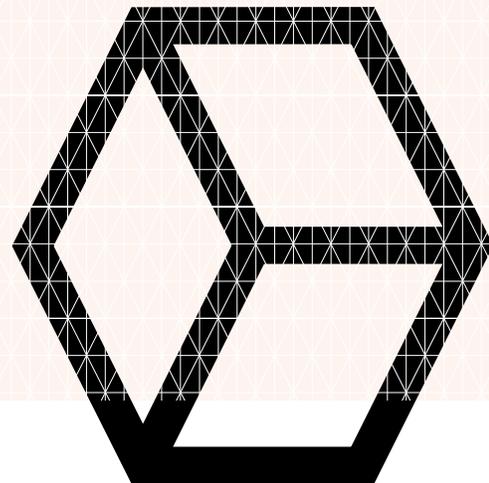
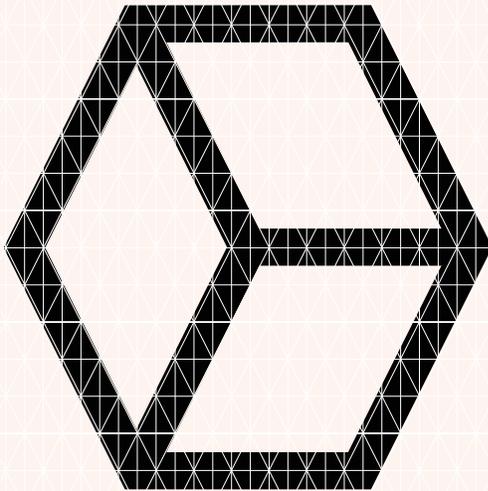
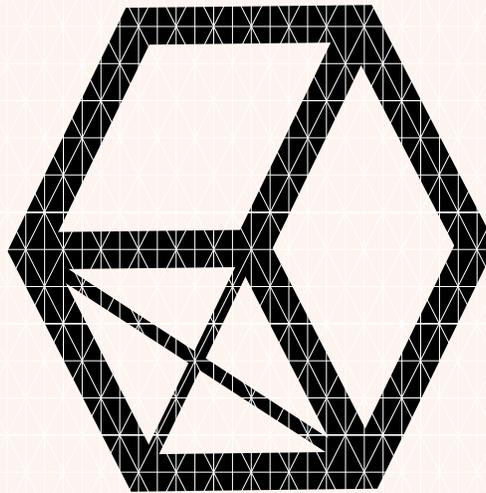


REHABILITACIÓN
HOSPITAL
SANATORIO
EL PERAL

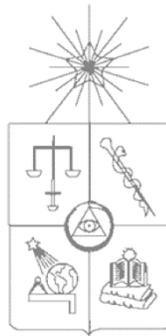
2013



Fabiola Morcillo N.

Profesor guía: Francis Pfenniger

REHABILITACIÓN HOSPITAL SANATORIO EL PERAL



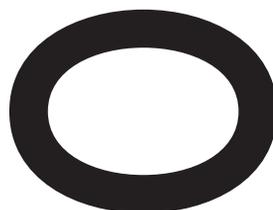
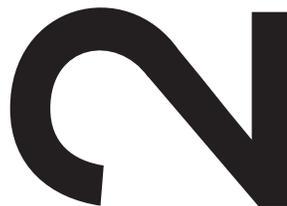
Semestre primavera
2013

01 INTRODUCCIÓN

p. 07-07
1.1 Introducción

p. 08-08
1.2 Problemática

p. 09-10
1.3 Objetivos



02 MARCO TEÓRICO

2.1 Institución psiquiátrica

p. 12 -14
2.1.1 Concepto de enfermedad mental

p. 15 -16
2.1.2 Espacios de la locura en la historia

p. 17 - 21
2.1.3 Hospital psiquiátrico en la historia

•

2.2 Relidad nacional

p. 22 -27
2.2.1 Problemas en la salud mental de los chilenos

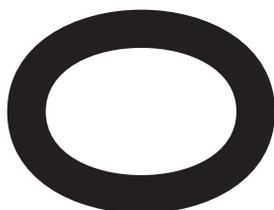
p. 28 -29
2.2.2 Recursos destinados a la salud mental

p. 30 -32
2.2.3 Sistema de salud mental en Chile

•

2.3 Oportunidades

p. 33 - 33
2.3 Oportunidades



03 LUGARIDAD

3.1 Lugaridad

p. 35 - 35

3.1.1 Elección del lugar.

p. 36 - 39

3.1.2 Hospitales psiquiátricos del país

•

3.2 Hospital Sanatorio El Peral

p. 40 - 40

3.2.1 Hospital psiquiátrico Sanatorio El Peral

p. 41 - 43

3.2.4 Contexto urbano

p. 44 - 45

3.2.3 Historia

p. 46 - 59

3.2.4 Situación actual

•

3.3 Análisis

p. 60 - 60

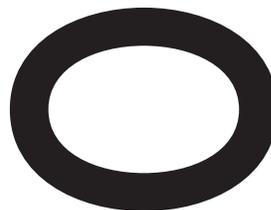
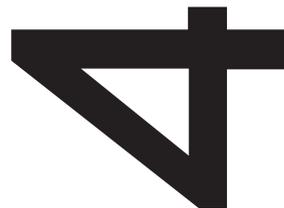
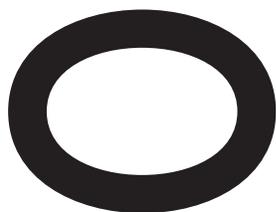
3.3.1 Análisis FODA

p. 61 - 61

3.3.2 Problemáticas específicas

p. 62 - 62

3.3.3 Objetivos específicos



04 PROPUESTA

p. 64 - 66

4.1 Idea Arquitectónica

p. 67 - 80

4.2 Programa

p. 81 - 81

4.3 Gestión

p. 82 - 92

4.4 Plan Maestro

p. 93 - 96

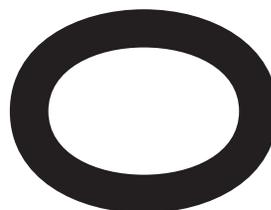
4.5 Unidades de tratamiento

p. 97 - 99

4.6 Referentes

p. 100 - 105

4.7 Proceso



05 BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

01

- 1.1 Introducción
- 1.2 Problemática
- 1.3 Objetivos



1.1 INTRODUCCIÓN

La locura como símbolo de exclusión y olvido social - espacial ha sido un problema histórico en la construcción de nuestra sociedad, desde sus inicios hasta nuestros tiempos. El modelo de pensamiento occidental ha llevado a que todo lo que este fuera de la norma se mantenga a un margen y la arquitectura clásica ha correspondido a tal forma de pensar.

Los establecimientos que tratan a personas con trastornos mentales han sido por lo general espacios de control, el control de lo que no se entiende, donde los pacientes han sido sometidos al aislamiento, a la reclusión, a la incomunicación y a la invalidación como personas. Si bien dentro de la arquitectura se han desarrollado distintos modelos para la configuración de este problema, el problema de la locura radica en una visión compleja de modelo de sociedad en el cual se conjugan factores de control tales como el espacio, las personas, los psicofármacos, etc.

En Chile las reformas psiquiátricas apuntan a la desinstitutionalización de estas entidades psiquiátricas, planteando un modelo mucho más integrador, pero dentro de éste siguen existiendo tales instituciones, como lo son los hospitales psiquiátricos.

Como punto de partida se plantea una hipótesis que vincula las instituciones psiquiátricas existentes en las ciudades y la posibilidad de integrarlas a la trama urbana y social de manera activa, siendo el hospital psiquiátrico como institución el que configurará el marco teórico del proyecto.

1.2 PROBLEMÁTICA

El contexto histórico actual en el que nos encontramos está destinado al crecimiento acelerado de los procesos urbanos, tales dinámicas espaciales han causado una serie de desórdenes en ámbitos que ni si quiera han sido estudiados. En este sentido, en la mayoría de las ciudades “en vías de desarrollo” sufren de un aumento significativo de las “enfermedades mentales”, siendo Santiago de Chile una de las que encabeza la lista.

El aumento de la densidad poblacional, aumento de edificios con calles de evacuación constantes hace un siglo, construcciones de carreteras que cercenan y segmentan barrios. Aumenta la entalpia urbana colaborando en la generación de sociopatologías.

La situación en que se encuentra Chile, es desfavorable en términos de índices de trastornos mentales, somos el segundo país con la mayor tasa de suicidios en la población entre 10 y 19 años. Santiago no se escapa de estos trastornos posicionándose en el primer lugar en porcentajes de depresión en dicha población, 30% entre las ciudades más importantes del mundo, siendo el 2º lugar Manchester con un 17%.

Por otra parte las inversiones en salud mental en Chile dejan mucho que desear, mientras aumenta la demanda en esta área, el presupuesto no lo hace. Desde 1990 han aumentado 49 camas llegando a un total de 891, lo que ubica al país en los últimos lugares de desarrollo según la OCDE. En total la inversión en salud mental corresponde al 3% del presupuesto total destinado a salud, siendo uno de los países que menos recursos invierte en esta área.

Es así como se configura un mapa de relaciones en donde todo indica que existe una crisis en la institución hospitalaria psiquiátrica y es necesario una reevaluación del modelo psiquiátrico para 1º la mejoría de los pacientes, 2º la integración social para con la comunidad, 3º un modelo de gestión que sustente de mejor forma el desarrollo de la salud mental y 4º la educación y difusión de los temas psiquiátricos.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una propuesta arquitectónica que de respuesta a los requerimientos espaciales que necesitan las personas con trastornos mentales, incorporar en este desarrollo un área de extensión que funcione como integrador espacial de la comunidad al hospital y viceversa configurándose como espacio público, y que además funcione como ventana a la educación frente a temas de salud mental.

Se elegirá una hospital psiquiátrico de Chile que presente una deficiencia en infraestructura y problemas a nivel hospitalario como caso de estudio, en el cual estos objetivos se puedan aplicar.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Rehabilitar un espacio hospitalario psiquiátrico en el cual se propongan nuevos modos arquitectónicos para la rehabilitación de los pacientes, a través de programas que los vinculen con la sociedad y validen su accionar dentro de esta, conectándose a la trama urbana a través del intercambio de relaciones y libertades, que se unen en un espacio de extensión del propio hospital que funciona como dispositivo educativo y de investigación de los temas psiquiátricos, donde este nuevo espacio público impulse el desarrollo social, emocional, intelectual, económico y educativo del hospital propiamente tal y el país en general.

Lograr una concientización de que los trastornos psiquiátricos son una rama de pensamiento tan válida como la razón, en la cual existen respuestas a la realidad distintas a lo normal. Esto a través de la visualización del problema de la locura por medio de la integración espacial y un programa educativo de la comunidad, en los trastornos mentales.

Hacer una propuesta de desarrollo sustentable, integral, paisajística, ambiental, social y económica en la que se respete el medio ambiente y la conservación de la identidad del hospital a elegir.

MARCO TEÓRICO

02

2.1 Institución psiquiátrica

2.1.1 Concepto de enfermedad mental

2.1.2 Espacios de la locura en la historia

2.1.3 Hospital psiquiátrico en la historia

•

2.2 Realidad nacional

2.2.1 Problemas en la salud mental de los chilenos

2.2.2 Recursos destinados a la salud mental

2.2.3 Sistema de salud mental en Chile

•

2.3 Oportunidades

2.3 Oportunidades



INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

“

“¿Cómo definiría usted la salud mental?”, preguntó Alan Wallace al doctor Lew Judd, director a la sazón del National Institute of Mental Health –el centro federal de investigación psiquiátrica durante el segundo congreso organizado en 1989 por el Mind and Life Institute.

La falta de una respuesta clara puso de relieve que, hasta ese momento, la psiquiatría occidental no parece haberse interesado gran cosa en la salud mental. Muy al contrario, la investigación psiquiátrica suele centrarse en los trastornos mentales y define la salud mental como la ausencia de enfermedad.

”

*“Emociones destructivas, Diálogos entre el DALAI LAMA y diversos científicos, psicólogos y filósofos.” Daniel Goleman, 2002.
Ed. Kairós Pág. 93*



2.1 INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

En 1961 Thomas Szasz plantea la discusión de el concepto de enfermedad mental, que desde la propia argumentación médica basada en el método científico, no existe una validación que compruebe ninguna enfermedad mental como tal. Por lo tanto no es cierto que se pueden tipificar estas alteraciones como enfermedades utilizando esta metodología.

En este contexto de discusión, que no excluye que la “locura” exista, la crítica apunta a la metodología médica aplicada a la tipificación de estas enfermedades psiquiátricas, en el sentido de que la que la “actividad mental” como tal no se puede observar, simplemente son hipótesis sobre esta. Ni la corriente psicoanalítica ni la respuesta neuro-psiquiátrica han dado respuestas a “la enfermedad mental”, debido a que la observación del sistema nervioso (rayos x, electroencefalogramas)son simplemente formas que aún no tienen correlación con el comportamiento hablando en términos de validación científica.

Por lo tanto, los el diagnóstico de estas enfermedades fluctúa mucho dependiendo de la corriente psiquiátrica, y los tratamientos no son los más efectivos, entonces lo que hace esta disciplina es controlar el comportamiento, es decir manipular solo el efecto, ya que la causa es desconocida, y frente a este desconocimiento, es donde se pone el ojo crítico que cuestiona dicha profesión.

Sin duda los mecanismos que tiene la psiquiatría para atacar los “males” o anormalidades de la mente, históricamente represivos, atacando la integridad de la persona “enferma”, anulando su libertad, porque lo que hace la disciplina es invalidar el juicio personal, por lo tanto negar al “enfermo” como persona.

Por otra parte, en nuestro sistema de creencia occidental, cualquier forma de pensamiento que no sea racional, o “normal” está invalidado, por lo que lo que hace la sociedad es aislar y excluir lo desconocido. Y, desde este marco, es donde se comprende la existencia de las instituciones psiquiátricas más radicales.

2.1 INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

ESPACIOS DE LA LOCURA EN LA HISTORIA.

Michel Foucault en 1961 escribe el libro “*Historia de la locura en la época clásica*”, en el cual expone la visión que se ha tenido de la locura en una cronología desde la edad media hasta la época clásica donde básicamente dice que la locura, también llamada “sin razón”, que ha estado asociada históricamente a la pobreza, a la incapacidad y a la falta de moral, es excluida de la sociedad por la dominación al miedo de lo incomprendido.

Esta “exclusión” que viene del latín *excludere*, (sacar algo o alguien, dejar fuera, rechazar) que se compone de el prefijo *ex* (de, desde, movimiento de un interior a un exterior), y el verbo *cludere* (cerrar, encerrar), se transforma en el encierro denominado “espacio correccional”, en donde se considera que las personas con alteraciones mentales, llamados locos, criminales y alienados, son simplemente animales, esta conclusión se plantea desde la simple premisa derivada de que el hombre era pensado como un animal racional, y estos no lo son, serían simplemente animales, sin capacidad de juicio.

Por lo tanto, se plantea una “domesticación” de estos seres irracionales, que no es nada más que una dominación, donde la verdadera finalidad de este “espacio correccional” es la aislación, a través de la individualización que se produce en este “retiro” para que estas personas tomen conciencia de su propia locura y se produzca la negación del yo, cerrándose así el círculo del control total.

Por este análisis del control de lo desconocido, es desde donde se puede comprender la arquitectura psiquiátrica, como se ha configurado a lo largo de la historia como una estructura totalitaria, como lo relata Erving Goffman en su libro “*Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*” Aquí explica como las instituciones psiquiátricas, como los manicomios responden a una estructura totalizadora, en el sentido mismo de la supresión de libertades hablado anteriormente.



Fig. 2.1 Michel Foucault
Fuente: www.flickr.com

Esto está descrito en los siguientes puntos; todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, cada etapa de la vida diaria de un miembro se lleva a cabo en compañía de muchos otros, todas las actividades de la vida diaria están estrictamente programadas, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional para los objetivos de la institución.

Todas estos puntos, se engloban en una constante agresión al yo que se traducen en una lista de dinámicas tales como: La anulación del rol social del sujeto, obediencia ciega, humillaciones en el trato con los superiores, desposeimiento de posesiones u objetos personales, uniformización, alimentación reglada, confesar la vida privada en público, control de movimientos, violaciones de la intimidad castigos y amenazas. Todas estas acciones tienen como respuesta en los pacientes un sometimiento, impotencia, una regresión generalizada, que además está apoyada por los psico-fármacos aplicados en el tratamiento.

Sin duda ninguna de estas prácticas son beneficiosas para la salud mental de los pacientes ni la “curación” o rehabilitación de su integridad como personas.

2.1 INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN LA HISTORIA

El hospital psiquiátrico como institución comienza en 1425, por voluntad del rey D. Alonso V de Aragón, con la creación de un establecimiento benéfico que abriera sus puertas a todos los dolientes que ante el mismo se presentara, atendiendo a enfermos comunes y a dementes también. Esta institución de carácter asistencial, pretendía contener todos los “males” de la sociedad y acogerlos bajo un mismo techo para mantener el orden del resto de la sociedad.

El modelo arquitectónico que se implementó en todos los asilos psiquiátricos fue el de carácter monumental, con gran escala para poder albergar a una gran cantidad de pacientes, Carla Yanni, en su libro “Arquitectura de la locura”(2007), describe la arquitectura de los hospitales psiquiátricos de Estados Unidos, con un reflejo de la arquitectura proveniente de Europa, la cual era la común en la mayoría de los países occidentales.

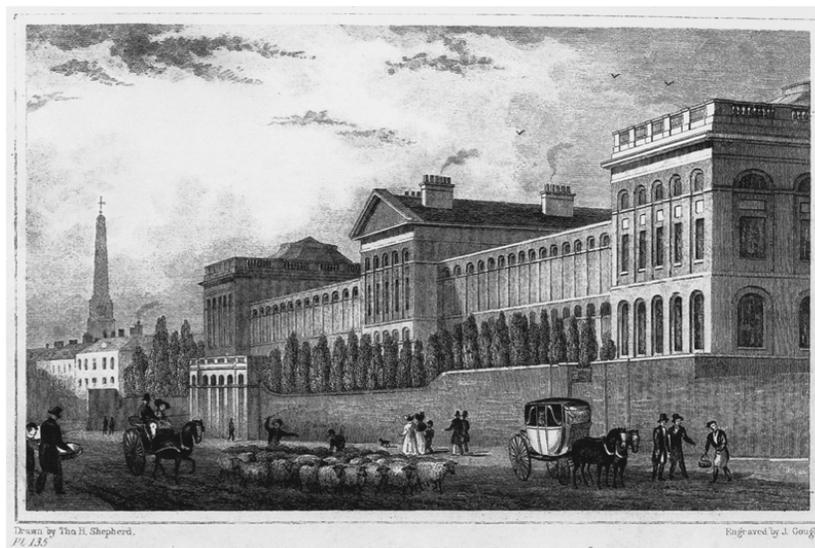


Fig. 2.2 ST. LUNATIC HOSPITAL, LONDRES 1787

Fuente: *Arquitectura de la locura*, Carla Yanni, p. 21.

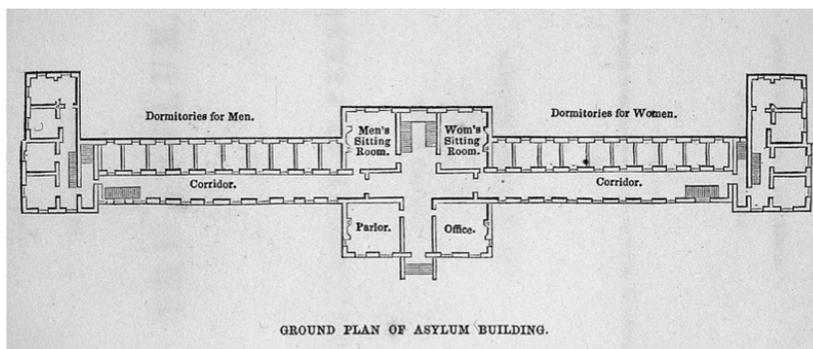


Fig. 2.3 ST. ASILO PARA INSANOS DE LA SOCIEDAD DE AMIGOS, PHILADELPHIA, 1825

Fuente: *Arquitectura de la locura*, Carla Yanni, p. 21.

Los primeros hospitales fueron de carácter aislado, de gran escala respondiendo a una tipología común de grandes pabellones, donde se encuentran las camas de los enfermos, articulados por un núcleo central que alberga los servicios de la institución.

Estos establecimientos, según la lectura de Yanni, fueron creados con la premisa del asistencialismo y la funcionalidad para el bienestar de los pacientes en su interior. Espacios muy amplios donde cupieran un gran número de personas para que la atención fuese eficaz.

La construcción en etapas de estos edificios monumentales contenía un programa que atendía a los requerimientos y necesidades del hospital, que usualmente contaban con largos pabellones sin interrupciones de los pacientes, el edificio central que concentraba los servicios, con un gran hall, una tienda farmacéutica, una biblioteca, la oficina del director, un área de residencia, la sala de maternidad (para mujeres pobres pero casadas). También tenían una sala de operaciones, la cual funcionaba como un teatro de operaciones, donde cabrían 300 espectadores.

A principio estas instituciones estaban ubicadas en el centro de las tramas urbanas, pero pronto surgió una visión dentro de los arquitectos que creía que el ambiente urbano tan próximo no era saludable para la recuperación de los pacientes, además el entorno contraído obstruía la visualización del paisaje natural, factor que era considerado como terapéutico. También existe la incomodidad de los ciudadanos en tener un contacto con las personas con alteraciones mentales, convirtiéndose en un círculo vicioso, en el que el edificio cada vez más tiene más restricciones para evitar el roce entre paciente y ciudad.

Bajo otra corriente de la psiquiatría, el Dr. Thomas Kirkbride influyó en las construcciones posteriores. Kirkebride consideraba que la mejor doctrina para asilos mentales era la de la “gestión moral” práctica que requiere un cambio de horarios diarios y hábitos regulares. Estos estaban destinados para que los pacientes internalicen el autocontrol. Los pacientes podrían vivir una vida regimentada, comer alimentos saludables, hacer ejercicio, evitar la ciudad viciosa, y visitar todos los días a la matrona oficial de la institución. Otros principios incluyen que los pacientes deben ser desencadenados, ser animados a realizar tareas laborales (como la agricultura, carpintería, o lavar la ropa), y se les permite pasear por los jardines con un ayudante. Los médicos estadounidenses temprano el siglo XIX creían que los pacientes eran inherentemente buenos, a pesar de su conducta externa, y les otorgaban a los enfermos mentales la promesa de retorno a la sociedad después de una estancia en el asilo especialmente diseñado.

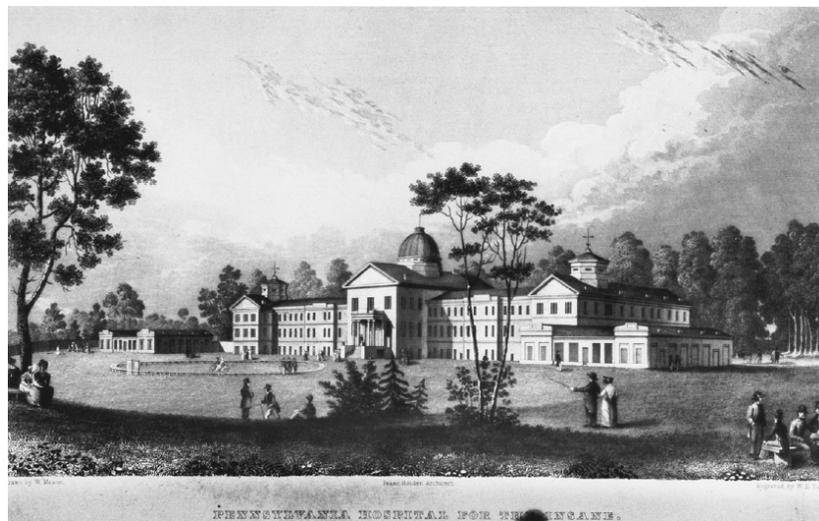


Fig. 2.4 HOSPITAL PARA INSANOS DE PENNSYLVANIA 1841

Fuente: *Arquitectura de la locura*, Carla Yanni, p. 39.

Según esta corriente, este nuevo enfoque necesitaba otro tipo de arquitectura en donde se pudieran desarrollar todas estas actividades. Nació entonces una tipología de edificios también de carácter monumental, con muchas dependencias asociadas a terrenos rurales, cerca del tejido urbano, para así poder desarrollar las tareas de agricultura e ingeniería que eran necesarias para el desarrollo de sus capacidades, y tener “vistas pintorescas” de un ambiente natural alejado de la ciudad.

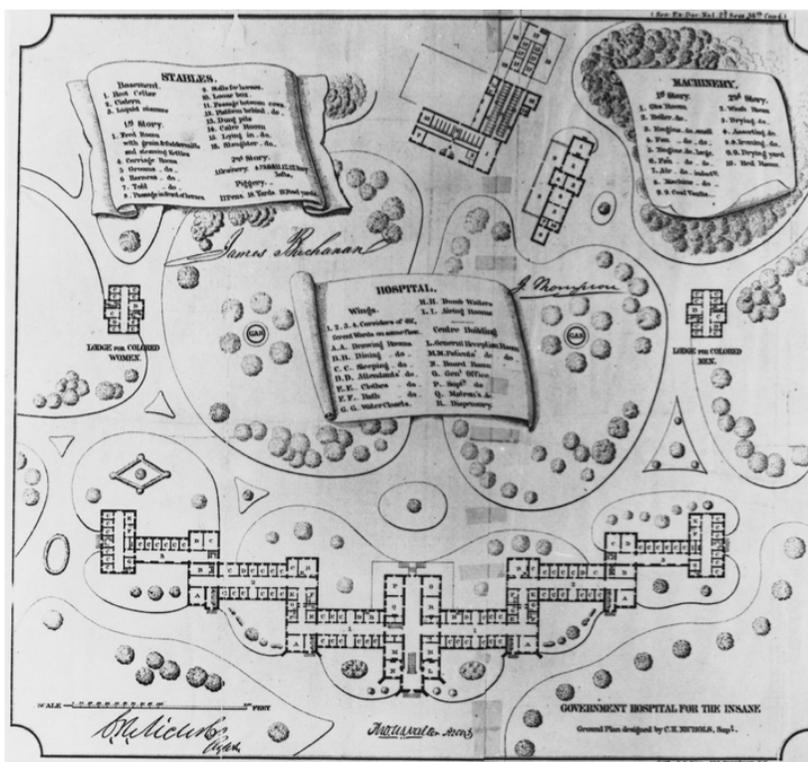


Fig. 2.5 PLANTA DEL HOSPITAL PARA INSANOS DE LA ARMADA Y EL DISTRITO DE COLUMBIA, 1852

Fuente: *Arquitectura de la locura*, Carla Yanni, p. 69.

