: *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, Santiago Chile, Editorial Sociedad Chilena de Salud Mental, Abril/Junio 2003, pp. 88-96.

<sup>36</sup> Ministerio de Salud de Chile. Unidad de salud mental. “*Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.*” p 5.

Organización Mundial de Salud (OMS), la que señala que para proteger y mejorar la salud mental de la población se requiere transformar en forma progresiva la atención dispensada en los grandes hospitales psiquiátricos.

Las líneas principales para el nuevo modelo de atención que se plantean son:

**Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental:** Estos servicios deben ofrecer tratamiento y atención integrales a nivel local, con fácil accesibilidad, e incluyendo una gama de programas para atender las diversas necesidades de salud mental de la población. El ideal es que consideren atención ambulatoria, centros comunitarios, residencias, apoyo a familiares y cuidadores, apoyo ocupacional, de rehabilitación y de necesidades básicas.

**Integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales:**

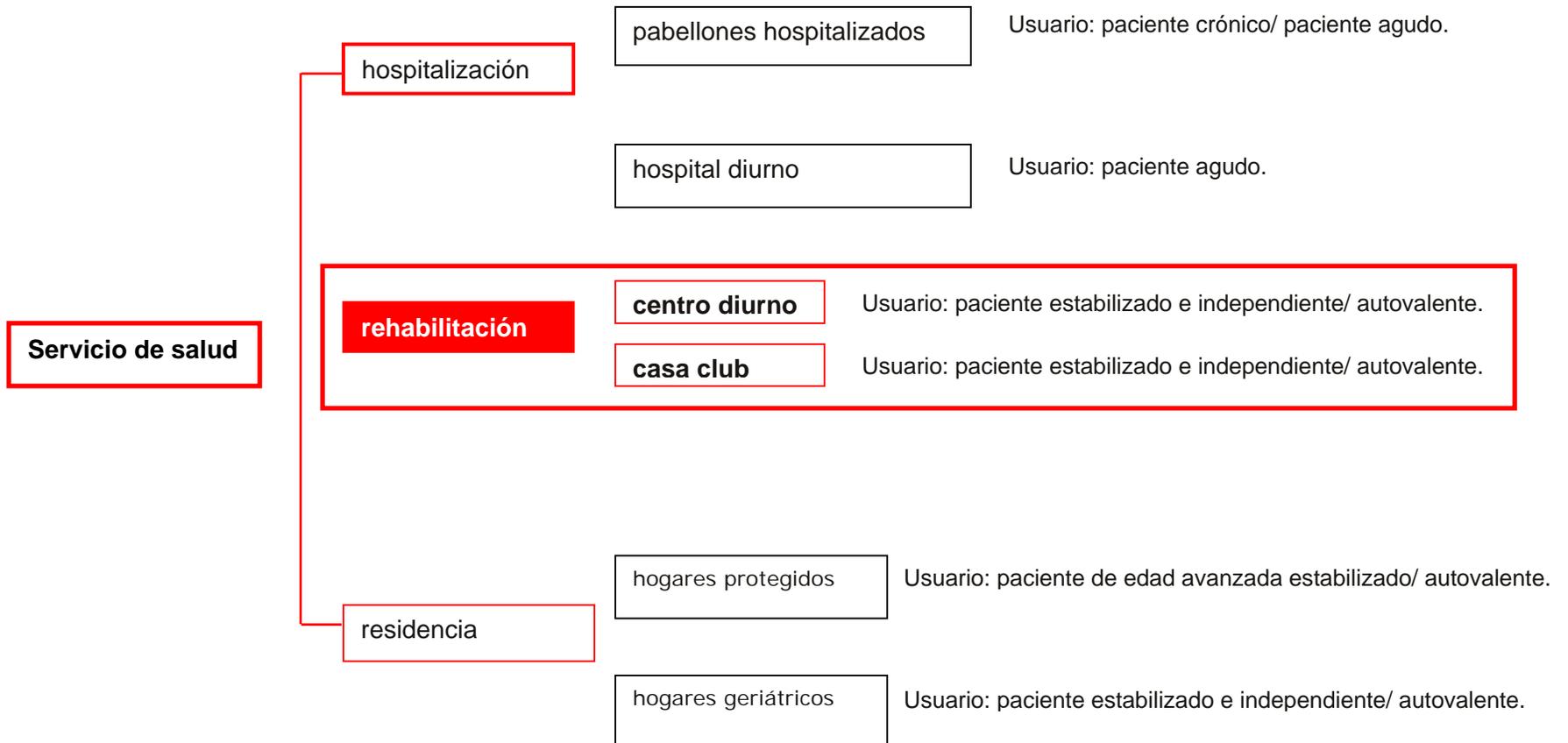
Esta integración, tiene ventajas, tales como: menor estigmatización de los pacientes, mejores tasas de detección de enfermedades mentales, mejor tratamiento de los problemas orgánicos en personas con enfermedades mentales.

**Creación de vínculos intersectoriales:**

Muchas enfermedades mentales exigen soluciones psicosociales, lo cual obliga a establecer vínculos entre los servicios de salud mental y diversos organismos comunitarios en el nivel local.

### 4.5.3. Esquema de estructura de funcionamiento de las instancias psiquiátricas.

La reforma de psiquiatría actual propone establecer un cambio en su modelo de operaciones.



ANTECEDENTES CIUDAD DE TALCA.

5





## 5. ANTECEDENTES CIUDAD DE TALCA.<sup>37</sup>

### 5. Antecedentes ciudad de Talca.

#### 5.1. Antecedentes generales de la Alameda.

La ciudad de Talca se encuentra ubicada en la VII Región del Maule. Fue fundada en el año 1742, época colonial, por Antonio Manso de Velasco, y actualmente posee 201.797 habitantes.<sup>38</sup>

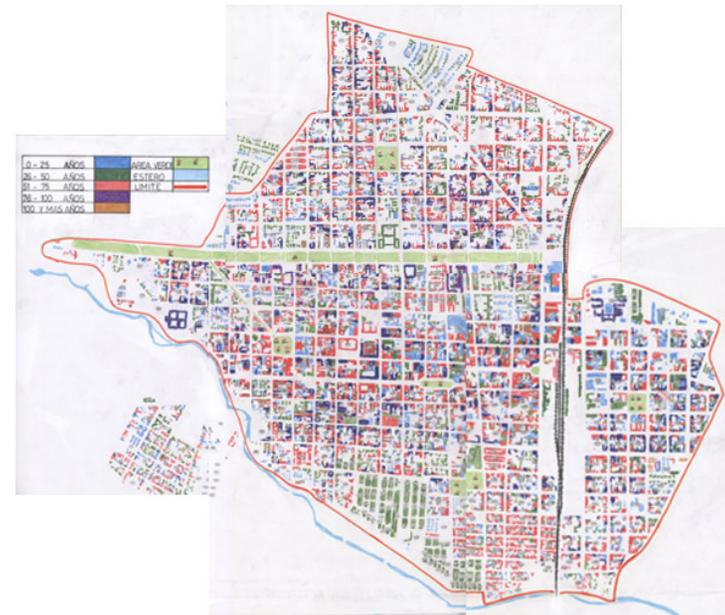
La tipología del ordenamiento de la ciudad fue dada por sus fundadores españoles. Los primeros asentamientos se ubicaron en la zona norte de la ciudad, y con el paso de los años ha ido expandiéndose gradualmente, en distintas direcciones.

Cuando se fundó la ciudad, la Alameda significaba el punto donde llegaban los mercaderes a ofrecer sus productos agrícolas, los cuales eran traídos de los pueblos adyacentes y, por lo tanto, en la Alameda se producía el intercambio comercial.

La tipología de las casas, a su vez, estaba estructurada en base a fachadas continuas y patios interiores, los cuales actuaban como instancias de paso entre las actividades más públicas a las más privadas. Así, las viviendas podían tener de dos a más patios, siendo el primero de ellos una instancia de intercambio social, ya que él era el que tenía un contacto más directo con lo “de afuera”; así, por ejemplo, en él eran depositadas las mercaderías que llegaban para

el consumo de los que la habitaban. Y en el patio interior se daban lugar las actividades más privadas de la vida familiar.

Con el paso del tiempo, el carácter de la Alameda se fue transformando. Llegó a ser un barrio residencial y un cordón de espacios verdes públicos, único en la ciudad.



<sup>37</sup> Conversación con arquitecto urbanista de la ciudad de Talca don Jorge Concha.

<sup>38</sup> Datos censo 2002. Disponible en : <http://www.ine.cl/cd2002/index.php>.

Lentamente, por su ubicación estratégica dentro de la ciudad, este eje se va transformando en uno de inserción comunitario debido a la incorporación en él de edificios de servicios públicos, tanto a nivel local, como comunal y regional.

En el día de hoy, es posible encontrar edificios con distintos y variados usos, como viviendas de clase social alta, media, media-baja, estadios, instancias de salud, una fábrica de fósforos, locales de comercio minoritario, liceos y edificios educacionales, etc.

El terreno escogido se ubica en el centro de la Alameda, encontrándose equidistante de sus extremos. Las construcciones adyacentes responden a la tipología colonial antes mencionada, lo cual hace necesario una reinterpretación más contemporánea de lo esencial del entorno.



## 5.2. Proyectos actuales relacionados a la Salud Mental en la Región del Maule.<sup>39</sup>

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría de la Región del Maule sostiene el marco valórico y de principios contenido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual constituye el eje de todas sus acciones y estrategias, y recoge los aportes y consensos de la Conferencia Nacional “Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile”, mayo 1999, así como del Congreso Mundial de Salud Mental, septiembre 1999.

