

ARQUITECTURA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Nuevas configuraciones arquitectónicas para el paradigma actual de
integración en psiquiatría

Tesis para optar al título profesional de Arquitectura

LEONARDO BECERRA VERDUGO

Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Profesor Guía: Mauricio Baros Townsend

Santiago, Chile
Marzo de 2017



“Más allá de procedimientos grandilocuentes y de la sobrevaloración de la capacidad de la arquitectura para solventar por sí sola problemáticas de alta complejidad, urge una comprensión de la disciplina relacional y dialogante. Una arquitectura atenta a las demandas que emergen desde la sociedad, dispuesta a trabajar colaborativamente con otras áreas de estudio, cuestión que no supone una renuncia a su relevancia específica, sino más bien un reposicionamiento crítico de sus posibilidades. Probablemente de este cambio de orientación –desde la autolegitimación hacia el diálogo colaborativo– dependa buena parte de la capacidad política de la arquitectura.”

Felipe Corvalán, 2016

RESUMEN

En las últimas décadas la psiquiatría ha adquirido un enfoque mucho más integrador que en épocas anteriores. La psiquiatría biológica que predominó en el siglo XX se ha expandido y ha dado cabida a otros enfoques como la psiquiatría evolucionaria. Esto se ha traducido en cambios sustanciales en el campo de la salud mental, adquiriendo un enfoque biopsicosocial, en donde además de reconocerse la importancia del médico psiquiatra, se incorpora la labor de otros profesionales, como el psicólogo, el asistente social y el psicoterapeuta, y se posiciona la psicoterapia como herramienta central para abordar al paciente.

A pesar de desarrollarse estos cambios estructurales, siguen existiendo problemas en el área de la salud mental en Chile, como el escaso presupuesto destinado por el Estado, el excesivo uso de la medicalización para “curar” las afecciones mentales, y la difícil reinserción del paciente mental en la sociedad. Asimismo, la arquitectura de las instituciones psiquiátricas en nuestro país muchas veces no proporcionan al paciente un ambiente terapéutico óptimo. Ante este escenario, se plantea una forma alternativa para abordar el problema de la salud mental, en donde la arquitectura es entendida como una herramienta terapéutica que puede desempeñar un rol importante en la recuperación del paciente.

El objetivo de la presente investigación es, en primer lugar, realizar un análisis crítico de las estrategias y dispositivos arquitectónicos utilizados en el tratamiento de la salud mental en el ámbito nacional en las últimas décadas. El segundo objetivo es delinear pautas y criterios que permitan una intervención más directa y colaborativa de la arquitectura en las terapias de la salud mental. Paralelamente, se plantea la hipótesis de que la afección mental es causada en gran medida por un entorno hostil, conformado por una esfera social, física y económica. De esta manera, el entorno físico construido, a lo largo de la historia, ha sido un factor influyente en la evolución de la afección mental en los pacientes de las instituciones psiquiátricas.

La investigación es predominantemente de tipo cualitativa y descriptiva, y las técnicas de investigación son principalmente entrevistas semi-estructuradas a especialistas de la salud mental y revisión de bibliografía especializada. Entre los principales resultados se encontraron diversas corrientes de investigación contemporáneas enfocadas en proporcionar evidencia científica para el diseño ambiental en el área de la salud mental, cuyos fundamentos teóricos se han puesto en práctica en hospitales psiquiátricos y centros de salud mental en países desarrollados como Canadá y Suecia. Sin embargo, estos avances no se han implementado aún en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, lo que explica el diseño arquitectónico en parte obsoleto de estos establecimientos. Por otra parte, se encontraron diferencias sustanciales en el diseño arquitectónico de las dos instituciones psiquiátricas estudiadas, lo que se explica en parte por el tipo de emplazamiento de cada una de ellas y la época en la cual fueron proyectadas.

Palabras clave: Salud mental, entorno físico, diseño ambiental, instituciones psiquiátricas

A:

Mi Madre Ernestina Verdugo León, por su apoyo incondicional, y por entregarme valores elementales, como la perseverancia, el respeto, la consecuencia y la templanza, los cuales he conservado a lo largo de los años.

Mi Padre Elias Becerra Parra, por la constante lucha que ha llevado para poder entregarnos un futuro mejor, y por enseñarnos la importancia de la educación y del pensamiento crítico como herramientas fundamentales para enfrentar el mundo.

Mis Hermanos Rosa, Elias, Franciso y Exequiel, por mantenerse unidos y por darme la garantía de que pase lo que pase podré contar con ellos.

Mi Abuela Auristela León Inostrosa, por su inmensa paciencia y dedicación para con su hija, nietos y bisnieta.

Mis Amigos y Compañeros de Universidad, quienes hicieron de estos 6 años un proceso muy especial, en el que hubo dificultades que las superamos en conjunto, y en el que hubo momentos muy gratos que siempre guardaré en mi memoria.

Mi Sobrina Catalina, por entregarle alegría a toda mi familia día a día.

AGRADECIMIENTOS

A la estudiante de Psicología y amiga personal Belén Scarlet Rivas, por los constantes debates que tuvimos sobre las temáticas de la tesis, que enriquecieron mi perspectiva y la forma de abordar el problema, y me hicieron reflexionar acerca de la importancia de la interdisciplinariedad en las prácticas institucionales de las universidades. También por la bibliografía aportada sobre psicología comunitaria y por las correcciones de conceptos que en ocasiones me hizo.

A los especialistas entrevistados, por su buena disposición y enorme cordialidad al acceder a las entrevistas y por proporcionarme material y bibliografía que fue fundamental en el desarrollo de la investigación. Dichos especialistas son los siguientes:

- Hernán Garcés Farías: Psiquiatra y Director del Hospital Psiquiátrico El Peral
- Juan Guiñez Aranguéz: Asistente social y Jefe Subdepartamento Gestión del Usuario en Hospital Psiquiátrico El Peral
- César Ojeda Figueroa: Psiquiatra U. de Chile. Ha sido Director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y, recientemente, Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile
- Cristian Anuch Juri: Psiquiatra U. Católica y Jefe Hospital de Día Cardenal Raúl Silva Henríquez del Hospital Sótero del Río
- Felipe Correa: Arquitecto y Director de Proyectos de Fundación Cosmos
- Francisco Croxatto: Arquitecto e integrante de Fundación Cosmos

A mi amigo y compañero de carrera Daniel Oses Aravena, por recomendarme material bibliográfico sobre psicología ambiental, cuyo enfoque teórico se asemejaba bastante a las pretensiones que poseía en el inicio de la investigación.

A la estudiante de arquitectura de la FAU Joselyn Ponce, quien me aportó material sobre el Hospital Psiquiátrico El Peral, y me facilitó los contactos del personal interno, con los cuales finalmente pude acceder a las dependencias del establecimiento.

A mi profesor guía Mauricio Baros Townsed, por acompañarme en este proceso de manera activa y entusiasta, en una investigación cuyo contenido requería mucha paciencia en la revisión y asimilación de los conceptos tratados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE DE CONTENIDO	7
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS	11
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	15
1.1. Planteamiento del problema	16
1.2. Pregunta de investigación	17
1.3. Hipótesis de Investigación	36
1.4. Objetivos	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos	17
1.5. Marco Metodológico	18
1.5.1. Justificación de los casos de estudio	18
1.5.2. Técnicas e instrumentos de investigación	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ENTORNO FÍSICO/SOCIAL Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO	21
2.1. Influencia del entorno social en el comportamiento problemático	22
2.1.1. El mito de la predeterminación genética	22
2.1.2. Incidencia del entorno social en el comportamiento humano	24
2.2. Relación entre el entorno físico y el comportamiento humano	29
2.2.1. Psicología ambiental	30
2.2.1.1. Influencia de factores físicos ambientales en el comportamiento	32
2.2.1.2. Influencia del entorno construido en la interacción social	36
2.2.1.2.1. Espacios sociófugos y sociópetos	38
2.2.1.2.2. Intimidad	39
2.2.1.2.3. Criterios de diseño en hospitales	41
2.2.1.3. Casos en donde la arquitectura incidió en la conducta humana	44
2.2.1.3.1. Omisión de factores culturales en intervenciones arquitectónicas	44
2.2.1.3.2. El rol del medio arquitectónico en la etiología y el tratamiento de la esquizofrenia	46
2.3. Problemas de salud mental en la población chilena	50
2.4. Conclusiones del marco teórico	53

CAPÍTULO III. RELACIÓN HISTÓRICA ENTRE PARADIGMAS DE LA AFECCIÓN MENTAL Y SUS CONSECUENTES MODELOS ARQUITECTÓNICOS	55
3.1. Paradigma de exclusión y confinamiento	57
3.1.1. En la época clásica: antinomia entre razón y sinrazón	58
3.1.1.1. Expulsión de los locos de la ciudad	60
3.1.1.2. Liberación de la locura	61
3.1.1.3. El gran encierro cartesiano	62
• Hospital de Bethlem	63
3.1.1.4. Formas de experiencia de la locura de carácter cognitivo	68
3.1.2. En la época moderna	69
3.1.2.1. Tratamiento moral como anomalía paradigmática	69
• Hospital York Retreat	71
3.1.2.2. Tratamiento custodial y panoptismo	75
• Arquitectura del Panóptico	76
3.1.2.3. Concepción somática del trastorno mental	80
3.1.3. En la segunda mitad del siglo XX y actualidad	82
3.1.3.1. Psiquiatría biológica	82
3.1.3.2. Tipificación de trastornos mentales y DSM	83
3.2. Paradigma de integración	85
3.2.1. En la segunda mitad del siglo XX	86
3.2.1.1. Antipsiquiatría. Impugnación radical del saber psiquiátrico	86
• Red de servicios territoriales de Trieste	88
3.2.2. En la actualidad	91
3.2.2.1. Psiquiatría evolucionaria	91
3.3. Modelos arquitectónicos en la historia de la psiquiatría en Chile	93
3.3.1. Etapa prepsiquiátrica	95
3.3.2. Etapa médico-filantrópica	96
• Casa de Orates:Intento de tratamiento moral	98
3.3.3. Predominio del criterio psiquiátrico	104
3.3.4. Expansión de la psiquiatría	104
• Open Door El Peral	107
3.3.4.1. Creación de Hospitales psiquiátricos en Regiones	110
• Hospital psiquiátrico del Salvador, Valparaíso	110
• Sanatorio de Putaendo	112
3.3.5. Psiquiatría comunitaria y conflictos políticos	116
• Instituto psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	118
3.3.6. Situación actual de la psiquiatría en Chile	120

CAPÍTULO IV. LEVANTAMIENTO Y ANÁLISIS DE CASOS DE ESTUDIO DE INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS EN CHILE	121
4.1. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	122
4.1.1. Entorno urbano	123
4.1.2. Programa	125
4.1.3. Análisis formal y espacial	127
4.1.4. Estilo de la edificación y sistema constructivo	128
4.1.5. Factores del entorno físico	129
4.2. Hospital Psiquiátrico El Peral	133
4.2.1. Entorno urbano	136
4.2.2. Programa	138
4.2.3. Análisis formal y espacial	139
4.2.4. Deterioro estructural de pabellones	142
4.2.5. Factores del entorno físico	148
4.3. Jardines terapéuticos	154
4.3.1. Fundamentos teóricos	155
4.3.2. Proyectos en Santiago	157
4.3.2.1. Recuperación de los Jardines Interiores del Hospital El Salvador	158
4.3.2.2. Jardín Paz y Amor, Pequeño Cottolengo	166
 CAPÍTULO V. ESTRATEGIAS DE APLICABILIDAD. ARQUITECTURA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA SALUD MENTAL	 169
5.1. Instrumentos de diseño propuestos desde la arquitectura como herramienta terapéutica	170
5.1.1. Referentes de diseño arquitectónico	170
• Whitby Mental Health Centre	171
• Homewood Health Centre	177
• Östra Psychiatric Hospital	183
5.1.2. Lineamientos de diseño y programa	190
5.1.2.1. Espacio exterior	190
5.1.2.2. Materialidad y señalización	196
5.1.2.3. Iluminación	198
5.1.2.4. Reducción del ruido	200
5.1.2.5. Privacidad del paciente (dormitorios individuales)	201
5.1.2.6. Arte curativo	204
5.1.2.7. Diseño para necesidades específicas de cada afección mental	205
5.1.2.8. Diseño de interiores	205
5.2.2.9. Programa	207
5.2. Factibilidad de intervención en instituciones de salud mental en el contexto local	210
5.2.1. Financiamiento en centros de salud mental estatales	212
5.2.2. Análisis de psicoterapia contemporánea	216

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO	219
6.1. En relación a los objetivos e hipótesis de la investigación planteados	220
6.2. Proyecciones del Estudio	228
CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	229
CAPÍTULO VIII. ANEXOS	237
8.1. Glosario de términos técnicos	238
8.2. Entrevistas a especialistas	241
8.2.1. Entrevista a psiquiatra evolucionista	241
8.2.2. Entrevista a Director de Hospital Psiquiátrico El Peral	245
8.2.3. Entrevista a arquitectos de Fundación Cosmos	248

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Figura 1:	Colección gráfica de la arquitectura en las comunidades israelíes Kibutz	27
Figura 2:	Cuestiones básicas en estudios de la relación entorno físico/comportamiento humano	29
Figura 3:	Representación esquemática de los enfoques de la psicología ambiental	31
Figura 4:	Aumento de temperatura en zonas urbanizadas	33
Figura 5:	Vientos Foehn presentes en el norte de Los Alpes y en la cordillera de Los Andes	34
Figura 6:	Aeropuerto de Heathrow, 1965	35
Figura 7:	Ejemplos de espacios sociófugos	38
Figura 8:	Ejemplos de espacios sociópetos	39
Figura 9:	Zonas de distancia interpersonal en Proxémica	40
Figura 10:	Diferencia entre espacios sociófugos y sociópetos en pasillos	42
Figura 11:	Diferencia entre espacios sociófugos y sociópetos en rasgos semifijos	42
Figura 12:	Diferencia entre niveles de privacidad en habitaciones	43
Figura 13:	Relación entre tamaño del hospital y sentido de pertenencia de los pacientes	43
Figura 14:	Un bohío de los indios motilonos	45
Figura 15:	Vivienda sustitutiva construida para los indios motilonos	45
Figura 16:	Área de estudio de The Camberwell Walk Study	49
Figura 17:	Evolución en la tasa de suicidios en países de la OCDE	51
Figura 18:	Indicadores de la salud mental en Chile	51
Figura 19:	Financiamiento público destinado a salud en Chile	52
Figura 20:	Presupuesto nacional destinado a salud mental	52
Figura 21:	Costo mensual de un paciente mental para el Estado en Chile	52
Figura 22:	Mapa conceptual de Conclusiones del marco teórico	54
Figura 23:	Pintura “La Nave de los Locos”, El Bosco	57
Figura 24:	Formas de experiencia de la locura entre la Edad Media y la Edad Moderna	59
Figura 25:	El nuevo Hospital de Bethlem en Southwark	63
Figura 26:	Nuevo Hospital de Bedlam, Moorfields, Londres, visto desde el norte	65
Figura 27:	Hospital de Bethlem, Moorfields, Londres	65
Figura 28:	Elevación y Planta de Hospital Bethlem, 1823	66
Figura 29:	Emplazamiento de Hospital Bethlem, reconocido en 1872	66
Figura 30:	Planta programática de Hospital de Bethlem	67
Figura 31:	Fachada de Hospital Psiquiátrico York Retreat, Heslington Road, 2009	71
Figura 32:	Planta programática del York Retreat, elaborada por Samuel Tuke	73
Figura 33:	Fotografías actuales del Hospital York Retreat	74
Figura 34:	Presidio Modelo de Cuba. Construido en 1928 y cerrado en 1967	76
Figura 35:	Sección y planta del Panóptico de Bentham	77

Figura 36:	Dibujo de Proyecto de Penitenciaría	77
Figura 37:	Prisión La Petite Roquette, 1826-1830, de Hyppolyte Lebas	78
Figura 38:	Prisión de Devizes, 1808-1817, de Richard Igleman	78
Figura 39:	Relación entre torre y celdas en Presidio Modelo de Cuba	79
Figura 40:	Filmación película “One flew over the cuckoo’s nest”, Milos Forman, 1975	85
Figura 41:	Perspectivas de los principales exponentes de la antipsiquiatría	86
Figura 42:	Esquema de red de servicios territoriales en Trieste	88
Figura 43:	Edificaciones aledañas al Centro de Salud Mental	89
Figura 44:	Fotografías de uno de los CSM en la colina de Trieste	90
Figura 45:	Fotografías de la Planta de hospitalización de agudos en Trieste	90
Figura 46:	Hospital Sanatorio El Peral, 1976	93
Figura 47:	Historia de la psiquiatría en Chile	94
Figura 48:	Vista general de la Casa de Orates	98
Figura 49:	Fachada de la Casa de Orates, a fines del Siglo XIX	99
Figura 50:	Esquema de las quintas de las familias Matte y Valdivieso en la Cañadilla	100
Figura 51:	Variables arquitectónicas de la Casa de Orates	101
Figura 52:	Plano de la Casa de Orates de Santiago, 1894	102
Figura 53:	Colección gráfica Movimiento de la Casa de Orates de Santiago, 1901	103
Figura 54:	Construcciones del Open Door - La cocina central y dependencias	107
Figura 55:	Colección fotográfica del antiguo Open Door	109
Figura 56:	Fotografías históricas del Hospital Psiquiátrico del Salvador	110
Figura 57:	Vista general Sanatorio de Putaendo en fase de construcción, década de 1940	112
Figura 58:	Vistas generales Sanatorio de Putaendo, década de 1940	113
Figura 59:	Planta Proyecto de reconversión paisajística Hospital Phillipe Pinel de Putaendo	115
Figura 60:	Vista general patio interior Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	118
Figura 61:	Variables arquitectónicas del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	119
Figura 62:	Vistas generales dependencias Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	122
Figura 63:	Cierres perimetrales amurallados del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	123
Figura 64:	Contexto urbano del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak, Barrio Mapocho, Recoleta	124
Figura 65:	Planta General Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	125
Figura 66:	Circulación principal del Instituto Dr. Horwitz Barak	127
Figura 67:	Materialidad en corredores de la edificación del Instituto Dr. Horwitz Barak	128
Figura 68:	Vistas generales de la mantención del Instituto Dr. Horwitz Barak	129
Figura 69:	Espacio resultante entre bloques del Instituto Dr. Horwitz barak	129
Figura 70:	Teatro Grez	130
Figura 71:	Programas de rehabilitación en las dependencias del Instituto Dr. Horwitz Barak	130
Figura 72:	Dormitorio U.D.A.C del Instituto Dr. Horwitz Barak	131
Figura 73:	Modelado general del Instituto Dr. Horwitz Barak	131
Figura 74:	Servicios de Rehabilitación del Instituto Dr. Horwitz Barak	131
Figura 75:	Fachada Centro Diurno Dr. Enrique Paris	132
Figura 76:	Inauguración Pastelería “Mesitas Ruhue”, Julio de 2015	132
Figura 77:	Vista a Pabellón 7 (en desuso), desde acceso del Hospital Psiquiátrico El Peral	133
Figura 78:	Fotografías de Hospital Sanatorio El Peral, 1976	134
Figura 79:	Celdas en Pabellón 7 del Hospital Psiquiátrico El Peral	134