Dentro de esta nueva concepción espacial para los enfermos mentales, era estudiado que la purgación en todos los aspectos posibles era necesaria, tanto interna como externa del sujeto. Se pensaba que la ventilación era un aspecto esencial para el bienestar de su estadía y recuperación.

Este modelo se implementó en muchos hospitales posteriores asociado a la laborterapia, también implementados en Chile en la primera mitad del siglo XX.

Si bien la psiquiatría aquí abrió su mirada a que los pacientes eran personas con posibilidad de recuperación, valorando un poco más el enfoque a los derechos humanos, las prácticas psiquiátricas continuaban siendo muy violentas, los encierros, castigos, terapias de shock, y las limitaciones de autonomía de los pacientes a través de los psicofármacos, etc. seguían practicándose, por lo que surge en Francia a principios del siglo XX una corriente de desinstitucionalización que considera a todos los hospitales para enfermos mentales, asilos y manicomios, como establecimientos de control, de tipo carcelario, por lo que se dejaron de construir estos establecimientos en muchos países incluyendo el nuestro.

2.2 REALIDAD NACIONAL

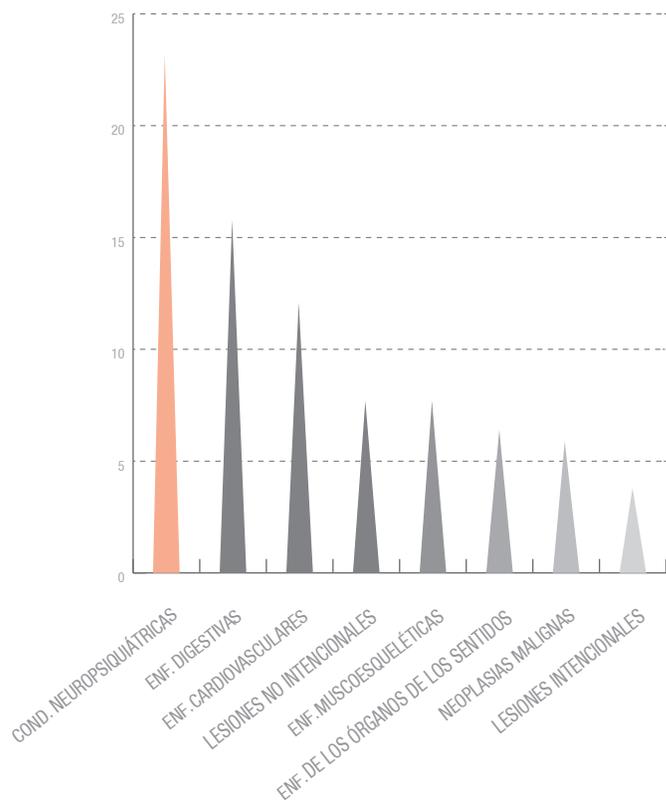
SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

El sistema de salud mental ha sido una preocupación mundial durante siglos, en este momento la preocupación es mayor por instituciones como la Organización Mundial de la Salud quien ha puesto su estudio en el bienestar, en los derechos humanos, y en el desarrollo terapéutico de la rehabilitación, marcando las pautas que la mayoría de las naciones aspiran.

Chile por su parte ha desarrollado una reestructuración organizacional debido a las demandas crecientes por esta área de la salud. Los esfuerzos realizados por el Estado han sido significativos en cuanto a reformas, pero sin embargo el sistema sigue estando en crisis.

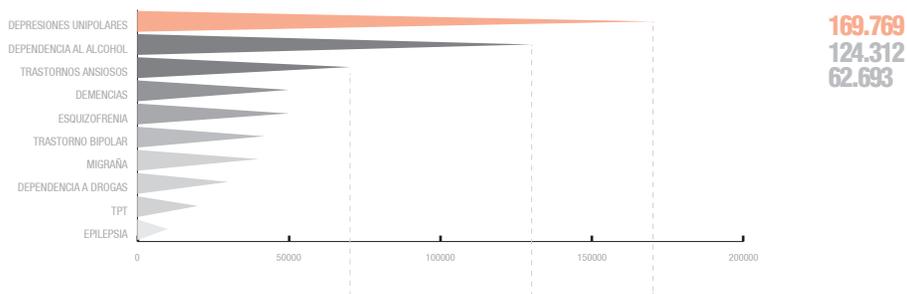
PROBLEMAS EN LA SALUD MENTAL DE LOS CHILENOS

PRINCIPALES CAUSAS DE AVISA, CHILE 2004.



Indicador epidemiológico denominado AVISA que significa Años de Vida Saludables perdidos en forma prematura por discapacidad y muerte el cual mide el impacto de la enfermedad no solo a nivel de mortalidad sino de morbilidad

PRINCIPALES 10 CAUSAS DE AVISA POR CONDICIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS, 2004.



SÍNTOMAS DEPRESIVOS + 15 AÑOS.



17,2%
 8,5%
 25,8%

TRASTORNOS ANSIOSOS



24%
de la población

Ansiedad generalizada crisis de pánico, somatizaciones

MUJERES Y DEPRESIÓN



60%

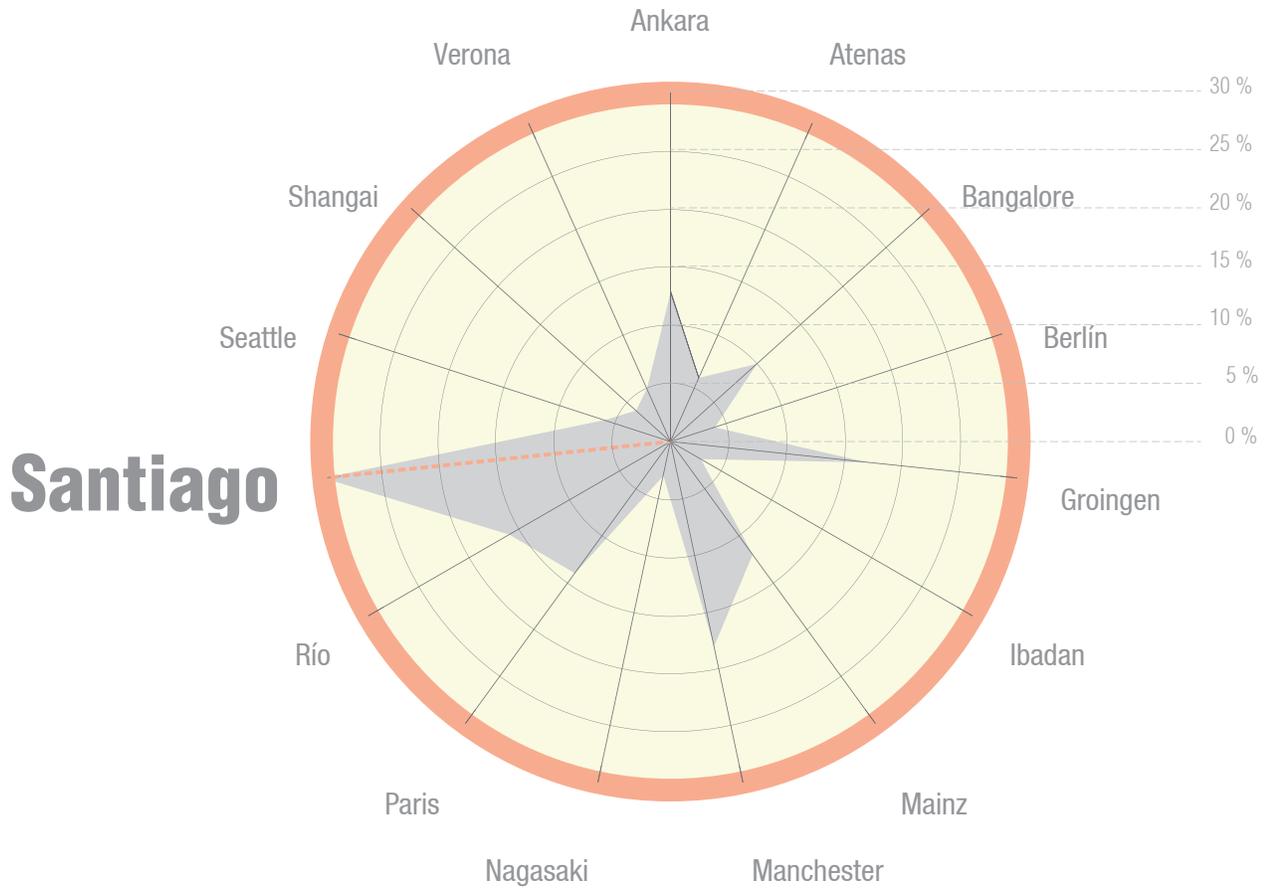
60% de las mujeres sufre o sufrirá depresión en algún momento de sus vidas, ya sea por un desorden hormonal, químico o exógeno.

Fuente: Elaboración propia a Encuesta Nac. de Salud 2009.



PROBLEMAS EN LA SALUD MENTAL DE LOS CHILENOS

% DE DEPRESIÓN POR CAPITAL SEGÚN OMS 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de OMS 2007.

30% DEPRESIÓN

Santiago encabeza las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos en el mundo.

DESORDEN MENTAL



Un **35%** de la población presenta y/o ha tenido un desorden mental.

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS



En nuestro país el uso de dosis diarias de antidepresivos aumentó más de 470 entre 1992 y 2004.

LICENCIAS MÉDICAS

Las licencias médicas por trastornos de este tipo a partir del año 2006, ocupan el segundo lugar de prevalencia, su peak fue el año 2008, donde llegaron al primer lugar.



De los datos anteriores se puede visualizar fácilmente la crisis en que se encuentra nuestro país. La sintomatología general que demuestran todos estos gráficos revelan que en Chile existe la necesidad urgente de mejorar el bienestar de sus habitantes.

Las explicaciones a estos fenómenos pueden ser muchas, las grandes cargas laborales, la movilidad socioespacial, el desarraigo del territorio, los acelerados cambios en las ciudades, la desigualdad social, la falta de oportunidades, etc. Que pueden ser cuestionadas en su mayoría, es cierto, ya que las alteraciones mentales son subjetivas y dependen de un fenómeno individual. Pero sin duda hay correlaciones que se pueden establecer a macro escala, y ser comparadas con otros países, las cuales permiten sacar ciertas conclusiones.

Existe un estudio que vincula el PIB con la depresión en donde se da la relación que el acelerado crecimiento del PIB, y la desigual distribución de recursos, causan más problemas en las clases bajas y medias que afectan a la vulnerabilidad mental. Es decir, que los índices de depresión macro es proporcional a la pobreza.

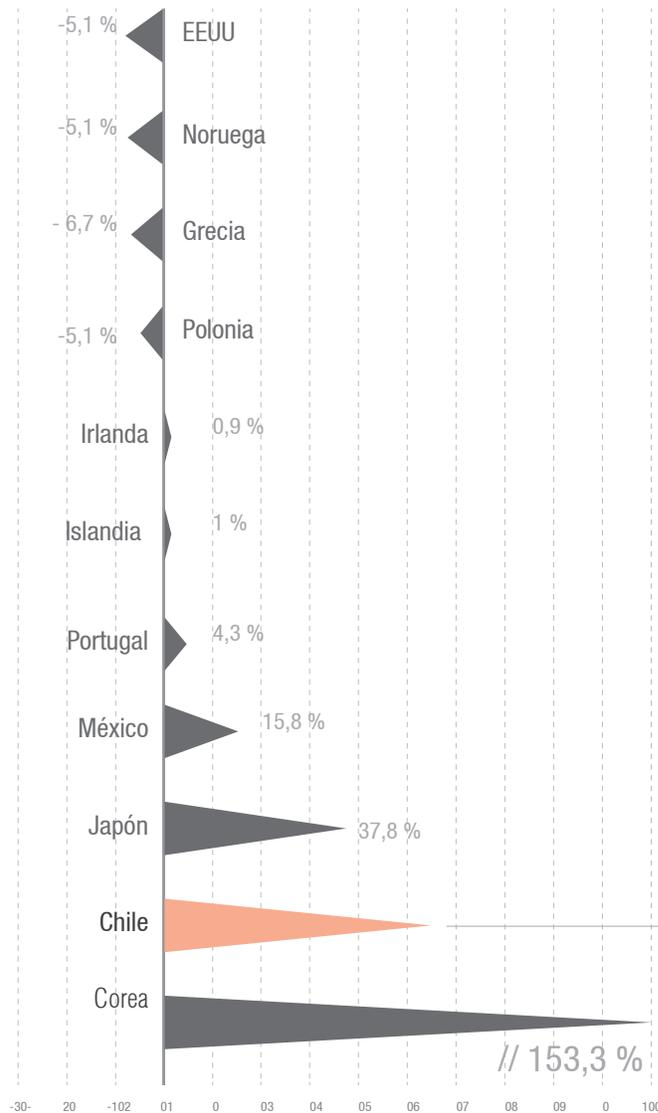
Los trastornos producidos por la vida cotidiana en países como Chile, han sido tratados de maneras reactivas, siendo así uno de los países que más ha aumentado el consumo de psicofármacos, para sobrellevar el malestar general, el cual provoca otro tipo de problemas en la salud y en la sociedad.

Los psicofármacos son un tema a parte, pero en general lo que hacen es atacar la sintomatología de la enfermedad y no la causa, anulando de paso muchas otras funciones asociadas a la enfermedad, pero que no tienen nada que ver con ella. La mayoría de estos remedios son drogas altamente adictivas, poniendo en marcha la industria farmacéutica.

Por otra parte existe un gran ausentismo laboral debido a los altos índices de trastornos mentales, siendo estos la principal prevalencia en licencias médicas. Esto significa un impacto en muchos otros factores como la misma productividad que le afecta directamente al PIB.

PROBLEMAS EN LA SALUD MENTAL DE LOS CHILENOS

CAMBIO EN LA TASA DE SUICIDIOS MUNDIAL



En Chile la tasa de suicidios ha aumentado de maneras alarmantes, con un 57,4 %, según el último estudio de la OECD se condencora como el 2º país después de Corea del Sur

57,4 %

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OECD

CAMBIO EN LA TASA DE SUICIDIOS POR CADA 100.000 HABITANTES (2000 - 2009)

La tasa de suicidio consiste en el número de defunciones por esta causa por cada 100.000 habitantes, siendo calculada por el total de habitantes de cada sexo, en el caso de la tasa para hombres y mujeres, y por el total de habitantes del país, en el caso de la tasa para ambos sexos.

Fuente: Elaboración propia a partir de MINSAL 2009.



Para contribuir a esta discusión, quisiéramos mostrar de qué modo la sintomatología depresiva se encuentra asociada a las condiciones de vida de los chilenos. Primero: un 19,1% de la población mayor de 18 años presenta sintomatología depresiva alta o aguda. Y segundo: se observa una distribución desigual de la sintomatología depresiva en la población según nivel socioeconómico. La prevalencia de sintomatología depresiva aumenta en la medida que disminuye el nivel socioeconómico. Lo mismo ocurre con la declaración de tristeza, que es un indicador adicional de depresión.

El problema más grave dentro de lo que son los trastornos mentales, es el fenómeno del suicidio, que sin duda alguna es un tema muy preocupante en nuestro país y que no es tratado frecuentemente ya que en nuestra sociedad pareciese un tema tabú.

Las grandes cifras que condecoran a Chile como el 2º país con el mayor aumento en la tasa de suicidios del mundo, solo después de Corea y antes de Japón, conocido por los suicidios de jóvenes por las altas presiones del sistema, dejan cuestionamientos abiertos sobre este fenómeno, que pueden ser asociados a los datos anteriores de grandes depresiones y angustias en los chilenos, a quienes sus problemas superan y coartan las ganas de vivir. Sin duda, las presiones del medio social-económico-físico ponen a prueba las capacidades mentales de todos los que habitan un país con altas exigencias.

El malestar general se está somatizando en la población a través de todos estos trastornos mentales llegando a consecuencias fatales, el suicidio es un tema al cual hay que poner hincapié.

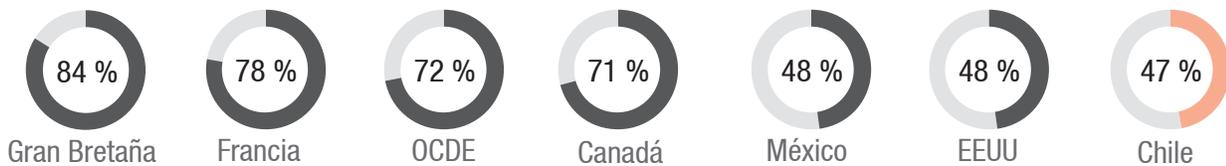
RECURSOS DESTINADOS A LA SALUD MENTAL

GASTO TOTAL EN SALUD 2010 (COMO % DEL PIB)



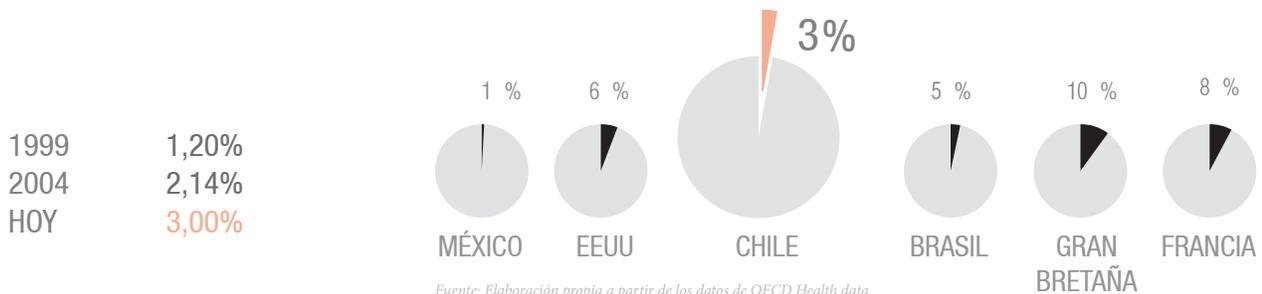
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OECD Health data.

% DEL FINANCIAMIENTO PÚBLICO DESTINADO A SALUD



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OECD Health data.

% DEL PRESUPUESTO NACIONAL DE SALUD DESTINADO A SALUD MENTAL



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OECD Health data.



La salud mental de los chilenos está en crisis, se encuentra en una situación prioritaria en términos de estrategia nacional. Pero sin embargo no parece ser una urgencia para el país, esto se puede observar en los escasos recursos destinados a la salud mental.

Chile en comparación con los países de la OCDE se encuentra como uno de los países que menos recursos invierte en Salud, de un 9,5% que establece como básico la OCDE, Chile se encuentra en un 8% posicionándolo en el penúltimo lugar.

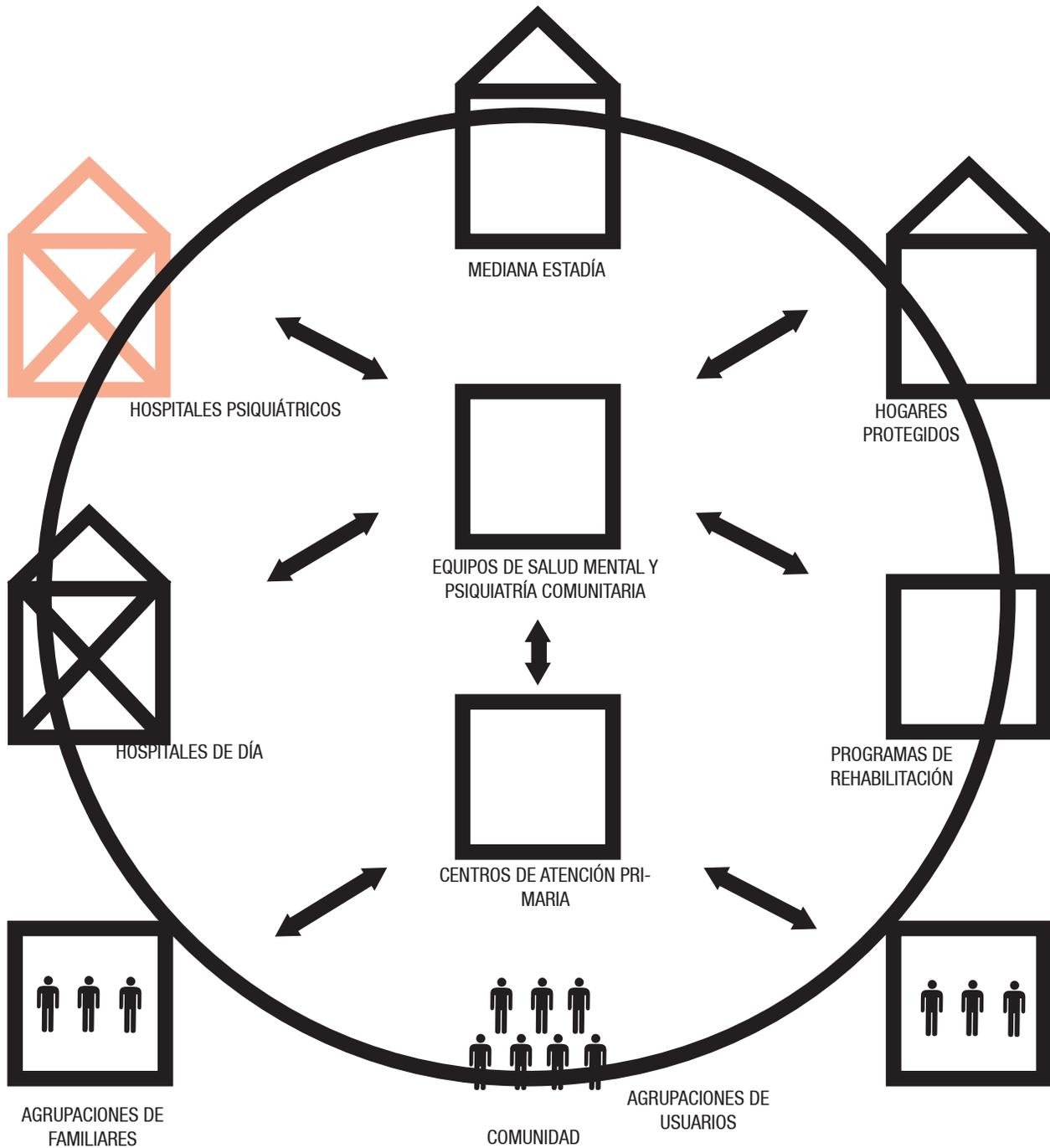
Este 8% de gastos del PIB no significan una inversión real, si se considera que de ese porcentaje total solo un 47% es aportado por el gasto público y que ello se encuentra muy por debajo del promedio del gasto público en salud que destinan los países de la OCDE (72%), y más aún, la OCDE incluye como gasto público las cotizaciones del 7% de los trabajadores (en ISAPRES o FONASA). Se comprende que el aporte fiscal real es de tan solo un 25 %, menos que el 35% de las cotizaciones de los trabajadores y del 40% del bolsillo de las familias.

En el zoom a la salud mental es posible observar que si bien el porcentaje de recursos del fondo de salud destinado a salud mental ha aumentado en los últimos años (en 1999 era de 1,2%, mientras que en 2004 fue de 2,14%), ubicándose actualmente cerca del 3%, siendo el esperado un 6%, en los países desarrollados fluctúa entre un 8% y un 16 % de inversión. Aumentar los gastos de inversión en salud mental son urgentes para el país y el bienestar general, la educación y la concientización de las patologías mentales, y detener el uso indiscriminado de psicofármacos a cuales están sometidos miles de chilenos diariamente, es una tarea prioritaria. Los intereses de mejoría de la salud mental de los chilenos están muy lejos de ser resueltos, teniendo en cuenta lo anteriormente hablado que los trastornos ansioso - depresivos son directamente proporcionales a la pobreza.

La crisis financiera del sistema de salud en general y más aún la del sistema de salud mental, es un tema preocupante y una problemática en sí a desarrollar en este proyecto de título.

SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

ESTRUCTURA DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL.



Fuente: Elaboración propia a partir del MINSAL.



En cuanto a la estructura de esta área ha cambiado sustancialmente de enfoque, de un modelo manicomial y hospitalocéntrico, ha pasado a ser un modelo ambulatorio-comunitario donde se ha integrado la atención de salud mental en los servicios de salud generales y se ha desarrollado un proceso de desinstitucionalización de los pacientes. Este sistema está basado en los programas de la Organización Mundial de la Salud, quienes recomiendan 10 puntos para el desarrollo de los componentes claves de los sistemas de salud mental (2001):

1. Proveer tratamiento de trastornos mentales en la atención primaria de salud.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

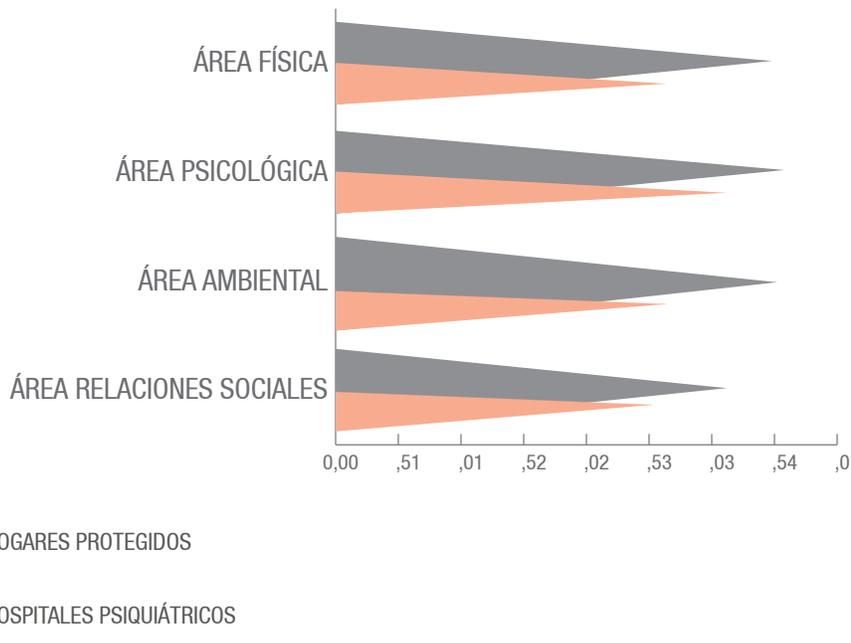
Frente a estas referencias el sistema de Salud mental se ha organizado en la atomización de dispositivos que se ramifiquen en una terapia más integrada a la comunidad, en vez de encerrar el problema en las instituciones hospitalarias. Así se encuentran bajo la dirección del ministerio de la Salud, en programa de salud mental los 4 hospitales psiquiátricos del país, Hospitales generales con unidad de salud mental, los hospitales diurnos, centros de rehabilitación, hogares protegidos, comunidad terapéutica, y las organizaciones de usuarios y familiares. Mientras que las municipalidades tienen los centros de salud primaria y los centros de salud familiar.