El plan considera los siguientes ejes de desarrollo:

- Fortalecimiento de programas tradicionales: alcohol y drogas, trastornos emocionales, violencia y derechos humanos, **discapacidad psíquica (adulto e infanto-juvenil)**.
- **Creación de facilidades o instancias comunitarias de rehabilitación: hogares protegidos, centros diurnos, hospital de día y otros.**
- Áreas emergentes: Salud mental en el adulto mayor, trastornos hiperkinéticos en población infantil y adolescente, psiquiatría en Atención Primaria.

Las **Unidades Ambulatorias de Psiquiatría y Salud Mental**, son consideradas como instancias claves para el desarrollo del plan, ya que cumplen un rol fundamental en términos de las prestaciones a

<sup>39</sup> Información otorgada por psicóloga Marcela Ormazábal, jefa Ministerio de Salud del Maule. “Plan de Salud Mental y Psiquiatría Servicio de Salud del Maule VII región”.

entregar y también en cuanto a la concreción del plan en el nivel provincial respectivo. Ellas deberían existir en cada hospital cabecera de provincia.

El **objetivo general** es estructurar en la región del Maule una **red de servicios de psiquiatría y salud mental que permita realizar acciones** de promoción y prevención, y **efectuar de manera oportuna y equitativa tratamiento y rehabilitación para las personas con trastornos leves, moderados y graves en su salud mental.**

### Instancias que se propone fortalecer o crear en cada provincia.

Unidades/centros.	Provincia.			
	Talca	Linares	Curicó	Cauquenes.
Unidad hospitalización corta estadia.	●	●	●	●
Unidad ambulatoria psiquiatría y Salud Mental.	●	●	●	●
Hospital de día.	●			
Centro de día.	●		●	
Hogar protegido.	●	●	●	●

La **metas** de operación son:

-Conocer la distribución geográfica y necesidades actuales de personas con trastornos de salud mental que están en contacto con establecimientos de salud de las cuatro provincias de la región, en un período de un año.

-Poner en marcha un sistema de registro de prestaciones en el área de salud mental para la región y los niveles de atención dentro del año 2000.

-Mejorar la capacidad de los equipos de atención primaria para pesquisar personas con alteraciones menores y mayores en su salud mental.

-Potenciar capacidades y competencias de los equipos de salud de los hospitales provinciales y establecimientos de atención primaria, para el manejo ambulatorio de pacientes psiquiátricos.

- Aumentar la **capacidad de oferta** de servicios de los programas de salud mental actualmente operativos, a través del aumento gradual de su dotación de recursos humanos.
- **Crear en las provincias de la región del Maule alternativas de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos en su salud mental, en un período de cinco años.**
- **Favorecer la creación de organizaciones de autoayuda y agrupaciones de familiares que apoyen los procesos de tratamiento y rehabilitación de pacientes.**



Además del servicio de hospitalización breve y de la atención ambulatoria, el Servicio de Salud Mental ha iniciado a partir de 1999 el desarrollo de instancias de rehabilitación para pacientes crónicos, los cuales son:

**Centro de Día:** Esta iniciativa permitió atender a 60 pacientes y sus familiares. Actualmente se realizan las gestiones para su continuidad, existiendo aportes institucionales del sector y también municipales.

**Hogar Protegido:** Con una capacidad inicial de 4 plazas, funciona desde el mes de octubre de 1999. Actualmente, dispone de 7 plazas, sin cupos disponibles.

Por otra parte, existe una asociación de familiares de pacientes con discapacidad, denominada ***“Agrupación de Familiares y Amigos de Discapacitados Psíquicos”***, la que cuenta con un total de 97 socios activos. Esta entidad trabaja en forma coordinada con la Clínica Psiquiátrica y el Centro Diurno de Rehabilitación.

Por último, se ha iniciado un proceso de asesoría permanente a los profesionales médicos de los cuatro consultorios de la ciudad de Talca mediante la presencia de un médico psiquiatra en cada uno de ellos. Esta estrategia ha tenido como resultado la disminución considerable de la interconsulta hacia el Servicio de Psiquiatría.

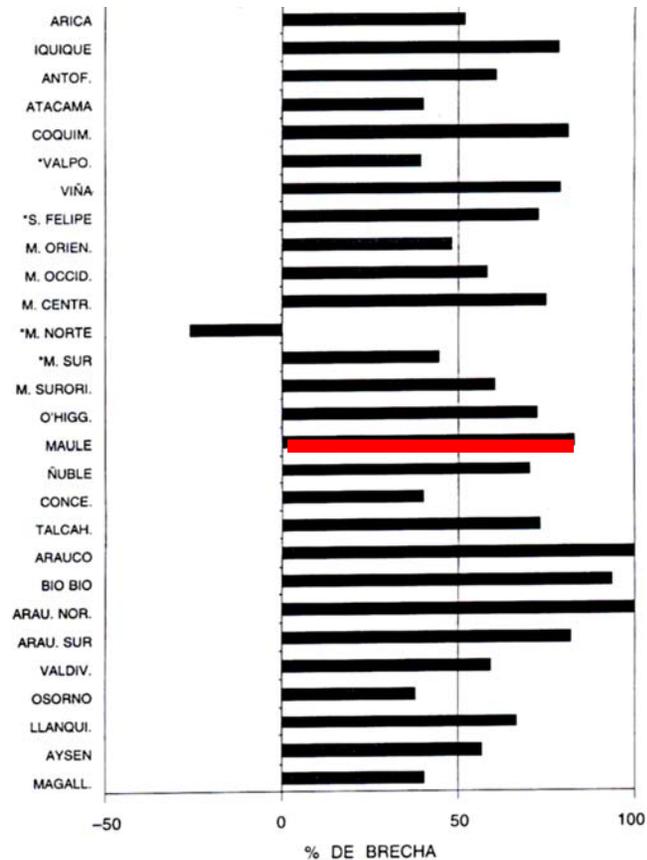
### 5.3. Datos estadísticos de la enfermedad mental en la región.

#### Prevalencia en Talca / usuario

La discapacidad psíquica afecta a grandes grupos humanos y a la sociedad en conjunto.

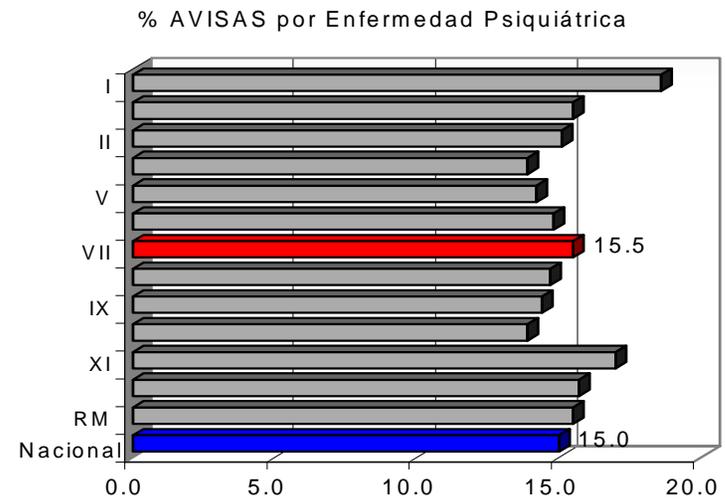
Talca es una ciudad con una gran brecha entre la cantidad de enfermos y los que son atendidos.

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es un 1% de la población general.



Relación paciente atendido versus demanda. La región del Maule se encuentra entre las regiones con mayor brecha entre la demanda de usuarios y la atención otorgada.

### Años de vida saludable (AVISA) perdidos por enfermedades psiquiátricas.



*Años de vida saludable (AVISA) perdidos por enfermedades psiquiátricas. Regiones, Chile, 1999.<sup>40</sup>*

### Instancias de rehabilitación existentes.

En cuanto a la oferta de servicios de rehabilitación psiquiátrica, la región cuenta sólo con dos centros, ubicados en la ciudad de Talca. Estos son: Centro Diurno de Rehabilitación y Hogar Protegido. El primero tiene una capacidad de atención para 60 plazas y el segundo puede albergar a 7 personas.

<sup>40</sup> Información otorgada por psicóloga Marcela Ormazábal, jefe Ministerio de Salud del Maule. "Plan de Salud Mental y Psiquiatría Servicio de Salud del Maule VII región".

**Pacientes atendidos.** Información otorgada por Marcela Ormazabal, jefe del Ministerio de Salud del Maule.

Establecimiento	Diagnóstico								Total personas
	Esquizofrenia	t.esquizoafectivo	t.esquizotípico	afectivo	t.delirante	t.personalidad	depresión	otro	
Hospital día Curicó	45	2				2			49
Hospital día Talca	38	8	1	4	1	1	3	1	57
Hog. protegidos Talca	13					1			14
Hog. protegido Curicó	5								5
Centro de día Talca	45	13	2	3	3	1	64	336	467

**Número de prestaciones en los distintos establecimientos.** Información otorgada por Marcela Ormazabal, jefe del Ministerio de Salud .del Maule.

Prestaciones	Número de prestaciones/establecimiento			
	H. de día Curicó	H. de día Talca	Centro de día	Total.
Consulta psiquiátrica	82	45	N.C.	127
Consulta psicológica	180	246	48	474
Consulta s.mental otro prof.	1968	471	480	2919
Psicoterapia	43	0	N.C.	43
Intervención psicosocial de grupo	603	750	972	2325
Visita S. Mental	188	365	48	601
Consultoría / enlace	611	1246	672	2529
Intervención comunitaria	109	0		

EL PROYECTO.