Figura 80:	Contexto urbano inmediato Hospital Psiquiátrico El Peral, Puente Alto Oriente	136
Figura 81:	Vista hacia la cordillera desde el interior del Hospital Psiquiátrico El Peral	137
Figura 82:	Vista hacia la trama urbana desde el interior del Hospital Psiquiátrico El Peral	137
Figura 83:	Programa Hospital Psiquiátrico El Peral	138
Figura 84:	Vistas de la calle del Hospital Psiquiátrico El Peral en distintos tramos	139
Figura 85:	Registro fotográfico de edificaciones del Hospital Psiquiátrico El Peral	141
Figura 86:	Planta General Pabellón 9, Localización de daños estructurales	143
Figura 87:	Registro fotográfico de daños estructurales en Pabellón 9	145
Figura 88:	Daños estructurales en Pabellón 7	146
Figura 89:	Planta General Pabellón 7, Localización de daños estructurales	147
Figura 90:	Registro fotográfico del paisaje al interior del Hospital Psiquiátrico El Peral	149
Figura 91:	Planta de arquitectura Sector 4 y 8, programa sociópeto	150
Figura 92:	Talleres y eventos realizados en el Hospital Psiquiátrico El Peral	151
Figura 93:	Testimonio gráfico del pabellón 7 del Hospital Sanatorio El Peral, 2001	152
Figura 94:	Dormitorios en Sector 4 y 8, Unidad Trastornos del Desarrollo	152
Figura 95:	Relación número de pacientes / tiempo de estadía, en Hospital Psiquiátrico El Peral	152
Figura 96:	Pasillos de edificio IRM de Medicina General y Patología Dual	153
Figura 97:	Ejemplo de Jardín Terapéutico	154
Figura 98:	Rango de decibelios alcanzados en hospitales	155
Figura 99:	Cronología ejecución jardines terapéuticos del Hospital El Salvador	159
Figura 100:	Registro fotográfico Jardín de Hospitalización Domiciliaria	160
Figura 101:	Registro fotográfico Jardín Los Naranjos	161
Figura 102:	Registro fotográfico Jardín La Fuente	162
Figura 103:	Registro fotográfico Jardín Rayos	163
Figura 104:	Registro fotográfico Jardín Parque Almez	164
Figura 105:	Registro fotográfico Jardín El Ceibo	165
Figura 106:	Jardín Paz y Amor, Pequeño Cottolengo	166
Figura 107:	Registro fotográfico Jardín Paz y Amor	167
Figura 108:	Registro fotográfico Jardín Paz y Amor	168
Figura 109:	Vista aérea Whitby Mental Health Centre, 2005	171
Figura 110:	Fotografías históricas del Whitby Mental Health Care	172
Figura 111:	Corredor principal de dos pisos (Main Street) del Whitby Mental Health Care	173
Figura 112:	Vista de uno de los patios de pacientes desde el Main Street	173
Figura 113:	Patio conectado a una U. de Cuidado del Paciente, Whitby Mental Health Care	173
Figura 114:	Cafetería principal del Whitby Mental Health Care, llamada Lakeview, 2010	173
Figura 115:	Planta de emplazamiento Whitby Mental Health Care	174
Figura 116:	Patio adyacente al acristalado Main Street	176
Figura 117:	Patio de Unidad de Neuropsiquiatría, Whitby Mental Health Care	176
Figura 118:	Fachada principal del Homewood Health Centre	177
Figura 119:	Postales del antiguo Sanatorio de Homewood	178
Figura 120:	Jardín de vegetales para terapia horticultural, Homewood Health Centre	179
Figura 121:	Parte de jardín terapéutico en el Homewood Health Centre, N. Perkins	179
Figura 122:	Preferencias de pacientes y personal por tipo de entorno, estudio de Perkins y Barnhart	180
Figura 123:	“Guía del Caminante”, Homewood Health Centre	182

Figura 124: Master Plan Homewood Health Centre	182
Figura 125: Vista aérea del Östra Psychiatric Hospital	183
Figura 126: Jardines del Östra Psychiatric Hospital	185
Figura 127: “The Heart” y espacios comunes, Östra Psychiatric Hospital	186
Figura 128: Planta de “The Heart” y espacios comunes, Östra Psychiatric Hospital	186
Figura 129: Verandas del Östra Psychiatric Hospital	187
Figura 130: Dormitorio individual de pacientes, Östra Psychiatric Hospital	187
Figura 131: Planta Segundo Nivel del Östra Psychiatric Hospital	188
Figura 132: Planta Unidad de Cuidado del Östra Psychiatric Hospital	189
Figura 133: Elevaciones y Secciones del Östra Psychiatric Hospital	189
Figura 134: Conexión visual entre el interior y el exterior en hospitales	191
Figura 135: Principales especies aromáticas nativas de Chile	193
Figura 136: Especies vegetales usadas como antídoto para afecciones mentales y nerviosas	194
Figura 137: Instalaciones de agua en jardines terapéuticos de hospitales	195
Figura 138: Señalizaciones para sentido de orientación en hospitales psiquiátricos	197
Figura 139: Materiales recomendados para muros en establecimientos de salud mental	197
Figura 140: Materiales recomendados para techos en establecimientos de salud mental	198
Figura 141: Materiales recomendados para pisos en establecimientos de salud mental	198
Figura 142: Importancia de la luz en entornos hospitalarios	199
Figura 143: Aumento del tamaño de ventana	199
Figura 144: Efectos del ruido en la salud del paciente y posibles soluciones constructivas	200
Figura 145: Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente	201
Figura 146: Planta dormitorio individual de pacientes Östra Psychiatric Hospital	202
Figura 147: Tipologías de estandarización y uso de diseños repetibles de dormitorios de pacientes	202
Figura 148: Diseños basados en la evidencia de dormitorios individuales en hospitales	203
Figura 149: Soluciones posibles para bloqueo de vistas hacia dormitorios de pacientes	203
Figura 150: Arte curativo en hospitales	204
Figura 151: Uso del color pensado en la mejora de la salud mental	206
Figura 152: Campus de Tratamiento Sub-Agudo para Servicios de Rehabilitación de Adolescentes	207
Figura 153: Secuencia de espacios para recuperación del niño, Jardín Terapéutico Wellesley, MA ..	208
Figura 154: Espacios deportivos y de ejercicio físico en centros de salud mental	209
Figura 155: Aplicación de directrices de diseño en establecimiento de salud mental en Chile	211
Figura 156: Impacto monetario anual de un ambiente mejorado de curación	212

Cuerpo Preliminar

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Síntesis marco metodológico	20
Tabla 2: Simbología planta programática Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	126
Tabla 3: Objetivos y herramientas de investigación de los cuatro estudios de Homewood	180
Tabla 4: Costos de Innovaciones del Diseño Basado en la Evidencia	213
Tabla 5: Costos de Innovaciones del Diseño Basado en la Experiencia	214
Tabla 6: Mejores Resultados y Ahorro de Costos	215
Tabla 7: Modelos generales de psicoterapia en la actualidad	216

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

- 1.1. Planteamiento del problema
- 1.2. Pregunta de investigación
- 1.3. Hipótesis
- 1.4. Objetivos
- 1.5. Marco metodológico

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema principal que aqueja al campo de la salud mental en el escenario actual de nuestro país es la difícil recuperación del paciente mental y su consecuente reinserción en la sociedad. Lo que se plantea es un modelo ambulatorio-comunitario, a través del cual se han ido cerrando gradualmente las instituciones psiquiátricas centralizadas, e incorporando a los pacientes mentales en los servicios de salud generales.

De esta manera, al desinstitucionalizarse los pacientes, se le otorga un rol central a la medicalización, guiada por los Diagnósticos de Salud Mental (DSM); modelo que tipifica las afecciones mentales y, consecuentemente, les asigna un tratamiento farmacológico. Es un modelo que, por un lado, busca reducir el presupuesto estatal en salud mental, y por otro, es direccionado por los intereses de la industria farmacéutica, la cual ve en este modelo un nicho para seguir posicionándose como la segunda economía más grande a nivel mundial.

Ante este escenario, se plantea una forma alternativa para abordar el problema de la salud mental, en donde la arquitectura es entendida como una herramienta terapéutica que puede desempeñar un rol importante en la recuperación del paciente.

El enfoque teórico de la presente investigación se distancia de manera relativa del enfoque biologicista del comportamiento humano, que aún en la actualidad tiene gran incidencia. Se adhiere, en cambio al enfoque integrador actual, en donde, si bien se reconoce que existe una predisposición genética a padecer afecciones mentales, éstas son resultado en mayor medida del entorno, sea éste económico, social, cultural, o físico.

Se plantea, entonces, la hipótesis de que el entorno físico construido influye en el comportamiento humano, por lo que, a través de una configuración espacial pensada en la recuperación del paciente, y complementada de manera adecuada con el entorno físico no construido, se provocaría un impacto positivo en la evolución de su afección.

Es preciso señalar que no se pretende concebir la arquitectura como una forma excluyente de psicoterapia. A partir de esta premisa, se enmarca el diseño arquitectónico como herramienta terapéutica dentro de una psicoterapia actual, con el fin de crear un plan de acción plausible en el escenario nacional actual. La psicoterapia que se escoja, responderá al paradigma de integración incipiente en el campo de la salud mental, por lo que es un nicho de acción idóneo para proponer lineamientos para un plan estratégico de diseño.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los elementos que la arquitectura debe considerar para poder ser utilizada como una herramienta terapéutica en el tratamiento del trastorno mental, enmarcada en una psicoterapia actual, entendida ésta como reflejo del incipiente paradigma de integración en el área de la salud mental?

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La afección mental proviene, en su mayor parte, de un entorno hostil, conformado por una esfera social, física y económica. De esta manera, el entorno físico construido, a lo largo de la historia, ha sido un factor influyente en la evolución de la afección mental en los pacientes de las instituciones psiquiátricas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

1. Realizar un análisis crítico de la estrategias y dispositivos arquitectónicos utilizados en el tratamiento de la salud mental en al ámbito nacional en las últimas décadas.
2. Delinear pautas y criterios que permitan una intervención más directa y colaborativa de la arquitectura en las terapias de la salud mental

1.4.2. Objetivos específicos

1. Revisar, estudiar y analizar los modelos paradigmáticos de instituciones psiquiátricas utilizados tanto nacional como internacionalmente a través de la historia de la disciplina.
2. Analizar casos paradigmáticos del contexto nacional relacionados con la arquitectura de la salud mental.
3. Examinar instrumentos de análisis y estrategias de diseño planteadas desde la arquitectura de instituciones ligadas a la salud mental, tanto de referentes nacionales como internacionales, que utilicen la arquitectura como una herramienta terapéutica.
4. Analizar críticamente las terapias utilizadas en la actualidad en el tratamiento de la salud mental.

1.5. MARCO METODOLÓGICO

El estudio a realizar será predominantemente cualitativo, ya que el análisis de la arquitectura de las instituciones psiquiátricas será en base a los conocimientos adquiridos a través de la carrera de arquitectura y a los enfoques teóricos obtenidos de la revisión bibliográfica. Los enfoques recopilados provienen en su mayoría de las ciencias sociales, con el fin de establecer criterios desde estas disciplinas y aplicarlos en el diseño arquitectónico. Para cumplir esta premisa, las técnicas de investigación predominantes serán la revisión de bibliografía y la entrevista a personal especializado.

1.5.1. Justificación de los casos de estudio

Los tres casos de estudio que se analizarán fueron escogidos por su diversidad en el diseño arquitectónico, funcionamiento y vigencia en el escenario de la salud mental actual.

El primer caso corresponde al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, que por la época de su construcción responde a un modelo asilar, para el cual su arquitectura moderna parece ser idónea.

El segundo caso corresponde al Hospital Psiquiátrico El Peral, para el cual se reconoce como característica positiva el estar inmerso en un parque natural de dimensiones mayores, ya que de esta manera mantiene una relación directa con la naturaleza, lo que provocaría un impacto positivo en la recuperación de los internos.

Por último, se expone como caso de estudio los jardines terapéuticos. Esta tipología arquitectónica incipiente en nuestro país, pretende “traer la naturaleza al contexto de la salud en la ciudad” basando esta premisa en los efectos terapéuticos que provoca el contacto con la naturaleza, no sólo en la salud mental.

1.5.2. Técnicas e instrumentos de investigación

- **Revisión bibliográfica**

- Influencia de la arquitectura en el comportamiento humano
- Principales paradigmas en psiquiatría
- Historia de la psiquiatría en Chile
- Principales corrientes psicoterapéuticas contemporáneas
- Modelos arquitectónicos en la historia de la psiquiatría

Fuentes de información: Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.

- **Análisis de:**

- Levantamiento planimétrico de instituciones psiquiátricas
- Espacialidad de instituciones psiquiátricas
- Levantamiento fotográfico de instituciones psiquiátricas
- Información recopilada

Fuentes de información: Biblioteca Medicina U. de Chile, visita a Hospital Psiquiátrico El Peral, visita a Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

- **Visitas a terreno para análisis arquitectónico**

Hospital Psiquiátrico El Peral
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Fuentes de información: Observación directa no participante de la configuración espacial de las instituciones psiquiátricas. Fotografías propias.

- **Entrevistas a especialistas de la salud mental y arquitectura**

1. Hernán Garcés Farías: Psiquiatra y Director de Hospital Psiquiátrico El Peral
2. Juan Guiñez Aranguéz: Asistente social y Jefe SubDepartamento Gestión del Usuario en Hospital Psiquiátrico El Peral
3. César Ojeda Figueroa: Psiquiatra U. de Chile. Ha sido Director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y, recientemente, Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile
4. Cristian Anuch Juri: Psiquiatra U. Católica y Jefe Hospital de Día Cardenal Raúl Silva Henríquez del Hospital Sótero del Río
5. Felipe Correa: Arquitecto y Director de Proyectos de Fundación Cosmos
6. Francisco Croxatto: Arquitecto e integrante de Fundación Cosmos

- **Revisión de referentes arquitectónicos**

Instituciones psiquiátricas nacionales e internacionales que conciben la arquitectura como herramienta terapéutica.

Fuentes de información: Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.

<i>Objetivo General</i>	<i>Objetivo Especifico</i>	<i>Técnica de Información</i>	<i>Fuente de Información</i>
Realizar un análisis crítico de la estrategias y dispositivos arquitectónicos utilizados en el tratamiento de la salud mental en el ámbito nacional en las últimas décadas.	Revisar, estudiar y analizar los modelos paradigmáticos de instituciones psiquiátricas utilizados tanto nacional como internacionalmente a través de la historia de la disciplina.	<p>Revisión bibliográfica 1: Recopilación documental de teoría de la psiquiatría a través de la historia.</p> <p>Revisión bibliográfica 2: Recopilación de información de modelos arquitectónicos en la historia de la psiquiatría.</p> <p>Entrevista a especialista de la salud mental.</p>	<p>Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.</p> <p>Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.</p> <p>César Ojeda Figueroa, Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta y Escritor.</p>
Delinear pautas y criterios que permitan una intervención más directa y colaborativa de la arquitectura en las terapias de la salud mental.	Examinar instrumentos de análisis y estrategias de diseño planteadas desde la arquitectura de instituciones ligadas a la salud mental, tanto de referentes nacionales como internacionales, que utilicen la arquitectura como una herramienta terapéutica.	<p>Revisión bibliográfica 4: Recopilación documental de teoría y estudios en psicología ambiental y "Diseño basado en la evidencia".</p> <p>Revisión bibliográfica 5: Recopilación de información de referentes arquitectónicos.</p> <p>Entrevistas a arquitectos especializados en proyectos de salud.</p>	<p>Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.</p> <p>Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.</p> <p>Felipe Correa, Arquitecto Fundación Cosmos; Francisco Croxatto, Arquitecto Fundación Cosmos.</p>
	Analizar críticamente las terapias utilizadas en la actualidad en el tratamiento de la salud mental.	<p>Revisión bibliográfica 6: Recopilación de teorías psicoterapéuticas contemporáneas.</p> <p>Entrevista a especialista de la salud mental.</p>	<p>Libros, revistas académicas, publicaciones de seminarios, páginas web, documentos oficiales de instituciones públicas, estudios particulares de acceso público.</p> <p>César Ojeda Figueroa, Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta y Escritor.</p>

Tabla 1: Cuadro de síntesis marco metodológico
Fuente: Elaboración propia

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

Análisis de la relación entre el entorno físico/social y el comportamiento humano

- 2.1. Influencia del entorno social en el comportamiento problemático
- 2.2. Relación entre el entorno físico y el comportamiento humano
- 2.3. Relación entre problemas de salud mental y el modelo económico en Chile
- 2.4. Conclusiones del marco teórico

2.1. INFLUENCIA DEL ENTORNO SOCIAL EN EL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO

Un problema al cual se enfrenta la ciencia moderna en el estudio del comportamiento humano es el clásico debate: “naturaleza versus crianza”. De esta manera, se tiene por un lado una postura totalmente simplista y determinista, que explica desde dónde provienen las influencias en la naturaleza del ser humano, desde el comportamiento de una célula, hasta la conformación de nuestra personalidad. Esta perspectiva asevera que estamos determinados por nuestro ADN (Sapolsky, 2010).