Este sistema se desarrolla en coordinación de la trama para dar el enfoque a la libertad del paciente psiquiátrico y a su inserción social, tanto como a su rehabilitación psicológica y la participación familiar en el tratamiento y en el diagnóstico.

Pero pese a estos avances en cuanto al enfoque el problema de la hospitalización como un problema histórico continúa existiendo. Los 4 Hospitales psiquiátricos del país, han estado en crisis de atención frente a todos estos cambios, y han generado más problemas de los que hemos visto anteriormente, asociado a su abandono y paulatino deterioro.

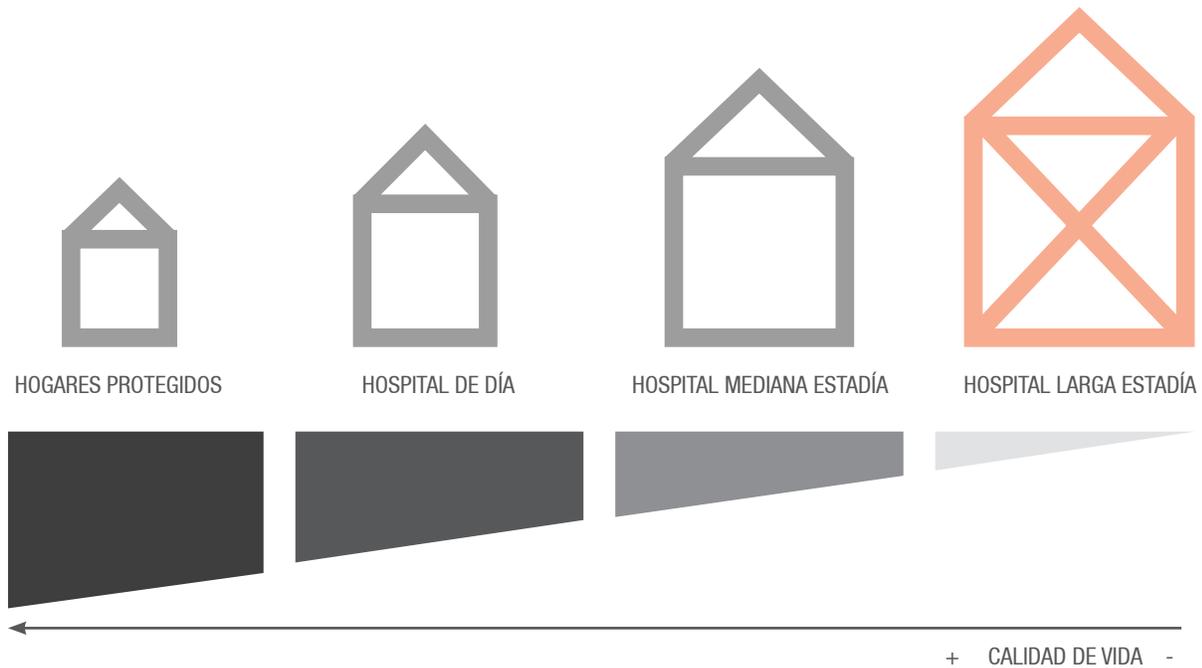
SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

COMPARACIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN INSTITUCIÓN.



Fuente: Elaboración propia a partir del MINSAL

CUADRO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA DE LA INSTITUCIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir del MINSAL



2.3 OPORTUNIDADES

O P O R T U N I D A D E S

La realidad nacional del estado de la salud mental en Chile y el contexto donde se encuentra deja en claro que existe una problemática inminente a solucionar en pensar y re pensar las formas en las que se ejerce la salud mental, debido a los grandes índices de crecimiento de las “enfermedades mentales” en nuestro país.

Esto es un cuadro alentador si se analiza que la estructura de funcionamiento del Sistema de Salud Mental en Chile presupone un sistema integrado, desinstitucionalizador de esa antigua forma de hacer psiquiatría que era la hospitalización, pero esto ha llevado al deterioro progresivo y olvido de los Hospitales psiquiátricos como institución, en este caso esta falencia, se convierte en una oportunidad de investigación, y un desafío arquitectónico para poder ayudar a la problemática general y las problemáticas asociadas a esta.

LUGARIDAD

03

3.1 Lugaridad

3.1.1 Elección del lugar.

3.1.2 Hospitales psiquiátricos del país

•

3.2 Hospital Sanatorio El Peral

3.2.1 Hospital psiquiátrico Sanatorio El Peral

3.2.4 Contexto urbano

3.2.3 Historia

3.2.4 Situación actual

•

3.3 Análisis

3.3.1 Análisis FODA

3.3.2 Problemáticas específicas

3.3.3 Objetivos específicos

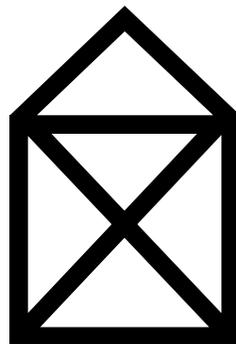


3.1 LUGARIDAD

ELECCIÓN DEL LUGAR

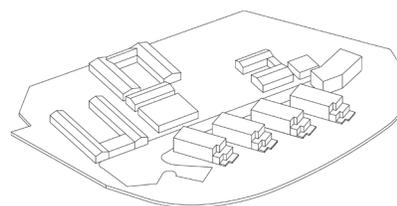
Entendiendo que bajo las observaciones previas a las distintas problemáticas descritas, se decide que el problema arquitectónico es la intervención en un hospital psiquiátrico de Chile, debido a que es el punto crítico de la estructura del sistema de Salud Mental. Para la elección del lugar de emplazamiento es necesario un análisis comparativo de la situación actual, de los 4 hospitales psiquiátricos de nuestro país.

Las cuatro instituciones del siglo XX poseen interesantes características y problemáticas asociadas, dentro de los cuales se elegirá el más desfavorable y con mayor potencial para ser el lugar de intervención.



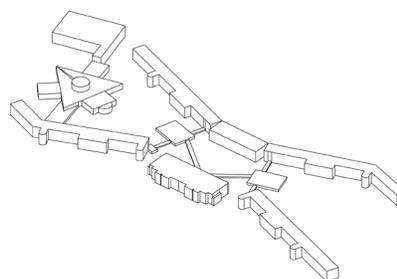
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEL PAÍS.

CHILE



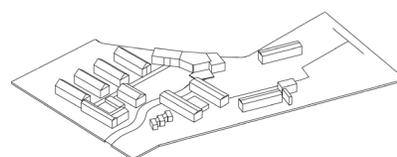
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL SALVADOR

VALPARAÍSO



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PUTAENDO

SAN FELIPE



INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ HOROWITZ BARAK

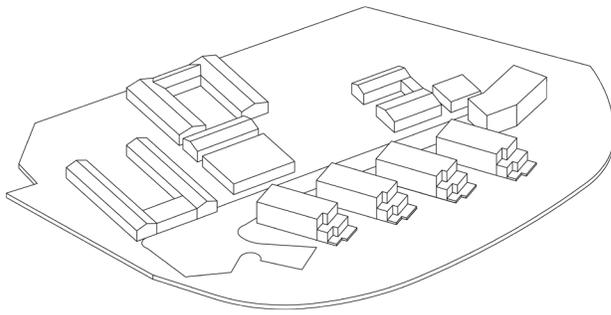
SANTIAGO



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANATORIO EL PERAL

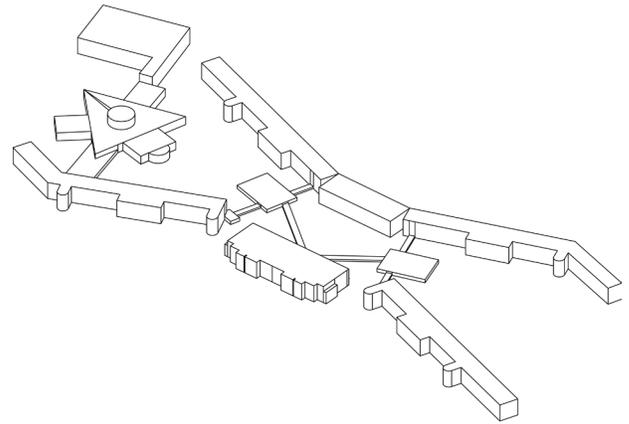
SANTIAGO





HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL SALVADOR

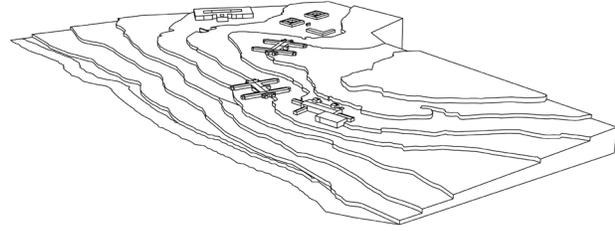
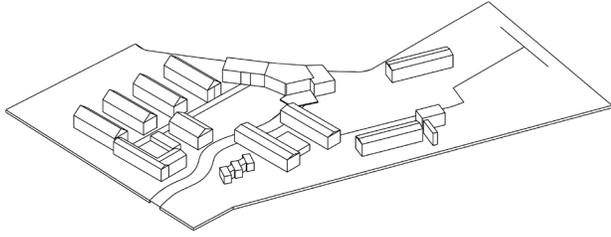
En 1968, durante el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva, el Hospital Sanatorio de Putaendo, destinado a pacientes tuberculosos, se convirtió en asilo para pacientes psiquiátricos, los que fueron trasladados en su mayoría desde el Hospicio de Santiago. Cuenta con la unidad de psiquiatría forense, y no ha sufrido mayores cambios estructurales desde su construcción.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PUTAENDO

En 1920 el Lazareto de Playa Ancha es bautizado con el nombre moderno de Hospital del Salvador. Recibe entonces enfermos de tuberculosis, tífus exantemático, otras enfermedades infecciosas y cáncer. Desde la apertura de un servicio de alienados al interior del Hospital del Salvador en abril de 1926. En 1969 se convierte en Hospital Psiquiátrico por la gran demanda de pacientes. Hasta la fecha el hospital se ha modernizado para la solventar la demanda del país.



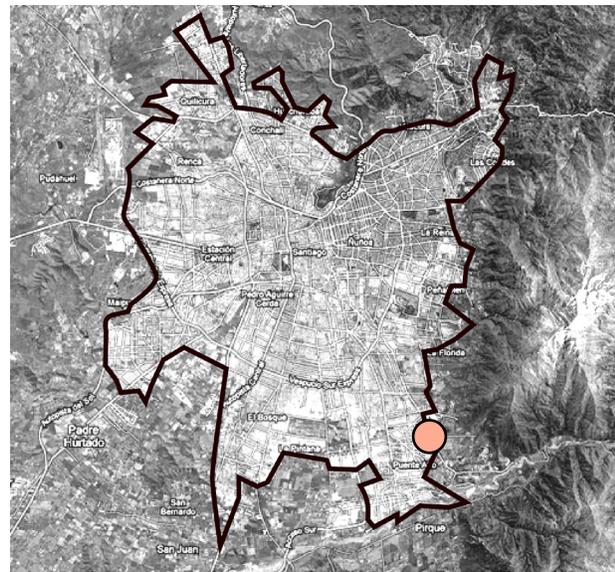
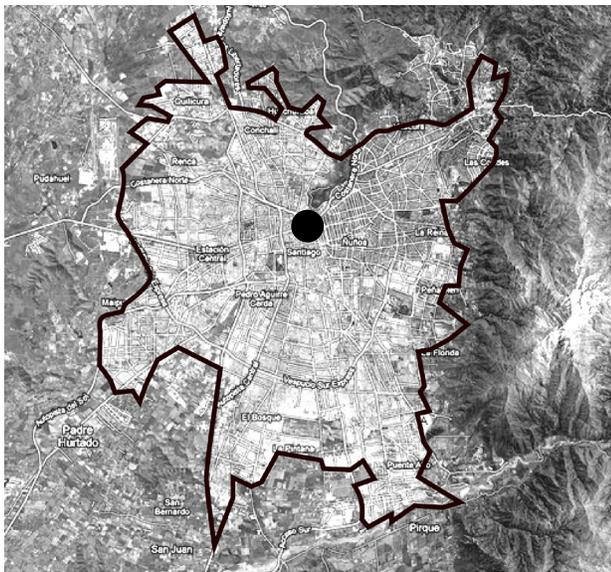


INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ HOROWITZ BARAK

Fue fundado el 8 de agosto de 1852 como “Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Ángeles”, originalmente ubicado en el barrio Yungay de Santiago. En 1858 se entrega su nueva construcción, en su ubicación actual, obra del arquitecto Fermín Vivaceta. En 1928 es renombrado “Manicomio Nacional”. Un incendio destruyó gran parte del hospital en 1946, desastre en el que fallecieron 13 pacientes. En 1955 vuelve a cambiarse su nombre, esta vez como “Hospital Psiquiátrico”. Su nombre actual fue instaurado en 1983, como homenaje póstumo a José Horowitz, quien se desempeñó como jefe de servicio clínico y director del hospital. Actualmente es el Hospital Psiquiátrico más importante del país.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANATORIO EL PERAL

Creado en 1928 como una Colonia Open Door destinada a recibir los pacientes considerados irrecuperables del entonces Manicomio Nacional, (Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak). Concebido entonces como parte de un proyecto nacional que consideraba varias instituciones de este tipo a lo largo del país, finalmente fue el único que se creó. Este hospital se mantuvo hasta los años 80 con un innovador sistema de tratamientos en tratamientos como la “laborterapia” y con una concepción diferente del manicomio, hoy, es el 2º más importante del país, pero ya no funciona como open-door ni laborterapia. El hospital fue el único dañado gravemente después del terremoto 2010, quedando un 50% de sus instalaciones inhabitables.



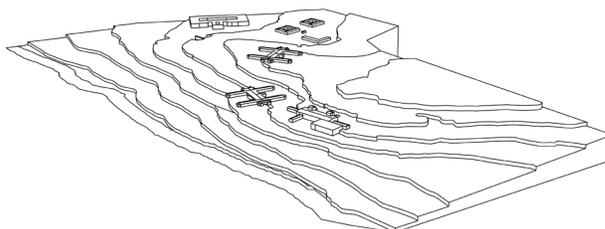
La mayoría de los hospitales creados bajo la primera parte del siglo XX con metodologías típicas de la psiquiatría europea de el siglo XIX están concentrados en las zonas urbanas debido a que el proceso histórico de manicomios nació en Santiago en la Casa de Orates, así por necesidad se realizó un institución paralela en Valparaíso y posteriormente en Putaendo.

Pero dentro de esta historia clásica, surge en Chile una revolucionaria visión de la psiquiatría (para sus estándares contextuales) el Hospital Sanatorio El Peral, ex Open Door, a las afueras de la ciudad ubicado en el fundo el peral, se constituye como una nueva modalidad de enfoque hacia la psiquiatría, donde los pacientes estaban libres, trabajaban en diversos oficios y se mantenía como una comunidad autárquica, que a lo largo del tiempo bajo las custodias de diversos directores o sucesos políticos y económicos, fue perdiendo el valor principal “Open Door”, transformándose en hospital más, con tratamientos comunes del siglo antepasado.

Es así como el deterioro y abandono de este hospital ha sido potenciado con los terremotos, el de 1985 y el reciente terremoto 2010, poniendo en la palestra una necesidad imperante en rehabilitar las instalaciones ya que han sido considerada inhabitables un 50% de sus dependencias, convirtiéndose así en prioridad nacional.

3.2 HOSPITAL SANATORIO EL PERAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANATORIO EL PERAL



El Hospital Sanatorio el Peral está ubicado en la comuna de Puente alto en el límite del borde urbano, en terreno precordillerano. Por su lejanía al centro de la ciudad fue considerado un lugar ideal de emplazamiento para la construcción de uno de los más novedosos recintos hospitalarios para la salud mental en 1928, en el llamado “Fundo el Peral”. Aquí se construyó una nueva forma de hacer psiquiatría, en la ex “Colonia Open Door”, este sanatorio contaba con un gran terreno de áreas verdes con algunos edificios para el tratamiento de los pacientes y para labores de trabajos y talleres donde se desarrollaban como personas y, como su nombre lo indica, (puertas abiertas) era la forma de habitar este lugar. Los pacientes eran libres en las grandes dependencias de este lugar, un gran parque con centros de cultivo y trabajo, transformándose en una sociedad autárquica donde la rehabilitación a través de estas prácticas era más efectiva que las distintas terapias existentes en Chile por mucho tiempo.

El paisaje en este sanatorio es un factor fundamental que le otorga la identidad al lugar, conformándose en un hito dentro de la ciudad de Santiago por su particularidad de valorar el paisaje construido tanto como el natural. Esto y el que los edificios históricos y las construcciones más nuevas se han conservado a lo largo del tiempo, pero que sin duda el terremoto del pasado 2010 destruyó parcialmente muchos de los edificios más antiguos del Hospital. Esta debilidad se ha transformado en la mayor potencialidad de realizar un proyecto de arquitectura que logre transformar y devolver la memoria perdida de este gran proyecto.

CONTEXTO URBANO

SANTIAGO DE CHILE

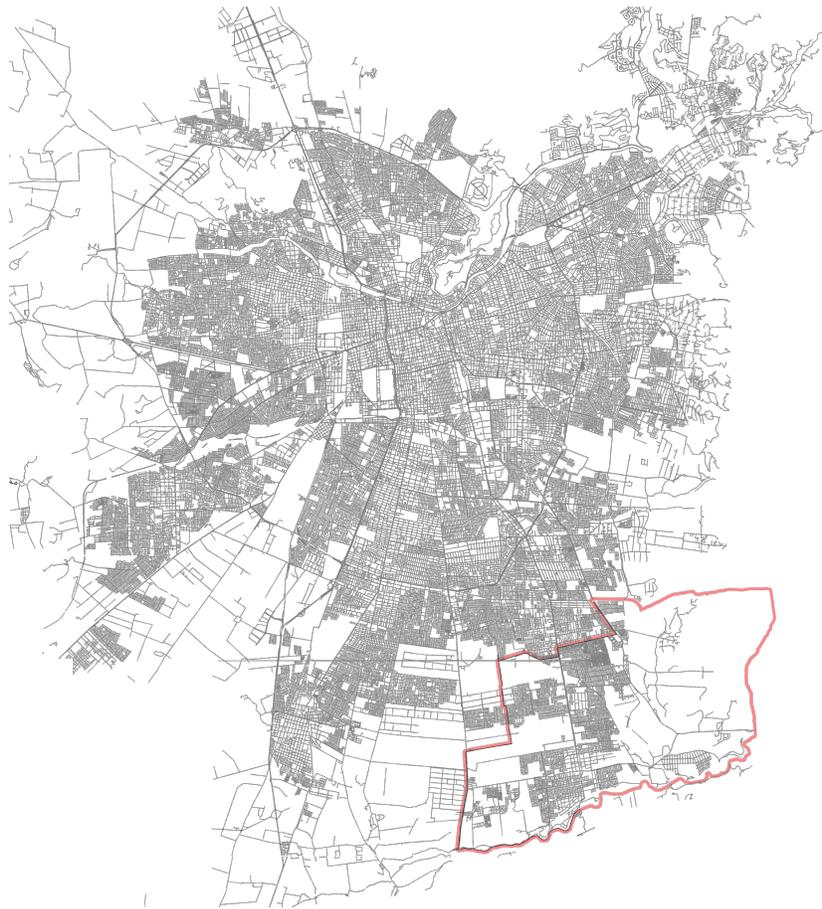
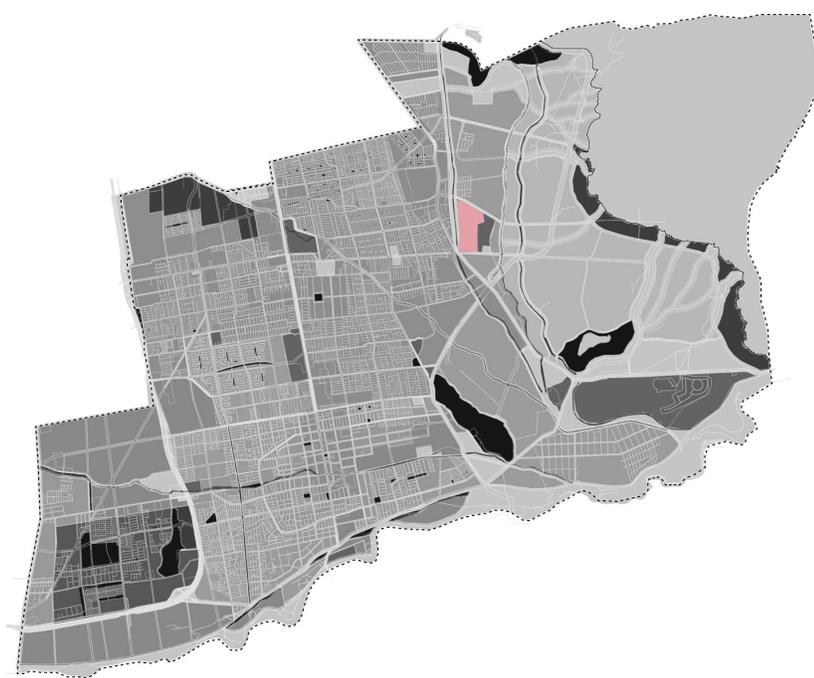


Fig. 3.1 PLANO GENERAL DE SANTIAGO
Fuente: Elaboración propia

CONTEXTO URBANO | PUENTE ALTO

COMUNA DE PUENTE ALTO SECTORIZADA SEGÚN PLAN REGULADOR



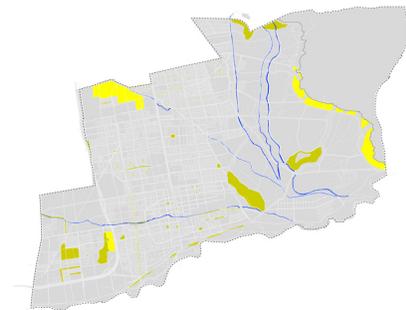
PLAN REGULADOR

Fuente: Elaboración propia a partir de Municipalidad de Puente Alto.



VÍAS ESTRUCTURANTES

Fuente: Elaboración propia a partir de Municipalidad de Puente Alto.



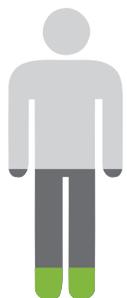
ÁREAS VERDES

Fuente: Elaboración propia a partir de Municipalidad de Puente Alto.

REQUERIMIENTOS DE LA COMUNA

01. FOMENTAR FOCOS DE DESARROLLO QUE IMPULSEN EL FLUJO ECONÓMICO Y SOCIAL
02. AUMENTAR LAS ÁREAS VERDES DE LA COMUNA
03. IMPLEMENTAR EQUIPAMIENTO CULTURAL QUE ACUTALMENTE ES INEXISTENTE
04. IMPLEMENTAR EQUIPAMIENTO DEPORTIVO
05. FOMENTAR EL DESARROLLO DE LAS ZONAS PRECORDILLERANAS Y CERROS ISLAS COMO ÁREAS DE ESPARCIMIENTO

ÁREAS VERDES POR HABITANTE.



Ideal 20 m²

OMS 9 m²

Puente alto 2,2 m²

POBLACIÓN

44,7%

Tasa de crecimiento



Actualmente
583.471 habitantes
Estimación 2020
+ 1.000.000 de habitantes

ÁREAS NO URBANIZABLES

26,86%

Equivalente a 23,32 Km²

Zona precordillerana
Cerros Islas
Zona exclusiva
Zonas de extracción



CONTEXTO URBANO | PUENTE ALTO

CONTEXTO INMEDIATO



HOSPITAL SANATORIO EL PERAL 1

MALL PLAZA TOBALABA 2

HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO 3

AV. CAMILO HENRÍQUEZ 4

AV. TOBALABA 5

AV. EL PEÑÓN 6

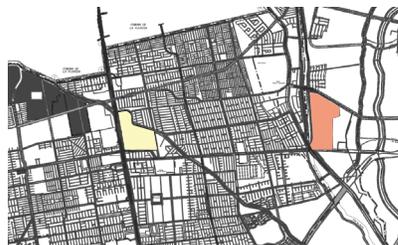
EL PERAL 7

PRECORDILLERA 8

OPORTUNIDADES



AV. CAMILO HENRIQUEZ
EJE COMERCIAL



HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO
VINCULACIÓN ADMINISTRATIVA.