6





## 6 EL PROYECTO.

### 6. Definición del proyecto.

El proyecto aborda una problemática social a nivel de país, se define como un **CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL** a nivel regional orientado a recibir **PACIENTES PSÍQUICOS** “infanto-juveniles” que están estables en su sintomatología.

El paciente al ser dado de alta sufre un choque con la vida en comunidad, es por esto que se propone una instancia de **nexo entre la comunidad y el paciente**, un **espacio terapéutico de transición entre el hospital y la vida comunitaria, instancia de paso gradual entre la enfermedad y la sanidad**, donde la pugna entre lo normal y lo anormal se diluyen en un espacio que fusiona elementos opuestos de carácter positivo y transformador.

El proyecto se inserta en la **Reforma Psiquiátrica**, basándose en un modelo de tratamiento diferente al asilar existente. Se puede definir como una **tipología inexistente que apunta al espacio terapéutico** y que busca **reinsertar e integrar al individuo** en la sociedad considerando sus limitaciones. Se propone también que la integración produzca el intercambio social con personas “normales”, es decir, que éstas puedan utilizar los servicios que el centro ofrece. Por ejemplo, que los talleres propuestos puedan ser utilizados por estudiantes de los establecimientos cercanos, que el auditorio pueda ser utilizado por la comunidad, etc., para así simular una vida en comunidad lo más parecido a lo “normal”.

Este centro se define como uno de transición entre el hospital y la comunidad, como un **“puente entre la institucionalidad y la comunidad”**, un **“puente entre la enfermedad y la sanidad”**. Ésta establece el contacto con las instancias clínicas psiquiátricas, (hospital regional de Talca -área de psiquiatría- , el hospital diurno de psiquiatría), instancias residenciales (hogares protegidos) y la comunidad.

Se propone un centro como una unidad de exploración, entrenamiento y tratamiento de aquellas partes que están alteradas o dormidas del ser humano, que permita ayudar a la integración de esa persona, con el fin de que éste logre insertarse donde deba.





Conceptualmente se propone un centro que vaya desde la:

-Desintegración a la **integración**.

-De la abulia al **disfrute**.

-De la inactividad a la **reinserción**.

-De la marginalidad a la **realidad**.

-De los intramuros que esconden a la **apertura**.

-De la oscuridad a la **iluminación**.

Paso gradual (puente) de lo simple a lo complejo, de lo indiferenciado a lo diferenciado, del aislamiento a la vida en sociedad, de la dependencia total a la independencia, de la tutela a la libertad.

### **MEDIADOR ENTRE EL MUNDO REAL Y LA FANTASÍA.**

De lo excluido-negado al espacio terapéutico como medio para resolver lo patológico, buscando obviar la diferencia del enfermo. Incluir al excluido en el otro espacio impuesto por la norma, con el fin de **REINSERTARLO LABORAL O ESCOLARMENTE Y OTORGARLE HERRAMIENTAS PARA REALIZAR ADAPTACIONES SOCIALES SATISFATORIAS.**

### 6.1. Objetivos del centro.

-Explorar, entrenar, facilitar el aprendizaje de actividades laborales o escolares para desarrollarse en sociedad.

-Explorar, entrenar, facilitar el aprendizaje de actividades de interacción social entre los pacientes y entre la sociedad y ellos.

Se necesitan diversas instancias adecuadas para recuperar aquello que han perdido y que se logren integrar, espacios con ritmos distintos, colores, volúmenes y juegos de llenos y vacíos.

### 6.2. Usuario.



**Paciente con trastornos psíquicos \_estabilizado.**

Edad 13-30 años.  
Esquizofrenia.  
T. esquizoafectivo.  
T. esquizotípico.  
Afectivo.  
T. personalidad.  
T. del ánimo.



**Escolares enseñanza básica y media. Se integran y utilizan talleres.**



**Familia del paciente.**

Para sesiones de entrevista y terapias de familia para el apoyo familiar en la reinserción del paciente.  
El nexos que debe existir con ésta es importante, ya que la familia del paciente debe asumir y dar el apoyo necesario a éste, es por esto que la familia debe tener un lugar de encuentro en el centro.



**Comunidad.**



**Profesional.**

### 6.3. Aproximación al programa.

El paciente psiquiátrico experimenta:

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

Se establecen dos grandes secciones, las que se subdividen en áreas programáticas, con el fin de que el paciente explore, entrene y trate aquellas partes que están alteradas o dormidas de su ser, para que en el éste explore y se integre a la sociedad.

El centro se proyecta con tres grandes áreas:

#### 1. Relación del centro con la sociedad.

Ruptura del pabellón hospitalario. Programáticamente se ordenan las actividades donde toda la comunidad puede acceder.

#### 2. Área de rehabilitación pedagógica.

#### 3. Área de rehabilitación expresión física\_psicomotora.

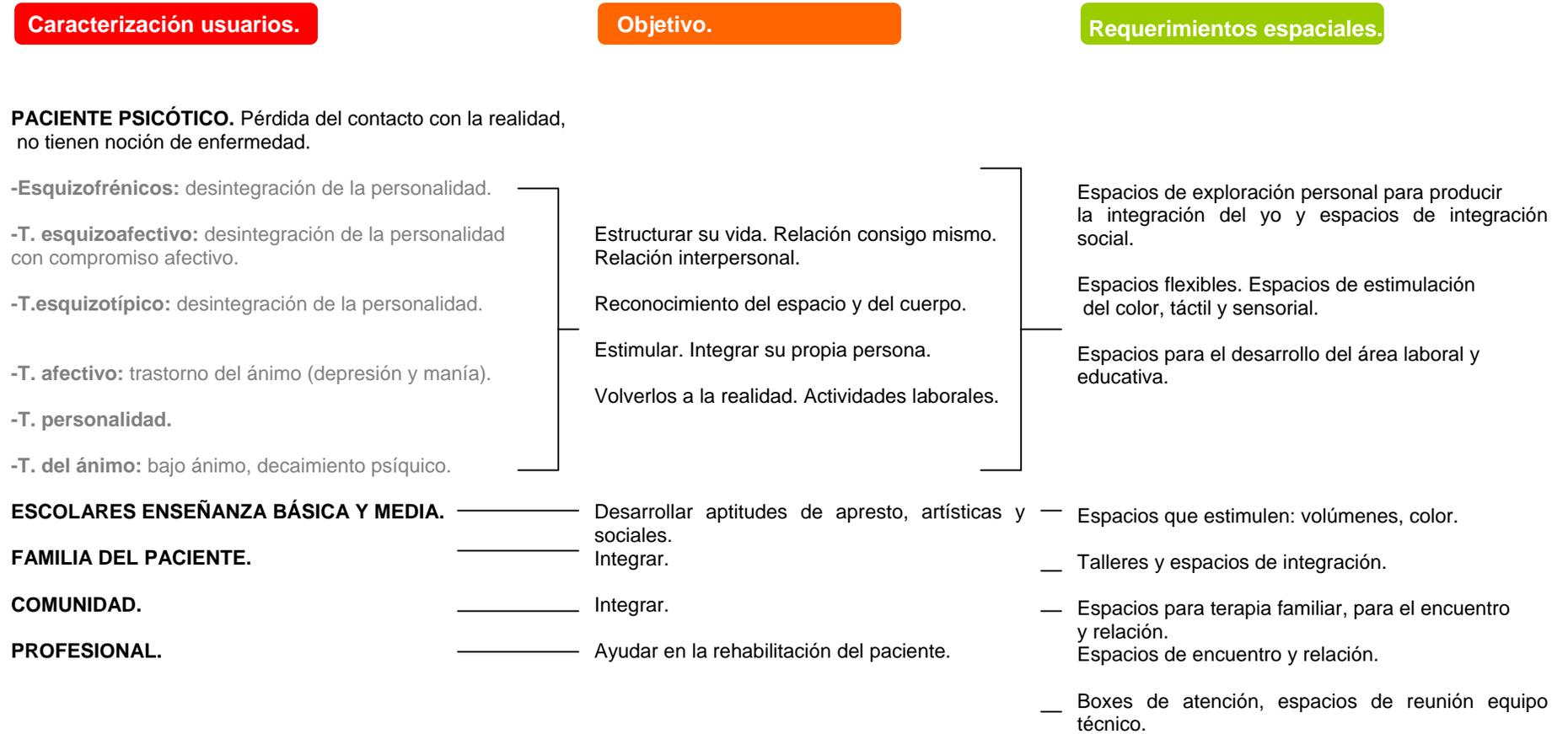
El usuario tiene la posibilidad de escoger y desarrollarse en la actividad que sea de su preferencia.