En el otro extremo, encontramos una perspectiva proveniente de las ciencias sociales, en la cual los seres humanos somos “organismos sociales”, y por ende estamos libres de las predisposiciones biológicas. Ambas perspectivas tienen un punto de vista parcial y sesgado. En realidad, no se puede entender cómo funciona la biología fuera del entorno (Sapolsky, 2010).

2.1.1. EL MITO DE LA PREDETERMINACIÓN GENÉTICA

Una de las nociones más potencialmente peligrosas en la biología es que la causa del comportamiento humano se origina en la genética. Esto lleva a una visión determinista de la vida originada en la biología y en la genética (Sapolsky, 2010).

“Se cree ampliamente que trastornos como el Déficit de Atención están genéticamente programados, y que enfermedades como la esquizofrenia están genéticamente programadas. La verdad es lo contrario. Nada está genéticamente programado. Hay enfermedades muy poco comunes, un pequeño puñado con una representación en la población extremadamente escasa, que están verdaderamente determinadas por la genética. La mayoría de las enfermedades complejas, quizás tengan una predisposición que posea un componente genético, pero una predisposición no es lo mismo que una predeterminación.” (Maté, 2010)

Los genes no son sólo cosas que nos hacen comportarnos de una forma particular, sin tener en cuenta nuestro entorno. Lo que hacen los genes es dotarnos de diferentes formas de responder a él. Algunas de las primeras influencias del entorno en nuestra infancia y el tipo de educación afectan a la expresión genética. Ésta se adapta al medio en el cual está inserto el sujeto, desviando su trayectoria evolutiva (Wilkinson, 2010).

Violencia

Existen numerosos estudios que respaldan esta tesis. A continuación se exponen brevemente dos de ellos:

1. En un estudio realizado con víctimas de suicidio (mayoritariamente adultos jóvenes) en Montreal, se encontró un efecto epigenético. En dicho estudio se analizaron las autopsias de los cerebros de estas personas. Los resultados obtenidos fueron que si el suicida había sufrido abusos en su niñez, estos

abusos causaban un cambio genético en su cerebro, lo que no ocurrió con las personas que no habían sufrido abusos (Maté, 2010).

2. En un pueblo llamado Dunedin, Nueva Zelanda, se estudiaron miles de individuos desde su nacimiento hasta entrados los veinte años. Se encontró una relación entre la identificación de un gen anormal y los niveles de violencia de los individuos. Aquellos que poseían este gen anormal tenían una predisposición a cometer actos de violencia, pero sólo si en su infancia habían sido víctima de graves abusos. De hecho, los que poseían este gen anormal, pero que no habían sufrido abusos, tenían tasas de violencia incluso más bajas que las personas con genes normales (Gilligan, 2010).

“Cuando en un contexto contemporáneo uno dice: ‘¡Ah, ese comportamiento es genético!’, en la medida en que incluso sea válido usar una frase así, lo que se está diciendo es: hay una contribución genética en la forma que este organismo responde al entorno. Los genes pueden influir en la disposición con la que un organismo puede enfrentarse a un desafío ambiental concreto. Ya sabes, esta no es la versión que mucha gente tiene en sus mentes, y no quiero parecer un predicador, pero seguir con la vieja versión de ‘¡Es genético!’ no está tan lejos de la historia de la eugenesia y cosas por el estilo. Es un concepto erróneo generalizado y es potencialmente muy peligroso.” (Sapolsky, 2010).

La hipótesis que sostiene que la violencia tiene una raíz biológica no sólo induce al error, sino que es potencialmente peligrosa, debido que al sostener esta postura, lógicamente se puede pensar que no hay nada que hacer para cambiar la predisposición a la violencia de las personas; todo lo que hay que hacer es encerrarles o ejecutarles. No necesitaríamos preocuparnos por cambiar el entorno social o las condiciones sociales previas que pueden llevar a las personas a volverse violentas (Sapolsky, 2010).

Luis Menand (2006) señalaba en el “The New Yorker”:

“‘It’s all in genes’: an explanation for the way things are that does not threaten the way things are. Why should someone feel unhappy or engage in antisocial behavior when that person is living in the freest and most prosperous nation on earth? It can’t be the system! There must be a flaw the wiring somewhere” / “‘Todo está en los genes’: una explicación de cómo son las cosas que no ponen en peligro cómo están las cosas. ¿Por qué alguien debería sentirse infeliz o adoptar un comportamiento antisocial cuando está viviendo en la nación más libre y próspera de la Tierra? No puede ser el sistema. Debe haber una avería en alguna parte del cableado.”

Esta declaración es un ejemplo de que la hipótesis genética no es más que una salida fácil para ciertos sectores de la sociedad que no les conviene cambiar el entorno social. La hipótesis genética les permite a estos sectores ignorar los factores sociales, económicos y políticos que, sin duda, subyacen a muchos comportamientos problemáticos.

Adicciones

Otro ejemplo para ilustrar la tesis de que el comportamiento humano es influido por el entorno es el de las adicciones, que explica Gabor Maté (2010), quien señala que, usualmente, las adicciones son consideradas un problema relacionado con las drogas. Pero, según explica, una adicción es más bien cualquier comportamiento que esté asociado con el ansia, con un alivio temporal y con consecuencias negativas a largo plazo, junto con un impedimento para controlarlo. Las personas adictas desean dejar su vicio, o prometen hacerlo, pero no pueden. Visto desde esta perspectiva, existen muchas más adicciones que sólo aquéllas relacionadas con drogas.

“Existe la adicción al trabajo, la adicción a las compras, a Internet, a los videojuegos. Existe la adicción

al poder. Aquellos que tienen poder pero quieren más y más, jamás es suficiente para ellos. A la adquisición, es decir, corporaciones que deben poseer más y más. La adicción al petróleo o al menos a la riqueza y a los productos que obtenemos de él.” (Maté, 2010)

La guerra contra las drogas se sostiene en la idea de que si se prohíbe el consumo de drogas, el problema de la adicción desaparece. Sin embargo, si se mira el problema desde una perspectiva más amplia, vemos que ninguna sustancia o droga, ni ningún comportamiento es adictivo por sí mismo. No todo el mundo se hace alcohólico por beber un trago, ni se hace adicto a la comida, ni un comprador compulsivo (Maté, 2010).

Entonces, el verdadero problema se encuentra en aquello que hace al individuo susceptible a volverse adicto. Sólo la suma entre un individuo susceptible y una sustancia o comportamiento potencialmente adictivo hace que florezca una adicción. Es decir, el problema no es que la droga sea adictiva, sino la susceptibilidad del individuo a volverse adicto a una sustancia o a un comportamiento determinado (Maté, 2010).

2.1.2. INCIDENCIA DEL ENTORNO SOCIAL EN EL COMPORTAMIENTO HUMANO

Llegados a este punto, el problema es comprender qué hace a las personas susceptibles. Como se menciona más arriba, la idea de que las adicciones, la violencia, y los comportamientos negativos provienen de una causa genética es una concepción errónea y científicamente insostenible.

Lo que hace a ciertas personas susceptibles a volverse adictas, o violentas, son las experiencias de la vida. Estas experiencias comienzan en el útero, y no sólo dan forma a la personalidad y a las necesidades psicológicas de la persona, sino también, de alguna forma, al mismísimo cerebro (Maté, 2010).

Fase prenatal

Existe abundante evidencia que demuestra que los efectos prenatales tienen un enorme impacto sobre el ser humano en desarrollo. Según Maté (2010), si una madre sufre estrés durante el embarazo, es más probable que sus hijos tengan rasgos en su personalidad que los predispongan a adicciones. Esto debido a que el desarrollo humano está influenciado por el entorno psicológico y social, y este entorno comienza desde que el individuo se encuentra en el útero.

Robert Sapolsky (2010) ilustra un ejemplo que demuestra que el entorno aparece en situaciones muy inesperadas: en 1944 ocurrió el Invierno de la “Hambruna Holandesa”. Los nazis que ocupaban Holanda decidieron llevarse toda la comida y desviarla a Alemania. Durante tres meses, todas las personas en Holanda pasaron hambre, muriendo decenas de miles a causa de la hambruna.

Los fetos que se encontraban en el segundo o tercer trimestre de gestación durante la hambruna, se programaron para ser muy tacaños con el azúcar y grasa de ahí en adelante, almacenando cada pequeña cantidad que recibían. Esto se debe a que es en el segundo y tercer trimestre de gestación que el cuerpo aprende sobre el entorno. ¿Qué tan amenazador es? ¿Cuántos nutrientes está recibiendo mediante la circulación de la madre?, etc. Estas personas, que fueron fetos durante el Invierno de la Hambruna Holandesa, medio siglo después eran más propensas a sufrir de hipertensión, obesidad o síndrome metabólico.

En un estudio británico, se descubrió que las mujeres que han sufrido abusos durante el embarazo tienen

niveles más altos de cortisol (la hormona del estrés) en su placenta. Los hijos de estas mujeres son más propensos a padecer enfermedades que los predispongan a las adicciones cuando llegan a los 7 u 8 años. El estrés intrauterino es un antecedente primordial en personas con problemas de salud mental (Maté, 2010).

Existe un estudio israelí también, en el cual se analiza a niños nacidos de madres que estuvieron embarazadas antes del inicio de la guerra de 1967. Por razones obvias, estas mujeres sufrieron mucho estrés durante el embarazo. El estudio comprobó que su descendencia tiene un mayor índice de esquizofrenia que la media (Maté, 2010).

Infancia (Nacimiento hasta los 18 meses)

El desarrollo del humano, y más específicamente el desarrollo del cerebro humano ocurre después del nacimiento, a diferencia de otros animales. Esto significa que este desarrollo está condicionado en gran parte por el impacto del entorno (Maté, 2010).

El concepto de darwinismo neural significa que los circuitos que reciben la información apropiada del entorno se desarrollarán de manera óptima, y aquellos que no lo hagan, pueden no desarrollarse de manera óptima, o bien pueden no hacerlo en absoluto.

Maté (2010) señala que otra manera significativa en la cual las experiencias tempranas moldean el comportamiento humano se da a través de la memoria. Existen dos tipos de memoria. La primera de ellas es la explícita y es la que todos conocemos, y se manifiesta a través de recuerdos. Pero la estructura cerebral llamada hipocampo, encargada de codificar el recuerdo, se termina de desarrollar recién a los 18 meses, lo que explica que nadie tenga recuerdos antes del año y medio de vida.

La segunda es la memoria implícita o emocional. En ella el impacto emocional y la interpretación que el niño hace de las experiencias emocionales influyen en gran manera en el desarrollo del cerebro, en forma de circuitos nerviosos, los cuales se activan sin la necesidad de un recuerdo específico.

Lo que sucede, por ejemplo, en las personas que son adoptadas, es que experimentan muy a menudo un sentimiento de rechazo. No pueden recordar el momento de la separación de la madre biológica, pero su memoria implícita o emocional de separación y rechazo está fuertemente grabada en sus cerebros. Por lo tanto, estas personas son mucho más propensas que el promedio a sufrir un trastorno emocional cuando perciben que son rechazadas (Maté, 2010).

Todas las investigaciones literarias indican que todas las personas que son adictas extremas sufrieron abusos considerables cuando niños o tuvieron severas pérdidas emocionales (Maté, 2010).

“Sus memorias emocionales o implícitas son las de un mundo que no es seguro y que no ayuda, con cuidadores en quienes no se podía confiar, y relaciones que no son bastante seguras como para abrirse y volverse vulnerables y, en consecuencia, sus respuestas tienden a ser mantenerse separados de relaciones realmente íntimas; no confiar en cuidadores, médicos y otras personas que están tratando de ayudarlos; y, generalmente, ver el mundo como un lugar inseguro.”

Niñez (18 meses hasta los 6 años)

Una influencia que tiene poderosos efectos en la programación del desarrollo de un niño es la experiencia

que le transmiten sus padres, la cual puede manifestarse a través de una depresión materna o el mal humor de los padres con sus hijos por un día duro en el trabajo, por ejemplo. En muchas especies existe este fenómeno, la diferencia es que la adaptación del ser humano al entorno dependerá en gran medida de la calidad de las relaciones sociales (Wilkinson, 2010).

“...a una edad temprana, el cómo eres criado, cuánto conflicto hay, cuánta atención recibes es una muestra del tipo de mundo en el que puedes estar creciendo. ¿Estás creciendo en un mundo donde tienes que pelear por lo que puedes conseguir; vigilar tu espalda; valerte por ti mismo, aprender a no confiar en otros? ¿O estás creciendo en una sociedad donde dependes de la reciprocidad, la mutualidad, la cooperación, donde la empatía es importante, donde tu seguridad depende de tener buenas relaciones con otra gente? Y eso necesita un desarrollo muy diferente a nivel emocional y cognitivo, y eso es de lo que trata la sensibilidad temprana y el ser padres es casi, inconscientemente, un sistema de transmitir esta experiencia a los hijos... de la clase de mundo en el que están.”

Winnicott y Piatigorsky (1993) sostenían que hay dos cosas fundamentales que pueden funcionar mal en la infancia. La primera es cuando ocurren cosas que no deberían ocurrir, y la segunda, cuando las cosas que deberían ocurrir, no ocurren. En la primera categoría se encuentran las experiencias de abuso y abandono en la infancia. En la segunda nada parece ir mal a simple vista: en el seno familiar no hay estrés, no hay abusos, abandonos, ni traumas. Sin embargo, lo que debería ocurrir no ocurre: la presencia de un progenitor disponible emocionalmente. Esta ausencia es causada muchas veces por el estrés propio de nuestra sociedad y un entorno paterno deficiente. El padre está presente físicamente, pero emocionalmente está ausente.

El psiquiatra James Gilligan ha trabajado durante 40 años con las personas más violentas que produce la sociedad, y asevera (2010) que los criminales más violentos han sido ellos mismos víctimas de profundos maltratos infantiles.

“No tenía idea de la profundidad de depravación con la que los niños en nuestra sociedad son tratados con demasiada frecuencia. Las personas más violentas que vi, eran ellos mismos los sobrevivientes de un intento de asesinato, a menudo a manos de sus padres, o de otras personas en su entorno social; o fueron los sobrevivientes de familiares quienes, a su vez fueron asesinados por otras personas.”

El psiquiatra e investigador Daniel Siegel acuñó el término “Neurobiología Interpersonal” (1999). Este concepto se refiere a la dependencia del sistema nervioso del ser humano por las relaciones interpersonales. Esta dependencia tiene diferentes grados. En primer lugar, influirá la relación con los padres que nos cuidan, en segundo lugar, con otros personajes influyentes en nuestras vidas, y en tercer lugar, con toda nuestra cultura.

En síntesis, el funcionamiento neurológico del ser humano no se puede separar del entorno. Este fenómeno se da con especial énfasis cuando se es dependiente e indefenso, debido a que el cerebro se encuentra en desarrollo, pero de igual manera incide en la etapa adulta y en la vejez (Maté, 2010).

Cultura

Los comportamientos conflictivos, como la violencia y las adicciones, no son inherentes al ser humano, muy por el contrario, han variado enormemente en las distintas culturas a lo largo de la historia.

La época en que el ser humano vivía de la caza y la recolección, por ejemplo, era muy igualitaria, y la cultura estaba basada en compartir el alimento o intercambiar regalos. En ese entonces no existía violencia grupal organizada. La mayor parte de la historia homínida posee estas características (Sapolsky,

2010). “La violencia no es universal. No está simétricamente distribuida a través de la raza humana. Existe una enorme variación en la cantidad de violencia en diferentes sociedades. Algunas sociedades prácticamente no tienen violencia. Hay otras que se destruyen a sí mismas.” (Wilkinson, 2010).

Dentro de los grupos religiosos anabaptistas, por ejemplo, se encuentran los amish, los menonitas y los huteritas, todos ellos son completa y estrictamente pacifistas. En el caso de los huteritas no se han registrado casos de homicidio. Durante las reclusiones para la Segunda Guerra Mundial, estos grupos se negaban a servir en el ejército, prefiriendo el castigo que ello conllevaba: ir a la cárcel (Gilligan, 2010).

Otro ejemplo se encuentra en las comunas kibbutz, en Israel, en donde el nivel de violencia es tan bajo, que los tribunales penales envían a menudo delincuentes violentos a vivir allí, con el fin de que aprendan a vivir una vida no violenta.