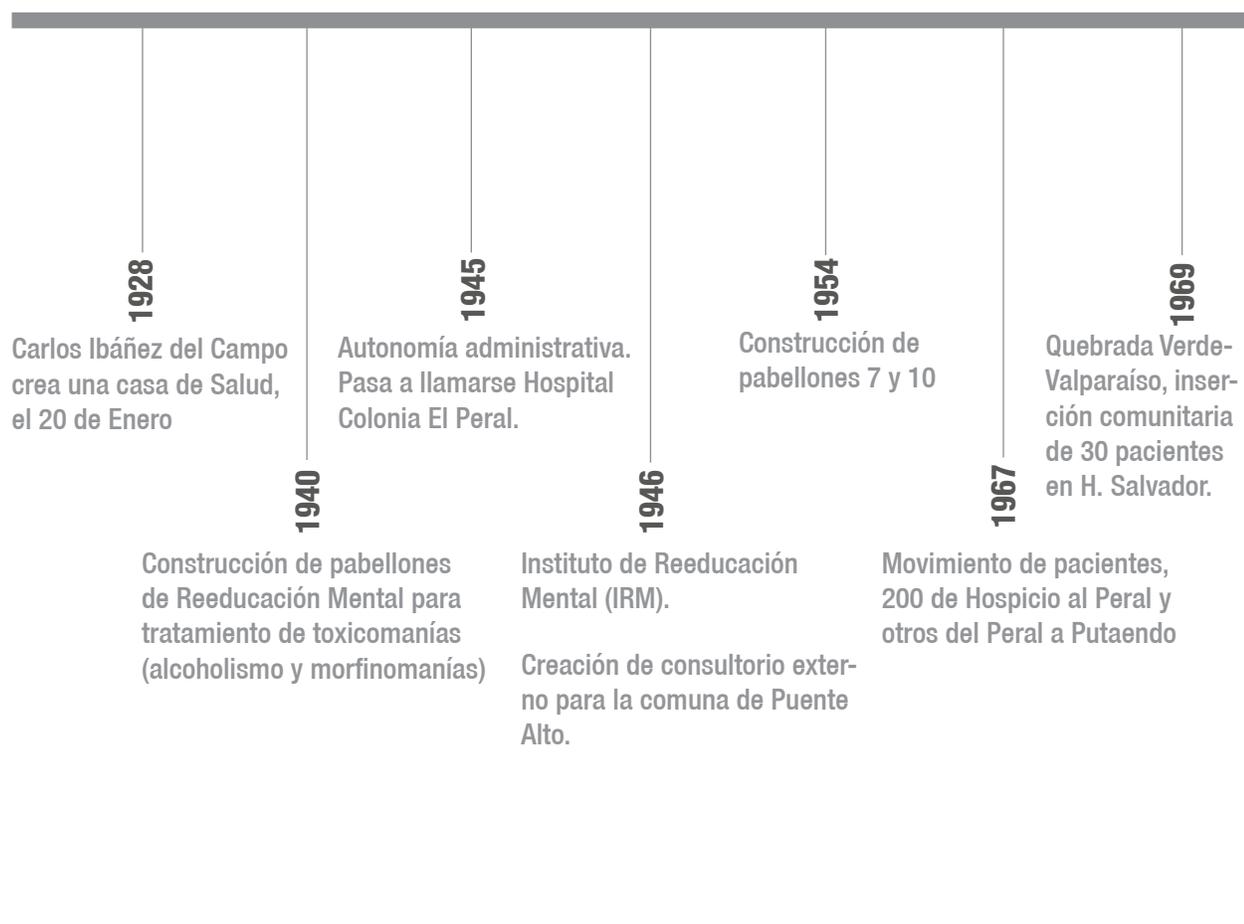


MALL PLAZA TOBALABA
CAPTACIÓN DE FLUJO



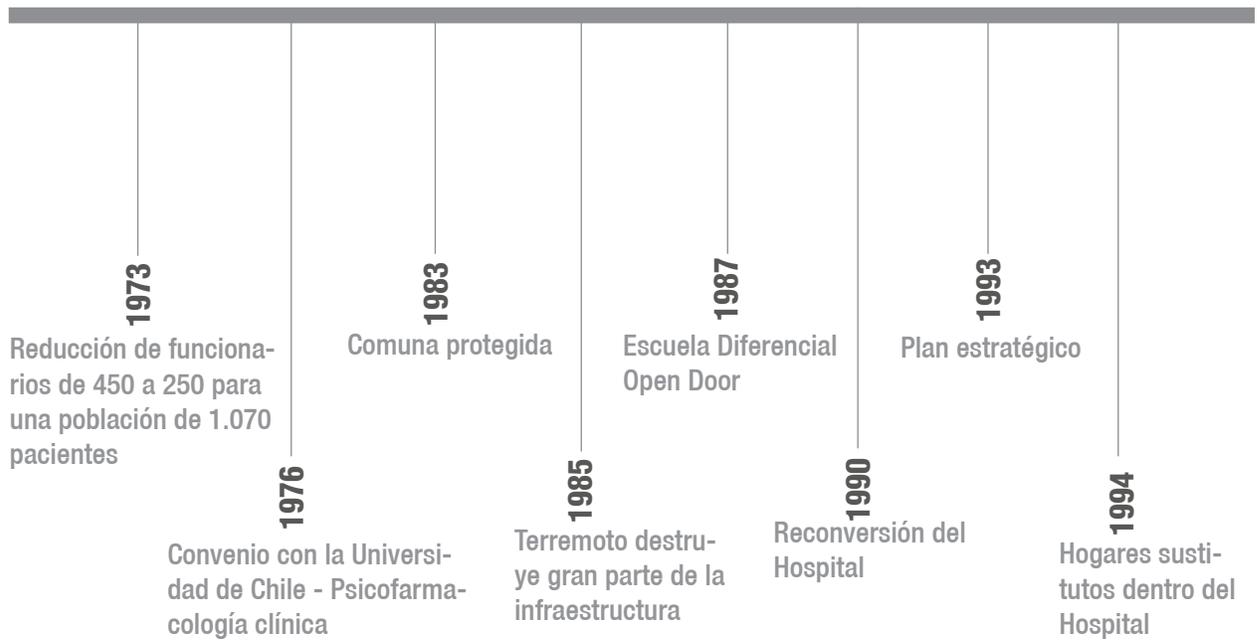
HISTORIA

CRONOLOGÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANATORIO EL PERAL



Terapias como: bromuros, shock insulínico, absceso de fijación, electroshock, hasta los psicofármacos y las intervenciones psicosociales



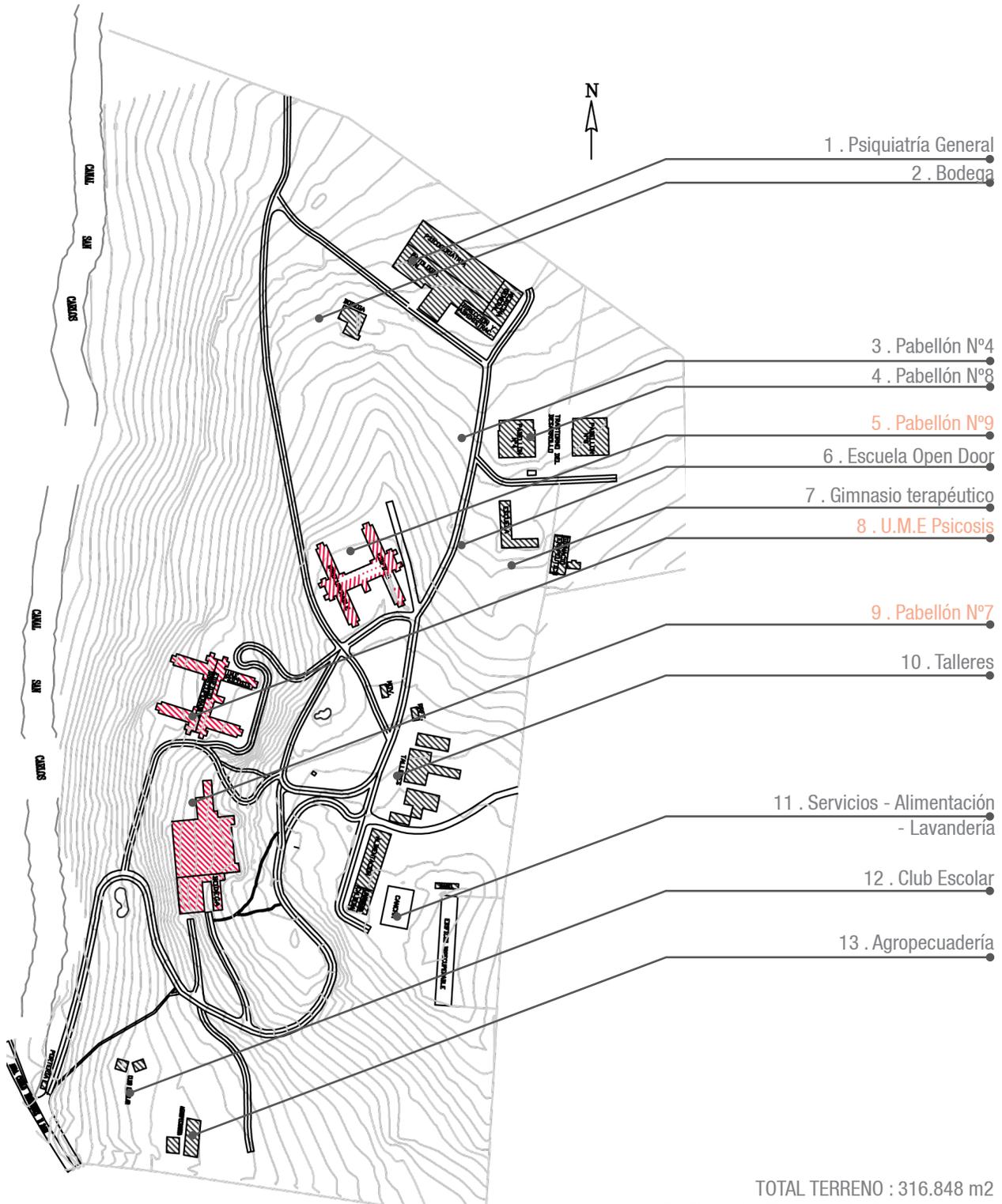


zapatería, escobas, cordeles, baldosas, muebles de mimbre, ladrillos y adobes, carpintería, gasfitería, corte y confección



SITUACIÓN ACTUAL

EDIFICACIÓN EXISTENTE



TOTAL TERRENO : 316.848 m²
TOTAL CONSTRUIDO 1º NIVEL : 18.772 m²
TERRENO DISPONIBLE : 298.076 m²





9 . Pabellón N°7
Fuente: Elaboración propia



5 . Pabellón N°9
Fuente: Elaboración propia



4 . Pabellón N°8
Fuente: Elaboración propia



8 . U.M.E Psicosis
Fuente: Elaboración propia



1 . Psiquiatría General
Fuente: Elaboración propia



3.2 HOSPITAL SANATORIO EL PERAL

PABELLÓN 9

El Pabellón nueve es uno de los edificios más antiguos del Hospital junto a su gemelo el pabellón de U.M.E. psicosis, que fueron construídos en el año 1928, al iniciarse el sanatorio. Estos edificios son de una estructura hospitalaria con grandes pabellones, donde se alberga una gran cantidad de pacientes articulados por dos nodos centrales. Aquí se concentra la administración y el control de los pacientes, para la eficacia del funcionamiento y corresponde a la típica estructura hospitalaria de 1800 como antes se mencionó.

Este edificio en particular tenía bajo su resguardo a los pacientes autovalentes los cuales dormían en estos grandes pabellones y realizaban tareas al interior de algunas salas. Dentro del programa principal, se encontraba la clínica donde todos los pacientes acudían cuando eran ingresados o se enfermaban, o por mero chequeo médico (Ala central).

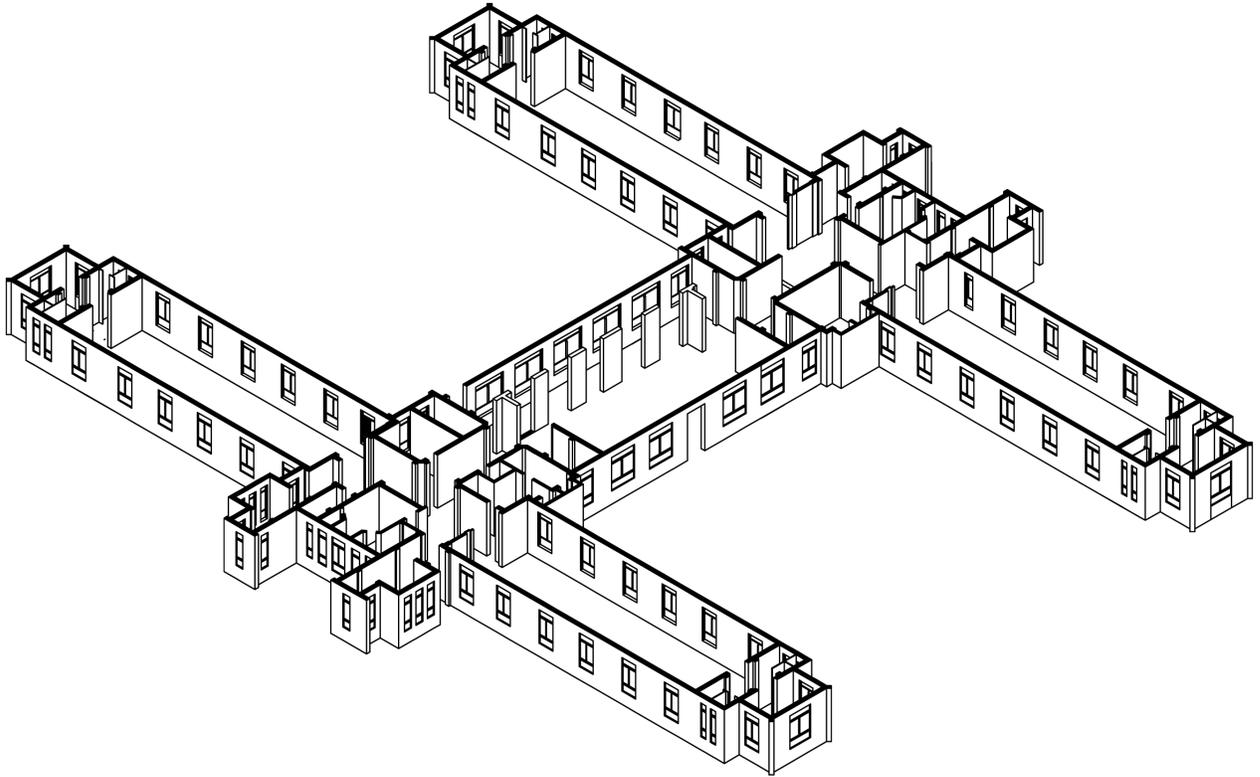
Los terremotos para este edificio de mampostería han causado grandes daños en su estructura, para 1985 tuvo que ser reforzado por contrafuertes y vigas metálicas que le devolvieron la estabilidad, pero este pasado 2010 el edificio quedó en condición de irrecuperable (determinado por el catastro de la municipalidad) por los daños estructurales severos que sufrió.

Los pacientes que habitaban aquí fueron reacomodados dentro de otras dependencias del hospital quedando totalmente deshabitado, en las mismas condiciones que hace 3 años.

Sin duda el valor que posee este edificio va más allá de la arquitectura propiamente tal, el valor histórico que carga nos hace tener un grado de conciencia para poder trabajar con lo que se pueda rescatar.

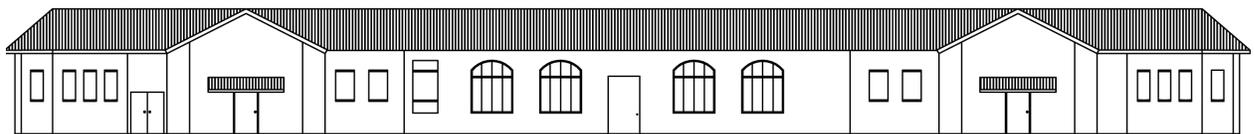
Pabellón 9

SITUACIÓN ACTUAL



MODELO CONCEPTUAL DEL EDIFICIO

Fuente: Elaboración propia



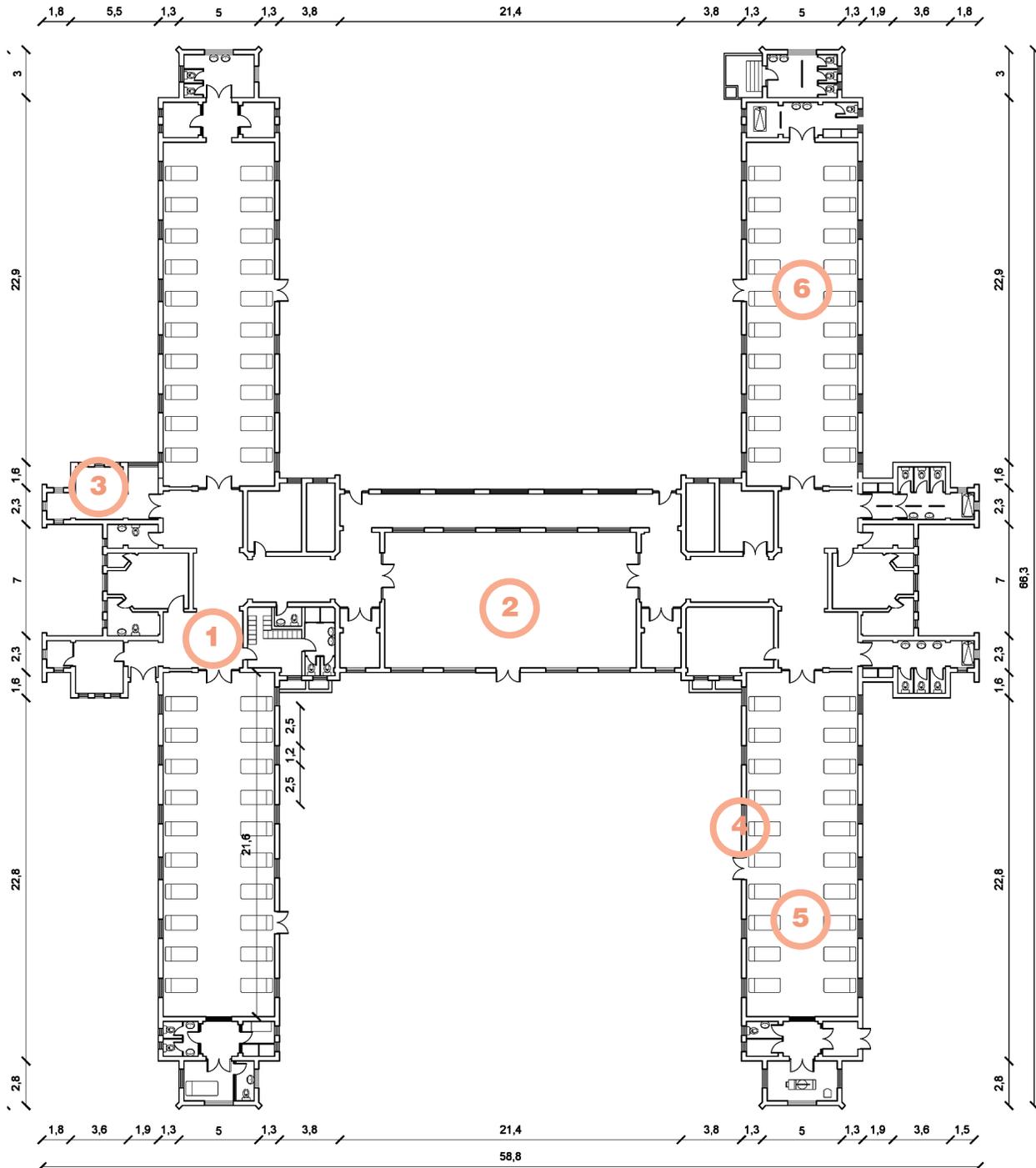
ELEVACIÓN NORTE

Fuente: Elaboración propia



Pabellón 9

LOCALIZACIÓN DE DAÑOS



PLANTA GENERAL
Fuente: elaboración propia.



Fig. 1 Hall del edificio
Fuente: Elaboración propia 2012



Fig. 2 Pabellón central clínica
Fuente: Elaboración propia 2012



Fig. 2 Muro perimetral
Fuente: Elaboración propia 2012



Fig. 4 Grieta muro-losa
Fuente: Elaboración propia 2012



Fig. 5 Dormitorio 1
Fuente: Elaboración propia 2012



Fig. 5 Dormitorio 2
Fuente: Elaboración propia 2012

Como se observa en las fotografías los daños manifestados a primera vista son considerables, el edificio presenta grietas en dinteles en todos los muros perimetrales, derrumbre de muros grietas en “x” en algunos muros interiores, fractura de pilares y enfierraduras, desprendimiento de muro con respecto a la loza y desprendimiento de techumbre en varias de sus dependencias.

Estos daños son sumamente considerables cuando se trata de evaluar la posible recuperación de un edificio de carácter histórico, pero desde luego la carga emocional que posee es aún mayor, por que podemos apreciar todas las cosas que quedaron de las personas que habitaban este lugar.

Para poder analizar este edificio en profundidad, es necesario realizar un análisis patológico con instrumentos adecuados para la investigación, por el momento la municipalidad de Puente Alto lo ha declarado irrecuperable.

Pero sin duda alguna, es un edificio con un gran potencial de trabajo y pensamiento que merece tener una segunda revisión.

3.2 HOSPITAL SANATORIO EL PERAL

PABELLÓN 7

A diferencia del pabellón 9, el pabellón 7 es moderno, su año de construcción es 1954, donde mantuvieron la estructura clásica de recintos psiquiátricos hospitalarios. En un principio este edificio tenía 3 pisos, donde se habitaban completos, incluyendo un comedor para todos los pacientes de la unidad. En la década del 70 fue añadida una construcción aledaña con fines administrativos, la cual sufrió muchos daños con el terremoto de 2010.

Este edificio, a pesar que no posea grandes características arquitectónicas o que su valor estético esté bajo el pabellón anterior, contiene la historia más cruda que pasó el hospital.

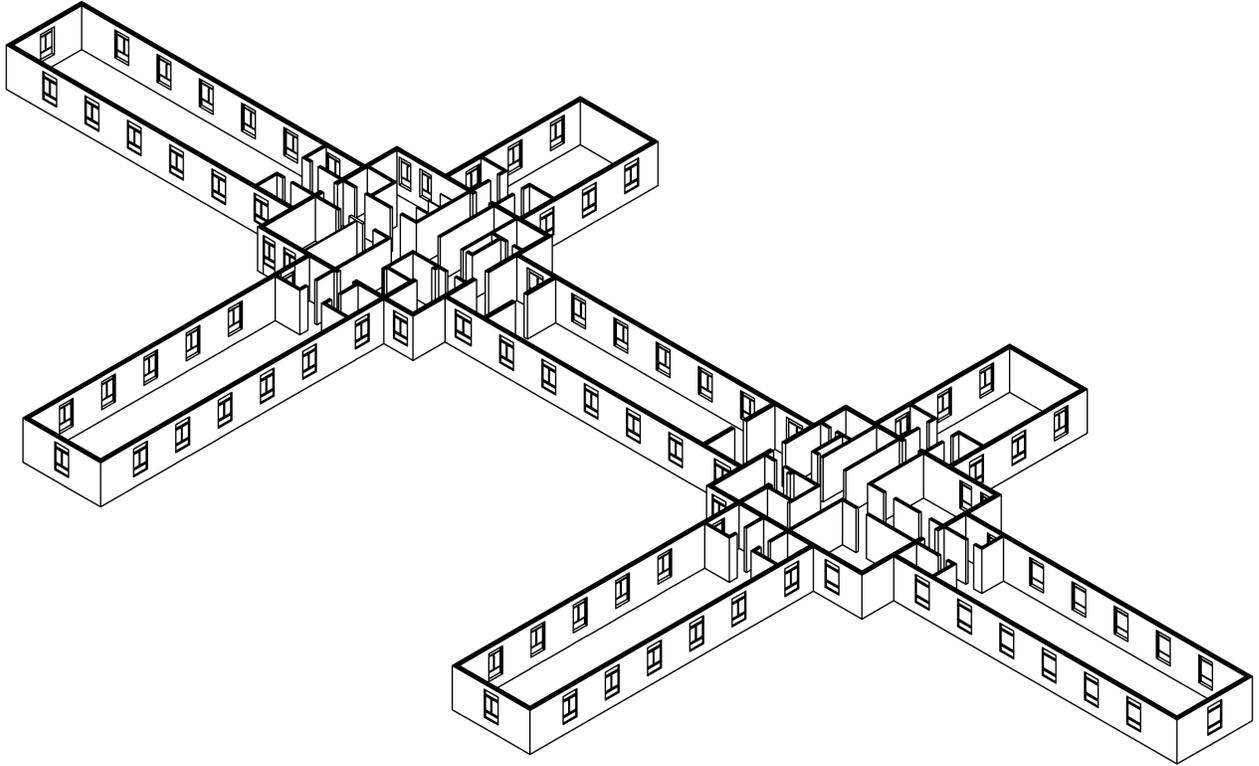
El hospital psiquiátrico el Peral, en un período fue el que recibía a los enfermos psiquiátricos más críticos que no podían tratar en otros hospitales del país, y es en este edificio donde se alojaban. Los pacientes más violentos y “peligrosos” se encontraban en estas dependencias, encerrados casi de por vida; al pasar el tiempo, en la reforma de 1994 las cosas cambiaron y estos pacientes ya no se encontraban en este recinto.

Las condiciones ambientales, eran muy similares al otro pabellón, grandes bóvedas de camas abiertas con un entorno natural preponderante, con la pequeña diferencia que en vez de camas, en algunas de estas alas, existían las famosas celdas. Cubículos de 2x2x2,5 mts. donde mantenían a los pacientes más inquietos y violentos.

Este edificio contiene en su carga histórica aun los vestigios de esta época más cruda, inclusive habiendo pasado décadas de su cambio de funcionamiento.

Pabellón 7

SITUACIÓN ACTUAL



MODELO CONCEPTUAL DEL EDIFICIO

Fuente: elaboración propia.