#### 4. Área de rehabilitación laboral.

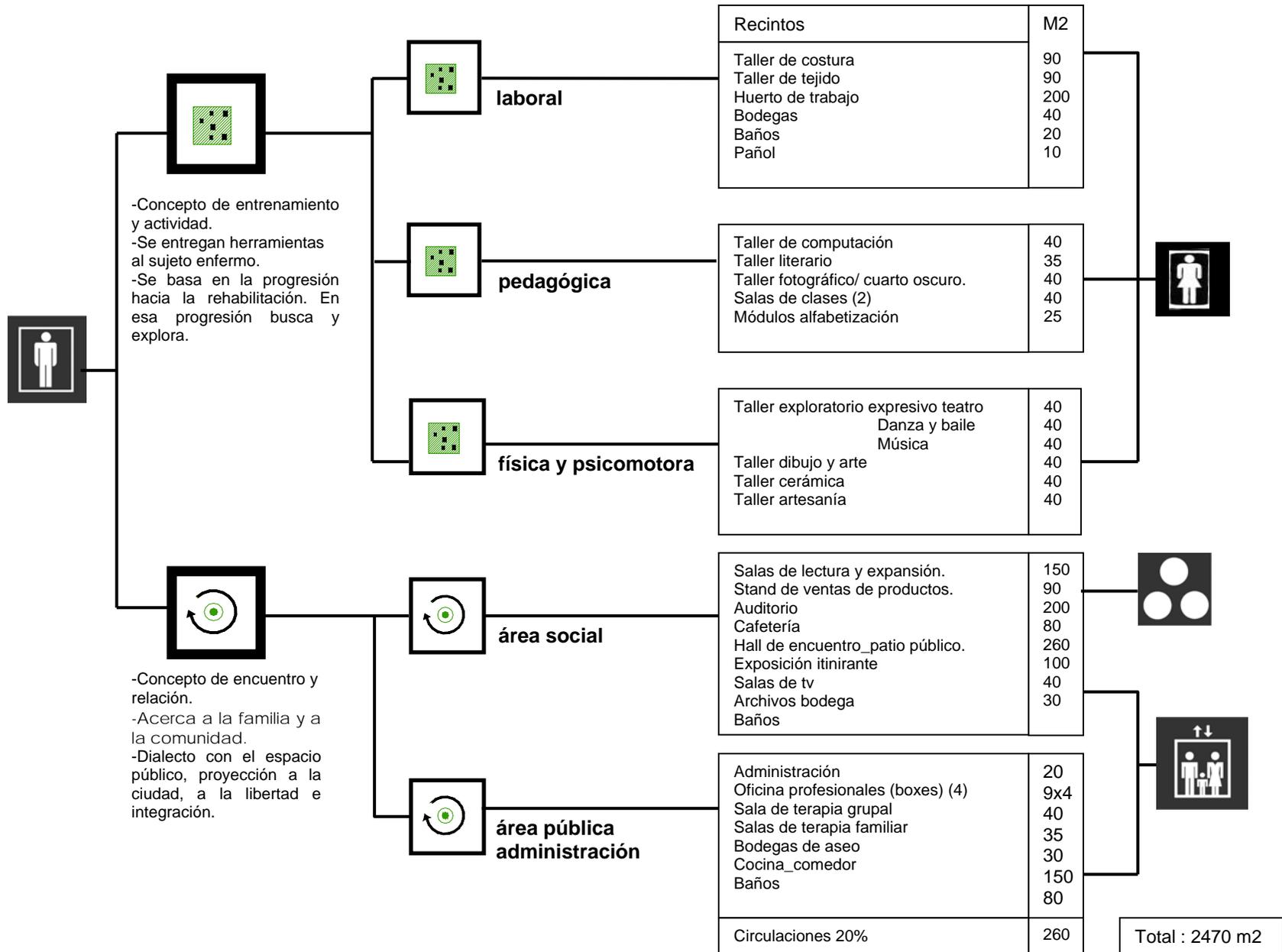
Se definen áreas programáticas para llevar a cabo la **exploración-rehabilitación y la integración a la sociedad**. Los recintos se establecen en función de lo establecido anteriormente.

El equipamiento que el proyecto plantea determina la **ruptura con el rol custodial o asilar del hospital**. El programa define una **estrecha interacción con la ciudad**, pues la acción del proyecto queda coartada si no se complementa con las estructuras urbanas.

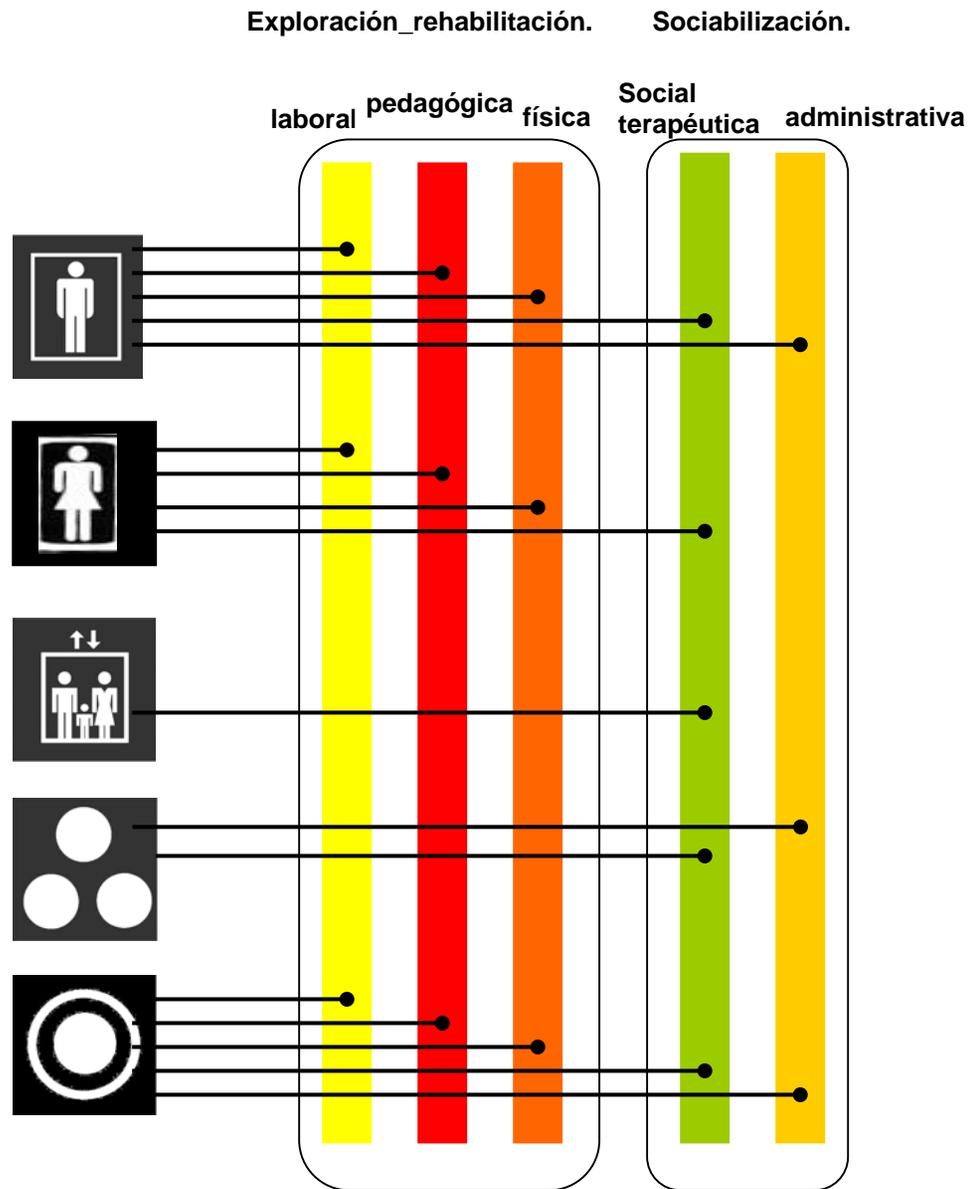
### 6.3.1. Caracterización usuario\_objetivo\_requerimientos espaciales .



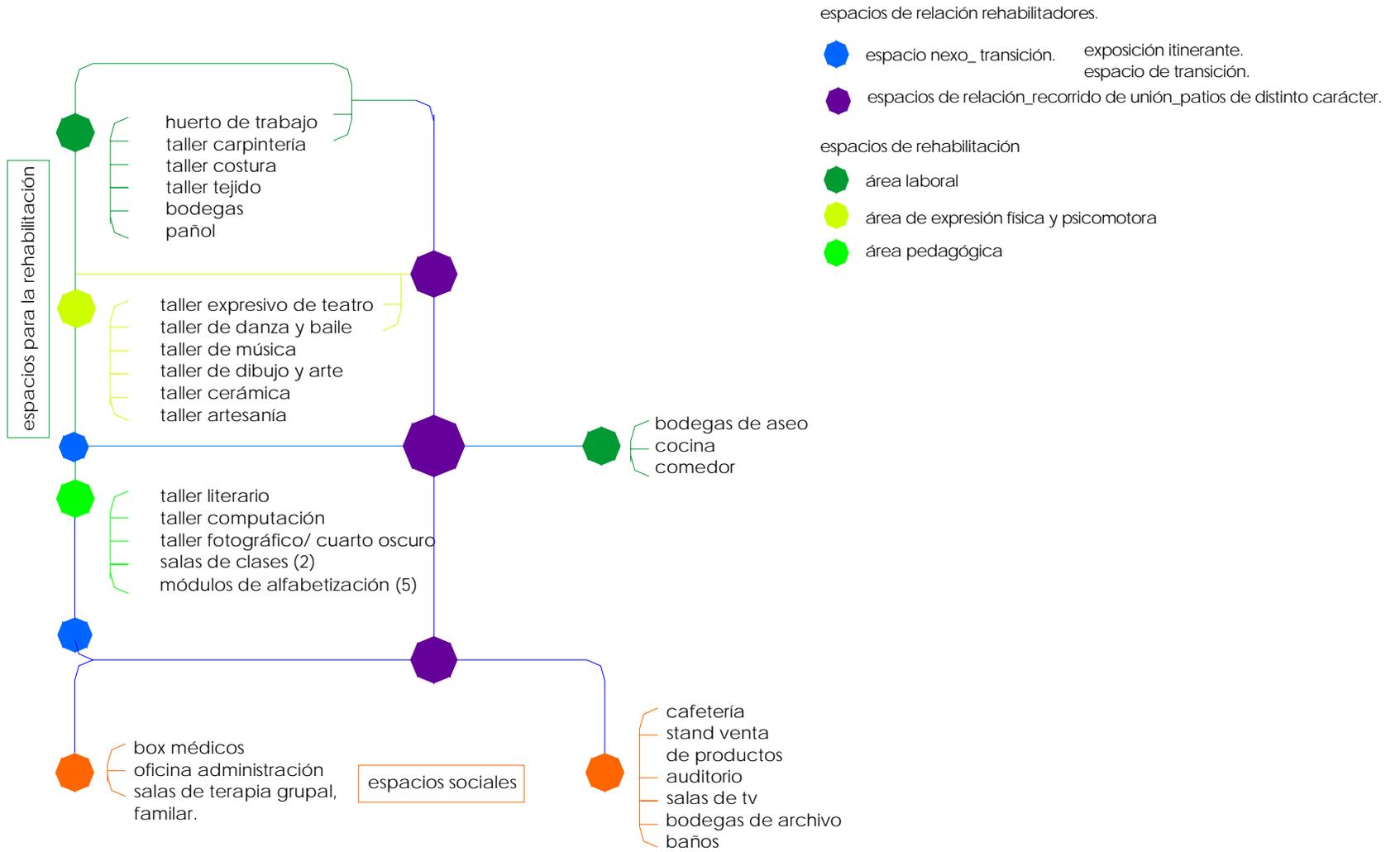
### 6.3.2. Programa.