En conclusión, estamos ampliamente moldeados por la sociedad, tanto en nuestras influencias teológicas, metafísicas, lingüísticas, etc. “Por definición, cuanto más estratificada es una sociedad, menos personas tienes como iguales; menos gente con quien tienes relaciones simétricas y recíprocas; en cambio, lo que encontramos son discrepancias y un sinfín de jerarquías.” (Sapolsky, 2010).



**Edificaciones residenciales, comunidad Kibutz Tel Yosef, 1928.
Arquitecto: Richard Kauffman**



Comunidad Kibutz Ein Harod, 1930.



**Escuela, comunidad Kibutz Degania Alef, 1930.
Arquitecto: Richard Hauffman**



**Centro deportivo, comunidad Kibutz Dafna, 1960.
Arquitecto: Samuel Mestechkin**



Panorama de Kibutz Barkai, en la región Uadi Ara.

Figura 1: Colección gráfica de la arquitectura en las comunidades israelíes Kibutz
Fuente: <http://www.creativistas.com>

Necesidades afectivas de la naturaleza humana

El ser humano tiene entonces ciertas necesidades humanas, y es en este sentido que se puede reconocer una naturaleza humana. Estas necesidades dicen relación con la compañía y el contacto cercano, la necesidad de ser amados, incluidos y aceptados, de ser reconocidos, de ser recibidos por quienes somos. Cuando estas necesidades están cubiertas nos convertimos en seres compasivos y que tienen la capacidad de sentir empatía por otras personas (Maté, 2010).

La ideología dominante se ha encargado de tergiversar este concepto de naturaleza humana. Esta ideología predica la competición, e incluso la explotación despiadada del hombre por el hombre, con el fin de obtener ganancias y provecho económico. Se justifica entonces este comportamiento apelando a la existencia de una naturaleza humana egoísta, individualista y competitiva, y que es fundamentalmente inalterable (Maté, 2010).

“Entonces, lo contrario, que a menudo vemos en nuestra sociedad, es, de hecho, una distorsión de la naturaleza humana, precisamente porque muy pocas personas tienen sus necesidades cubiertas. Entonces, sí se puede hablar de naturaleza humana pero sólo en el sentido de las necesidades humanas básicas que son evocadas instintivamente, o debería decir, ciertas necesidades humanas que nos conducen a ciertos rasgos cuando están cubiertas y a un conjunto diferente de rasgos cuando son denegadas.”

2.2. RELACIÓN ENTRE EL ENTORNO FÍSICO Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO

El campo de los estudios entre el entorno físico y el comportamiento humano se puede sintetizar en tres cuestiones básicas (Rapoport, 2003):

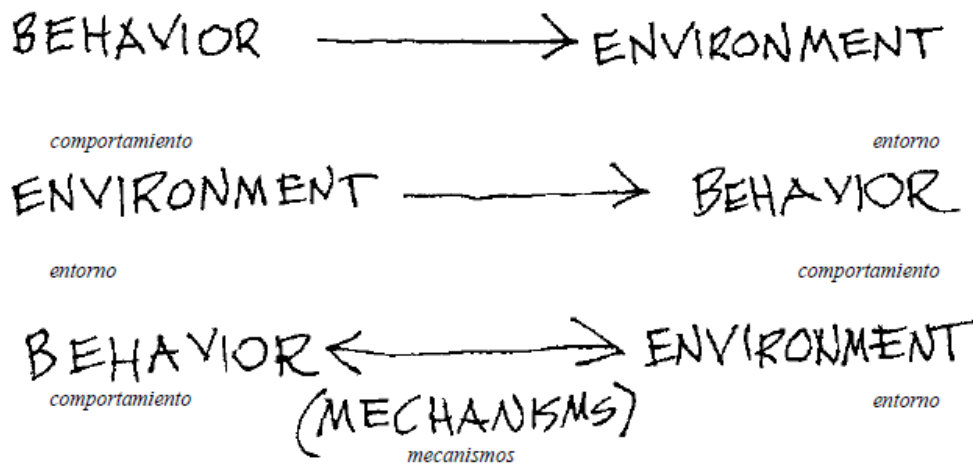


Figura 2: Cuestiones básicas en estudios de la relación entre entorno físico y comportamiento humano
Fuente: En "Cultura, arquitectura y diseño", Amos Rapoport, 2003

1. ¿Cuáles son las características biosociales, psicológicas y culturales de los seres humanos que ejercen influencia sobre el entorno construido y qué aspectos de éste se ven influenciados?
2. ¿Qué aspectos de los entornos físicos producen efectos sobre las personas, bajo qué circunstancias, cómo y por qué? ¿Cuáles son estos efectos?
3. ¿Qué mecanismos vinculan al hombre con el entorno? Entendiéndose estos mecanismos como bidireccionales.

La segunda cuestión es relevante en la presente investigación, ya que afecta al diseño de forma directa. Si los efectos que produce el entorno en el ser humano son importantes, los esfuerzos de los diseñadores deben orientarse a esta área. Según Rapoport (2003), en la mayoría de los casos el hombre selecciona los ambientes, es éste el efecto más importante que produce el entorno sobre las personas. La selección del hábitat implica tanto rechazar los ambientes indeseables o inhibidores, como la búsqueda de ambientes acogedores.

Además, el entorno físico no determina el comportamiento humano (acciones, pensamientos o sentimientos), sino que puede actuar como potenciador o inhibidor de cierto tipo de comportamiento, procesos cognitivos, estados de ánimo, etc. Los ambientes inhibidores tienen un efecto más pronunciado que los potenciadores, debido a que es más fácil bloquear un comportamiento que generarlo; esto último es incluso imposible (Rapoport, 2003).

El autor agrega que los efectos del entorno físico en las personas pueden ser directos o indirectos. En este último caso el entorno proporciona claves que se utilizan para interpretar la situación social, y de esta definición situacional se deducen los efectos producidos en el ser humano. Es decir, el entorno puede ser considerado como una forma de comunicación no verbal.

En cuanto a la cuestión 3, es importante enfocarse en los mecanismos de identificación, es decir, los mecanismos que vinculan al hombre con su entorno. El entendimiento de estos mecanismos es fundamental, tanto para la comprensión de los fenómenos, como para su modificación, es decir, el diseño. Estos mecanismos son enumerados por Rapoport (2003):

- **Fisiología:** adaptación a las condiciones físicas ambientales (ver capítulo 2.2.1.1.), y, por ende, necesidad de variar estas condiciones a través de sistemas de confort, como el aire acondicionado o iluminación.
- **Anatomía:** dimensiones de los elementos físicos, por ejemplo: ergonomía y confort anatómico, que tienen implicaciones negativas, por la exclusión que genera el “diseño universal”.
- **Percepción:** recepción sensorial de información del entorno. La percepción es mutisensorial, pese a que el ocularcentrismo sea un vicio del diseño arquitectónico. Se debe plantear la percepción como la integración de varios sentidos, incluyendo el háptico.
- **Cognición:** el conjunto de procesos mentales que intervienen entre la percepción y el conocimiento sobre el entorno. El significado más común de este concepto, proveniente de la psicología, dice relación con la comprensión que tiene el hombre del mundo; la orientación; la construcción de mapas mentales, es decir, de cómo el hombre puede operar en el mundo.
- **Significación:** Es el mecanismo más importante, y se refiere a los aspectos antropológicos de la cognición, incluyendo aspectos latentes. Incluye aspectos del entorno como imágenes, ideales, estatus, identidad, y muchos otros.
- **Afecto:** evocación emocional y anímica provocada por el entorno y sus cualidades sensoriales, su significado, etc.
- **Evaluación:** A través de ella se forman las preferencias y la elección, basándose más en los deseos, relacionados con la significación y el afecto, que con las necesidades. También implica la estética.
- **Acciones y comportamiento:** la respuesta a la cognición, significación, el afecto y la evaluación.
- Algunos componentes de la cultura.

2.2.1. PSICOLOGÍA AMBIENTAL

Este campo de la psicología surgió en la década de 1960 y creció rápidamente, sumando numerosos investigadores y publicaciones que lo abordan desde distintas perspectivas. La psicología ambiental reúne algunos temas tradicionales de la psicología, como percepción, desarrollo, personalidad, etc., con otros de distintas disciplinas de la proyección y la investigación, como la arquitectura, el urbanismo, la ecología, la sociología, la antropología, etc. (Mercado et. al., 1987).

Es complejo definir la psicología ambiental, ya que ha habido numerosas revisiones sobre el área y los teóricos no han podido unificar criterios (Mercado et. al, 1987). Sin embargo, algunos de ellos lo han definido como el establecimiento de “relaciones empíricas y teóricas entre la experiencia y la conducta del individuo y su medio construido” (Proshansky, 1976:305; citado por Jiménez y Aragonés, 1986); Heimstra (1979:3; citado por Jiménez y Aragonés, 1986) la define como la “disciplina que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento humano y el medio ambiente físico del hombre”, y por último Holahan (1982:3; citado por Jiménez y Aragonés, 1986) quien afirma que es “un área de la psicología cuyo foco de investigación es la interrelación entre el medioambiente físico y el hombre”.

Jiménez (1986) señala que la psicología ambiental no maneja solamente variables del ambiente físico. Esta ciencia entiende el ambiente a través de dos modos fundamentales: como variable independiente y como variable dependiente. Se tiene como variable independiente el ambiente entendido en un triple nivel de consideración:

1. Ambiente natural. Influencia del ecosistema en la respuesta molar de los individuos. Ejemplos de este punto pueden ser la percepción del ambiente geográfico, como también las actitudes ante el paisaje.

2. Ambiente construido. Se conceptualiza a través de distintos niveles de consideración:

- ambientes de características fijas, relativamente permanentes, como los edificios
- ambientes de características semifijas, relativamente fáciles de alterar, como muebles o decoración
- a través de características como luminosidad, color, temperatura; climas sociales, atmósfera social, características de los escenarios, etc.

3. Ambiente social y conductual. Incluye cinco áreas: espacio personal, territorialidad, intimidad, hacinamiento y ecología del grupo pequeño.

El segundo modo de entender el ambiente es su consideración como variable dependiente, es decir, el análisis de los efectos del comportamiento sobre la calidad del ambiente, como por ejemplo, conservación de la energía, comportamiento no contaminante, planificación familiar, etc.

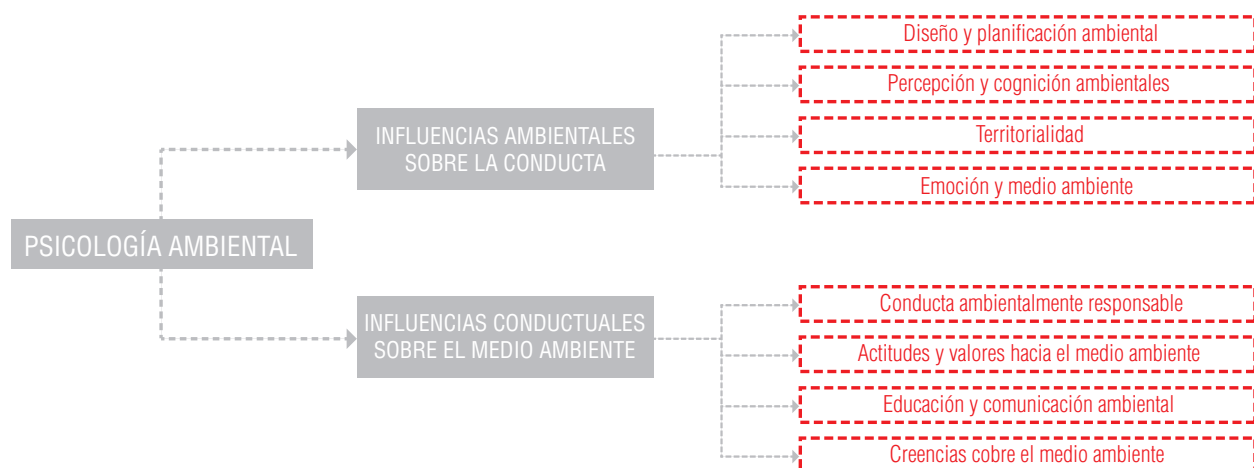


Figura 3: Representación esquemática de los enfoques de la psicología ambiental
 Fuente: En "Psicología ambiental: interface entre conducta y naturaleza", Eric Roth, Rev Cien Cult n.8 La Paz dic. 2000.

2.2.1.1. Influencia de factores físicos ambientales en el comportamiento

Sanabra (1986) analiza los factores físicos ambientales que influyen en el comportamiento humano, entre los que se cuentan el calor, frío, viento, contaminación, radiación, etc. Estos factores tienen en común ciertas características, de las cuales se extraen las siguientes por ser de interés para la presente investigación:

- Producen efectos fisiológicos que pueden llegar a alterar de manera permanente la salud, pero que contienen una sobrecarga mayor o menor de los mecanismos reguladores, receptores y/o efectores del organismo.
- Alteran los rendimientos tanto de tareas físicas como intelectuales.
- Interfieren o modifican el comportamiento humano.

Estas características hacen que el sujeto sometido a la acción de estos factores físicos ambientales los aprecie como no deseados, aunque más o menos soportables, dependiendo de una serie de variables que les subyacen.

La pregunta que atañe a la psicología ambiental es qué cambios se espera encontrar en el comportamiento fisiológico, productivo y social de los individuos o los grupos, al producirse modificaciones en las condiciones físicas ambientales en donde se desarrollan las actividades humanas. Este campo, a diferencia de áreas de la psicología de más larga data, como la medicina del trabajo o la psicología industrial, engloba la totalidad de la conducta y considera como campo de análisis no sólo el área laboral y fisiológico, sino también el área de la diversión, el descanso y la convivencia.

A continuación se exponen los factores físicos ambientales que influyen en mayor medida en el comportamiento humano.

Temperatura

Si en la antigüedad el problema para el ser humano era defenderse del frío, en la actualidad, sobre todo en las grandes ciudades, el problema que se acentúa cada vez más es cómo librarse del calor. La temperatura de las zonas urbanizadas se encuentra en un rango de entre 5,5° y 11°C por encima de las zonas circundantes. Las causas son conocidas: absorción y reflexión de grandes cantidades de calor por los materiales de construcción; disminución de la pérdida por evaporación provocada por la aridez; efecto invernadero, producido por la contaminación atmosférica; y el factor más determinante que es la producción excesiva de calor por los sistemas de calefacción, refrigeración, la industria, el tráfico y la población hacinada.

Se ha comprobado los efectos del calor en diferentes contextos. En el ámbito productivo, se comienzan a apreciar resultados negativos cuando la temperatura ambiental se mantiene por sobre los 34°C. Asimismo, en ambientes escolares se ha encontrado un aumento en la variabilidad de los resultados a medida que aumenta la temperatura de la sala de clases. En los conductores, el calor produce incomodidad e irritabilidad, así como una disminución en la fuerza muscular y en la discriminación táctil.

El calor excesivo produce fallos en los mecanismos de regulación fisiológica y se hace imposible mantener una temperatura interna adecuada, apareciendo un cuadro de diferentes síntomas. Lo mismo ocurre en un cuadro crónico de astenia por el calor. A raíz de las olas de calor, se han encontrado también insuficiencias cardiovasculares y ataques cardíacos.



Figura 4: Aumento de temperatura en zonas urbanizadas.
Fuente: Elaboración propia

La conducta social también se ve afectada por el calor, produciendo un aumento de la distancia física interpersonal como forma de defenderse del calor corporal de los demás y de las posibles emanaciones olorosas. Además, la incomodidad e irritabilidad producida por el calor se puede asociar a la presencia de otras personas y producir actitudes negativas. Se ha comprobado que existe una relación entre la disposición negativa de un sujeto hacia un desconocido, a medida que la temperatura aumenta. “En resumen, el cuerpo reacciona ante la temperatura ambiente perdiendo, o generando y conservando calor, según sea el caso [...] el calor y el frío moderados aumentan los rendimientos y las respuestas sociales dominantes, mientras que el frío y el calor intensos los disminuyen.” (Sanabra, 1986:119)

Factores atmosféricos

El viento no es un fenómeno exclusivo de los espacios abiertos, sino que se manifiesta también en espacios interiores, a través de corrientes de aire, por ejemplo. Las edificaciones de altura en las ciudades generan sus propios vientos o modifican los existentes.

Desde la antigüedad se ha investigado la influencia negativa de los vientos secos y calientes en el comportamiento humano, entre los que se cuentan el Foehn (ver figura 5), Mistral y el Siroco en Europa, Pomponio en Argentina y Chinook en Norteamérica. Se ha descubierto que producen depresión, nerviosidad, dolores varios, irritación y aumento en la tasa de suicidios, crímenes y accidentes. En algunos países incluso se consideran estos vientos como eximentes o atenuantes de actos delictivos. En los días de Foehn se produce una alteración en la respuesta a los medicamentos y aumentan los accidentes laborales, además de empeorar los rendimientos en tiempos de reacción.



Figura 5: Vientos de tipo Foehn presentes en el norte de Los Alpes y en la cordillera de Los Andes, respectivamente.

Fuente: <http://www.foehnpuc.es.tl>

En cuanto al rendimiento en tareas, se ha comprobado que a medida que aumenta la velocidad del viento y el racheado, dificulta tareas cotidianas como ponerse prendas de vestir, la frecuencia de parpadeo, o encontrar una palabra señalada, además de provocar sentimientos de incomodidad. Similar es el efecto de las bajas presiones atmosféricas de las altas montañas o de vuelos en cabinas no presurizadas, que producen confusión y disminución del aprendizaje y los rendimientos físicos.

Los efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud física y mental son variados y afectan especialmente a niños, ancianos y enfermos. El síndrome por contaminación atmosférica produce los cefalea, fatiga, insomnio, irritabilidad, depresión, picor de ojos, dolor de espalda, dificultad de juicio y problemas gastrointestinales.