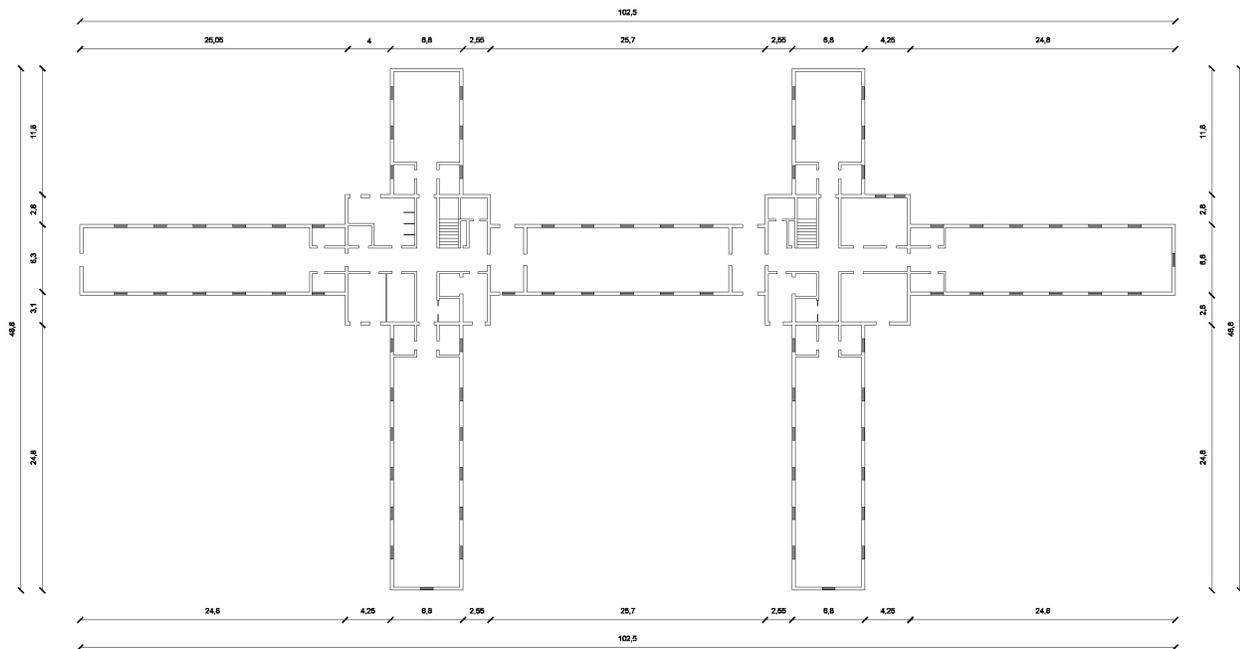
ELEVACIÓN NORTE

Fuente: elaboración propia.



Pabellón 7

PLANTA GENERAL



PLANTA GENERAL

Fuente: elaboración propia.



Pese a que este edificio tiene más de 50 años no se vio afectado por el terremoto ocurrido el 2010, al contrario de su ampliación hecha 2 décadas después la cual sufrió grandes daños en su estructura. El edificio fue declarado como “irrecuperable” por la municipalidad de Puente Alto, lo cual a simple vista fue un juicio errado debido a que no consideraron los 2 edificios como unidades independientes.

En definitiva, este edificio está en perfectas condiciones para su uso o recuperación, el cual ha estado abandonado por más de 3 años, abriendo así las posibilidades de intervención con una nueva arquitectura que reinterprete el valor de la memoria que posee.

3.2 HOSPITAL SANATORIO EL PERAL

PAISAJE

El terreno del Peral cuenta con más de 316.848 m² con apenas 18.772 m² construidos, lo que deja un gran porcentaje para áreas verdes, lo que le da el carácter de “sanatorio” a esta institución.

Como pudimos observar anteriormente, el paisaje natural es un factor preponderante en la rehabilitación y sanidad mental de los pacientes, esto ya se pensaba en 1800 y se sigue pensando hasta ahora. Inclusive, el paisaje natural es un factor necesario para la salud mental de todas las personas.

Pudimos observar la estructura de los edificios, que deben su forma a su intento por extender el edificio en la naturaleza, así existe una equidad de iluminación y ventilación en los recintos principales donde habitan los pacientes, además de las importantes vistas al entorno.

En este caso, el Hospital Sanatorio El Peral, tiene la condición de mantenerse como un terreno casi completamente verde en un contexto de urbanización constante. Es por este motivo la importancia de mantenerlo, y potenciar su existencia, por la importancia que tiene a nivel urbano un terreno como este.

El hospital cuenta con más de 100 especies vegetales, con grandes áreas que antes eran de cultivo, cuenta con regadío natural proveniente de canales que bajan de la cordillera, y en uno de sus límites se encuentra el canal San Carlos.



Fig. 1 Vista entrada
Fuente: Elaboración propia 2012

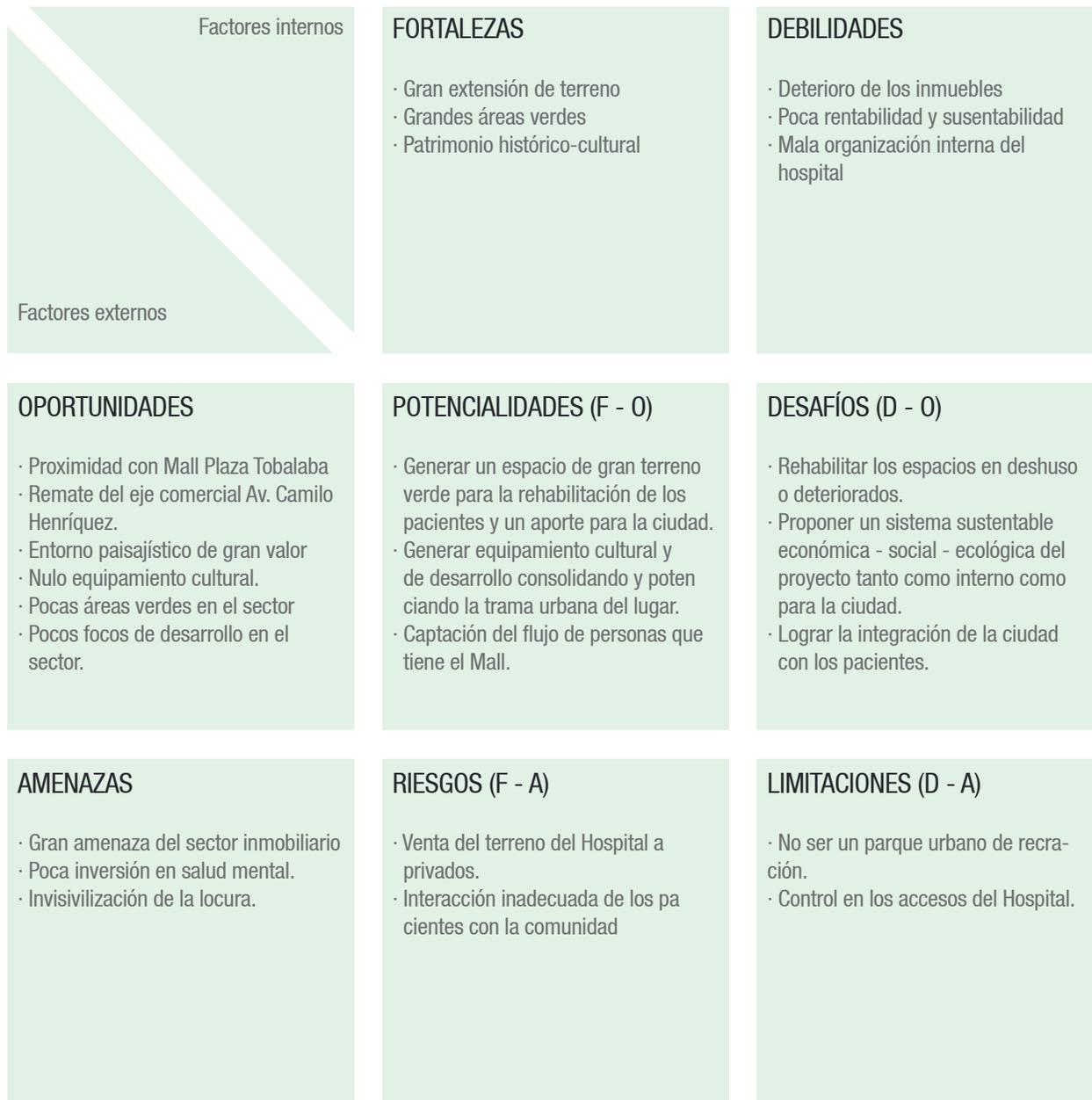


Fig. 2 Vista a psiquiatría general
Fuente: Elaboración propia 2012



Fig. 3 Vista cordillera
Fuente: Elaboración propia 2012

ANÁLISIS FODA



3.3 ANÁLISIS

**PROBLEMÁTICAS
ESPECÍFICAS**

De las grandes necesidades que aquejan al sector de la salud mental, derivamos en que una de las problemáticas más importantes del sistema eran los Hospitales psiquiátricos; El Peral, escogido para realizar el proyecto de arquitectura, presenta problemáticas específicas que afectan su localidad y entorno inmediato.

Partiendo por las problemáticas urbanas que presenta la comuna de Puente Alto, asociadas al tipo económico y cultural principalmente, se desprende que es una comuna con alto índice de población residencial, con bajos niveles en equipamiento cultural y parques urbanos y carente de servicios públicos con importancia nacional. A esto se le suma la condición periférica que tiene la comuna y más aún el hospital en sí.

Por otra parte el Hospital presenta un grave estado de crisis, tanto financiera como histórica y arquitectónicamente. Siendo este una pieza clave en nuestro patrimonio cultural, está en un continuo deterioro el cual hay que frenar.

Fuera del deterioro causado por el terremoto, el Hospital dejó de ser lo que era antes convirtiéndose así en un hospital que funciona como unidades separadas, donde ya no existe la libertad de las personas ni el trabajo como medio de validación, existe una gran falla en infraestructura desde el punto de vista de tratamiento.

3.3 ANÁLISIS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Lo que busca el proyecto es que a través de la arquitectura se pueda dar con facilidad la rehabilitación y el bienestar de los pacientes, donde se le otorguen espacios de validación, en los cuales cada persona pueda desarrollar sus capacidades personales, tanto intelectuales como afectivas y se logre hacer una integración formal con el resto de la comunidad formando una simbiosis con la ciudad.

Los objetivos específicos del proyecto nacen a partir de las problemáticas, los cuales se dividen en 2 etapas:

Etapa I: Reestructuración del funcionamiento y ordenamiento del terreno (plan maestro) para la mejoría en términos arquitectónicos y prácticos. A través de la creación de un “Parque psiquiátrico”, donde se integren el hospital y la ciudad. Se pretende otorgar equipamiento cultural, educacional, de esparcimiento y servicios para la comunidad y las personas del hospital. Junto con esto, la proposición de una nueva zona de unidades de tratamiento que respondan a las necesidades actuales de pacientes y doctores, que hagan más amable el concepto de habitar, y funcionamiento del aspecto clínico.

Etapa II: El desarrollo de las tipologías propuestas como módulos de tratamiento en función de las necesidades específicas de los pacientes y personal.

Con estos pasos se quiere devolver la importancia nacional que tiene el Hospital reviviendo su patrimonio y abriéndolo a la comunidad como el antiguo Open Door.

PROPUESTA

04

4.1 Idea Arquitectónica

-

4.2 Programa

-

4.3 Gestión

-

4.4 Plan Maestro

-

4.5 Unidades de tratamiento

-

4.6 Referentes

-

4.7 Proceso



4.1 IDEA ARQUITECTÓNICA

La idea arquitectónica nace del concepto teórico propuesto por Michel Foucault, el cual se resume en que la sin razón y la razón son complementarias para su actuar, que cada una depende de la otra y por este motivo, la locura, es tan válida como nuestra querida razón.

Partiendo del contexto general en el que se establece la primera idea de que la locura es símbolo de exclusión en todas sus aristas, es donde se plantea esta nueva modalidad de hospital psiquiátrico que integre a la ciudad como parte fundamental de funcionamiento. La integración se hace efectiva cuando la ciudadanía toma conciencia del problema de la locura y se hace cargo como parte de si misma. En este sentido, en un terreno como es el del Hospital Sanatorio El Peral, es posible lograr esta integración a través de la apertura del hospital hacia la ciudad, constituyéndose como un nuevo parque hospitalario, donde se hace la comunión entre pacientes y sociedad, pacientes y familia.

Esta inclusión tiene el valor agregado para la comuna de Puente Alto, de entregar un espacio público de calidad para los habitantes, conteniendo un espacio de áreas verdes, que son muy escasas y equipamiento cultural- educativo que aporta al desarrollo de la comuna.

En la esfera de la rehabilitación, se plantea desarrollar un programa diverso en terapias complementarias para el desarrollo y validación de las capacidades de los pacientes, a través de la ergoterapia (laborterapia), terapia con animales, el desarrollo espiritual y social. A través de distintas instancias donde los pacientes se puedan desarrollar como personas a través del aprendizaje y el hacer, la reflexión y la interacción, la empatía y la compasión. Con estas capacidades la reinserción de los pacientes al mundo real se hace mucho menos difícil para la persona que se enfrentará a un trabajo, a un núcleo familiar a la responsabilidad de los

diversos deberes que requiere la ciudad.

En lo que respecta a las unidades de tratamiento, se formulará una respuesta distinta a lo que está planteado actualmente, conforme a las necesidades estudiadas por la OMS, y a los requerimientos específicos de cada patología, agrupando a los pacientes en unidades más pequeñas donde la atención sea más personalizada, contando con diferentes calidades espaciales que fomenten la tranquilidad y recuperación de los pacientes, cuidando también la libertad individual de las personas que están internadas en las nuevas instalaciones.

Se pensará en un modelo de gestión que sea más eficiente en lo que respecta al funcionamiento del hospital, con las dependencias de administración de recursos enfocadas a los pacientes, en cuanto a cercanía y conectividad.

Se desarrollará un área de extensión más ligado al sector público que se enfoque en la investigación, capacitación y difusión de los temas psiquiátricos, que contará con bibliotecas laboratorios, espacio para el desarrollo comunitario y el propio espacio de expresión de los pacientes como la antigua radio que existía en los años 90s.

El modelo de conectividad del hospital será el que estructure y organice la disposición de todos los elementos, otorgando así un orden que se enfocará en el traspaso gradual de lo privado a lo público, estableciendo una permeabilidad controlada de los distintos límites y matices que requiere este complejo hospitalario.

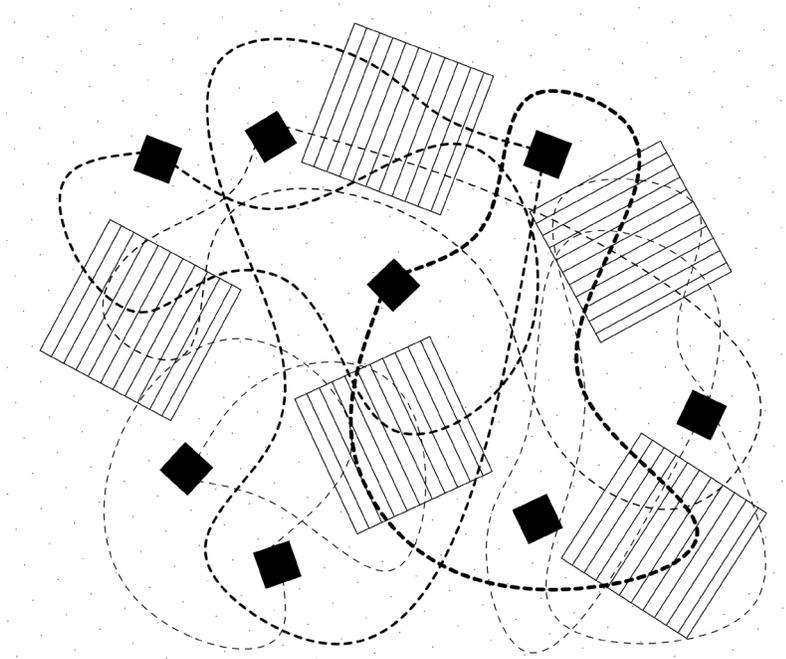


Fig. 4.1 Esquema open door
Fuente: Elaboración propia

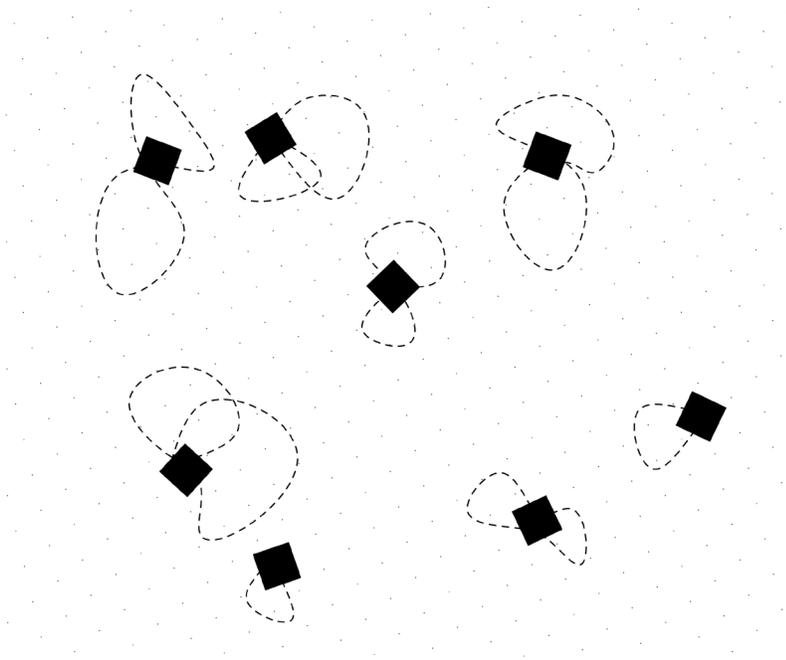


Fig. 4.2 Esquema actual.
Fuente: Elaboración propia

4.2 PROGRAMA

El proyecto plantea a través de sus diversos programas y actividades una integración ciudadana como parte fundamental de la rehabilitación de los problemas psiquiátricos, y a la vez entregar a la ciudad un espacio de esparcimiento público con la finalidad de compartir y aprender de las distintas realidades que conviven en un psiquiátrico, para así realizar esta simbiosis necesaria para la evolución como sociedad con respecto a la salud mental.

Para lograr los objetivos anteriormente planteados, es necesario desplegar un programa diverso que contenga un abanico de instancias para hacer la integración y la rehabilitación efectivas. En este sentido el programa se divide en cuatro grandes áreas de organización para todo este complejo: Administración, Medicina, Terapia complementaria y Extensión. Cada una de estas áreas se subdivide en sub-áreas las cuales están interrelacionadas entre sí.

El área de Administración maneja la organización general del complejo, la administración financiera y la de recursos físicos que abastecen a las sub-unidades hospitalarias.

El área de Medicina tiene relación exclusivamente con la parte hospitalaria, donde se encuentran las unidades de tratamiento específicas, la atención médica complementaria, y la residencia médica del personal del hospital.

El área complementaria está destinada a todas las actividades de ergoterapia, hipoterapia, diversas terapias artísticas y espirituales las cuales son fundamentales para el desarrollo de las capacidades cognitivas, motoras y sociales de los pacientes, área que está ligada con el sector público ya que son el resultado visible de los trabajos realizados expuestos para el público.

Y en por último se encuentra el área de extensión la cual



Fig. 4.3 Esquema de organización

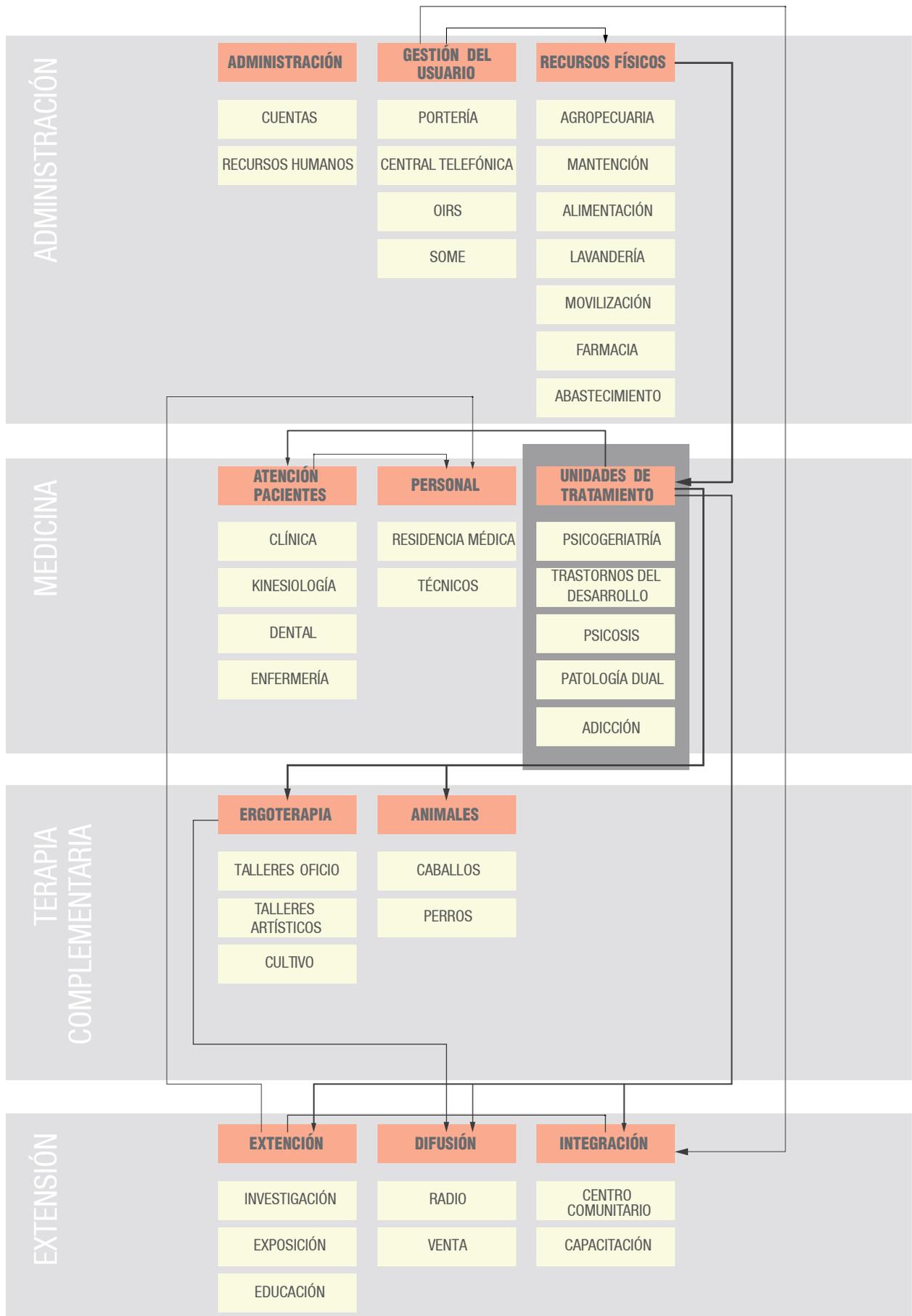
Fuente: elaboración propia.

tiene 2 líneas de enfoque, una hacia el desarrollo investigativo sobre temas de salud mental y dos una vocación pública que se enfoca en la exposición de la historia de la locura y del Hospital Sanatorio El Peral (ex- Open Door) en un museo de acceso público, un área de capacitación del usuario y comunidades organizadas para la profundización de temas de salud mental en la comunidad, biblioteca pública, exposición y venta de los trabajos y productos realizados en el complejo psiquiátrico, y la escuela pública diferencial existente en el hospital.

La interrelación de todos estos diversos programas se lograrán a través de la convivencia física en el espacio, donde el plan maestro dispone este abanico de actividades en un orden gradual dando cabida a todas las instancias que el proyecto plantea.

El proyecto funciona como una propuesta integral, no solo a nivel programático donde se conjuguen estos factores, sino el contacto real entre los ciudadanos y los pacientes a través del compartir espacios comunes, ya sea en los servicios, en las áreas verdes, sin temor ni rechazo a esta posibilidad de convivencia, así se logrará una real integración en la cotideaneidad de la conversación y la observación y así lograr por un lado un crecimiento personal de los pacientes, al desarrollar las habilidades sociales y por otro la educación y concientización de el tema de a salud mental en la población.

Vale decir que si bien puede sonar caótico, esta relación esta graduada según el estado del paciente, y la tranquilidad que aquí no existe la unidad de psiquiatría forense, por lo tanto no se atienden psicopatías de nivel criminal.



A continuación se mostrará un detalle del programa propuesto para todo el proyecto, con la especificación de áreas en metros cuadrados según recintos, haciendo una profundización en la etapa de medicina, específicamente en las unidades de tratamiento, donde se hará un estudio del color según actividad realizada, en relación a la sintomatología de las propias patologías psiquiátricas como a las consecuencias que se derivan del tratamiento psicofarmacológico, el cual trae como consecuencia otras enfermedades que actualmente no se contemplan en la visión integral del problema.

La idea de este análisis es proponer una respuesta desde la arquitectura en terminos espaciales y formales para la rehabilitación de los pacientes.

En este sentido la color terapia, puede ser efectiva a nivel subjetivo en la mejoría de los pacientes.

NOTA: LAS AREAS GRAFICADAS A CONTINUACIÓN SON SOLO PROPORCIONALES EN LA MISMA PÁGINA, POR LO QUE NO SE DEBE COMPARAR CON LA MISMA ESCALA DIFERENTES PÁGINAS.



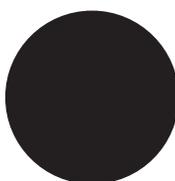
ADMINISTRACIÓN | DIRECCIÓN


DIRECCIÓN
128 m²

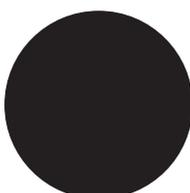
Of director Hospital	8 m ²	secretaria	6 m ²
Secretaria	6 m ²		
Of Director médico	8 m ²	Recursos humanos	
Secretaria	6 m ²	Of encargado de personal	6 m ²
Of Director Administrativo	8 m ²	Secretaria	6 m ²
Secretaria	6 m ²	Of Bienestar	6 m ²
Baño personal	10 m ²	Coordinador proyectos	6 m ²
		Coordinación externa	6 m ²
Finanzas		Psicólogo laboral	6 m ²
Of administrador financiero	6 m ²	Baños personal	10 m ²
Secretaria	6 m ²	Aseo	6 m ²
Of Contador	6 m ²		


GESTIÓN DEL USUARIO
100 m²

Portería	
Hall de acceso	6 m ²
Porteros	6 m ²
Baño portería	6 m ²
Bodega	6 m ²
Estacionamientos	60 m ²
Central telefónica	10 m ²
Baños	6 m ²


RECURSOSOS FÍSICOS
717 m²

Mantenión		Estacionamientos motos p.de soporte	20 m ²
Secretaría	6 m ²	Estacionamientos autos p. de soporte	20 m ²
Of coordinación	6 m ²		
Sala de máquinas	50 m ²	Farmacia	
		Of. Farmaceutico	6 m ²
Alimentación		Secretaria	6 m ²
Casino central	150 m ²	Bodega	50 m ²
Cocina	50 m ²	Encargado Bodega	6 m ²
Baños personal	20 m ²		
Kiosco	5 m ²	Abastecimiento	
		Of coordinador	6 m ²
Lavandería		Of secretaria	6 m ²
Lavandería central	150 m ²	Bodegas	200 m ²
Movilización			
Estacionamiento ambulancias	120 m ²		


TOTAL
945 m²

Esta unidad de administración, es el eje central de este complejo psiquiátrico, el cual organiza, gestiona el funcionamiento de el hospital en sí y todas las instalaciones privadas y públicas. Las sub unidades se dividen en 3 donde está el sector de administración y dirección del Hospital, junto con finanzas y recursos humanos. Luego está el sector de gestión del usuario, enfocado a la coordinación y orientación de todos los usuarios de este proyecto. Y por último se encuentra el área de recursos físicos, área que se encarga del abastecimiento de las necesidades básicas de los pacientes, como alimentación, lavandería, etc, funcionando también como una ayuda de contención en personal especializado que está preparado para casos especiales.