### 6.3.3. Participación del usuario en el centro.



### 6.3.4. Relaciones programáticas.

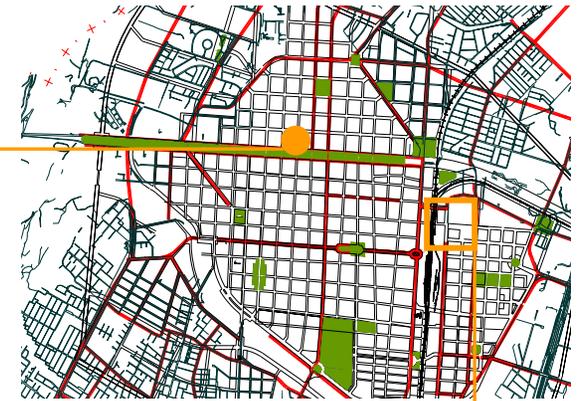


## 6.4. Emplazamiento.

Ciudad de Talca.



Terreno.



Hospital Regional.

El proyecto se emplaza en la ciudad de Talca, capital de la VII región del Maule, debido a que esta **región no posee un centro de está índole y presenta una alta demanda de pacientes que lo requieren.**

Población regional: 908.097. Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es un 1% de la población general, sin considerar las otras patologías. En los centros de salud mental existentes en la región, el porcentaje de atendidos corresponde a un 0,28%.

El proyecto necesita tener una **estrecha relación con la ciudad**, pues **la acción de habitar el proyecto está mutilada si no se complementa con las estructuras urbanas.**

La ubicación del proyecto debía cumplir con el siguiente requisito: **Encontrarse entre el hospital y la comunidad.**

### **Características del terreno:**

-Inserto en un **cordón de espacios públicos y comunitarios** – edificios de uso público, ej: cárcel pública, tribunales de justicia, centro de drogadictos y alcohólicos, hospital de día de psiquiatría, liceos, iglesias, estadio, piscina fiscal, feria internacional de Talca (FITAL),etc.- El terreno forma parte de un eje de inserción social, razón por la cual favorece las relaciones comunitarias y de encuentro.

-Inserto en un **cordón verde**, área verde pública-espacio público-beneficioso y útil para la rehabilitación.

**-Relación con las redes de la ciudad, buena conectividad a nivel de ciudad.**

**-Fácil acceso.** Locomoción colectiva cercana.

**-Cercanía a instancias clínicas.** Ej. Hospital de día de psiquiatría y área de psiquiatría del Hospital regional.

**-Cercanía a instancias de desarrollo.**

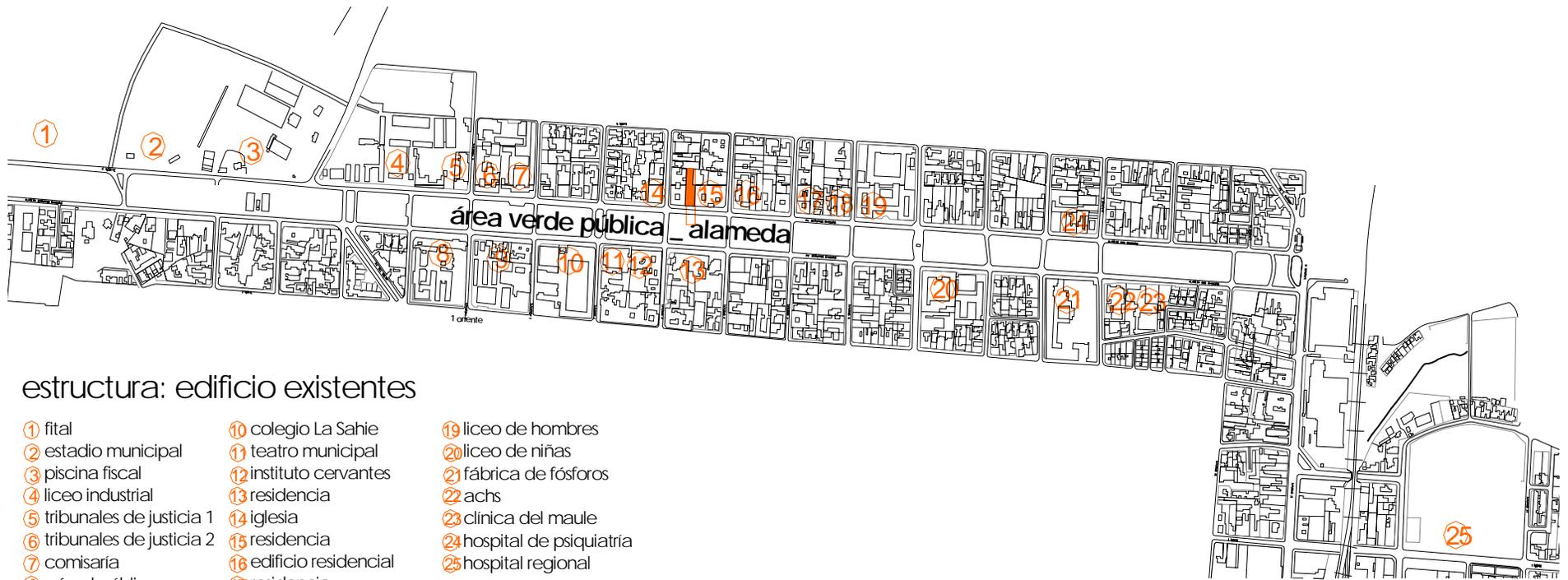
**-Entorno urbano mixto.** Residencia y usos comerciales y de relación actúa como soporte urbano para el desarrollo de relaciones adecuadas.

**-Centro como complemento de uso para los centros educacionales**, agregándose a las redes y circuitos ya existentes.

En este contexto, la rehabilitación de estos pacientes se potenciaría y les favorecería, ya que les permite una integración e inserción social.

## 6.5. Contexto urbano.





### estructura: edificio existentes

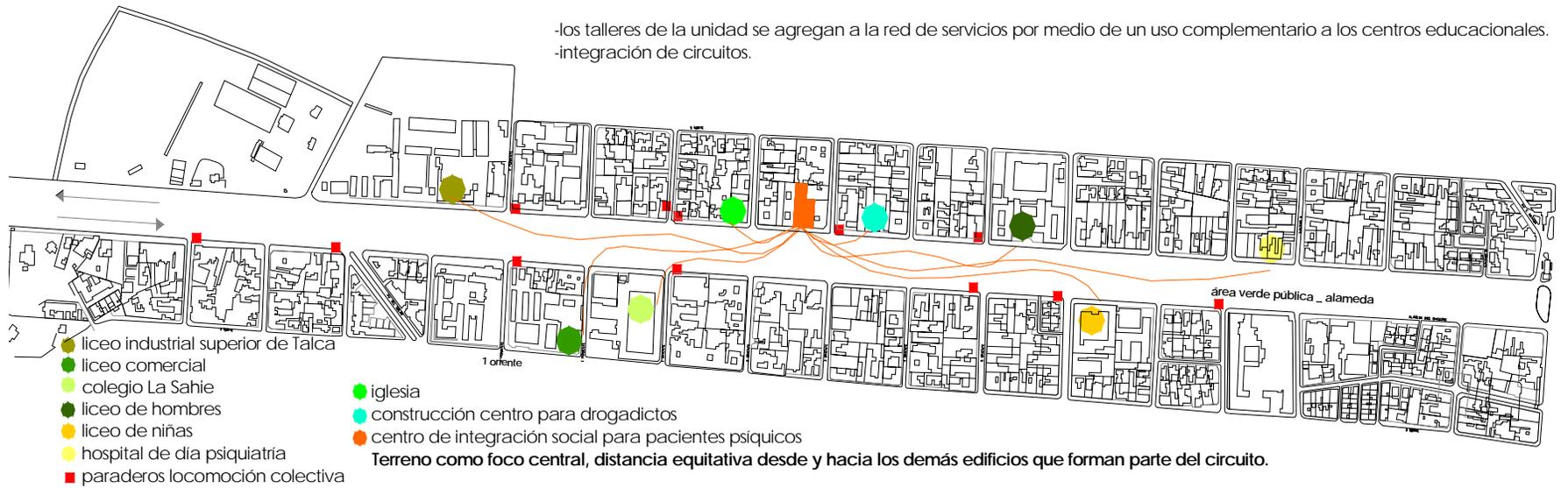
- |                            |                        |                           |
|----------------------------|------------------------|---------------------------|
| ① fital                    | ⑩ colegio La Sahie     | ⑲ liceo de hombres        |
| ② estadio municipal        | ⑪ teatro municipal     | ⑳ liceo de niñas          |
| ③ piscina fiscal           | ⑫ instituto cervantes  | ㉑ fábrica de fósforos     |
| ④ liceo industrial         | ⑬ residencia           | ㉒ achs                    |
| ⑤ tribunales de justicia 1 | ⑭ iglesia              | ㉓ clinica del maule       |
| ⑥ tribunales de justicia 2 | ⑮ residencia           | ㉔ hospital de psiquiatría |
| ⑦ comisaría                | ⑯ edificio residencial | ㉕ hospital regional       |
| ⑧ cárcel pública           | ⑰ residencia           |                           |
| ⑨ oficina abogados         | ⑱ comercio menor       |                           |