De igual forma, la contaminación atmosférica influye en el comportamiento social. Los estados afectivos displacenteros producidos por la contaminación conducen a una disminución de la atracción interpersonal, en caso de no ser compartidos, mientras que si son compartidos producen el efecto inverso. Por su parte, los olores desagradables, cuando no son muy intensos, aumentan la agresividad, pero al ser más intensos la disminuyen.

En un estudio realizado por Lynn (1971; citado por Sanabra, 1986) se analizaron once variables (ingresos en hospitales mentales, muertes por enfermedad coronaria, consumo de cigarrillos, suicidios, muertes por accidente de tráfico, etc. de países desarrollados) y se obtuvo el factor ansiedad como dimensión principal, el cual se correlacionaría con el calor estival, la frecuencia de las tormentas y la irradiación solar. En la misma línea, Moos (1976; citado por Sanabra, 1986) afirma que los cambios de corta duración de la humedad relativa del aire y la presión atmosférica influyen en los ingresos en sanatorios psiquiátricos y la tasa de suicidios.

Radiaciones e iluminación

De todas las radiaciones a las que está sometido nuestro organismo, la que más influye en el comportamiento es la luz. Los efectos orgánicos producidos por la radiación pueden repercutir en la conducta, como por ejemplo la debilidad mental producida por la microcefalia, la cual aumenta por la exposición a radiaciones ionizantes.

En cuanto a los efectos de la iluminación sobre los sentimientos, se han estudiado en gran parte con el fin de manejar la luz en el diseño de interiores. Flynn et al. (1973; citado por Sanabra, 1986) encontraron tres factores básicos: presencia de dispositivos múltiples de iluminación (indirecta, difusa sobre el techo, directa central, iluminación periférica); claridad perceptiva, asociada a niveles elevados de iluminación; y espaciosidad, asociada a fuentes periféricas de iluminación.

Otros factores influyentes son el color, la fuente de iluminación, la intermitencia, etc. De esta manera, al haber iluminación artificial y de bajas y medias intensidades, se prefieren colores cálidos, mientras que al haber iluminación con mayor intensidad se prefieren colores más fríos. Otras variables importantes dicen relación con la edad y el sexo: los jóvenes, por ejemplo, se muestran más sensibles a las intermitencias, mientras que las mujeres prefieren en mayor medida la iluminación natural.

Efectos del ruido sobre la salud mental

Investigaciones de campo realizadas por Cohen (1969; citado por López, 1986), Miller (1974; citado por López, 1986) y Strakhov (1969; citado por López, 1986) han demostrado que la exposición a ruidos de altas intensidades provoca dolores de cabeza, náuseas, inestabilidad, disputas, ansiedad, cambios de humor y otros efectos similares.

Abey-wichrama et al. (1969, citado por López) descubrieron, a raíz de un estudio, que el número de personas admitidas en hospitales psiquiátricos que provenían del área ruidosa cercana al aeropuerto de Heathrow (ver figura 6), era mayor que las que habitaban en áreas de baja intensidad de ruido. El tipo de personas más afectadas resultaron ser mujeres mayores que no viven con sus maridos y que sufrían trastornos nerviosos.



Figura 6: Aeropuerto de Heathrow, 1965.
Fuente: <http://http://www.bbc.com>

El principal problema psicológico producido por el ruido es que produce sensaciones de desagrado y molestia, incluso cuando los niveles de ruido son bajos.

Según Glass (1972; citado por López, 1986), el factor más importante en el origen del sentimiento de molestia es la impredecibilidad del ruido. El ruido intermitente es más agresivo que el ruido continuo, y lo es más aún si la intermitencia es aperiódica. Cuando los ruidos son predecibles muchas respuestas fisiológicas y psicológicas disminuyen o desaparecen. El ruido impredecible es el más molesto, debido a que produce mayor estrés y requiere mayor atención, restando concentración a otras actividades y haciendo que la acomodación a él sea difícil.

H.D. Parbrook (citado por López, 1986) menciona más factores que inciden en la sensación de molestia:

- Cuanto más alto es el ruido con respecto al ambiente sonoro, más requiere de nuestra atención.
- Los ruidos que poseen altas y muy bajas frecuencias son más molestos que aquellos con un espectro más uniforme.
- Los sonidos que son desconocidos en cuanto a intensidad o ritmo, producen curiosidad.
- Los sonidos que se encuentran cerca del umbral de inteligibilidad son más molestos que si son ininteligibles.
- Los ruidos que no son producidos por la tarea que estamos haciendo resultan más molestos.

Se debe mencionar que la molestia depende también de factores psicológicos particulares. Por último, otras alteraciones psicológicas que pueden ser producidas por el ruido son la falta de atención, aumento de errores, imprecisión de las respuestas y falta de calidad de éstas, estados de ansiedad y fatiga.

2.2.1.2. Influencia del entorno construido en la interacción social

El medio físico no es sólo un escenario para nuestras conductas, sino que aporta de forma activa estímulos para ellas. Estos estímulos, en conjunto con otras fuentes, principalmente provenientes del medio social y del propio individuo, configuran el comportamiento de los individuos (Sangrador, 1986).

Según Sangrador (1986) el diseño del medio físico afecta algunas de nuestras conductas, y una de las que resulta más afectadas, según concluyen investigaciones al respecto, es la interacción social. Este autor explica las formas en cómo el medio construido influencia la conducta social, en las cuales se basa este subcapítulo.

Isidor Chein (1954; citado por Sangrador, 1986) define rasgos de influencia del ambiente en la conducta. Existen los rasgos ambientales que funcionan a modo de estímulos para el comportamiento; los objetos-meta, que sirven para satisfacer ciertas necesidades; rasgos ambientales que tienen la capacidad de estimular o inhibir determinadas conductas; y los rasgos directivos, que direccionan el comportamiento.

Enfoques en cuanto al grado de directividad del medio construido

Existe un debate en torno al grado de directividad del medio construido. Por una parte, están los partidarios de un rígido determinismo ambiental, y por el otro, los defensores de la libre actividad humana. Las tres posturas que nacen de este debate son: determinismo, posibilismo y probabilismo.

1. **Determinismo arquitectónico:** Bajo esta postura, el medio construido determina en gran medida el comportamiento de las personas. Es probable que en el mundo animal, como lo han señalado diversos estudios, el comportamiento sea directamente influido por el medio físico, pero el comportamiento humano es más autónomo y adaptable, por lo que esta teoría ha sido ampliamente rechazada, acusada de ignorar variables sociales, culturales, y las relativas al propio organismo del sujeto, como las cognitivas, por ejemplo. Además, no hay evidencia empírica que sustente este enfoque.
2. **Posibilismo:** Surgió como reacción al determinismo y es opuesto a éste. Asevera que el medio construido ofrece una gama de posibilidades al sujeto, quien las evalúa y elige una. El medio construido se concibe así como un intermediario que ofrece estas posibilidades, las cuales serán elegidas por el sujeto según diversos criterios, predominando el cultural.
3. **Probabilismo:** Es una postura intermedia, que defiende la existencia de ciertas regularidades entre el medio construido y el comportamiento. De esta manera, el medio construido ofrece posibilidades al sujeto, sin llegar a determinar completamente la elección. Sin embargo, algunas de ellas serán más probables que otras, de acuerdo a los rasgos del medio construido y los del propio individuo.

Este último enfoque es el que posee más aceptación en la actualidad, y al cual adhiere la presente investigación. Se concibe entonces el medio construido como un marco o escenario, capaz de facilitar o inhibir determinadas conductas, haciendo más probables unas que otras, pero sin llegar a determinarlas. Por ende, se incorporan múltiples aspectos que configuran este escenario: sociales, físicos, culturales, psicosociales, etc.

VARIABLES DEL AMBIENTE SOBRE LA CONDUCTA

Krasner (1980; citado por Sangrador, 1986) delimitó tres variables ambientales sobre la conducta, estableciendo criterios que las agrupan según su permanencia, molaridad y origen. Las dos primeras variables pertenecen al medio físico construido y la tercera al no construido, y son las siguientes:

- **Variables de rasgos fijos:** Poseen un carácter duradero, molar, y difícilmente modificable. También se les denominan variables estructurales, y son derivados del diseño arquitectónico, como por ejemplo formas y tamaños, colocación de puertas y ventanas, pasillos, forma de las calles, disposición de los edificios, etc.
- **Variables de rasgos semifijos:** Se caracterizan por su relativa facilidad de cambio o modificación, como el mobiliario o la decoración. Gran parte de los rasgos semifijos no son derivados del diseño arquitectónico, sino del decorador.
- **Variables ambientales (ver capítulo 2.2.1.1.):** Caracterizadas por ser menos palpables, aunque igualmente modificables. Algunos ejemplos son la temperatura, la luz y el ruido.

2.2.1.2.1. Espacios sociófugos y sociópetos (Osmond, 1978)

- **Espacios sociófugos:** un diseño sociófugo es aquel que mantiene a las personas apartadas unas de otras, por lo que impide o desalienta la formación de relaciones humanas estables. Los ejemplos más representativos de diseños de edificios sociófugos se encuentran en la sociedad urbana, en donde se hacen incluso necesarios para su funcionamiento.

Entre los elementos de un edificio, los pasillos son extremadamente sociófugos; son muy funcionales para mantener en movimiento a la gente, pero muy inconvenientes para que se establezcan relaciones interpersonales. Una premisa de diseño, si se quiere fomentar el desarrollo de relaciones interpersonales, sería la reducción de los pasillos al mínimo (Osmond, 1978).

En los hospitales psiquiátricos del modelo asilar, se intentaba imitar a los hospitales generales y a los hoteles, los cuales se caracterizan por tener espacios sociófugos, en donde los pacientes se encontraban la mayor parte del tiempo en cuartos aislados, lo que agravaba su salud mental y estado anímico. Aunque este hecho quizás no proviene de los principios de la psiquiatría moderna, los psiquiatras se mostraban muy cómodos con ello (Osmond, 1978).



Bloque de celdas de Alcatraz
Fuente: www.disfrutasanfrancisco.com



Estación de Ferrocarriles Stadelhofen
Fuente: <http://www.arqhys.com>



Habitaciones de Psiquiátrico Santa Lucía en Macao
Fuente: <http://www.3viajes.com>

Figura 7: Ejemplos de espacios sociófugos.
Fuente: Citadas arriba

- **Espacios sociópetos:** un diseño sociópeto es aquel que fomenta e incluso obliga el desarrollo de relaciones interpersonales estables, como aquellas que se encuentran en los grupos pequeños, en donde sus miembros se hallan frente a frente. Los espacios que cuentan con mejores características funcionales para realizar un tipo determinado de actividad son en su mayoría sociópetos.

Sternberg (2009) sugiere que las interacciones sociales son importantes amortiguadores contra el estrés, mientras que el aislamiento y la privación ambiental son ciertamente dañinos para la salud y producen cambios fisiológicos negativos.

Sin embargo, se debe señalar que un espacio sociópeto no es necesariamente bueno, ni un espacio sociófugo es universalmente malo, si se consideran criterios funcionales. Hay espacios que deben ser diseñados para desalentar las relaciones humanas, como el andén de una estación de tren, en donde

la afluencia de público tiende a estar en constante movimiento y por ende, el fomento de relaciones interpersonales sería contraproducente. Por otra parte, la cantidad y el tipo de actividades que posea un espacio va a determinar si éste es sociópeto o sociófugo; si un espacio es apto para realizar una amplia gama de actividades será más propenso a ser sociópeto.



Tepees o Xipis, estructuras de vivienda usadas por los nativos americanos de las llanuras

Fuente: www.disfrutasanfrancisco.com



Kraales de los zulúes en el siglo XIX

Fuente: <https://adventuresinhistoryland.wordpress.com>



Vivienda privada moderna

Fuente: <http://www.quadraturaarquitectos.com>

Figura 8: Ejemplos de espacios sociópetos.
Fuente: Citadas arriba

2.2.1.2.2. Intimidad

En los distintos enfoques provenientes de las ciencias sociales (Altman, 1975; Laufer y Wolfe, 1977; Goffman, 1970) se asevera que el ambiente juega un rol importante en el establecimiento y defensa de la intimidad, sin llegar a determinarlo de manera absoluta. Altman (1975; citado por Morales, 1986) define cuatro formas de conseguir la intimidad, de las cuales una es ambiental e incluye: a) el uso del espacio personal, es decir, la distancia que una persona mantiene con respecto a las otras para graduar la intimidad que se desea obtener, y b) la defensa del territorio, que facilita o dificulta el acceso a los demás. Altman define otra forma de conseguir intimidad que incluye aspectos ambientales: la sociocultural, en donde por ejemplo, espacios como el cuarto de baño y aseos en las sociedades occidentales están estrictamente regulados para asegurar intimidad.

Por su parte, Laufer y Wolfe (1977; citado por Morales, 1986) definen tres dimensiones de la identidad, de las cuales una de ellas es la ambiental. Esta dimensión incluye el elemento cultural, similar al mecanismo sociocultural de Altman; el de ciclo vital, ausente en el modelo de Altman y que dice relación con aspectos evolutivos y temporales incorporados al ambiente; y por último, el sociofísico, que además de tratar el espacio territorial y personal, presente en los planteamientos de Altman, incorpora el ambiente construido. Laufer y Wolfe sostienen que los escenarios físicos evocan y sostienen conductas y experiencias de carácter privado. Esto se debe, en primer lugar, a que unos escenarios físicos se adecuan mejor que otros a las necesidades de intimidad; en segundo lugar, a que a través del proceso de socialización, las personas aprenden a identificar ciertos lugares como privados; y en tercer lugar, porque la construcción de una identidad propia puede estar vinculada a lugares concretos.

Proxémica

El antropólogo Hall creó el concepto de proxémica en 1963, que hace referencia a las observaciones y teorías interrelacionadas del empleo que el hombre hace del espacio. Para graficar este concepto, distingue cuatro zonas de distancia personal (ver figura 9), agregando que a cada zona le corresponde un determinado tipo de relación entre las personas interactuantes (Hall, 1981).

Cuando el espacio personal es invadido, es decir, cuando alguien se aproxima excesivamente a una persona, ésta muestra signos conductuales de tensión emocional, como la evitación del contacto visual, cambios en la orientación del cuerpo y de la postura, y en últimas instancias la huida del escenario de interacción, si se presenta la oportunidad. (Morales, 1986).

Hall (1981, 1998) hace énfasis en la variación entre las medidas de espacio interpersonal en las diversas culturas que estudió. Por ejemplo, en las culturas de origen latino las distancias personales son más cortas y las personas se sienten cómodas con esta cercanía, mientras que en las culturas nórdicas se produce el efecto contrario, en donde un acercamiento excesivo puede interpretarse como una actitud invasiva, por lo que puede generar una necesidad de alejamiento y una sensación de incomodidad.

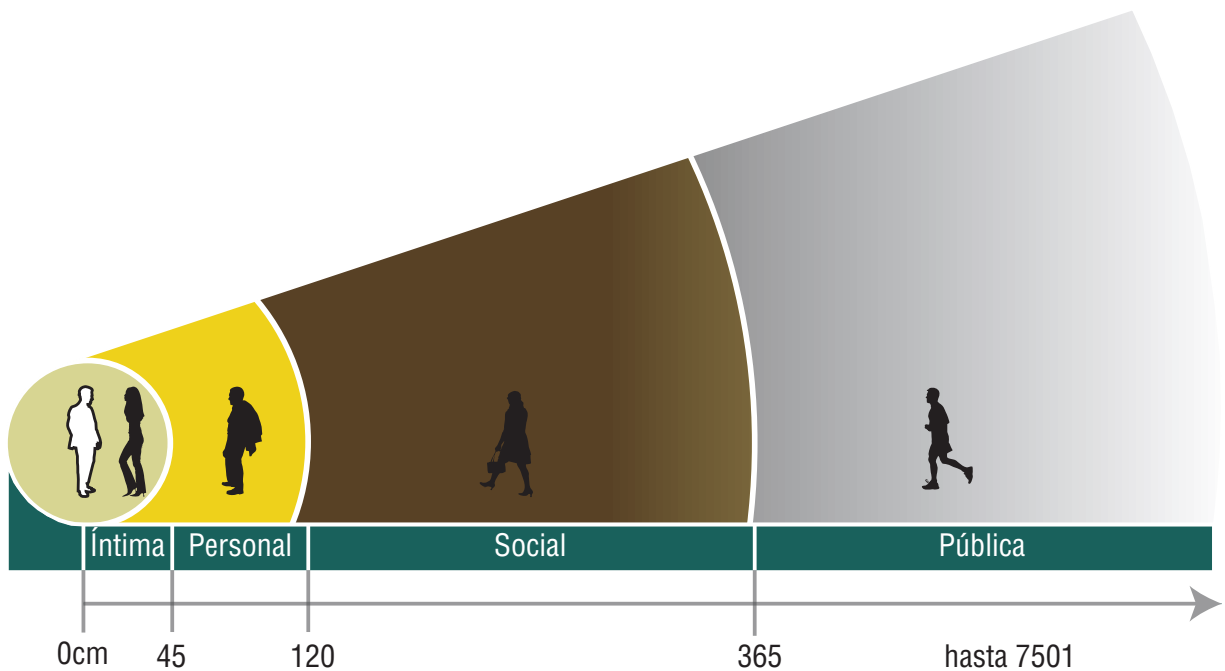


Figura 9: Zonas de distancia interpersonal en Proxémica.
Fuente: Elaboración propia en base a planteamientos de E. T. Hall

Acceso y exposición visual

Archea (1977; citado por Morales, 1986) aporta un enfoque radical con respecto a las relaciones entre intimidad y medio ambiente. Para entender su tesis se debe considerar que la regulación de la conducta interpersonal depende de las posibilidades de vigilar la conducta de otras personas (acceso) y de las posibilidades de que otras personas puedan vigilar la propia conducta (exposición), y además, de que estas posibilidades se relacionan con información de carácter visual, por lo que los conceptos clave presentes en su tesis son los de acceso visual y exposición visual.