MEDICINA | UNIDADES DE TRATAMIENTO



CLÍNICA

510 m²

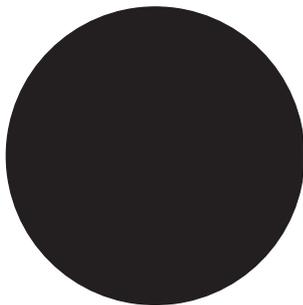
Auditoría médica	200 m ²	Quirófano	10 m ²
Enfermería	10 m ²	Sala de radiología	10 m ²
Consulta médica	30 m ²	Laboratorio Radiología	10 m ²
Baños pacientes	20 m ²	Bodega farmacia	6 m ²
Dentista	10 m ²	Of. Farmacéutico	6 m ²
Laboratorio dental	10 m ²	Bodega Aseo	2 m ²
Of. Kinesiología	6 m ²	Of. Director Medico	6 m ²
Sala Rehabilitación	150 m ²	Secretaría	4 m ²
Baños pacientes	20 m ²		



RESIDENCIA MÉDICA

100 m²

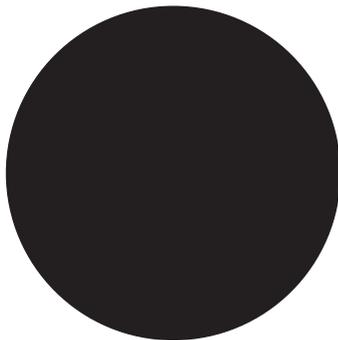
Sala de estar	40 m ²
Baños	10 m ²
Comedor	20 m ²
Recreación	20 m ²
Closet	10 m ²



UNIDADES DE TRATAMIENTO

4418 m²

Psicopatología dual	1420 m ²
Trastornos del desarrollo	626 m ²
Psicosis	1170 m ²
Psicogeriatría	626 m ²
Adicción a sustancias	576 m ²



TOTAL
5538 m²

Esta unidad está enfocada al cuidado clínico de los pacientes, dividiéndose también en 3 áreas: Clínica, Residencia médica y Unidades de tratamientos. La parte clínica es un área enfocada a la evaluación e intervención médica no asociada a la salud mental, donde los pacientes cuentan con un quirófano, donde se puedan hacer operaciones simples, un dentista y participar de un chequeo médico continuo como apoyo a la rehabilitación.

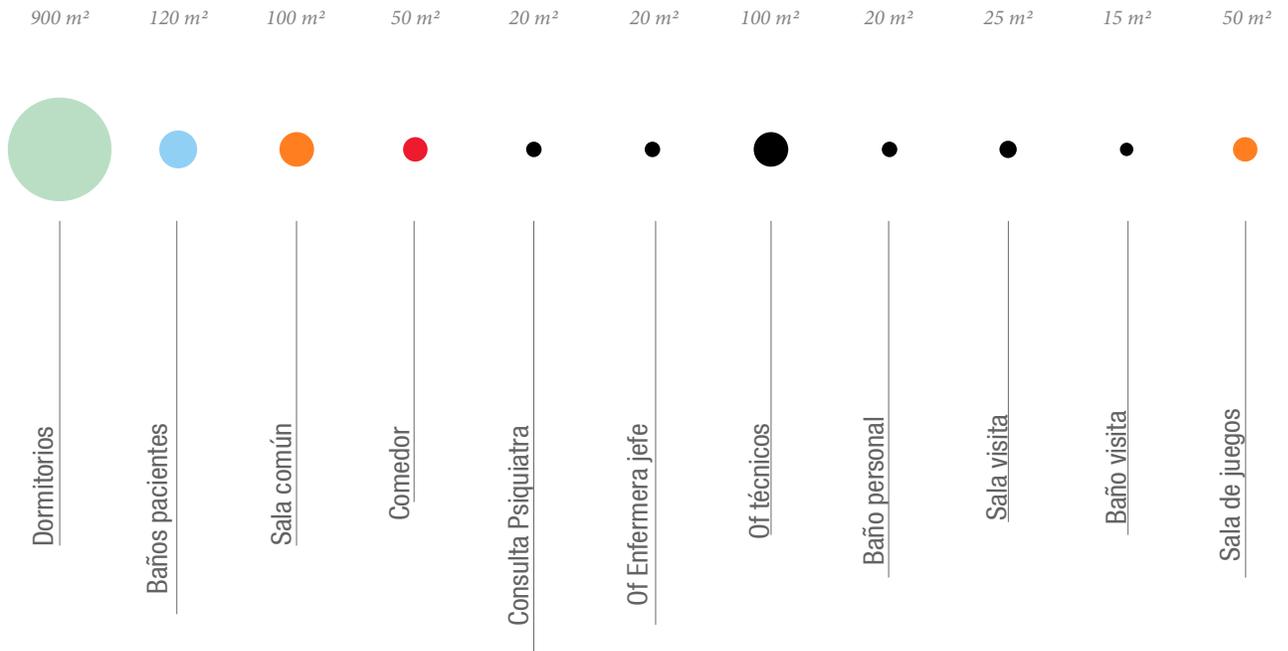
Por otra parte se encuentra la Residencia médica, donde los técnicos y médicos del hospital tienen un sector de esparcimiento privado, que ayuda a la distensión, y la mejoría de las relaciones interpersonales.

Por último se encuentran las unidades de tratamiento, donde están separadas por patología, y caracterizada cada una según las necesidades particulares de cada afección, el detalle se mostrará a continuación.



MEDICINA | UNIDADES DE TRATAMIENTO

PSICOPATOLOGÍA DUAL



►
Grafico de programa

Trastornos mentales + adicción a sustancias

La mayoría de los pacientes se encuentran en el estado depresivo ansioso, por lo que se necesitan espacios que por un lado tranquilicen y por otro motiven a la acción y creatividad. Los pacientes tienen mayor independencia, en cuanto a movilidad y desarrollo intelectual es por esto que ellos pueden realizar mayoritariamente trabajos que motiven su desarrollo personal.

COLOR

-  Se utilizarán elementos de color verde para los dormitorios, puesto que este calma y reduce el insomnio, trastornos secundarios que producen con los fármacos que se trata la depresión.
-  En los baños se utilizará el azul, un color que tiene un efecto calmante, ya que es una situación un tanto estresante.
-  El color naranja es frecuentemente utilizado para tratar la depresión, por su cualidad antifatídica y impulsar el optimismo y las relaciones sociales.
-  En el comedor se utilizará el color rojo para estimular el apetito, por la anorexia causada como efecto secundario de los fármacos.
-  La sala de visitas es un espacio donde el paciente tiene que lograr una óptima comunicación con la visita, por lo que se utilizará el violeta para calmar la ansiedad provocada por un agente externo.

MEDICINA | UNIDADES DE TRATAMIENTO

TRASTORNOS DEL DESARROLLO

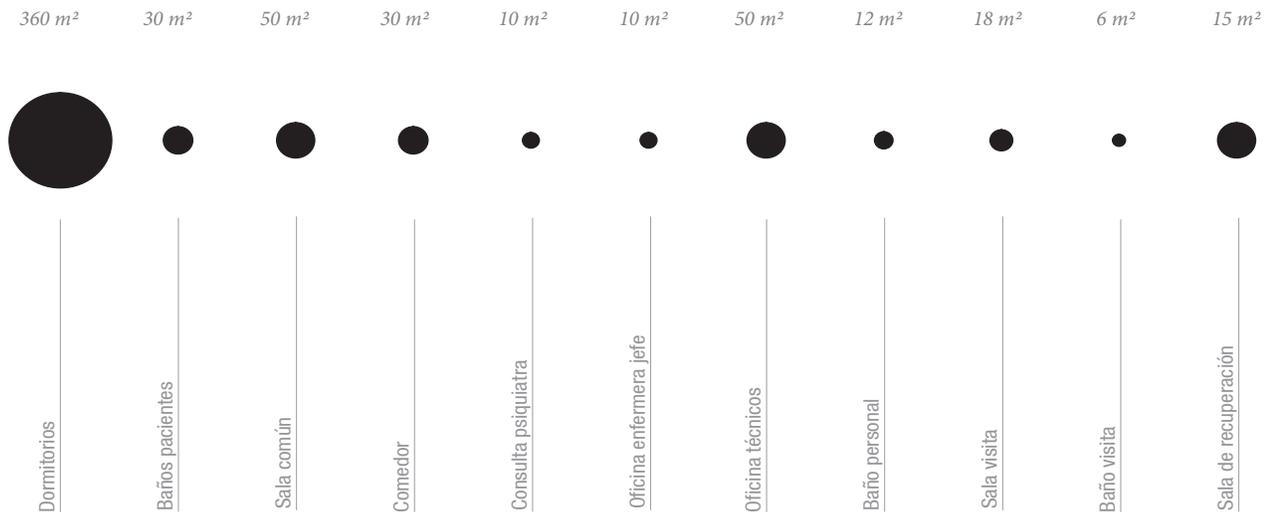


Grafico de programa

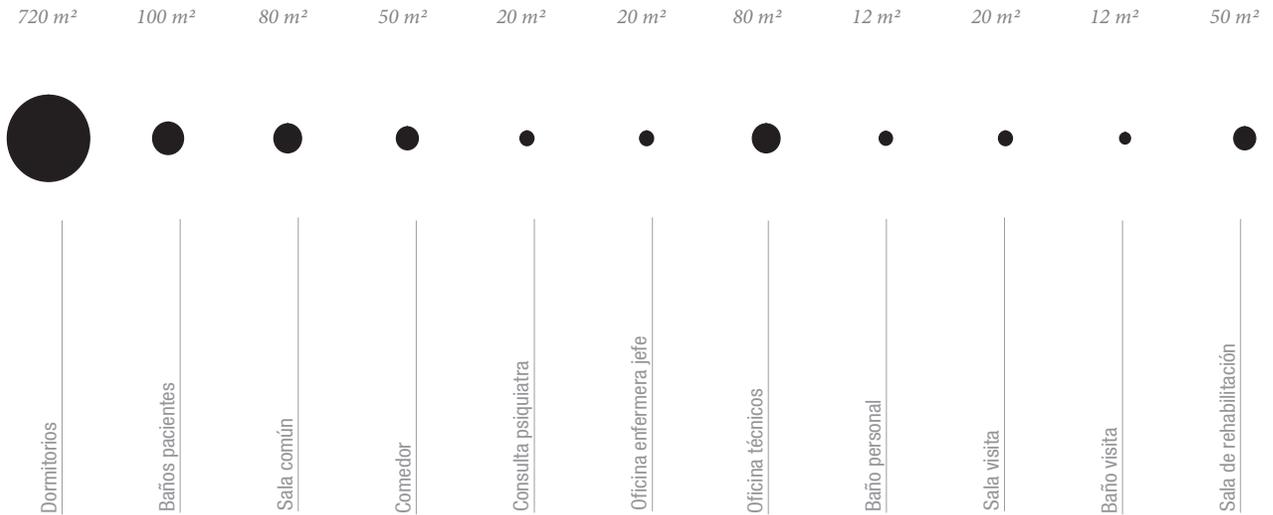
Discapacidad intelectual + trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno del desarrollo es un término amplio que cubre trastornos tales como la discapacidad intelectual / retraso mental así como los trastornos generalizados del desarrollo, incluyendo el autismo. Generalmente, comienzan en la infancia con una alteración o retraso de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central y tienen un curso constante, a diferencia de las remisiones y recaídas que tienden a caracterizar a muchos otros trastornos mentales. A pesar de que tienen su inicio en la infancia, los trastornos del desarrollo tienden a persistir hasta la edad adulta. Las personas con trastornos del desarrollo son más vulnerables a las enfermedades físicas y a desarrollar otros trastornos prioritarios mencionados en la guía GI-mhGAP y requieren atención adicional por parte de los profesionales de atención de la salud.



MEDICINA | UNIDADES DE TRATAMIENTO

PSICOSIS



►
Gráfico de programa

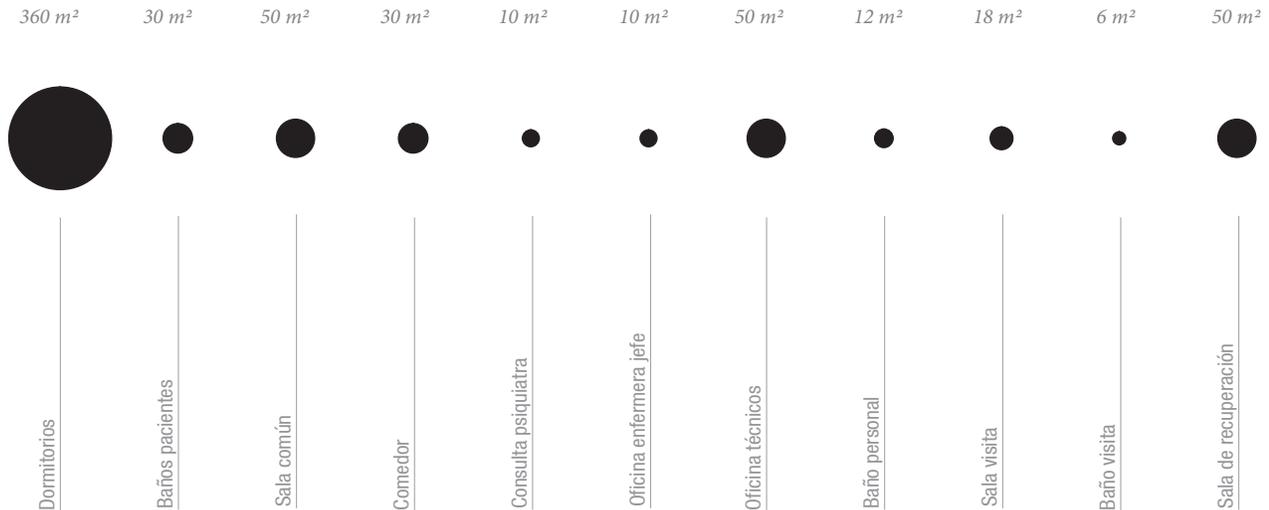
Psicosis

La psicosis está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones muy fuertes. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También se pueden presentar alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen), estado delirante (creencias fijas, falsas e idiosincrásicas) o recelo excesivo e injustificado. Se pueden observar anomalías graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal).



MEDICINA | UNIDADES DE TRATAMIENTO

PSICOGERIATRÍA



►
Gráfico de programa

Demencia + Alzheimer

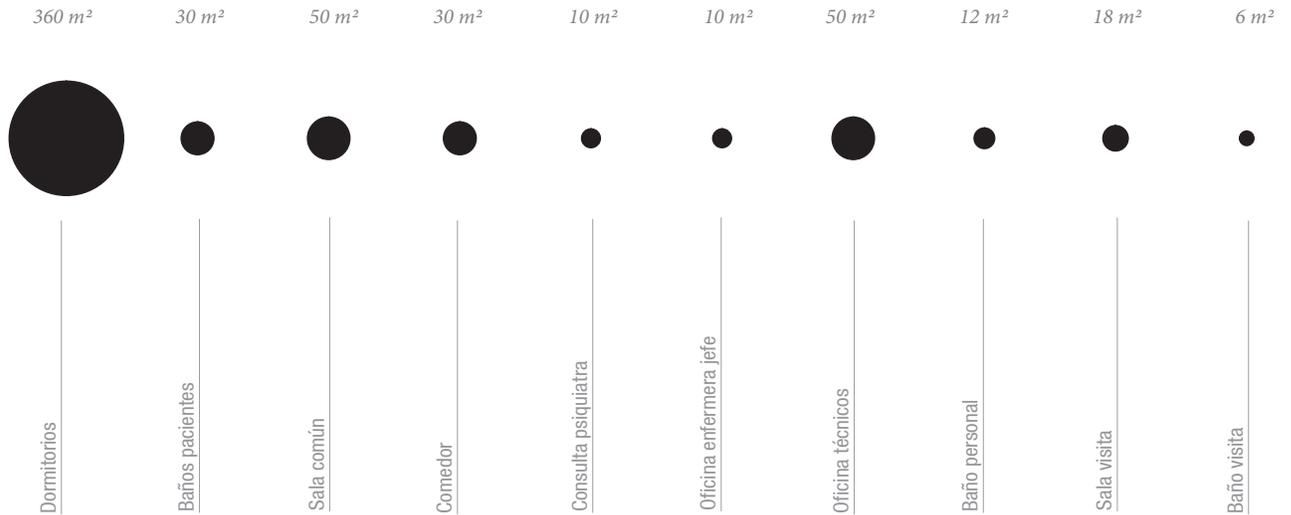
La demencia es un síndrome provocado por una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica y progresiva. Las condiciones que causan la demencia producen cambios en la capacidad mental, la personalidad y la conducta de la persona. Las personas con demencia experimentan con frecuencia problemas relacionados con la memoria y las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias. La demencia no es parte del envejecimiento normal. Aunque puede presentarse a cualquier edad, es más común en los adultos mayores.

Las personas con demencia a menudo presentan pérdida de memoria o se sienten deprimidas. Otros síntomas comunes incluyen el deterioro del control emocional, la conducta social o la motivación. Las personas con demencia pueden no tener conciencia alguna de estos cambios y pueden no buscar ayuda. Por lo tanto, algunas veces es la familia quien busca ayuda.



MEDICINA | UNIDADES DE TRATAMIENTO

ADICCIÓN A SUSTANCIAS



►
Gráfico de programa

Drogadicción

Los trastornos que resultan de los diferentes patrones de consumo de drogas incluyen la sobredosis de sedantes, intoxicación o sobredosis aguda de estimulantes, consumo perjudicial o de riesgo de drogas, dependencia a la marihuana, dependencia a opioides, dependencia a estimulantes, dependencia a benzodiazepinas y sus estados de abstinencia respectivos.

El uso perjudicial de drogas es un patrón de consumo de sustancias que daña la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de infecciones relacionadas al consumo de drogas) o mental (por ejemplo, episodios de trastorno depresivo) y a menudo está asociado a daño en el funcionamiento social (por ejemplo, problemas familiares, problemas legales o laborales).

La dependencia de drogas es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de drogas asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor.

El estado de abstinencia de drogas hace referencia al conjunto de síntomas que aparecen al suspender el uso de una droga, después de haberla usado diariamente y durante un tiempo prolongado.

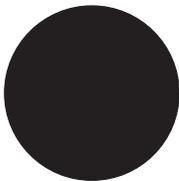


TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

ERGOTERAPIA


TALLERES ARTÍSTICOS
85 m²

Of. Dirección	6 m ²
Secretaría	6 m ²
Of. Dirección de Arte	6 m ²
Of. Dirección Oficinas	6 m ²
Baños personal	6 m ²
Taller Pintura	15 m ²
Taller Literario	10 m ²
Taller de música	15 m ²
Taller de teatro	15 m ²


TALLERES AGRÍCOLAS
1660 m²

Tomate	400 m ²
Lechugas	400 m ²
Papas	200 m ²
Zanahorias	200 m ²
Cebollas	200 m ²
Porotos	200 m ²
Cultivos invernadero	60 m ²


TALLERES OFICIO
251 m²

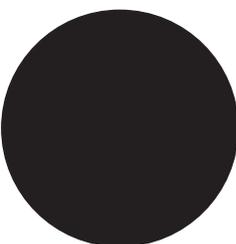
Taller de Confección vestuario	15 m ²
Taller de cocina	25 m ²
Taller de carpintería	25 m ²
Taller de construcción	25 m ²
Taller de gasfitería	15 m ²
Taller de jardinería aula	25 m ²
Taller de Agricultura aula	15 m ²
Baños pacientes	100 m ²
Bodega aseo	6 m ²


HIPOTERAPIA
600m²

Establo	600 m ²
---------	--------------------


DEPORTES
450 m²

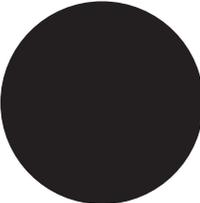
Multicanchas	300 m ²
Gimnasio	100 m ²
Sala de yoga	50 m ²


TOTAL
2.596 m²

La ergoterapia o mejor conocida como labor terapia, es una parte fundamental de esta propuesta, rescatando lo que era el espíritu de el Ex Open - Door en donde la rehabilitación mediante el trabajo, o el desarrollo personal a través de diversas actividades que conectaran al hacer, favorecía la recuperación de los pacientes. Hoy en día está comprobado que estas técnicas de talleres prácticos y artísticos son fundamentales para el desarrollo personal de cada paciente, por diversos motivos, una conectar el pensar y el hacer y ver un producto final creado por ellos mismos provoca un sentimiento de logro, además de potenciar habilidades de los pacientes. Por otro lado está también el desarrollo emocional y social que se da en la interacción con diversas personas tomando responsabilidades y cariños por estas, lo que hace que el quiebre que provoca el encierro con la vida cotidiana no sea tan abrupto, y por este motivo, un ejercicio fundamental para la reinserción social posterior. También la conexión de cuidar y amar algo de la naturaleza desarrolla una serie de emociones positivas que no se dan con otras terapias, como por ejemplo cuidar un huerto o cuidar animales, en este caso caballos. El desarrollo de la empatía y la compasión son fundamentales para la sanación espiritual de estos pacientes con grandes conflictos internos.



EXTENSIÓN

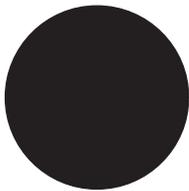
 INVESTIGACIÓN 1097 m ²	<table border="0"> <tr><td>Of. Dirección</td><td>6 m²</td></tr> <tr><td>Secretaría</td><td>6 m²</td></tr> <tr><td>Talleres docentes</td><td>120 m²</td></tr> <tr><td>Of. investigaciones</td><td>150 m²</td></tr> <tr><td>Laboratorios</td><td>150 m²</td></tr> <tr><td>Biblioteca</td><td>315 m²</td></tr> <tr><td>Baños</td><td>35 m²</td></tr> <tr><td>Auditorio</td><td>315 m²</td></tr> </table>	Of. Dirección	6 m ²	Secretaría	6 m ²	Talleres docentes	120 m ²	Of. investigaciones	150 m ²	Laboratorios	150 m ²	Biblioteca	315 m ²	Baños	35 m ²	Auditorio	315 m ²				
Of. Dirección	6 m ²																				
Secretaría	6 m ²																				
Talleres docentes	120 m ²																				
Of. investigaciones	150 m ²																				
Laboratorios	150 m ²																				
Biblioteca	315 m ²																				
Baños	35 m ²																				
Auditorio	315 m ²																				
 EXPOSICIÓN 924 m ²	<table border="0"> <tr><td>Of. Director</td><td>8 m²</td></tr> <tr><td>Secretaría</td><td>6 m²</td></tr> <tr><td>Baños personal</td><td>10 m²</td></tr> <tr><td>Sala Historia Psiquiatría</td><td>200 m²</td></tr> <tr><td>Sala Métodos de tratamientos</td><td>100 m²</td></tr> <tr><td>Historia del peral</td><td>200 m²</td></tr> <tr><td>Exposición</td><td>100 m²</td></tr> <tr><td>Teatro</td><td>300 m²</td></tr> </table>	Of. Director	8 m ²	Secretaría	6 m ²	Baños personal	10 m ²	Sala Historia Psiquiatría	200 m ²	Sala Métodos de tratamientos	100 m ²	Historia del peral	200 m ²	Exposición	100 m ²	Teatro	300 m ²				
Of. Director	8 m ²																				
Secretaría	6 m ²																				
Baños personal	10 m ²																				
Sala Historia Psiquiatría	200 m ²																				
Sala Métodos de tratamientos	100 m ²																				
Historia del peral	200 m ²																				
Exposición	100 m ²																				
Teatro	300 m ²																				
 EDUCACIÓN 610 m ²	<table border="0"> <tr><td>Of. Director</td><td>8 m²</td></tr> <tr><td>Secretaría</td><td>6 m²</td></tr> <tr><td>Sala de Profesores</td><td>50 m²</td></tr> <tr><td>Baño personal</td><td>10 m²</td></tr> <tr><td>Bodega aseo</td><td>6 m²</td></tr> <tr><td>Sala de reuniones</td><td>10 m²</td></tr> <tr><td>Aulas de clases</td><td>240 m²</td></tr> <tr><td>Patio</td><td>200 m²</td></tr> <tr><td>Baño alumnos</td><td>30 m²</td></tr> <tr><td>Biblioteca</td><td>50 m²</td></tr> </table>	Of. Director	8 m ²	Secretaría	6 m ²	Sala de Profesores	50 m ²	Baño personal	10 m ²	Bodega aseo	6 m ²	Sala de reuniones	10 m ²	Aulas de clases	240 m ²	Patio	200 m ²	Baño alumnos	30 m ²	Biblioteca	50 m ²
Of. Director	8 m ²																				
Secretaría	6 m ²																				
Sala de Profesores	50 m ²																				
Baño personal	10 m ²																				
Bodega aseo	6 m ²																				
Sala de reuniones	10 m ²																				
Aulas de clases	240 m ²																				
Patio	200 m ²																				
Baño alumnos	30 m ²																				
Biblioteca	50 m ²																				
 DIFUSIÓN 16 m ²	<table border="0"> <tr><td>Sala de transmisión</td><td>10 m²</td></tr> <tr><td>Sala de edición</td><td>6 m²</td></tr> </table>	Sala de transmisión	10 m ²	Sala de edición	6 m ²																
Sala de transmisión	10 m ²																				
Sala de edición	6 m ²																				
 VENTA 59 m ²	<table border="0"> <tr><td>Sala de venta</td><td>9 m²</td></tr> <tr><td>Cafetería</td><td>40 m²</td></tr> <tr><td>Baños público</td><td>10 m²</td></tr> </table>	Sala de venta	9 m ²	Cafetería	40 m ²	Baños público	10 m ²														
Sala de venta	9 m ²																				
Cafetería	40 m ²																				
Baños público	10 m ²																				
 INTEGRACIÓN 212 m ²	<table border="0"> <tr><td>Sala multiuso</td><td>40 m²</td></tr> <tr><td>Baños</td><td>10 m²</td></tr> <tr><td>Biblioteca</td><td>100 m²</td></tr> <tr><td>Salas de capacitación</td><td>50 m²</td></tr> <tr><td>Of. Dirección</td><td>6 m²</td></tr> <tr><td>Baño personal</td><td>6 m²</td></tr> </table>	Sala multiuso	40 m ²	Baños	10 m ²	Biblioteca	100 m ²	Salas de capacitación	50 m ²	Of. Dirección	6 m ²	Baño personal	6 m ²								
Sala multiuso	40 m ²																				
Baños	10 m ²																				
Biblioteca	100 m ²																				
Salas de capacitación	50 m ²																				
Of. Dirección	6 m ²																				
Baño personal	6 m ²																				
 TOTAL 2.918 m ²	<p>Esta unidad programática está enfocada en el público exterior al hospital, quienes acá pueden interiorizarse en el tema de la locura, sin la previa conexión con alguien del hospital necesariamente, donde se hace la comunión entre ciudad y locura, donde se aprende y se comprende esta realidad. También, está pensado para acercar a las familias de los pacientes en la mayoría de los casos olvidados para que puedan compartir con sus familiares y cercanos en una relación de normalidad, donde vean sus logros y disfruten de los espacios y no tenga que ser una obligación la visita, sino un gusto. Por otra parte generar este programa en un espacio público potencia la escena cultural que es incipiente en la comuna de Puente Alto. Y por último generar discusión e investigación en una sociedad inclusiva donde participen todos los actores, médicos, personas con alteraciones mentales, y medio ambiente.</p>																				



TOTAL PROYECTO



ADMINISTRACIÓN
945 m²



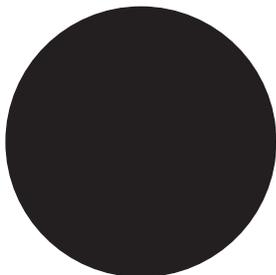
MEDICINA
5.538 m²



TERAPIA COMPLEMENTARIA
2.596 m²



EXTENSIÓN
2.918 m²



TOTAL
11997 m²



G E S T I Ó N

Para financiar el proyecto se propone un sistema de gestión mixta, con participación de varias entidades para el financiamiento paulatino de las etapas de construcción del proyecto.