El centro se relaciona con las redes de la ciudad\_usos.



el área verde es beneficiosa para la salud del ser humano.

**Unidad que utiliza el área verde y el espacio público como terapia.**



**Circuitos\_unidad como complemento de uso para los centros educacionales.**



**Situación actual Alameda.**

Vista hacia el oriente.



Vista hacia el poniente.



Vista desde el poniente.



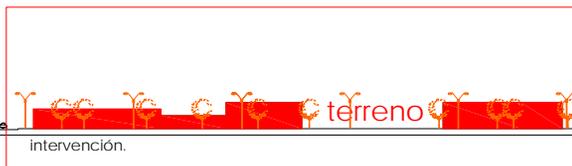
Vista hacia el terreno.



Terreno.



uso mixto, predominio de residencia.iglesia.



intervención.



uso residencial. hotel\_construcción centro para drogadictos.

**Contexto inmediato.**

Vista hacia el norte.

---



Vista hacia el norte.

---



Vista hacia el sur.

---



uso mixto, predominio de residencia.

uso educacional. edificio uso público  
a nivel regional, liceo de hombres.

uso mixto, predominio de residencia.

### 6.5.1. Relación con el terreno-propuesta.

#### Dialéctica edificio-espacio público.

Materializar la comunión del paciente con la sociedad a través de un espacio público-ágora que sirva como plaza formativa y de exposición, donde los usuarios tengan la posibilidad de demostrar su rehabilitación y demostrar los distintos oficios aprendidos.

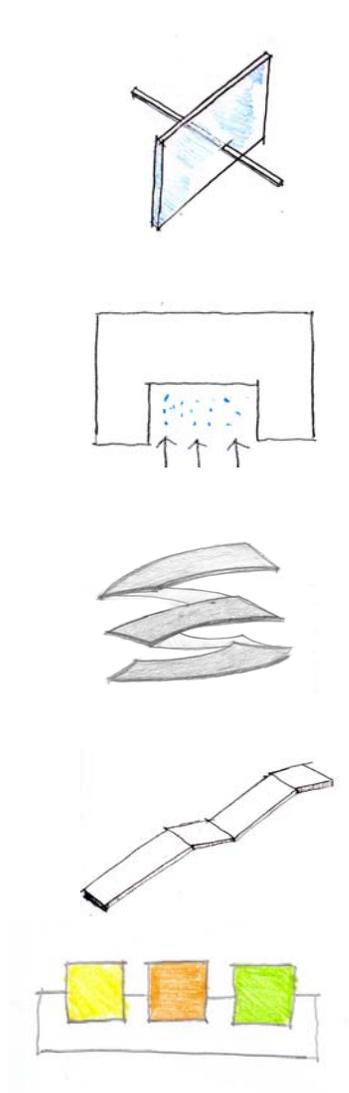
Espacio que sirve de nexo entre comunidad ,familia del paciente y usuarios del edificio.

#### Dialéctica edificio-cordón de área verde comunitaria.

Comunicación visual desde el interior del edificio a través de la transparencia y fluidez espacial. Conexión con el espacio público.

**Terreno entre medianeros, permite establecer la relación de puente entre un adentro y un afuera.**





## 6.6. Premisas de diseño.

**Cambio de la imagen de institucionalidad total,** autoritaria, dominadora y encerrada a la **imagen de apertura y libertad.**

**Apertura/ Transparencia.**

**Acogida/encuentro.**

**Horizontalidad.** Relación horizontal profesional-paciente. El paciente se siente parte de una comunidad; se relaciona al mismo nivel con sus pares y con los profesionales encargados.

**Progresión.** Desarrollo progresivo a la rehabilitación.

**Transitar.** El movimiento a través del espacio permite conocer, aprehender y significar el espacio.

**Participación / intervención.** Libertad para transformar el medio material que los rodea. Relación con el espacio. Apropiarse de él y dominarlo.

**Estructuración de ciertas áreas.** Estructuración de las instancias de trabajo y de los campos estimulantes como ordenadores del espacio.

**Orientación/dirección.**

**Flexibilidad.** Cambio de actividad dependiendo del requerimiento e interés del usuario.

**Utilización del color.** Color provoca cambios en la conducta.

## 6.7. Propuesta conceptual.

El paciente recorre, explora ciertas áreas estructuradas para orientarlo.

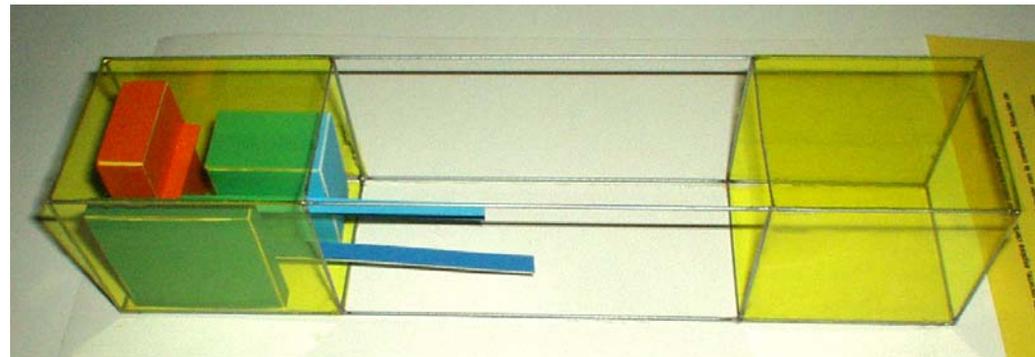
### Existencia de tres instancias.

**-Instancia social o comunitaria.** Apertura total. Transparencia. Relación con la comunidad. Situación de acogida, encuentro, participación e intervención.

**-Instancia de puente o nexo.** Apertura media. Nexo entre un adentro y un afuera, entre aquellas actividades que requieren de una mayor privacidad y aquellas de apertura a la sociedad. Instancia de paso en la que se contacta al paciente en forma progresiva a las actividades sociales externas.

**-Instancia de exploración y rehabilitación.** Transparencias y opacidad. En áreas estructuradas, desarrollo de trabajos de mayor privacidad. En la instancia interior se organizan aquellas actividades que requieren de mayor privacidad para su desarrollo. Progreso a la re-inserción. La sanidad como fin.

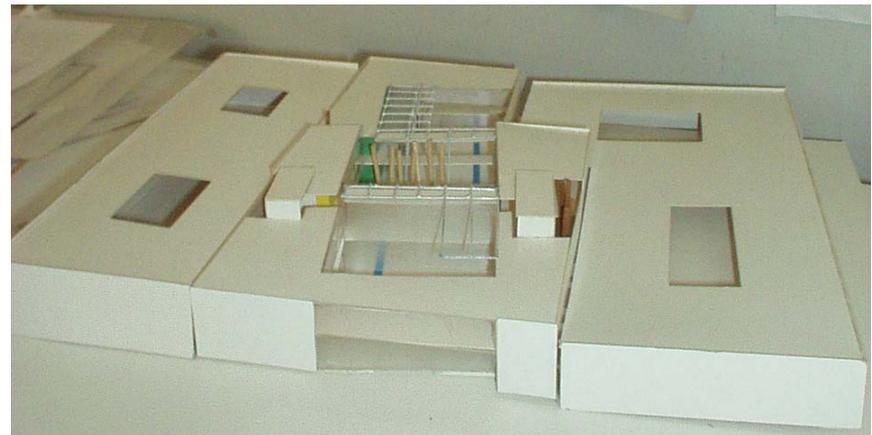
El programa se organiza desde lo más público a lo más privado.



### 6.8. El edificio.

Se proponen **tres patios** que se articulen con el fin de relacionar el **área de exploración** y el **área social**, integrando estas dos instancias que ayudan a constituir a un hombre integrado y equilibrado. El área social representa el encuentro con la comunidad, el que se articula con el de rehabilitación y preparación, donde cada espacio representa una instancia progresiva hacia la rehabilitación.