Dicho esto, su tesis es la siguiente: el ordenamiento o exposición del ambiente físico regula la distribución de la información de la que depende toda la conducta interpersonal. De esta tesis surgen algunas proposiciones:

- Las personas intentarán aprovechar al máximo los beneficios del acceso y la exposición, para lo cual modificarán estratégicamente su orientación y ubicación en los escenarios de conducta.
- Los atributos normativos de las situaciones modulan la eficacia reguladora del acceso y la exposición.
- La medida en que la disposición de las zonas circundantes inmediatas permita a las personas el acceso y la exposición visual es el vínculo principal entre el ambiente y la conducta.

Sin embargo, Archea también reconoce la existencia de ciertas características conductuales y de propiedades humanas subyacentes que condicionan los efectos del ambiente físico. En las primeras se encuentran la ubicación de los participantes en la situación de interacción, o su familiaridad con el contexto; en las segundas están las características de la visión y audición humanas, la estructura de la memoria, y los mecanismos de expresión verbal y no verbal.

Dentro de un contexto social informal, el acceso visual de una persona le permite sincronizar su conducta con la de quienes comparten su escenario de interacción. Por su parte, el grado de exposición visual de una persona dentro del mismo contexto establecerá el grado en el que las otras personas le exigirán cuentas de su conducta. En consecuencia, cuanto mayor sea el tiempo de exposición visual, más consistente será la imagen que se formen los demás de su conducta.

2.2.1.2.3. Criterios de diseño en hospitales

Según Krasner (1980; citado por Sangrador, 1986), los hospitales psiquiátricos y las aulas de clases son los ejemplos más ilustrativos del diseño ambiental, y en donde se han desarrollado algunas de las más interesantes aplicaciones.

Ellenberger (1971; citado por Sangrador, 1986) señala que el confinamiento no voluntario en hospitales psiquiátricos no sólo empeora la enfermedad, sino que además incapacita en algún grado a los internos para relacionarse con el mundo exterior.

Otro aspecto importante en el diseño del hospital psiquiátrico lo menciona Sangrador (1986): si se fuerza a un enfermo mental a llevar una forma de vida muy distinta a la habitual, puede provocarse un agravamiento de la enfermedad. De hecho, el ambiente de los hospitales psiquiátricos habitualmente suponen una ruptura con el ambiente anterior del paciente. A continuación se expondrán algunos criterios de diseño sociópeto, en base a estudios recopilados por Sangrador (1986).

Pasillos

Osmond (1978; citado por Sangrador, 1986) observó que los hospitales psiquiátricos eran básicamente sociófugos, principalmente por los largos pasillos rodeados de dormitorios. Señala que los pasillos lineales tienen efectos nocivos sobre los internos: propician el aislamiento social, entorpecen las relaciones, aumentan la sensación de hacinamiento y producen un efecto de monotonía que dificulta la privacidad y la conducta territorial del paciente.

A raíz de este análisis, Osmond propuso un diseño de pasillo circular, convencido de que fomentaría una mayor sociopetalidad al interior del hospital psiquiátrico. Algunos investigadores, entre ellos Trites (1970; citado por Sangrador, 1986) estudiaron la influencia de este diseño en un mismo hospital, y confirmaron la tesis de Osmond: el pasillo radial es la mejor solución y el pasillo único lineal la peor, en cuanto a la interacción social y satisfacción.

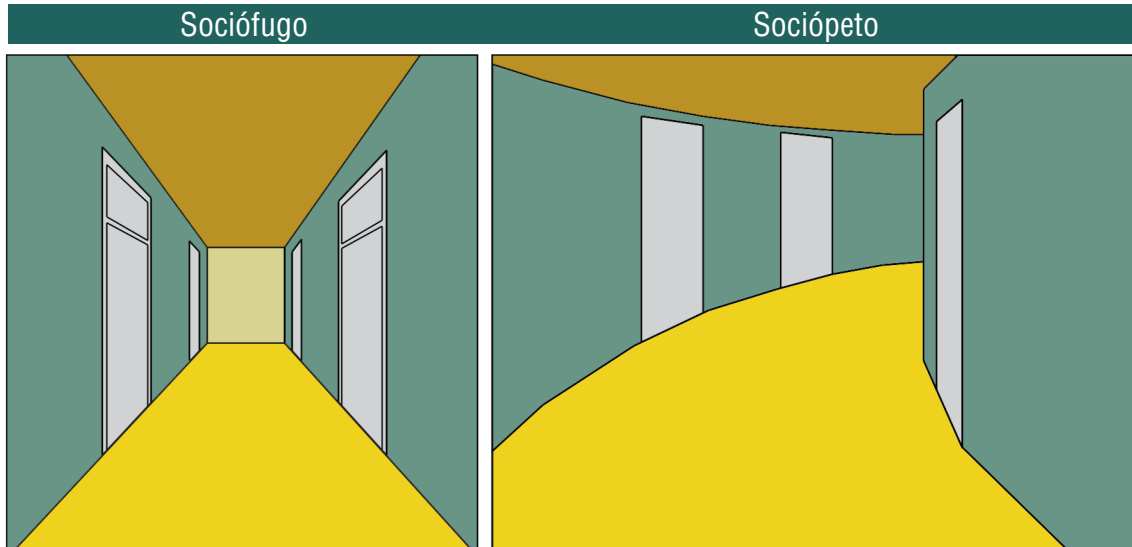


Figura 10: Diferencia entre espacios sociófugos y sociópetos en pasillos.
Fuente: Elaboración propia

Rasgos semifijos

Sommer y Ross (1958; citado por Sangrados, 1986) estudiaron la sociofugalidad en el mobiliario de una sala de hospital psiquiátrico, y descubrieron que la colocación de las sillas adosadas a la pared, agrupadas a otras y todas en una misma orientación eran sin duda de carácter sociófugo y por ende dificultaba la interacción interpersonal entre los pacientes. Al modificarse la disposición de las sillas, agrupándolas en torno a pequeñas mesas, se incrementó la interacción y la comunicación entre los pacientes. Además, Holahan (1974; citado por Sangrador, 1986) comprobó que en las salas sociópetas se desarrollaban conversaciones más sinceras y personales que en las salas sociófugas.

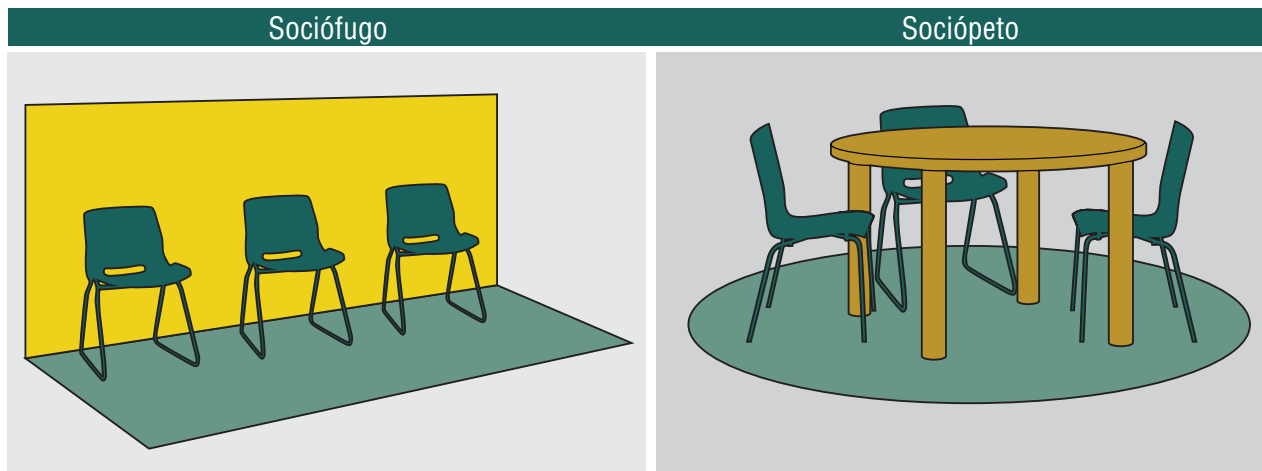


Figura 11: Diferencia entre espacios sociófugos y sociópetos en rasgos semifijos.
Fuente: Elaboración propia

Tamaño de las habitaciones

Ittelson et al. (1978; citado por Sangrador, 1986) desarrollaron un estudio comparando las conductas de los pacientes en tres grandes hospitales: uno privado, uno municipal y uno estatal. Los autores categorizaron las conductas en activa, social y aislada-pasiva, consistente esta última en “estar en la cama, ya sea durmiendo o despierto, y estar sentado, bien durmiendo o no haciendo nada” (ídem, p. 550). El resultado fue que en el hospital privado se daba con mayor frecuencia conductas activas y sociales, y en menor medida la conducta aislada-pasiva que los hospitales públicos. El hospital estatal mostró niveles especialmente bajos de conducta social.

La causa de estos resultados se encontraba en el tamaño de las habitaciones, las cuales en el hospital privado eran de una o dos camas, incrementándose la conducta aislada-pasiva al aumentar el número de camas, y por ende el tamaño de la habitación. Pareciera que los pacientes se sentían restringidos en sus actividades en habitaciones grandes, ya sea por la presencia de otros, como por el mismo volumen de la habitación, lo que finalmente los limitaba a conductas aislada-pasivas.

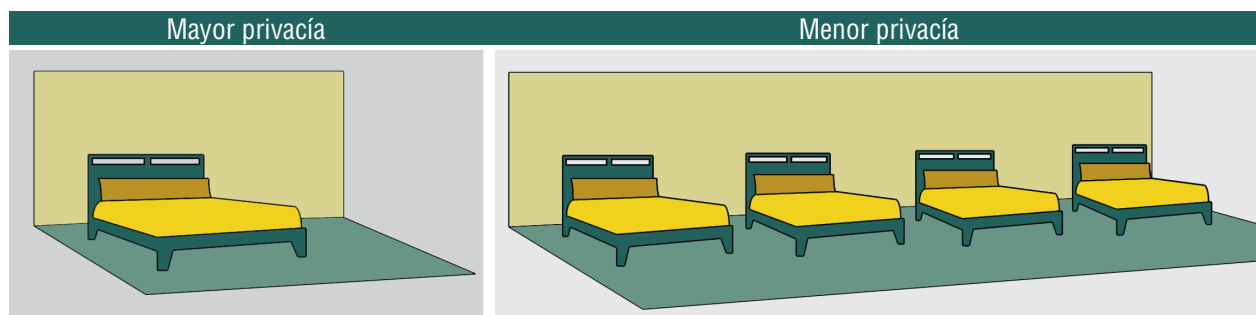


Figura 12: Diferencia entre niveles de privacidad en habitaciones.
Fuente: Elaboración propia

Tamaño del hospital

Ittelson et al. (1974; citado por Sangrador, 1986) concluye, tras un análisis de diversos estudios, que existe una relación positiva entre el tamaño del hospital y unos efectos desfavorables en los residentes. Las comunidades terapéuticas pequeñas surgidas en las últimas décadas trabajan en esta línea, enfocándose en las relaciones interpersonales de los pacientes, los cuales se sienten integrados en un grupo, a diferencia de como ocurre en los grandes hospitales, en donde se aprecia un sentimiento de aislamiento.

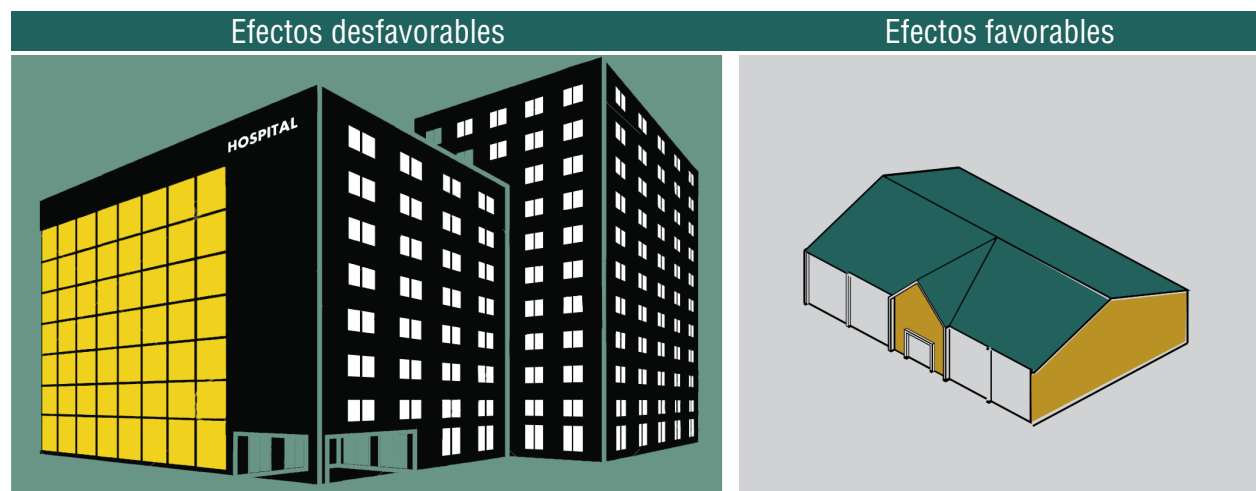


Figura 13: Relación entre tamaño del hospital y sentido de pertenencia de los pacientes.
Fuente: Elaboración propia

Modificación del entorno físico y cambios positivos en el comportamiento

Holahan y Saegert (1973; citado por Sangrador, 1986) compararon dos pabellones de admisión idénticos, uno remodelado y el otro sin ninguna modificación. La remodelación consistió en nuevo mobiliario y decoración, áreas de asientos, habitaciones divididas para mayor intimidad, etc.; los pacientes fueron asignados aleatoriamente. En el pabellón remodelado se apreció una menor conducta pasiva y un aumento de las interacciones sociales, así como mejores actitudes hacia el propio entorno.

En la misma línea, Becker y Poe (1980; citado por Sangrador, 1986) comprobaron cómo ciertas modificaciones relativamente simples en el entorno hospitalario provocaron efectos positivos tanto en los pacientes como en el personal. La remodelación consistió en una sección del hospital: se añadieron murales, se pintó la sección, se mejoró la iluminación de los pasillos, se enmoquetó la zona de enfermeras, se implementó mobiliario para visitantes, disponiéndolo de una forma sociópeta, etc. Los resultados fueron sobresalientes: mejor humor y estado de ánimo más positivo en personal y pacientes, incremento en la utilización de áreas públicas, percepción en los pacientes de una mejor atención médica.

2.2.1.3. Casos en donde la arquitectura incidió en la conducta humana

2.2.1.3.1. Omisión de factores culturales en intervenciones arquitectónicas

Rapoport (2003) ilustra ejemplos extremos de intervenciones arquitectónicas del entorno que no consideraron el comportamiento humano, y que por ende tuvieron resultados muy negativos para sus habitantes. A raíz de este cambio radical del entorno, estos ejemplos experimentaron también un cambio cultural radical. Es decir, la intervención afectó directamente en el comportamiento de los habitantes. A continuación se expondrán dos ejemplos.

Ejemplo 1: dotación de agua corriente en algunas aldeas del norte de África, por parte de arquitectos franceses. Esta intervención provocó el descontento inmediato de los habitantes, los cuales se resistieron a la medida. La causa del descontento quedó demostrada en un estudio, el cual concluyó que para las mujeres en los *purdah* el ir al pozo a buscar agua significaba una instancia muy importante para relacionarse socialmente, debido a que en esta cultura la mujer está sometida a un confinamiento estricto, donde la acción de ir a buscar agua al pozo periódicamente constituye la única instancia para salir de casa, charlar, interactuar y relacionarse con una red social, recibiendo y transfiriendo información. Es decir, la instalación de tuberías eliminó esta importante tradición, por lo que las mujeres hicieron ver su descontento a los hombres y éstos decidieron manifestarse en contra de la nueva medida.

Ejemplo 2: intervención de viviendas de una tribu de indios motilone, habitantes de la selva amazónica, en la frontera entre Colombia y Venezuela. La vivienda es un edificio largo llamado bohio, que alberga de 10 a 30 familias. El bohio es una estructura circular con techumbre de paja, que llega casi al suelo, haciendo que el interior esté en penumbra (ver figura 14).

En la periferia de la estructura se encuentran los espacios privados de cada familia, en donde se cuelgan las hamacas. Cada familia tiene un hogar de fuego ubicado sobre la tierra, en donde cocinan, dispuesto hacia un gran espacio público central. Esta disposición tiene como fin bloquear de la vista ajena la zona privada de cada familia. Además, el cobertizo de paja era fresco y cumplía la función de proteger el interior de los mosquitos y de la mayoría de especies pequeñas de la zona, que es muy abundante.