En primer lugar, el terreno pertenece a Bienes Nacionales, bajo la administración de el mismo sector de Salud Metropolitano Sur, actualmente a cargo del Hospital Sótero del Río, pero para efectos de reformas se propondrá tener autonomía en administración, bajo el propio Hospital El Peral, en este sentido el terreno saldría costo cero.

Como el proyecto plantea un programa diverso y de gran extensión se ha pensado en parcializar los fondos a cuales acudir, según la etapa y desarrollo que pida el proyecto.

En primera instancia, con prioridad nacional, es necesaria la inversión directamente estatal en los fondos destinados a la Salud Mental, siendo así, la parte hospitalaria, costeadada por fondos concursables dentro del mismo ministerio de Salud.

Para el área pública, edificaciones destinadas hacia la comunidad, estarán destinados fondos concursables a nivel internacional y, municipales.

La municipalidad de Puente alto también debería participar en el pago de la remodelación de algunas áreas verdes, que en este caso no son muchas, por lo que el costo de inversión no será tan alto.

Y para las instalaciones relacionadas con la investigación y la exposición a forma de museo, se solicitarán fondos a entidades extranjeras, relacionadas con el desarrollo de la investigación y difusión de temas psiquiátricos, junto a esto el sector educacional, también considerará pedir fondos a manos extranjeras y al ministerio de Educación .

4.2 PLAN MAESTRO

La propuesta como se ha mencionado anteriormente pretende visibilizar el problema de la locura, como un problema social, llevándose a cabo a través de la integración física entre ciudad y locura, por medio de la convivencia y el respeto mutuo.

Como ya se observó la gran potencialidad de desarrollo que tiene este terreno, el proyecto se plantea como la introducción de la ciudad al espacio de la locura y no viceversa, otorgando así una impronta de responsabilidad colectiva frente a esta realidad, la aceptación y la valorización de las múltiples visiones de mundo.

La integración se logrará a través de distintas instancias, y graduaciones que relacionan a estas dos partes en múltiples aristas. En la parte general, el proyecto tomará el carácter de Parque Psiquiátrico, ofreciendo un tercio del terreno como espacio público para la comuna de Puente Alto, donde se desarrollará el programa más público que constará con espacios para la difusión, la educación, la capacitación y la exhibición. Aquí las personas que van de visita pueden estar en contacto con los pacientes estables y compartir las hermosas áreas verdes que ofrece el lugar.

La segunda etapa es la parte de ergoterapia, donde se encontrarán una diversidad de talleres y zonas de aprendizaje y oficio en función de la rehabilitación de los pacientes. Estas instancias serán el gran colchón que separe gradualmente el espacio hospitalario propiamente tal con el área más pública.

Y por último, se encontrará el espacio hospitalario, donde se reorganizarán las unidades de tratamiento en función de su relación con el espacio natural. Estos volúmenes se dispondrán de manera gradual a través del parque en total según la capacidad propia de cada estado del paciente y su patología.

Con respecto a los edificios preexistentes se recuperarán los de mayor valor histórico y arquitectónico, los que funcionarán como centro de gestión de las actividades más importantes.

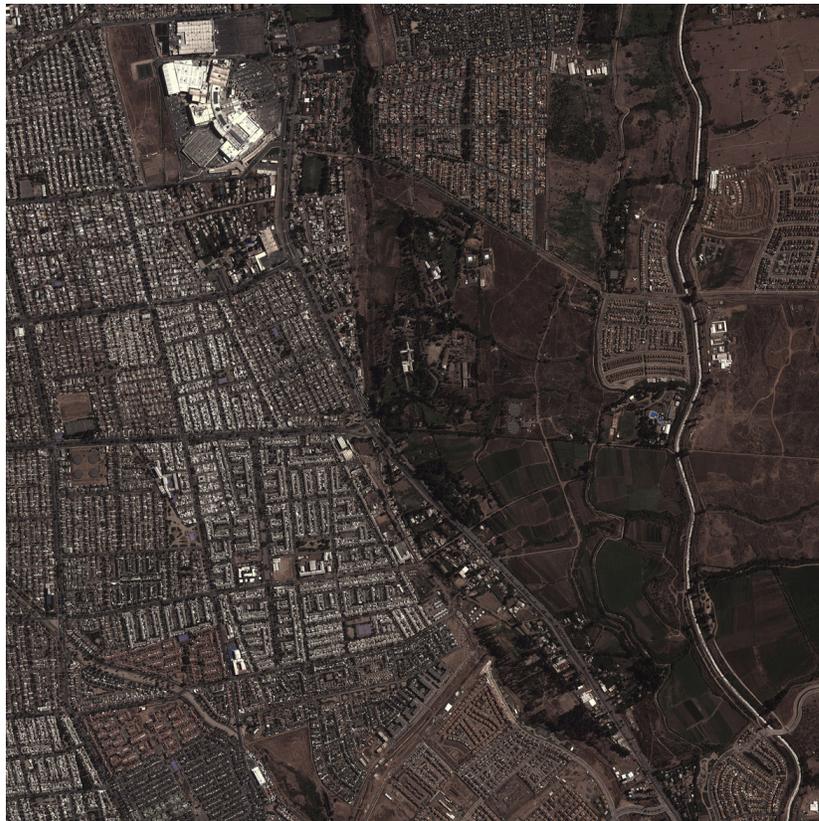


Fig. 4.4 Imágen contexto general.
Fuente: www.mapsgoogle.com



Fig. 4.5 Emplazamiento
Fuente: elaboración propia.

ETAPA I PLAN MAESTRO

REEINTERPRETACIÓN DE LA TIPOLOGÍA CLÁSICA.

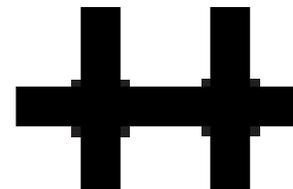


Fig. 4.6 TIPOLOGÍA CLÁSICA

Fuente: elaboración propia.

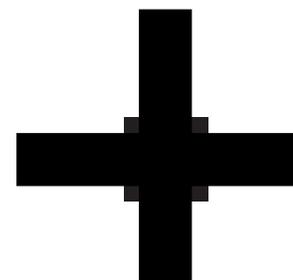


Fig. 4.7 ESQUEMA MEDULAR

Fuente: elaboración propia.

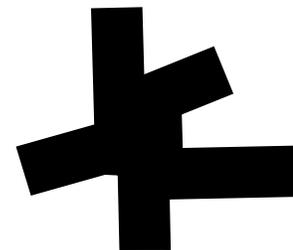


Fig. 4.8 REINTERPRETACIÓN

Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.9 ELEMENTO PRIMARIO

Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.10 ELEMENTO SECUNDARIO

Fuente: elaboración propia.

La tipología clásica utilizada desde el siglo XVII, son estructuras que representan el funcionamiento adecuado a el tratamiento de tal época, en Chile en el siglo XX en este hospital se replicó esa modalidad en 1928 y en 1950 para la estadía de los pacientes psiquiátricos. Hoy en día estas formas de edificios “H” ya no son el modelo idílico ni funcional para esta obra. En este sentido lo que propone el proyecto es replantearse desde la arquitectura las modalidades de tratamiento, es por esto que se realiza una reinterpretación de tal tipo-

logía para la adecuación dentro del hospital, considerándose como una propuesta integral desde el patrimonio y eficiente desde la funcionalidad y el bienestar.

Los edificios tipo “H” son edificaciones en las que el control de los pacientes se ubica en 2 núcleos centrales, desde donde se despliegan las alas en las cuales habitan una cantidad excesiva de personas, para que el edificio se abra al paisaje y todos los recintos reciban iluminación y ventilación.

Por lo que la simplificación de esta tipología es un núcleo central desde donde salen brazos que despliegan el programa, frente a esto se puede hacer una reinterpretación geométrica manteniendo esta relación entre centralidad, construcción y paisaje, tomando también los elementos constitutivos de esta modalidad como elementos independientes, los cuales permiten una mayor flexibilidad dentro de la propuesta total.

ETAPA I PLAN MAESTRO

REEINTERPRETACIÓN DE LA TIPOLOGÍA CLÁSICA.

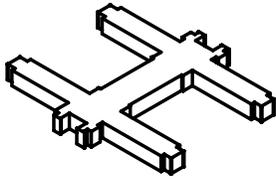


Fig. 4.11 EDIFICIOS 1928

Fuente: elaboración propia.

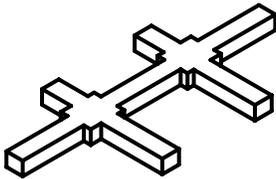


Fig. 4.12 EDIFICIO 1958

Fuente: elaboración propia.

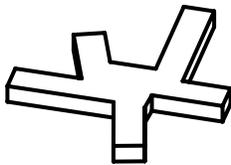


Fig. 4.13 EDIFICIOS PROPUESTOS DE USO PÚBLICO

Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.14 EDIFICIOS PROPUESTOS UNIDADES DE TRATAMIENTO

Fuente: elaboración propia.

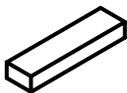


Fig. 4.15 EDIFICIOS PROPUESTOS PARA SERVICIOS

Fuente: elaboración propia.

Del análisis anterior surgen las formas propuestas para las diferentes instancias programáticas de este complejo psiquiátrico, en este sentido se recoge desde la visión histórica una reinterpretación actual.

En primer lugar los edificios preexistentes se rehabilitarán y se reconvertirán en su uso siendo utilizado para instancias administrativas, de labor terapia y extensión, donde estas actividades se puedan adaptar en funcionamiento en estas instalaciones.

En segunda instancia, existen estos edificios nuevos que se proponen con un nuevo programa de vocación pública ligados al parque donde se realizarán actividades ligadas en mayor medida a la comunidad.

Luego la tipología de cubos se utilizarán en las diversas instancias de unidades de tratamiento, donde se adecuarán bajo los requerimientos de cada patología y estado del paciente, replegándose como volúmenes aislados a lo largo de todo el terreno según el

grado de movilidad que tengan las personas que los habitarán.

Y por último, los servicios asociados al funcionamiento general ya sea control de accesos, servicios higiénicos se desarrollarán en la tipología simple rectangular.

Así estas diferentes instancias darán forma al gran espacio verde ordenándolo a través de la relación entre arquitectura y paisaje.

ETAPA I PLAN MAESTRO

ESTRATEGIAS DE DISEÑO



ZONIFICACIÓN GENERAL.

1. Área hospitalaria
2. Área de ergoterapia
3. Parque público

La zonificación general del área se ordena en tres instancias de grados de privacidad. El área 1 esta asociada a la parte más privada del Hospital, el área 2 funciona como una zona intermedia, de privacidad moderada, y por último se encuentra la parte pública que es la zona 3 asociada al acceso principal.

Se mantiene el límite geográfico que presenta el terreno que genera más privacidad a la parte hospitalaria, se mantiene la mayor cantidad de arborización existente y por último se mantienen los edificios históricos con gran valor arquitectónico.

Fig. 4.16 Preexistencia + redistribución.
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.17 GEOGRAFÍA LÍMITE NATURAL
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.18 ARBORIZACIÓN EXISTENTE
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.19 EDIFICIOS QUE SE MANTIENEN
Fuente: elaboración propia.

ETAPA I PLAN MAESTRO

CIRCULACIONES Y RECORRIDOS



Fig. 4.19 ESQUEMA GENERAL DE CIRCULACIONES
Fuente: elaboración propia.

CIRCULACIONES

El terreno se organiza a través de los recorridos que estructuran este gran espacio, primero se establece un circuito perimetral el que limita la entrada excesiva de automóviles al interior del parque en general, salvo como servicios de paso al sector hospitalario.

Se plantea un circuito “institucional”, que une la trama existente a modo de sendero peatonal, en el sector público y en el sector hospitalario funciona como un 2º recorrido intrahospitalario, con el paso de automóviles.

Y en tercer lugar se desarrolla una serie de recorridos peatonales que vinculan las distintas instancias del proyecto.



Fig. 4.20 CIRCULACIÓN PERIMETRAL
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.21 CIRCULACIÓN INSTITUCIONAL
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.22 CAMINOS PEATONALES
Fuente: elaboración propia.

ETAPA I PLAN MAESTRO

EDIFICACIONES



Fig. 4.23 EDIFICACIONES TOTAL
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.24 ADMINISTRACIÓN
Fuente: elaboración propia.

La distribución de los diferentes edificios responden a esta graduación propuesta de definir las áreas programáticas como una graduación de conjuntos superpuestos.



Fig. 4.25 MEDICINA
Fuente: elaboración propia.



Fig. 4.26 TALLERES COMPLEMENTARIOS
Fuente: elaboración propia.

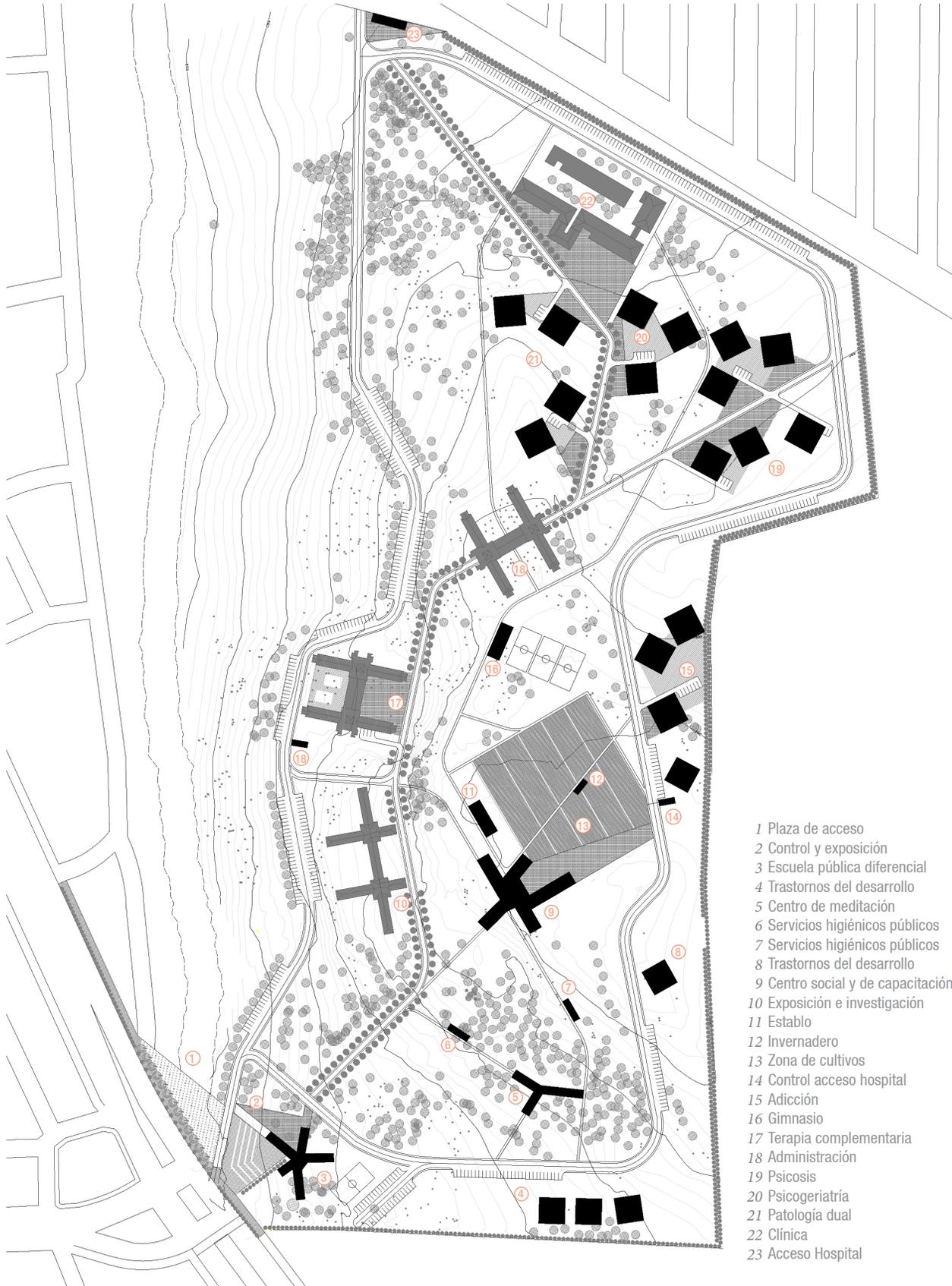


Fig. 4.27 EXTENSIÓN
Fuente: elaboración propia.



ETAPA I PLAN MAESTRO

PLANTA GENERAL



ETAPA I PLAN MAESTRO

PLANTA ACCESO

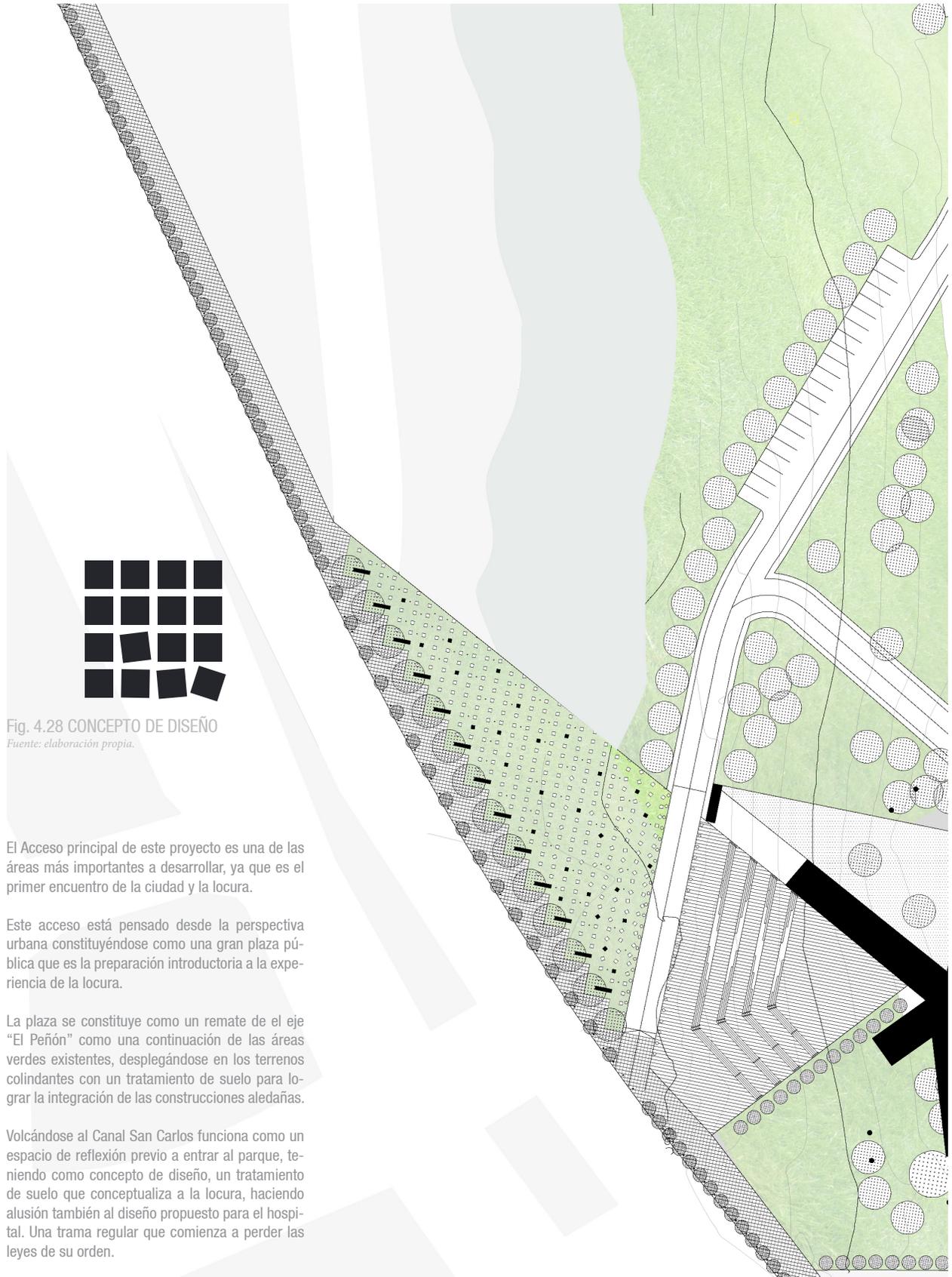


Fig. 4.28 CONCEPTO DE DISEÑO
Fuente: elaboración propia.

El Acceso principal de este proyecto es una de las áreas más importantes a desarrollar, ya que es el primer encuentro de la ciudad y la locura.

Este acceso está pensado desde la perspectiva urbana constituyéndose como una gran plaza pública que es la preparación introductoria a la experiencia de la locura.

La plaza se constituye como un remate de el eje "El Peñón" como una continuación de las áreas verdes existentes, desplegándose en los terrenos colindantes con un tratamiento de suelo para lograr la integración de las construcciones aledañas.

Volcándose al Canal San Carlos funciona como un espacio de reflexión previo a entrar al parque, teniendo como concepto de diseño, un tratamiento de suelo que conceptualiza a la locura, haciendo alusión también al diseño propuesto para el hospital. Una trama regular que comienza a perder las leyes de su orden.

ETAPA I PLAN MAESTRO

PLAZA DE ACCESO



Fig. 4.29 VISTA CALLE
Fuente: elaboración propia.

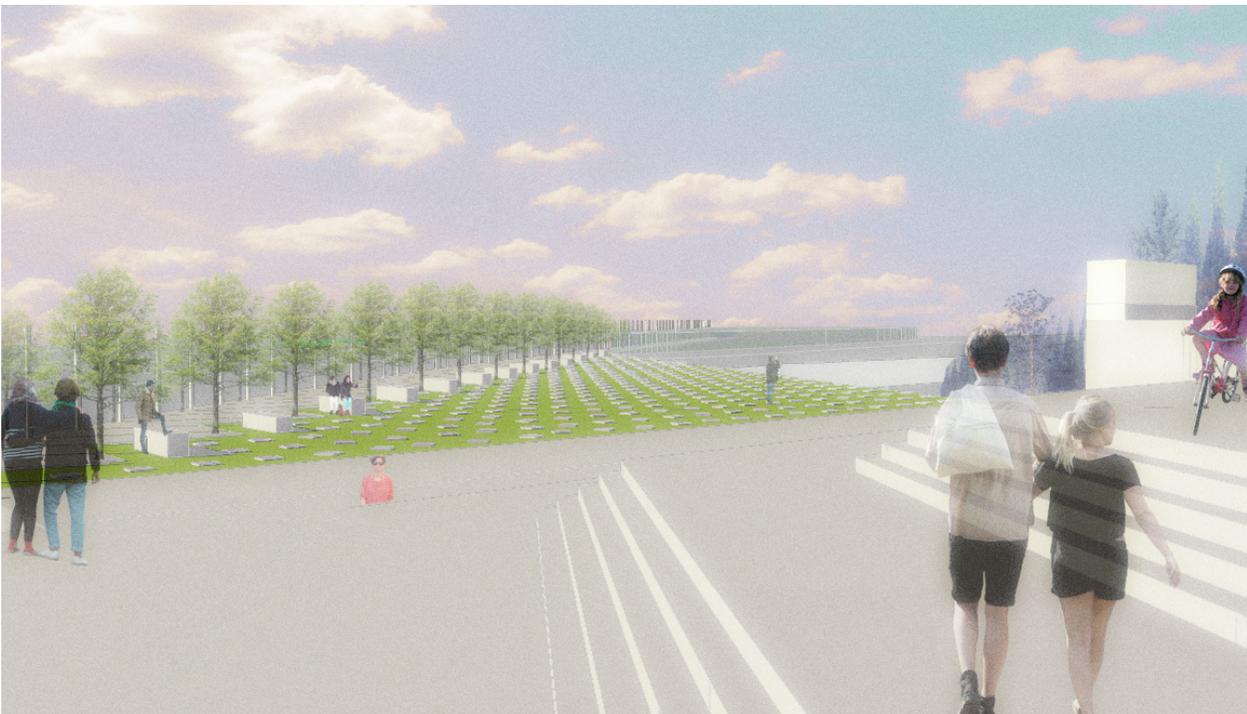


Fig. 4.30 VISTA PLAZA
Fuente: elaboración propia.