Existencia de área verde en el edificio generando un patio de trabajo con el fin de permitir mayor privacidad en el desarrollo de las actividades de jardinería y recreación.





Patio público\_social\_comunitario.

---



Patio de nexo\_rehabilitación.

---



Huerta\_espacio de trabajo.

---

## 6.9. Especificaciones según la ordenanza.<sup>1</sup>

El terreno propuesto corresponde a la zona Z-4 según el Plan Regulador de Talca.

### A- Usos de suelo

A1.- Usos Permitidos:

A1.1.- Vivienda

A1.2.- Equipamiento Nivel regional: Hospitales, clínicas, universidades, catedrales, templos, museos, bibliotecas, salas de concierto, teatros, auditorium, centros deportivos, clubes sociales, hoteles, ministerios, cortes de justicia, servicios de utilidad pública, servicios de la administración pública, oficina en general, bancos.

A1.3.- Equipamiento Nivel Comunal.

A1.4.- Equipamiento Nivel Vecinal.

A2.- Usos Prohibidos: Quedan prohibidos los servientros en Alameda B. O'Higgins y todos los usos no indicados como permitidos.

### B.- Condiciones de subdivisión predial y edificación.

B.1.- Superficie predial mínima: 300 m<sup>2</sup>

B.2.- Frente predial mínimo: 12 m

B.3.- Porcentaje máximo de ocupación de suelo: 70 %

B.4.- Coeficiente máximo de constructibilidad : 2,5-3,25 en terrenos de no menos de 1.500 m<sup>2</sup> de superficie.

B.5.- Sistemas de agrupamiento: Aislado o pareado, pero se podrá optar por agrupamientos continuos solo si se colinda en ambos

costados laterales con edificación continua ubicada en línea oficial; en dicho caso la profundidad máxima de la faja edificada continua no podrá exceder el 40% del deslinde común, excepto si el volumen construido en el deslinde respectivo común supera dicho porcentaje, caso en el que predominará la longitud de adosamiento existente.

B.6.- Altura máxima de edificación: Edificación aislada o pareada: según rasantes.

Edificación continua: 6,0 m. Se permitirá construcción aislada sobre la construcción continua. En Alameda B. O'Higgins se permitirá 12,0 m como altura máxima de edificación continua, no autorizándose en tal caso construcción aislada sobre dicha altura.

B.7.- Altura mínima de edificación: No se determina altura mínima para las construcciones que se emplacen en la zona, a excepción de las que se ubiquen en la Alameda 8. O'Higgins, cuya altura mínima no podrá ser inferior a 6,0 m en ninguna parte del volumen que conforma la fachada.

B.8.- Antejardines: Se exige antejardín con la profundidad mínima determinada, según el Art.11 de la presente Ordenanza. No obstante lo anterior, en caso de que en ambos costados se colinde con construcciones en línea oficial de cierre que tengan antejardín de profundidad inferior a la determinada según el mencionado Artículo, se podrá optar por la profundidad de antejardín mayor de las construcciones colindantes, y para las nuevas construcciones continuas se deberá establecer la misma profundidad de antejardín de las edificaciones laterales.

---

<sup>1</sup> Extracto Ordenanza Plan Regulador ciudad de Talca.

## 6.10. Gestión.

Mandante: Servicio de Salud del Maule.

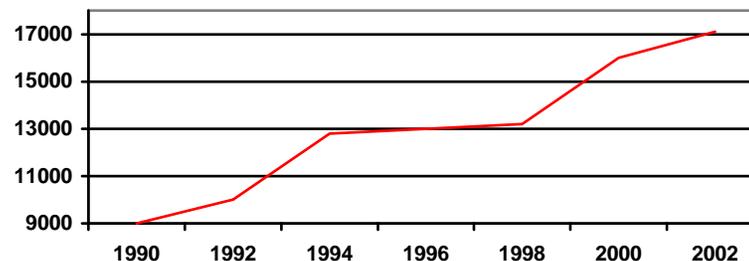
El proyecto se inserta en la gestión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

En Chile, la inversión más significativa en salud mental fue a fines del s. XIX y primera mitad s. XX con la creación de los hospitales psiquiátricos de la R.M., ya que era la única forma de atención conocida. En esta década, la inversión se retoma con el inicio de programas de salud mental y la instalación de una red de servicios clínicos. Actualmente los recursos públicos que se invierten en salud mental en el país alcanzan el 1,39 % del presupuesto total de salud, sin embargo, está contemplado que este porcentaje aumentará a un 5%.

El centro será gestionado por el Ministerio de Salud y el de educación. Su financiamiento será mixto público-privado, el cual se obtendrá de organizaciones no gubernamentales como: NEXOS limitada -organización que actualmente contribuye económicamente a los gastos en este ítem- y FONADIS ( Fondo Nacional para la Discapacidad ) además de otras instituciones de beneficencia.

El centro generará ingresos ( área laboral-comercial ), los cuales servirán para su mantención. ( autofinanciamiento ).

RECURSOS FINANCIEROS PARA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD (\$ MM)



**BIBLIOGRAFIA.**



**7**





## 7 BIBLIOGRAFÍA.

### 7.1. Bibliografía.

#### Libros:

- BACHELARD, Gastón. La poética del espacio. Editorial Fondo de Cultura Económica México, 1990.
- BASAGLIA, Franco. Locura y sociedad. Editorial México. Siglo Veintiuno, 1989.
- BASAGLIA, Franco. La institución negada. Editado por Barral editores. Barcelona, España, 1970.
- ESCOBAR Dr. Enrique; Medina Dr. Eduardo, Quijada Dr. Mario. De casa de orates a Instituto Psiquiátrico. Santiago de Chile, Agosto 2002.
- EY, Henri; BERNERD P ; BRISSET Ch. "Tratado de Psiquiatría", Editorial Masson 8° Edición, 1978.
- FOUCAULT, Michel. Historia DE LA LOCURA EN LA ÉPOCA CLÁSICA. Tomo I y II. Fondo de Cultura Económica, México,1998.
- FOUCAULT, Michel. Vigilar y castigar. Siglo XXI Editores. México,1997.
- GARCÍA-PELAYO Ramón, GROSS. Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado, 1995
- GOFFMAN, Erving. Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1998.
- LERSCH Philipp. La estructura de la personalidad. Editorial Scientia. Barcelona, 1971.
- NAGERA Vallejo, Introducción a la Psiquiatría. Editorial Científico-médica. Barcelona, 1977.
- PICHOT Pierre, López-Ibor Juan J.; Valdés Manuel. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM - IV. Editorial Masson. Barcelona, 1995.
- PROSHANSKY Harold M ; Ittelson William ; Rivlin Leanne G. Psicología ambiental. El hombre y su entorno físico. Editorial Trillas. México, 1978.
- SILVA IBARRA, Hernán; La esquizofrenia de Kraepelin al DSMIV, Editorial Universidad Católica.
- VIDAL, Guillermo. " El trastorno mental". Editorial Panamericana. Buenos Aires.1989.
- VIDAL, Guillermo; Alarcón, Renato; Lolas Fernando. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1995.

**Revistas:**

Revista Auca N°45 Dic Año 1982.

Revista CA N° 75.

Revista CA N° 95.

Revista CA N° 40.

Revista CA N° 88.

Revista Diseño N° 75 ( 1992 ).

Revista Diseño N° 47 ( 1997 ).

Revista ARQ N°48, Santiago de Chile. Julio 2001.

Revista N° 3. Septiembre - Octubre 1993 Facultad de Ciencias de la Educación U.N.E.R. Paraná, Argentina.

Revista Psiquiatría y Salud Mental, Santiago Chile, Editorial Sociedad Chilena de Salud Mental, Abril/Junio 2003.

Revista del Ministerio de Salud de Chile. Unidad de salud mental. "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría."

Revista Cuadernos Médico Sociales XXXIX, 1998.

Revista Psiquiatría y Salud Mental. Año XIX No 2 Abril/Junio 2003.

Revista de Psiquiatría Clínica Año XL No1 Agosto 2003.

Revista Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Resumen ejecutivo. Ministerio de Salud. Enero, 2000.

**Internet:**

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

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

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

[www.grupoarquitectura.com.ar](http://www.grupoarquitectura.com.ar)

[www.hemerodigital.unam.mx](http://www.hemerodigital.unam.mx)

<http://personales.ciudad.com.ar>

[www.vatican.va](http://www.vatican.va).

<http://medicinaintegradora.entornomedico.org/floresbach/>

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

**Memorias de título:**

-Martinez, Carolina. Centro de rehabilitación para discapacitados psíquicos: un espacio para el encuentro y la rehabilitación. Memoria de Título. Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile, Santiago, 2003.

-Alfaro, Fernando. El Mito de la Locura. Centro Integral de Salud Mental. Memoria de Título. Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile, Santiago, 2001.

-Contreras Cáceres Pablo. Centro diurno para la rehabilitación de personas con enfermedades mentales. Memoria de Título. Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile, Santiago, 2001.

-Azolas, Carlos. Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Parcial. Servicio de Rehabilitación y Reinserción de Pacientes Crónicos. Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. Memoria de Título. Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile, Santiago, 2001.