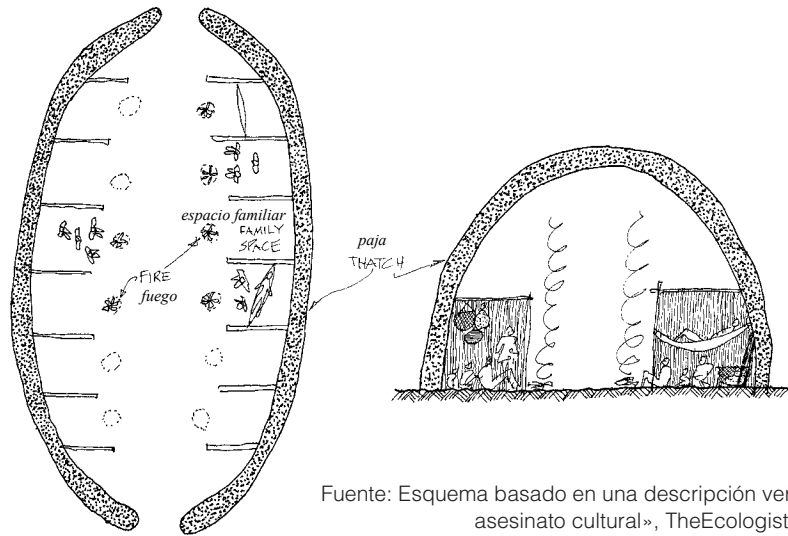


Figura 14: Un bohío de los indios motilone.

Fuente: Esquema basado en una descripción verbal de R. Jaulin («Etnocidio: teoría y práctica de asesinato cultural», *TheEcologist*, Vol. 1, n.º 18, diciembre de 1971, págs. 12-15).

Las personas que intervinieron este lugar estaban completamente seguros que este modo de vida era indeseable: en penumbra, sobre la tierra y respirando el humo de la hoguera, por lo que sustituyeron las viviendas por cobertizos luminosos, abiertos y mejor ventilados, con cubierta metálica, suelos de hormigón y luz eléctrica (ver figura 15).

La arquitectura que utilizaron en la vivienda sustitutiva, tenía premisas modernas, como que la oscuridad es negativa y la luz es positiva, lo que se manifestaba en un diseño rectangular que proporcionaba el máximo ingreso de la luz al interior. Además, al ser estos nuevos espacios abiertos y provistos de electricidad, se permitió el ingreso a los bichos.

“Todo esto trastornaba seriamente la vida social, la división de responsabilidades, y destruía la intimidad de la vida familiar. El exceso de luz en lugar de la permanente penumbra eliminaba el acogedor refugio, tan necesario para protegerse del calor, resplandor y feroces rayos del sol típicos de la zona. La penumbra también ayudaba a lograr más privacidad e intimidad, a lo que contribuía también la situación de hogares que bloqueaban la vista hacia las áreas familiares. Sin posibilidad de relajación ni intimidad, las relaciones sociales y familiares quedaban seriamente perjudicadas.”
(Rapoport, 2003:15)

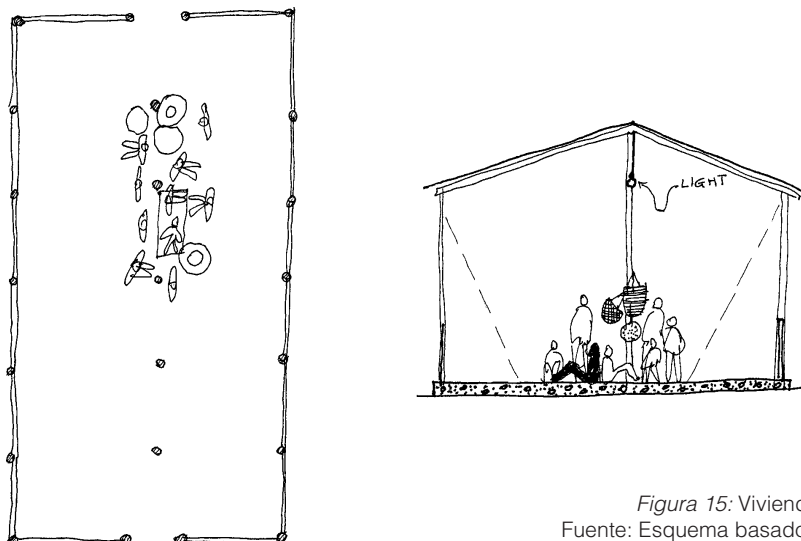


Figura 15: Vivienda sustitutiva construida para los indios motilone.
Fuente: Esquema basado en una descripción verbal de R. Jaulin (op. cit.)

La eliminación de las paredes sólidas, pensadas para obtener mejor ventilación, llevó a que las viviendas quedaran desprovistas ante las lluvias torrenciales propias de la zona, lo que obligó a las familias a agruparse en el espacio central de las viviendas. Esto tuvo como consecuencia la pérdida de privacidad de las familias, que ya no podían hacer sus actividades en la zona privada, como por ejemplo, la comida en torno a la hoguera.

Otro cambio de la intervención arquitectónica que no consideró el patrón cultural, en este caso, fue la dotación de un suelo de cemento. Los indios motilone anclan sus telares a la tierra, lo que se hizo impracticable con la nueva intervención. Este cambio llevó a la interrupción de su fabricación artesanal de tejidos, por lo que tuvieron que reemplazar la indumentaria tradicional por prendas occidentales, lo que deterioró la autoestima de la tribu, y por ende su salud física.

Además, los niños de esta tribu solían orinar y defecar en el suelo de tierra. Esta costumbre se justifica en el hecho de que el suelo de tierra se puede limpiar fácilmente. Al ser cambiado a un piso de cemento, esta práctica llevó a un ambiente nefasto de insalubridad.

2.2.1.3.2. El rol del medio arquitectónico en la etiología y el tratamiento de la esquizofrenia

Aunque no se puede decir que el entorno construido tiene un efecto causal en la esquizofrenia, la “urbanicidad”¹ en el momento del nacimiento se relaciona con un aumento del 28 a 34,3% en la incidencia de esquizofrenia, una vez que se han descontado los factores genéticos (Kelly et al., 2010). Además, los datos de los metaanálisis sugieren que la urbanicidad en cualquier momento de la vida se relaciona con un aumento del 48% en la incidencia de la esquizofrenia (Van Os, 2004). De esta manera, se puede aseverar que el medio ambiente urbano tiene una incidencia causal en ella.

Sumado a esto, Ellett et al. (2008) desarrollaron el “Camberwell Walk Study”, en donde descubrieron que incluso unos pocos minutos de exposición al medio ambiente urbano tiene un impacto negativo significativo en pacientes psicóticos. Se llevó a cabo una serie de pruebas psicológicas a pacientes que caminaron durante diez minutos a lo largo del Camberwell High Street, en el sur de Londres. Entre los resultados destacaron las puntuaciones negativas (que representan deterioro) en los niveles de ansiedad y paranoia.

Se debe señalar que los delirios (el síntoma más frecuente en la esquizofrenia) son expresiones de un estado de ánimo que está condicionado por un sesgo perceptivo (Garety y Freeman, 1999). En efecto, las enfermedades mentales no pueden ser diagnosticadas mediante análisis de sangre o exploraciones cerebrales, sino por un comportamiento inusual y percepciones aberrantes (Mcgrath et al., 2009).

A partir de este razonamiento, Golembiewski (2013) desarrolló un estudio en el cual reconoció “*affordances*”² que servirían como estímulo para la percepción de un psicótico. Los *affordances* se definen como oportunidades para involucrarnos y actuar de maneras bien aprendidas o instintivas (Bargh y Dijksterhuis, 2001). Una definición más esclarecedora la entrega Gibson (1979): una *affordance* es la relación epistémica entre el agente y su medio. Ésta surge cuando el agente detecta una información específica que le permite modular su acción.

De esta manera, el entorno construido juega un papel en la dinámica psicoambiental, evitando efectos

1 El grado en que una determinada zona es urbana.

2 La palabra *affordance* se mantendrá en este capítulo en inglés, haciendo referencia al significado que se expone en el texto. No se usa la traducción, debido a que el significado literal en español se aleja del uso que se le quiere dar en el presente capítulo.

negativos y enfatizando los efectos positivos en el diseño arquitectónico; ofreciendo estas *affordances* como oportunidades de percepción. Algunos de ellos son esclarecidos por Golembiewski (2013) y son los siguientes:

Affordances emocionales: Algunas de nuestras percepciones poseen un significado emocional directo (afectivo). Por ejemplo, el humor activa automáticamente la risa, la amistad activa la felicidad, la traición activa la ira, la decepción activa el resentimiento, etc. Sin embargo, los cuadros psicóticos a menudo impiden que estos estímulos emocionales produzcan un rango normal de respuestas. Esto es especialmente crítico en personas con psicosis afectivas como trastorno bipolar tipo 1 o en aquellos que presentan síntomas de paranoia.

En efecto, los síntomas pueden ser inducidos a través de la exposición a las circunstancias que son ricas en *affordances* emocionales. Esto fue demostrado usando un estudio de imagen en el cual se escaneó las cortezas frontales de 30 personas, utilizando métodos de imágenes de recursos magnéticos funcionales (fMRI) al mismo tiempo que se les mostraba una serie de imágenes, las cuales se dividían en positivas y negativas. Los sujetos estudiados se dividían en:

- Pacientes psicóticos

Esquizofrenia catatónica = 3

Trastorno bipolar tipo 1 = 7

Esquizofrenia paranoide = 3

Tipo 1 bipolar 1 = 7

- Controles sanos = 10

Entre los hallazgos, se encontró que los pacientes psiquiátricos mostraron patrones de activación e inhibición neuronales muy aberrantes en comparación con los controles sanos. Otro hallazgo más esclarecedor fue que los controles sanos equilibraban perfectamente sus excitaciones e inhibiciones neuronales en respuesta a las imágenes negativas, mientras que las reacciones neuronales de los pacientes psiquiátricos estaban “fuera de control”. En cuanto a las imágenes positivas, los controles sanos mostraron un relativo control frente a ellas, mientras que los pacientes mostraron “excesiva inhibición”, lo que significa que eran incapaces de “dejar ir” y disfrutar de una experiencia saludable. Estas reacciones perceptivas disfuncionales parecen explicar una amplia gama de síntomas psicóticos.

Los *affordances* emocionales son producidos en gran medida en el entorno social, pero también son el resultado de cualidades estéticas como la belleza y la sublimidad; cualidades reconocidas históricamente como propias de la arquitectura.

Affordances hedónicos: Cualquier cosa que se use para estimular el placer hedónico puede convertirse en un *affordance* hedónico. Ejemplos pueden ser drogas “recreativas”, alcohol y comportamientos (juegos de azar, sexo y a veces, robo y violencia. En los establecimientos de salud se eliminan rutinariamente todos los recursos hedónicos para evitar el mal comportamiento, pero algunos *affordances* hedónicos, como la gratificación de la violencia, no pueden ser removidos (excepto por medicación) y empeoran cuando los otros recursos hedónicos son eliminados. Es por esto que la mayoría de los establecimientos de salud mental permiten fumar.

En personas sanas, la moderación impuesta por la inhibición neuronal hace que muchos *affordances* hedónicos sean aceptables pero sin inhibición neuronal sana. El uso de estimulantes hedónicos se convierte en una enfermedad mental en sí misma: la adicción.

Affordances físicos: Un síntoma muy común en la esquizofrenia es que los pacientes beben agua cuando se les ofrece un vaso, incluso si no tienen sed. El consumo excesivo de agua en esta enfermedad se ha

asociado a niveles muy bajos de sodio. De todas formas, el síntoma llama la atención acerca de la falta de control que tienen los pacientes en torno a los *affordances* físicos. Si los ambientes físicos carecen de *affordances* positivos pueden contribuir a la patogénesis de la enfermedad.

Affordances de identificación: Un área en la que el diseño del entorno desempeña un papel importante en la esquizofrenia es la formación del sentido del yo. Uno de los fenómenos más negativos en la esquizofrenia es que el sentido del yo se pierde. El entorno construido es posiblemente el contexto más prominente para la elección personal, superando incluso al entorno social, ya que éste es cambiante, mientras que aquel es ubicuo. Por lo tanto, el entorno construido se puede entender como un nicho importante para la autoexpresión y, por ende, un sentido de sí mismo. El ejemplo más claro en este sentido es el concepto de hogar.

En un entorno disminuido, las alternativas (y por ende las elecciones) son restringidas. Por ejemplo, la opción de sentarse a ver televisión no entrega oportunidad de elección. La televisión incluso puede ser perjudicial, debido a que entrena la pasividad frente a oportunidades virtuales improbables, a través de historias ficticias, lo que puede reforzar estructuralmente los patrones de pensamiento delirantes.

Affordances narrativos: Los pacientes psicóticos paranoicos (el subtipo más común del espectro psicótico) tienen una predisposición a creer que se está construyendo una narrativa alrededor de ellos en la que ellos mismos son el protagonista involuntario (Gallagher, 2007). Por ende, la exposición a cualquier lugar con fuertes cargas simbólicas y presagios de un desastre inminente o un mal estimula estos delirios.

Algunos ambientes pueden estar especialmente cargados de recursos que propician las narraciones delirantes. Uno de estos casos fue demostrado por The Camberwell Walk Study (Ellett et al., 2008) descrito más arriba. Camberwell es conocido por su tasa extremadamente alta de esquizofrenia (9 veces más que la tasa de áreas cercanas). Algunos lugares dentro del área de este estudio son la calle Orpheus (figura 16-a), la tienda "Pre - Loved" (figura 16-b) y la inmobiliaria Black Katz (figura 16-c). Según Golembiewski (2013) estos lugares muestran señales narrativas extrañas y sugerentes. Añade que otros presagios no verbales notables incluyeron perros callejeros, graffitis, fosas en la calle, escaleras inclinadas sobre pasarelas, cascos de motocicleta, siniestros carteles para juegos y películas, y una serie de lugares de culto de aspecto extremo.

Sin duda, el ambiente urbano contiene estímulos en los que están presentes las señales emocionales, físicas y narrativas, las que exacerban creencias y alucinaciones delirantes. En contraposición, un ambiente rural es menos cargado simbólicamente y más benevolente que las zonas urbanas, por lo que un entorno rural podría ser más beneficioso en la recuperación de un paciente mental, tan sólo por la disminución de estos agonistas. Paradójicamente, los pacientes esquizofrénicos parecen estar atraídos a los entornos urbanos, lo que puede significar que necesitan más estimulación externa que una persona sana.



a. Calle Orpheus



b. Tienda Pre - Loved



c. Inmobiliaria Black Katz

Figura 16: Área de estudio de The Camberwell Walk Study, con señales narrativas extrañas y sugeretes.
Fuente: Extraído de Golembiewski, 2013

2.3. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN CHILENA

Los datos respecto a la salud mental en Chile en la actualidad no son muy alentadores. Un tercio de la población sufre algún tipo de problema concerniente a la salud mental en algún momento de su vida. Santiago es la capital que más tiene trastornos ansiosos y depresivos en el mundo, lo que, consecuentemente, ha significado un drástico aumento en el consumo de antidepresivos (Jiménez y Radiszcz, 2012).

Sumado a esto, Chile es el segundo país de la OECD donde más ha aumentado la tasa de suicidio, y se ha desarrollado un aumento considerable de patologías mentales en niños, jóvenes y adultos jóvenes. Una parte importante de las afecciones de salud de la población se remiten a la salud mental. Una de cada tres consultas en todo el servicio público de Santiago corresponde a trastornos ansioso-depresivos (Jiménez y Radiszcz, 2012). En la actualidad, existen 350.000 personas en Chile diagnosticadas con algún trastorno mental y el 28% de las licencias médicas se deben a enfermedades mentales (24horas.cl, 2016).

Estos datos indican que la prevalencia de los problemas en la salud mental es una dificultad de proporciones para las políticas públicas, sobre todo si se considera que existe una relación inversa entre la prevalencia de los trastornos psicólogo-psiquiátricos y el estrato socioeconómico (Jiménez y Radiszcz, 2012).

Existe además una pauperización de los salarios de los profesionales de la salud mental, escasez en el capital humano que realiza las intervenciones y la promoción de tratamientos cortoplacistas, que sólo son efectivos en la reducción de las listas de espera, pero que no necesariamente significan una mejora sustancial a mediano y largo plazo. (Jiménez y Radiszcz, 2012).

“...allí donde los más adinerados sostienen tratamientos a largo plazo y costean fármacos de última generación, los más pobres deben contentarse con abordajes breves –incluso ultra breves– con periodicidades de una vez cada 15 días (cuando no una vez al mes) y fármacos de primera generación privilegiados por su bajo precio.” (Jiménez y Radiszcz, 2012).

El bajo porcentaje del presupuesto total de salud destinado a la salud mental no es sólo un problema de insuficiencia de recursos, sino que además es un claro indicio de discriminación a personas con trastornos mentales. En Chile, históricamente las personas con patologías mentales han tenido mucha menor cobertura en cuanto a financiamiento, ya sea público o privado, en comparación con las personas que sufren enfermedades físicas. Por ejemplo, el seguro catastrófico de las Isapres en Chile excluye dentro de su cobertura todas las hospitalizaciones y tratamientos de patologías psiquiátricas. Además, las coberturas para los planes de Isapres en las consultas y tratamientos de psiquiatría y psicología son muy inferiores que para las enfermedades físicas (Errázuriz et al., 2015).

Es decir, no se está eliminando el problema de fondo, sino que simplemente se busca mantener un relativo control, en la medida de lo posible. Existe una crisis en el área de la salud mental en múltiples dimensiones, que no se ha visibilizado. Es urgente entonces buscar cambios administrativos, terapéuticos y de financiamiento estructurales, que proyecten mejoras en la población en el mediano y largo plazo.