UNIDADES DE TRATAMIENTO

La segunda etapa de este proyecto pretende desarrollar el sector de las unidades de tratamiento para los pacientes, porque se quiere buscar una nueva respuesta a la forma de entender la arquitectura psiquiátrica.

Como premisa de diseño se tiene que a través de la arquitectura podemos manejar ciertas emociones y experiencias, por lo tanto, la arquitectura es una herramienta fundamental en la rehabilitación de los pacientes.

Según los estudios, la relación entre hombre y paisaje es una clara forma de potenciar una reflexión interna, por medio de la contemplación y la conexión con el espacio natural, es por esto que el factor del paisaje será clave dentro de los criterios utilizados para el desarrollo de estas unidades.

Como segunda premisa, la riqueza de calidades espaciales y la pérdida de la monotonía son factores que impulsan un desarrollo intelectual y espiritual de los pacientes, el poder tener espacios privados donde se resguarde su intimidad, tanto como espacios abiertos donde puedan compartir y relacionarse con sus pares, son factores muy importantes a la hora de diseñar.

Y por último, la consideración de generar espacios que den la sensación de armonía, más utilizar el poder subliminal del color como factor terapéutico ayuda a reducir la violencia y el desagrado de estar en este tipo de instituciones, así por lo tanto se empieza a romper el círculo de sobremedicación de los pacientes, tanto como las prácticas tortuosas que sufren como métodos de control.

La libertad y el bienestar son los factores más importantes de esta etapa.



ETAPA II UNIDADES DE TRATAMIENTO

CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS CASOS

Es posible encontrar patrones de conducta transversales a las diferentes patologías y realidades de cada uno de los pacientes. Se establece un parámetro básico de entendimiento del problema arquitectónico el cual es la movilidad. Existen etapas en la recuperación de los pacientes, en donde cada una es distinta de las otras y en donde los requerimientos espaciales funcionan distinto.

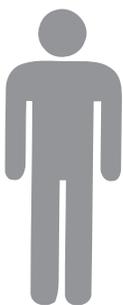
En este sentido se plantea categorizar a tres tipos de pacientes, dependiendo el grado de movilidad que tengan y según eso, encontrar el espacio de mayor estadia de el paciente, entendiendo que aquí, se enfatizará la conexión con el paisaje natural.

Este simple ejercicio, nos facilitará la tipologización de 3 módulos distintos para cada situación, los cuales se adaptarán en relación con las diferentes tipologías y necesidades específicas de cada paciente.



P.1

Paciente grave



P.2

Paciente con movilidad limitada



P.3

Paciente estable



La relación entre el dormitorio y la naturaleza es la de mayor importancia en el caso a diseñar el primer módulo dado a que estos pacientes en estado crítico, necesitan un tiempo de meditación y relaxo para poder volver a relacionarse con más personas. Como por ejemplo un ataque psicótico, o el proceso de desintoxicación de drogas.

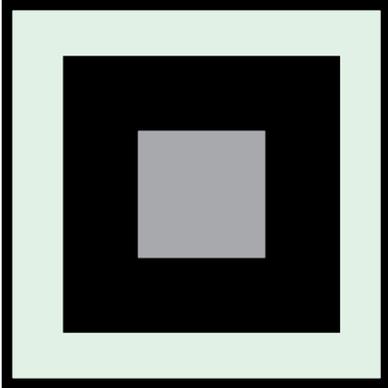
Los pacientes que tienen movilidad limitada, por ejemplo pacientes que están con enfermedades físicas asociadas, o que aún no se encuentran en las mejores condiciones para realizar los talleres de la terapia complementaria, pasan mayor tiempo en los espacios comunes de la unidad, por lo que es aquí, donde hay que poner el foco de esta relación.

Los pacientes estables, capaces de realizar labores externas la mayor parte del día, pasan muy poco tiempo en la unidad misma, por lo que la inclusión efectiva del paisaje dentro del módulo no es necesario, ya que la relación con la naturaleza la comparten estando en ella afuera.



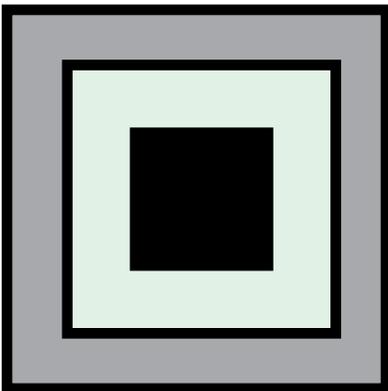
ETAPA II UNIDADES DE TRATAMIENTO

ESTRATEGIAS DE DISEÑO



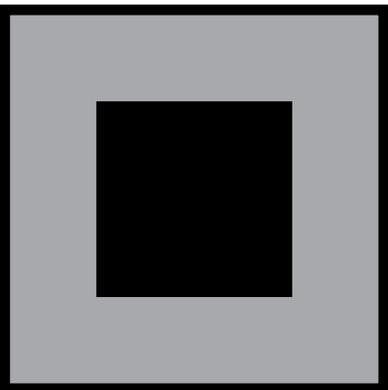
Se propone generar la inclusión del paisaje vinculada a los dormitorios en esta zona, donde la relación entre el afuera y el adentro sea gradual, para no generar esa sensación de presidio cuando solo se puede ver el paisaje a través de una ventana. En este caso se propone un jardín individual a cada pieza expandiendo el área de esta, haciendo un "in between" entre el paisaje y lo construido.

P.1



En este caso, se propone compartir el jardín interior entre los dormitorios y los espacios comunes, dando mayor movilidad espacial dentro de la misma unidad.

P.2



En esta unidad no es necesario incluir el paisaje dentro de la arquitectura, ya que los pacientes, estarán fuera de esta la mayor parte del tiempo, en la misma naturaleza.

P.3



ETAPA II UNIDADES DE TRATAMIENTO

PLANTA Y CORTE ESQUEMÁTICOS P1



REFERENTES ETAPA I

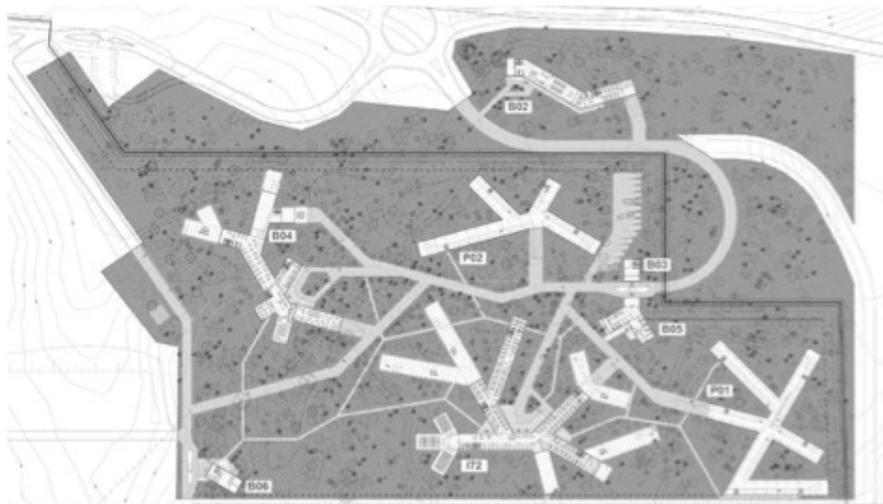
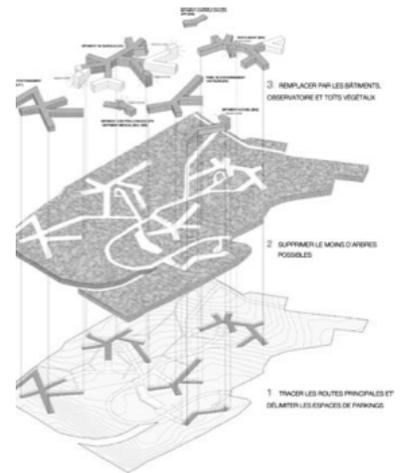
PARQUE CIENTÍFICO / HERREROS ARQUITECTOS

Cadarache, Francia 2007

2° Premio Concurso internacional

El proyecto consiste en cinco piezas de arquitectura implantadas en un bosque de gran riqueza biológica. Estos volúmenes van definiendo recorridos armando una trama respetuosa en el terreno.

La tipología utilizada en este caso se enmarca dentro de lo que se llama arquitectura de paisaje, que se abre dejando penetrar el paisaje dentro,



REFERENTES ETAPA I

MUSEO ARQUEOLÓGICO DE LA VEGA BAJA / MANSILLA Y TUÑÓN

Toledo, España 2010

1º lugar Concurso Internacional de ideas

Una solución integrada por pequeños elementos que se agregan entre sí con formas que ocupan el territorio de forma orgánica. Piezas que se adaptan al programa funcional planteado en el concurso van generando una trama continua interiormente que generan recorridos y vistas de gran riqueza espacial. La volumetría exterior de reducida altura se adecua al paisaje del entorno y crea un nuevo espacio acorde con la Fábrica de Armas situada en su proximidad.

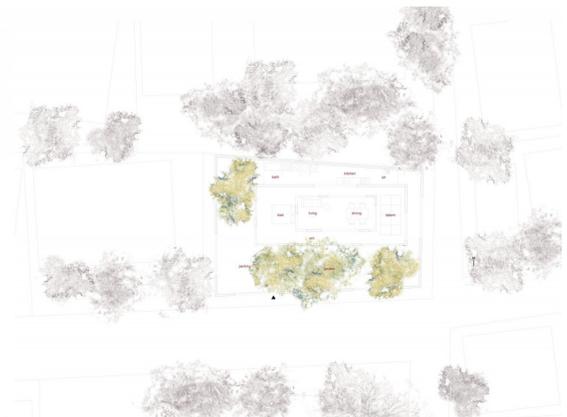


REFERENTES ETAPA II

CASA N / SOU FUJIMOTO

Oita, Japón 2008

Esta casa japonesa plantea la pregunta teórica de Sou Fujimoto del “in between”, del traspaso del paisaje hacia la unidad arquitectónica de un modo paulatino, donde se pueden conjugar los diversos espacios entorno a los vanos que atraviesan toda la vivienda.



PROCESO

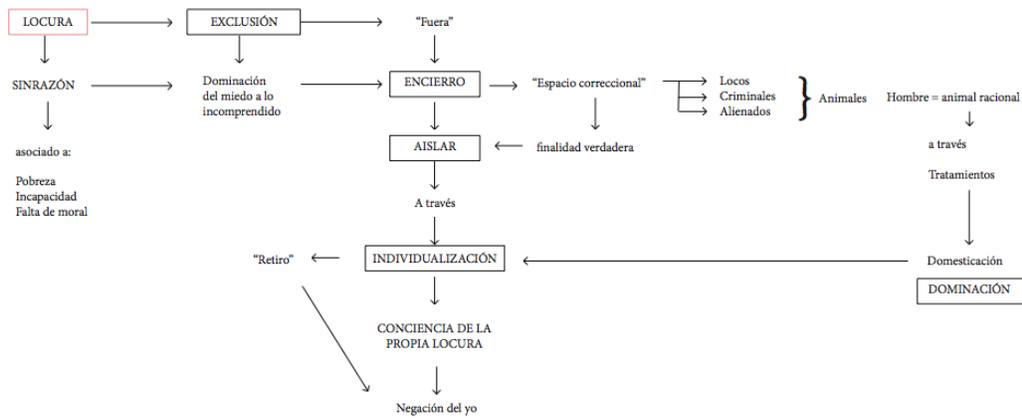
EXPLORACIÓN DEL TEMA

Esta etapa del proceso de titulación comenzó con mi interés personal por el tema de la locura, partiendo de la exploración teórica, del enfoque histórico de la significación de esta. Así fue tomando cuerpo este proyecto como un proceso evolutivo, partiendo sobre la base de cuestionar los precedentes.



1961

MICHEL FOUCAULT
Historia de la locura en la época clásica

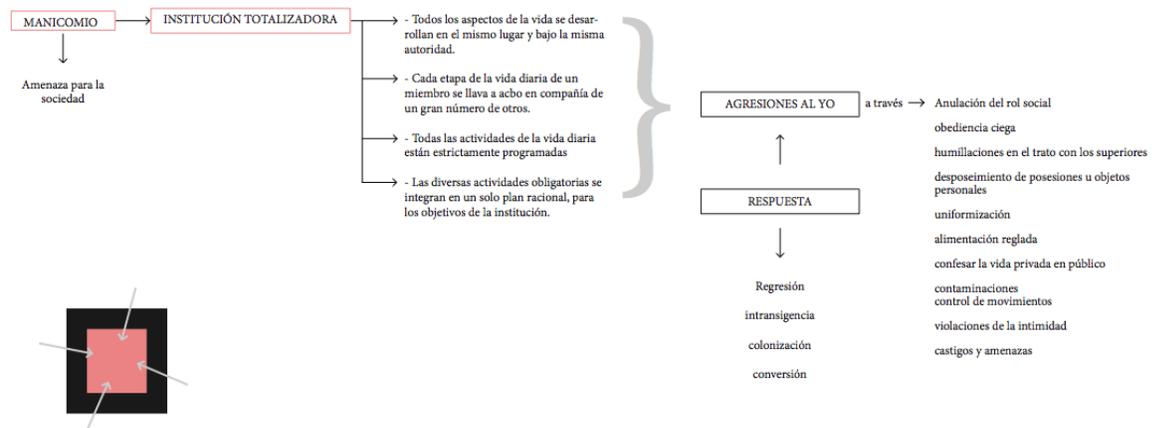


UNIVERSIDAD DE CHILE | CARRERA: ARQUITECTURA | FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO | SEMESTRE: PRIMAVERA 2012 | ALUMNA: FABOLA MORCILLO | TÍTULO: GRADO EN ARQUITECTURA | PROYECTO DE TÍTULO



1961

ERVING GOFFMAN
Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales



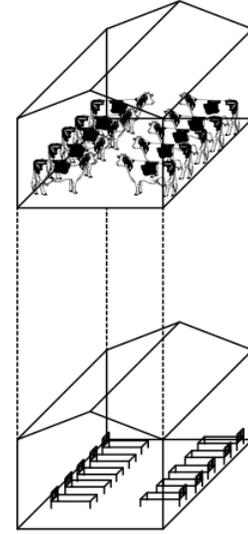
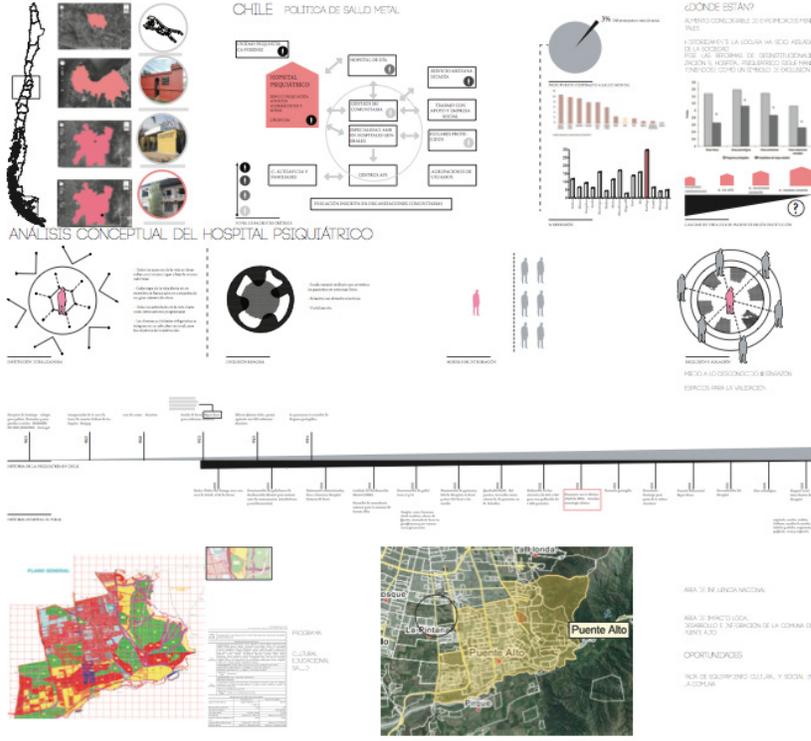
UNIVERSIDAD DE CHILE | CARRERA: ARQUITECTURA | FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO | SEMESTRE: PRIMAVERA 2012 | ALUMNA: FABOLA MORCILLO | TÍTULO: GRADO EN ARQUITECTURA | PROYECTO DE TÍTULO



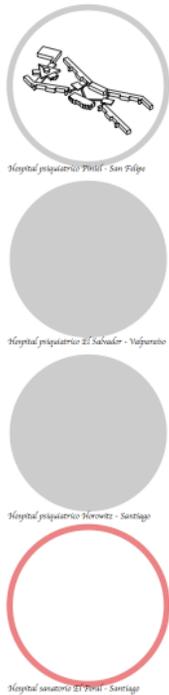
PROCESO

EXPLORACIÓN DEL TEMA

REHABILITACIÓN HOSPITAL SANATORIO EL PERAL



HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEL PAÍS



hospicio de Santiago - refugio para pobres, dementes y marginados sociales- OLLERIA DE LOS JESUITAS - Portugal 1803

inauguración de la casa de locos de nuestra Señora de los ángeles -Yungay 1852

casa de orates - Recoleta 1858

Modelo Europeo el cual pretendía rehabilitar a los enfermos mentales mediante el trabajo agrícola

Fundo El Peral - Open door para enfermos crónicos 1923

Chacra Quinta Bella, granja agrícola con 200 enfermos - Recoleta 1923

Se promueve la creación de hogares protegidos. 1994

HOSPITAL SANATORIO EL PERAL

1928 Carlos Ibañez del Campo crea una casa de Salud, el 20 de Enero

1940 Construcción de pabellones de Reeducación Mental para tratamiento de toxicomanías (alcoholismo y morfomanías)

1945 Autonomía administrativa. Pasa a llamarse Hospital Colonia El Peral.

1946 Instituto de Reeducación Mental (IRM).

1946 Creación de consultorio externo para la comuna de Puente Alto.

1954 Construcción de pabellones 7 y 10

1967 Movimiento de pacientes, 200 de Hospicio al Peral y otros del Peral a Putaendo

1969 Quebrada Verde - Valparaíso, inserción comunitaria de 30 pacientes en H. Salvador.

1973 Reducción de funcionarios de 450 a 250 para una población de 1.070 pacientes

1976 Convenio con la Universidad de Chile - Psicofarmacología clínica

1983 Comuna protegida

1985 Terremoto destruye gran parte de la infraestructura

1987 Escuela Diferencial Open Door

1990 Reconversión del Hospital

1993 Plan estratégico

1994 Hogares sustitutos dentro del Hospital

zapatería, escobas, cordónes, baldosas, muebles de mimbre, ladrillos y adobes, carpintería, gasfieria, corte y confección

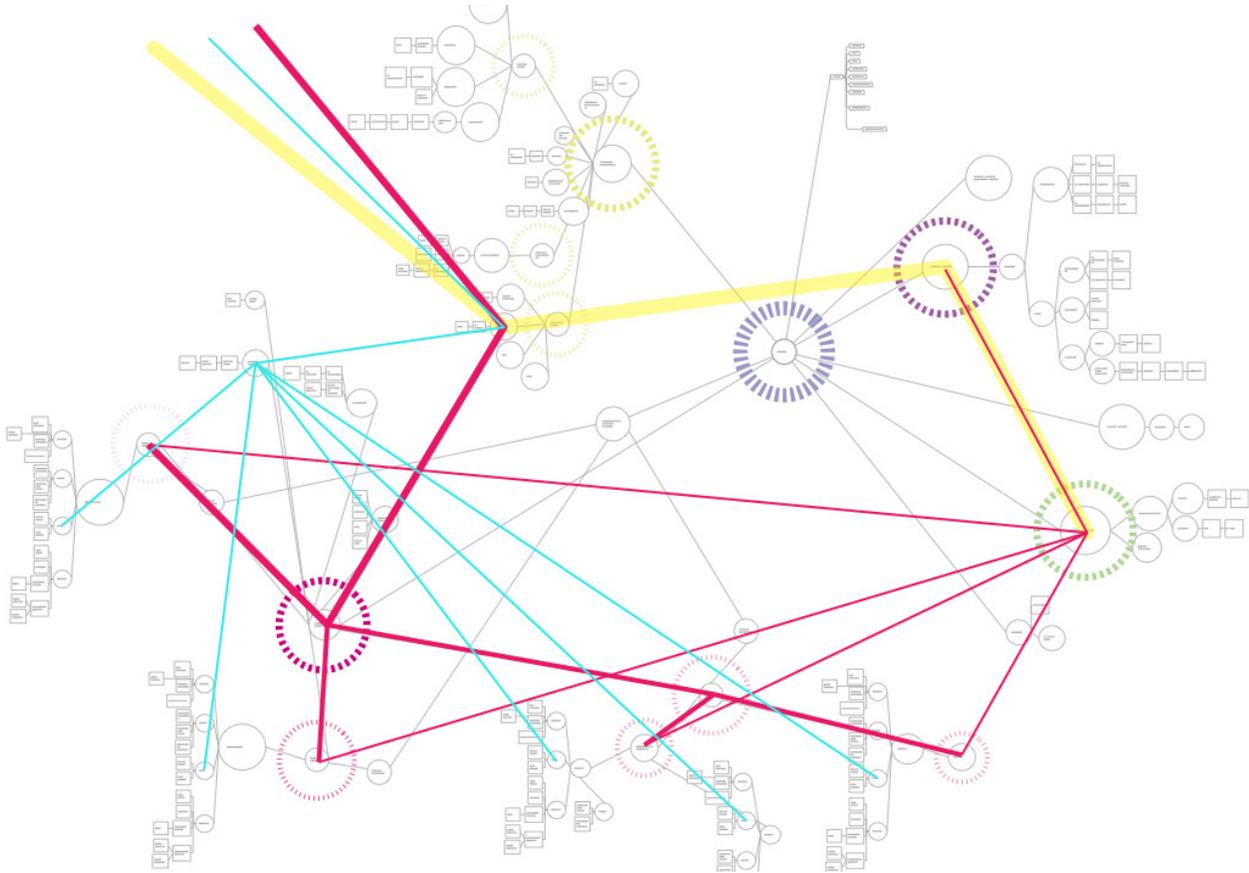
Terapias como: bromuros, shock insulínico, ablación de fijación, electroshock, hasta los psicofármacos y las intervenciones psicosociales

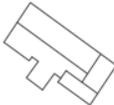
PROYECTO DE OBRAS	RECONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL SANATORIO EL PERAL
INICIADO EN 2015 Y SE ESPERA COMENZAR EN 2016	
PROYECTO FINANCIADO POR	MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO URBANO
CON FINANCIAMIENTO	COMUNAL



PROCESO

EXPLORACIÓN DEL TEMA



1  Medicina General Psicoterapia Patología dual Dirección y Administración	2  Bodega	3  Pabellón N°4	4  Pabellón N°8
5  Pabellón N°9	6  Escuela Open Door	7  Gimnasio terapéutico	8  U.M.E Psicosis
9  Pabellón N°7	10  Talleres	11  Alimentación Lavandería Cancha	12  Club Escolar Agropecuadería



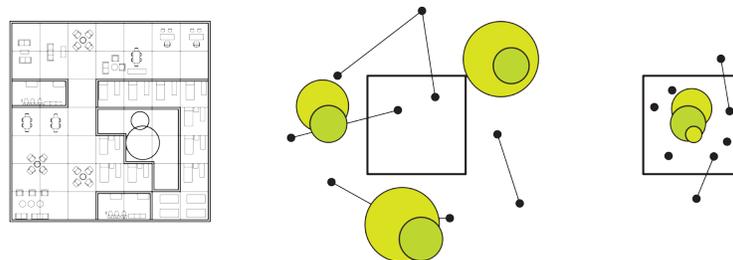
PROCESO

PROCESO DE DISEÑO



PROCESO

PROCESO DE DISEÑO



BIBLIOGRAFÍA

05

5 Bibliografía



· Libros

A. Baker, R Llewelyn Davies, P Sivadon, “*Servicios psiquiátricos y Arquitectura*”, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1963

Benedetto Saraceno, “*La liberación de los pacientes psiquiátricos*”, Editorial Pax México, 2003

Carla Yanni , “*The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States*”, U of Minnesota Press, 2007

Daniel Goleman, “*Emociones destructivas, Diálogos entre el DALAI LAMA y diversos científicos, psicólogos y filósofos.*”Ed. Kairós, 2002.

Erving Goffman “*Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*”, Barcelona, 1961

Javier Sáez, “*Diccionario crítico de ciencias sociales, internamiento psiquiátrico*”, Madrid, 2005.

Julio Sanhueza Urzúa, “*La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia*”, Royal Pharma, 2010

Michael Foucault, “*Historia de la locura en los tiempos clásicos*”, ed. Barcelona, 1961

Tomás Palomo, Miguel Ángel Jiménez-Arriero , “*Manual de Psiquiatría*”, Grupo ENE Publicidad, S.A., 2009

• Documentos

Alberto Minoletti, Alessandra Zaccaria, “*Revista Panamericana de Salud Pública Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*”, Organización Panamericana de la Salud, 2013.

Alfredo Aroca, “*Espacio y movimiento de la locura. El péndulo de la historia.*” 2006.

Elizabeth López Tagle¹ y Paula Santana Nazarit, “*El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperación internacional*”

Ey H. “*Estudios psiquiátricos*”. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2008

José Guimón, “Color y Psiquiatría”, SMR Revista Internacional, 2006

“*mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*” © World Health Organization, 2010

M. Alexander Otto, “*La Terapia con Caballos logra Reducir la Violencia en un Hospital Psiquiátrico*”, Clinical Psychiatry News Digital Network

• Seminarios

Carlos Perez, “*Seminario de antipsiquiatría*”, 2012

A mi familia

*Gracias a Günther y a Francis
a Claudia y a Román
y a el Hospital El Peral*