## 8 ANEXOS.

### 8. Anexos.

- Entrevista Dr. Eduardo Durán. Psiquiatra. Docente Universidad de Chile, presidente de la Sociedad chilena de Psiquiatría. Presidente de la Corporación para la esquizofrenia, programas de rehabilitación.
- Entrevista Dr. Luis Risco. Psiquiatra. Docente Universidad de Chile. Jefe de la Clínica Universitaria Universidad de Chile.
- Entrevista Dr. Ricardo García. Psiquiatra. Docente Universidad de Chile. Clínica Universitaria Universidad de Chile.
- Entrevista Dra. Marina Orellana. Psiquiatra infanto juvenil. Clínica Los Tiempos.
- Entrevista Dr. Jorge Sobarzo. Psiquiatra infanto juvenil. Clínica Los Tiempos.
- Entrevista arquitecta Ximena Cruchet. Diseño Clínica Privada Los Tiempos.
- Entrevista arquitecta Loreto Silva. Ministerio de Salud de Talca.
- Entrevista Dra. Pottof. Psiquiatra. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Regional de Talca.
- Entrevista arquitecto Alejandro de la Puente. Jefe de la dirección de Obras de la Municipalidad de Talca.
- Entrevista arquitecto Rodrigo Bertín. Jefe de la Secretaría de Planificación Municipalidad de Talca.
- Entrevista Sra. Maryela Pincetty, Directora Centro de Capacitación laboral Iberia, Talca.
- Entrevista Sr. Mario Villanueva, asistente social Sanatorio el Peral.
- Entrevista Sra. Yolanda Roquer, terapeuta ocupacional área rehabilitación Instituto Psiquiátrico.
- Entrevista Sr. Iván Pedredos, Terapeuta ocupacional área de rehabilitación Clínica Los Tiempos.
- Entrevista Sr. Cristian Barraza, Centro de Rehabilitación Renoval.
- Entrevista Srta. Julie Vásquez, terapeuta ocupacional. Centro Diurno Rehue.
- Entrevista Srta. Viviana, terapeuta ocupacional. Centro Reencuentros.
- Entrevista Sra. Eliana Amirá, terapeuta ocupacional. Microempresa de pasteles Rehue, dependiente del Instituto Psiquiátrico.
- Entrevista sicóloga Srta. Cecilia Navas. Centro diurno "Luz y esperanza", Talca.
- Entrevista Dr. Carlos Sjobert Psiquiatra Ministerio de Salud de Talca.
- Entrevista sicóloga Marcela Ormazábal. Jefa Ministerio de salud del Maule.
- Entrevista con los pacientes.

## 8.1. Entrevistas.

Centro de rehabilitación. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Terapeuta ocupacional: Yolanda Roquer.

**Las instancias y lugares de rehabilitación y acogida de los pacientes con trastornos psíquicos-mentales son los siguientes:**

(Cada uno de estos lugares al que se derivan, dependen por una parte de la etapa en que se encuentre la evolución de la enfermedad y por otra, del apoyo familiar que posea cada interno.)

- Pabellones de hospitalización del instituto. Carácter asilar. Usuario: paciente crónico.
- Hogares protegidos: lugar de residencia de aquellos pacientes que han sido abandonados por sus familias. Usuario: paciente estabilizado e independiente (autovalente de la vida diaria.)
- Hogar sicogeriátrico. Usuario: paciente de edad avanzada estabilizado (autovalente de la vida diaria.)
- Hospital diurno: lugar donde se realiza una hospitalización diurna, se realizan cuidados más intensivos. Usuario: paciente descompensado. Se requiere de una cantidad mayor de profesionales que estén al servicio de éste. Generalmente se integra al paciente a una rutina. (A veces el hosp. diurno está dentro de la institución.) Existe una relación vertical entre el profesional tratante y el paciente, un manejo directivo.

- Centro diurno: lugar donde se realizan actividades de rehabilitación más libres de preparación para la inserción laboral, estudiantil, etc. Se busca también la integración a la comunidad, dando prioridad a los intereses de los pacientes, permitiendo la exploración en diferentes áreas, otorgando libertad para el desarrollo de las actividades que le satisfaga. Usuario: paciente estabilizado. Relación con el equipo de trabajo: lineal, horizontal. (En general está fuera de la institución, inserto en un barrio.)
- Casa club: lugar donde asiste el paciente (por el día) a desarrollar actividades de grupo; ofrece al paciente formar parte de un grupo, ofrece una dinámica más libre. Usuario: paciente estabilizado. Relación con el equipo de trabajo: lineal, horizontal. (En general está fuera de la institución, inserto en un barrio.)

Los centros de rehabilitación utilizan el ambiente, las relaciones, la ocupación, etc. como medios para rehabilitar tanto en el área física como psíquica. Se busca rehabilitar en forma integral, muchas veces se comienza enseñándoles a comer, caminar, crearse hábitos, hacer trámites solos con el fin de que el paciente se sienta parte de la sociedad, que se sienta realizado y logre tener una actividad que le sea remunerada.

Centro de rehabilitación. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Terapeuta ocupacional: Yolanda Roquer.

Fin al que se dirige la rehabilitación: crear instancias de integración en la comunidad (dependiendo de la evolución del paciente), que los pacientes descubran sus intereses y motivaciones .

Se enfoca a rehabilitar tres grandes áreas para el desarrollo integral del paciente:

**-Actividades vida diaria:**

- peluquería.
- cuidado personal.
- lavado, higiene, arreglo de sus ropas.
- manejo del dinero (administración del dinero y pertenencia).
- cocina.
- lavandería
- entrenamiento de hábitos diarios.

Ej: tomar micro.

**-Actividades laborales y prelaborales: adquirir la capacidad para enfrentarse al mundo laboral.**

- jardines
- mueblería
- repostería
- aseo
- cafetería
- fotocopiadora

**-Actividades del área cultural y artística.**

- fotografía
- literatura
- pintura
- teatro
- danza y baile

### Centro diurno Rehue. (perteneciente al instituto.)

Terapeuta ocupacional: Julie Vasquez.

Centro que busca rehabilitar e integrar socio-laboralmente pro medio de una rehabilitación práctica.

Usuario: paciente estabilizado, persona con metas a cumplir y/o dispuestos a formularse proyectos de vida.

Se enfoca a rehabilitar tres grandes áreas para el desarrollo integral del paciente:

- Productividad: trabajo, estudios, atención, memoria, concentración.
- Autocuidado: hábitos básicos.
- Tiempo libre: control de impulso, área social, respeto de turnos.

También se entrena la asistencia y puntualidad, ya que esto es un requerimiento exigido en un trabajo remunerado.

Es importante mencionar que el área motora y física también se afecta.

En este centro la relación es horizontal, el terapeuta desarrolla las mismas actividades que los pacientes. Ej.: si hay que cocinar se incluye a todos dentro de los turnos.

Centro que utiliza como estructura el modelo de ocupación humano.

Áreas de funcionamiento /espacios.

-Oficina con computadores.

-Cocina

-Comedor

-Sala de música y artes corporales.

-Sala de video-multiuso. Educación para reforzar las funciones corticales superiores.

-Sala de arte, costura y pintura.

-Taller de primeros auxilios.

El paciente elige de acuerdo a sus intereses.

Son aceptados pacientes con esquizofrenia con bipolaridad. Las adicciones, en general no son aceptadas, porque no es bueno mezclarlas con los otros trastornos, a no ser que hayan dejado la adicción por lo menos por un año. Patologías duales como esquizofrenia con adicción son aceptadas.

### Micro-empresa de pastelería Rehue.

Terapeuta ocupacional: Eliana Amirá.

Microempresa sustentada por el Instituto Psiquiátrico.

Microempresa: ambiente real. Inserción en la comunidad, fuente de trabajo real.

La selección para este trabajo fue según interés, aprendizaje, desarrollo, responsabilidad.

Es ideal que en un centro de rehabilitación se mezclen las patologías, ya que así es más efectiva la rehabilitación porque juntos se complementan. Cada patología tiene un comportamiento estereotipado. Esquizofrénicos: pobres de iniciativa, frente a cualquier variable de cambio no se las ingenian para resolver los problemas, no salvan las situaciones. Son rígidos como robots. Es importante mencionar que estas son características que se repiten en varios, pero no quiere decir que sea generalizado, ya que cada persona es diferente, ha tenido una formación y una historia peculiar.

Un centro de rehabilitación debería tener una variabilidad en las actividades, debería promover la flexibilidad espacial y facilitar la exploración.

**“ porque esperaba la ciudad que tiene fundamentos, cuyo arquitecto y constructor es Dios”. La Biblia.**

### **Agradecimientos.**

En primer lugar doy gracias a Dios por Su guía, fuerza y protección a lo largo de la carrera.

Agradezco a mis padres y a mi hermana por su constante apoyo y ayuda en todo momento. Su ejemplo me ha permitido valorar lo que realmente tiene sentido en esta vida.

Asimismo, agradezco a mi profesor guía y al equipo docente por su cordial ayuda en la realización de este proyecto.

Gracias a mi inolvidable grupo de trabajo en los años anteriores : “chiquillas, gracias por sus consejos, apoyo y estímulo.”

A mis amigos, que me ayudaron y dieron su apoyo en todo momento... llamadas telefónicas, mensajes de texto, e-mails, y que siempre estuvieron ahí cuando los necesité : Nino, Seba y Arturo ¡ muchas gracias !

Y por último, a todos aquellos profesionales de las distintas instituciones por recibirme y brindarme su apoyo e información. De manera especial agradezco al doctor Eduardo Durán psiquiatra por haberme brindado su ayuda, tiempo y atención. También a don Eduardo Castillo Velasco, por sus opiniones y comentarios tan valiosos.

Elisabeth Avalos Orellana.

Santiago, Octubre de 2004.