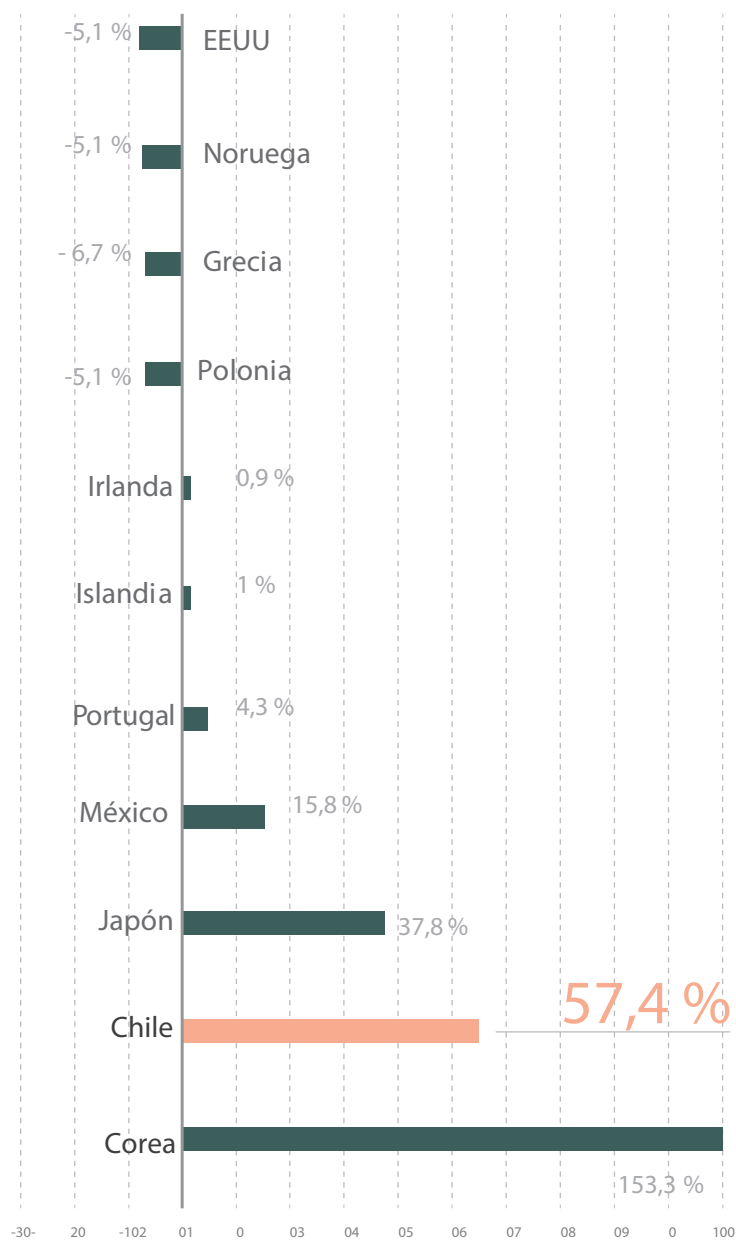
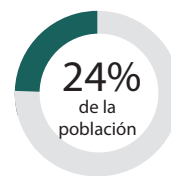


Figura 17: Evolución en la tasa de suicidios en países de la OCDE.
Fuente: Elaboración propia en base a OECD Health Data, 2012



TRASTORNOS ANSIOSOS

Estos pueden presentarse en forma de ansiedad generalizada, crisis de pánico, somatizaciones.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009



DESORDEN MENTAL

1 de cada 3 personas tiene o ha tenido un desorden mental en algún momento de su vida.

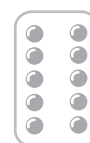
Fuente: OMS 2007



DEPRESIÓN EN MUJERES

Más de la mitad de las mujeres sufre depresión en algún momento de su vida, ya sea por un desorden hormonal, químico o exógeno.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009



CONSUMO DE +4,7 PSICOFÁRMACOS

En Chile el uso diario de psicofármacos aumentó 4,7 veces entre 1992 y 2004.

Fuente: OMS 2007

Figura 18: Indicadores de la salud mental en Chile.
Fuente: Elaboración propia en base a fuentes citadas arriba

Recursos destinados a la salud mental en Chile



Figura 19: Financiamiento público destinado a salud en Chile. Fuente: Elaboración propia en base a OECD Health Data 2011

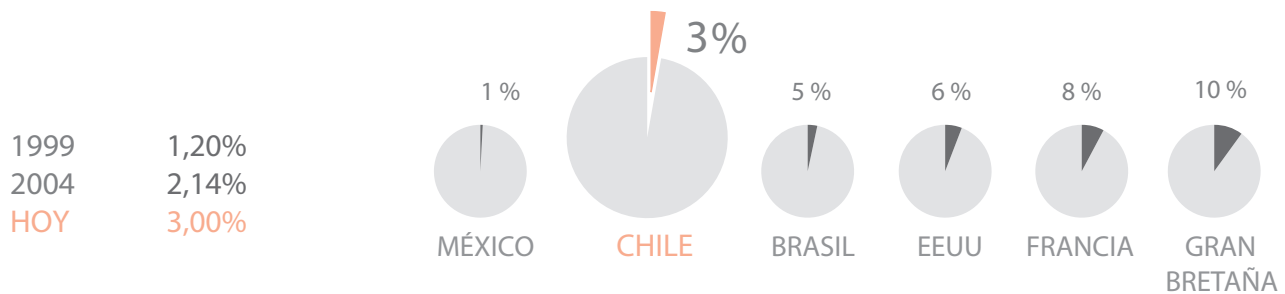


Figura 20: Presupuesto nacional destinado a salud mental. Fuente: Elaboración propia en base a OMS



Figura 21: Costo mensual de un paciente mental para el Estado en Chile. Fuente: Elaboración propia en base a entrevista a Juan Guiñez, 2016

2.4. CONCLUSIONES DEL MARCO TEÓRICO

La salud mental está condicionada por el entorno social, físico y económico. En las ciudades, el entorno físico posee elementos urbanos y arquitectónicos que no siempre garantizan salud mental óptima y satisfacción de las necesidades humanas elementales, como ocurre con los factores ambientales adversos, o con espacios sociófugos, carentes de intimidad y con escasa relación con la naturaleza.

En cuanto al entorno económico, en nuestro país existen problemas en el campo de la salud mental de proporciones mayores, a raíz de falencias en el financiamiento (bajo presupuesto destinado a salud mental), sociales (estigmatización de las personas diagnosticadas con una afección mental) y terapéuticas (terapias que aún tienden a un enfoque biológico, dependiente de la medicalización).

Se debe por tanto resignificar el rol que juega la arquitectura en el campo de la salud mental. Hasta ahora se entiende simplemente como un soporte que está destinado a contener y vigilar a un sujeto potencialmente peligroso, sobre todo bajo el modelo local, que aún se encuentra en transición desde el modelo asilar hacia el modelo ambulatorio. Si el entorno es un detonante crucial en las respuestas esquizofrenizantes, su reconversión debiese provocar el efecto inverso.

La arquitectura puede ser concebida como una herramienta terapéutica en el campo de la salud mental, tanto a través de su programa como a través de las estrategias de diseño. La psicología ambiental ha explorado lo suficiente en este terreno como para extraer ciertas premisas que deben ser aplicadas en un proyecto de arquitectura de este tipo, tanto a través de la construcción de nuevos espacios destinados a la salud mental, como a través de la intervención de espacios existentes.

Por último, se puede concluir que la arquitectura como disciplina de proyectación debe estar constantemente al tanto de las investigaciones que se desarrollen en distintas disciplinas científicas en torno a los beneficios y las deficiencias del diseño de instituciones psiquiátricas, debido a que la mayoría de las decisiones de diseño que tome el arquitecto incidirá en la forma de habitar del usuario en cuestión, y por ende influirá en su recuperación.

Las conclusiones planteadas conducirán la investigación de la siguiente manera:

- Análisis del paradigma actual en psiquiatría, el cual tiene un enfoque de recuperación integral del paciente mental.
- Investigación de referentes arquitectónicos que posean un enfoque similar al planteado.
- Profundización en el análisis del estado actual de las instituciones de salud mental en Chile.

Estos puntos estarán presentes en el desarrollo de la presente investigación y proporcionarán las herramientas necesarias para saber desde dónde y de qué forma se puede establecer una estrategia terapéutica desde la arquitectura.

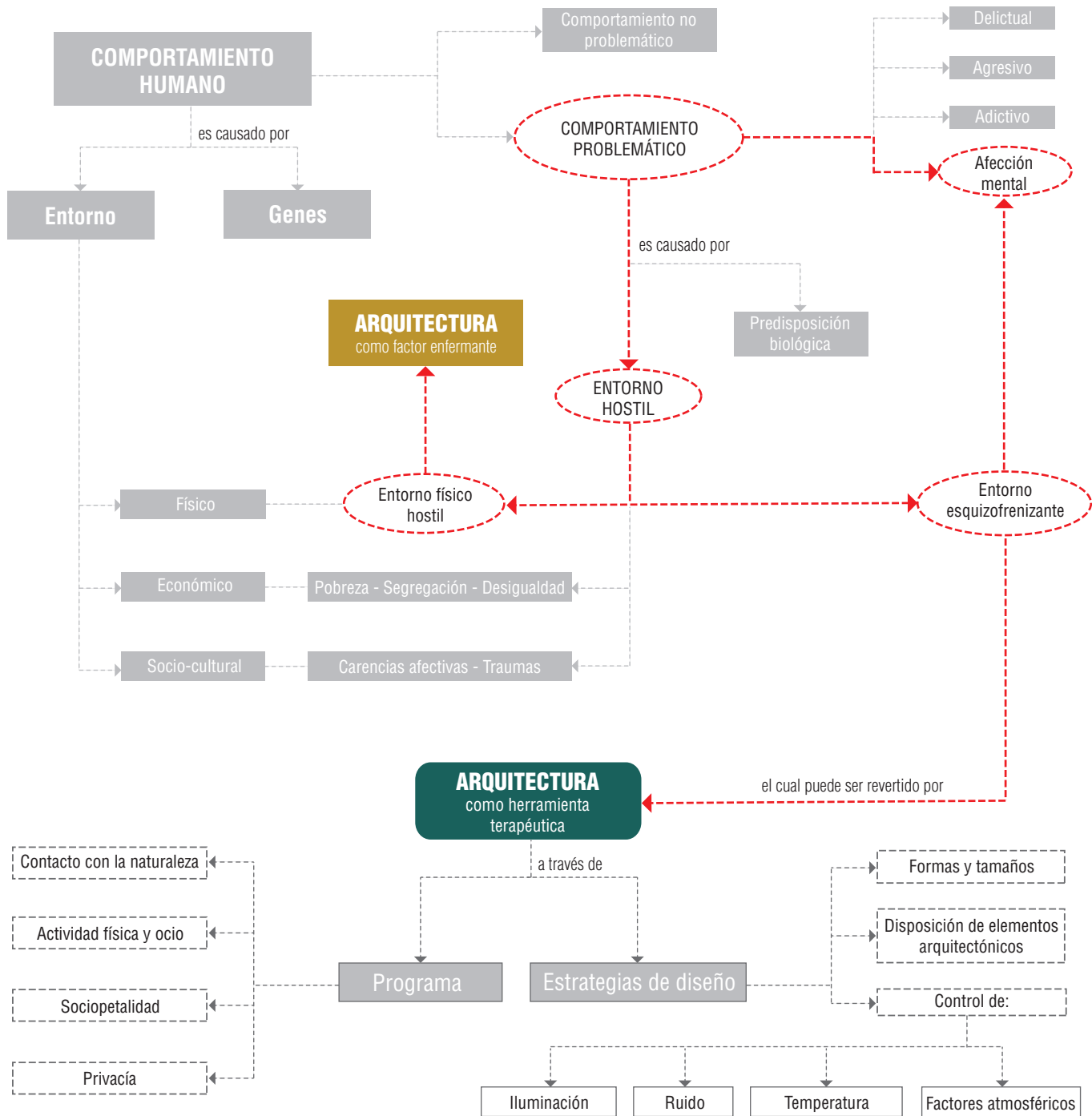


Figura 22: Mapa conceptual de Conclusiones del marco teórico.
Fuente: Elaboración propia

Capítulo III

RELACIÓN HISTÓRICA ENTRE PARADIGMAS DE LA SALUD MENTAL Y SUS CONSECUENTES MODELOS ARQUITECTÓNICOS

- 3.1. Paradigma de exclusión y confinamiento
- 3.2. Paradigma de integración
- 3.3. Modelos arquitectónicos en la historia de la psiquiatría en Chile

En este capítulo se exponen los principales enfoques con los cuales la sociedad ha analizado el problema de la “locura”,¹ y su relación con las tipologías arquitectónicas correspondientes cada período histórico. En las distintas culturas y distintas sociedades se ha tratado de distintas maneras, lo que da cuenta de un fenómeno que es complejo de abordar, y que está condicionado por los marcos interpretativos de la realidad de cada sociedad y el sistema de valores que los subyacen.

Para efectos de la presente investigación, se analizarán sólo los paradigmas de las disciplinas que tratan el problema de la salud mental en Occidente, con el fin de enmarcar el fenómeno a nivel local y comprender de qué forma se ha llegado a su estado actual. Se puede hablar de dos grandes paradigmas que han predominado a través de la historia: el enfoque de exclusión y confinamiento y el enfoque de integración.

En segundo lugar, se analiza la relación entre la historia de la psiquiatría en Chile y los modelos arquitectónicos que responden a ella.

¹ En el presente estudio se denominará de distintas formas al fenómeno de la locura, dependiendo del contexto histórico y del enfoque con el cual cada autor aborda el problema. Sin embargo, es de suma importancia aclarar que bajo ningún punto se utiliza el término de manera despectiva; el significante locura está cargado de connotaciones negativas y peyorativas, que tergiversan su significado. A lo largo del estudio se encontrarán distintas denominaciones para referirse a dicho fenómeno (trastorno mental, afección, alienación, sinrazón, alteridad mental, locura, enfermedad mental, conductas desadaptativas, etc.). En la actualidad la denominación de la locura es motivo de conflicto en el campo de la salud mental, lo que da cuenta de un fenómeno difícil de caracterizar, dada su complejidad.

3.1. PARADIGMA DE EXCLUSIÓN Y CONFINAMIENTO

Este enfoque responde, en primera instancia, a prejuicios religiosos, esotéricos y precientíficos heredados de la Edad Media y, posteriormente, a la consolidación de la psiquiatría, que, en un intento por determinar la naturaleza de la locura, ha procedido a patologizar progresivamente sus distintas manifestaciones, y en consecuencia, ha propuesto como solución la medicalización de las ahora llamadas enfermedades mentales.



Figura 23: Pintura "La Nave de los Locos", El Bosco. Representación de la práctica habitual en el Renacimiento, que consistía en la expulsión de los locos de la ciudad. El autor, a través de la obra, critica los vicios propios de la época, entre ellos la locura. Fuente: <http://catalogo.artium.org>

3.1.1. EN LA ÉPOCA CLÁSICA: ANTINOMIA ENTRE RAZÓN Y SINRAZÓN

La investigación de Foucault se centra en el origen de las prácticas sociales y los discursos que decantan en distintas formas de subjetividad. Es desde estos procesos de subjetivación que los grupos hegemónicos establecen el orden y las regulaciones sociales. La genealogía de Nietzsche y de Foucault como forma de abordar la historia es heredera de la contrahistoria, es decir, tiene el objetivo de denunciar los instrumentos de dominación y derribar las justificaciones teóricas del orden político imperante (Vásquez García, 1995).

Durante toda su obra Foucault se enfocó en el problema del poder, llegando a la conclusión de que la Razón es la principal herramienta del poder. De esta manera, *Historia de la locura en la Época Clásica* (1961) y *Vigilar y Castigar* (1972) van a ser dos libros en donde va a desarrollar su propia concepción de la Razón, en lo que él mismo llamará las sociedades disciplinarias. Su objetivo principal era cuestionar a la Razón y sacarla de la hegemonía que ostentaba; mostrarla como un instrumento creado para dominar a los hombres.

Entonces escribe una historia de la locura, debido a que ésta significa el mayor cuestionamiento a la Razón. Se puede decir que la locura es un acto de insubordinación a la Razón. Para dominar a los hombres, la Razón debe excluir a la locura, y por lo tanto, el manicomio cobra una importancia central en su investigación.

En su libro, distingue cinco formas de experiencia de la locura en la Época Clásica. Éstas son las formas de conciencia que tiene la sociedad frente a la sinrazón, y que, como se mencionó, nacen a partir de los procesos de subjetivación del universo discursivo y simbólico de cada época.

Las formas de experiencia de la locura son: conciencia trágica, conciencia crítica, conciencia enunciativa, conciencia práctica y conciencia analítica. Esta evolución en la forma de concebir a la locura nace de una antinomia entre la Razón y la Sinrazón; es decir, de la contradicción entre estos dos principios, cada uno de los cuales poseía su propia verdad durante el Renacimiento. En la actualidad ya no ocurre esta contradicción, debido a que triunfó el principio de la Razón por sobre la Sinrazón. Esta antinomia es el hilo conductor de la historia de la locura en esta época.

Entre las últimas cuatro formas de la experiencia de la locura, Foucault hace una separación, según su carácter valorativo y cognitivo. En la primera clasificación se encuentra la conciencia crítica, la cual consiste en una referencia a la Locura como denuncia moral; y la conciencia práctica (radicalmente contraria a la anterior), la cual consiste en la segregación del Loco, emplazado junto a otras formas de Sinrazón y error.

En la otra mitad se encuentran aquellas formas de experiencias que presentan un carácter cognitivo. Entre ellas la conciencia enunciativa, que consiste en la constatación inmediata de la locura, tal como sucede en situaciones cotidianas, al afirmar que otra persona es un loco. En segundo lugar se encuentra la conciencia analítica, que toma al insensato como objeto del saber; la locura no es otra cosa que el conjunto de fenómenos en los que se manifiesta.

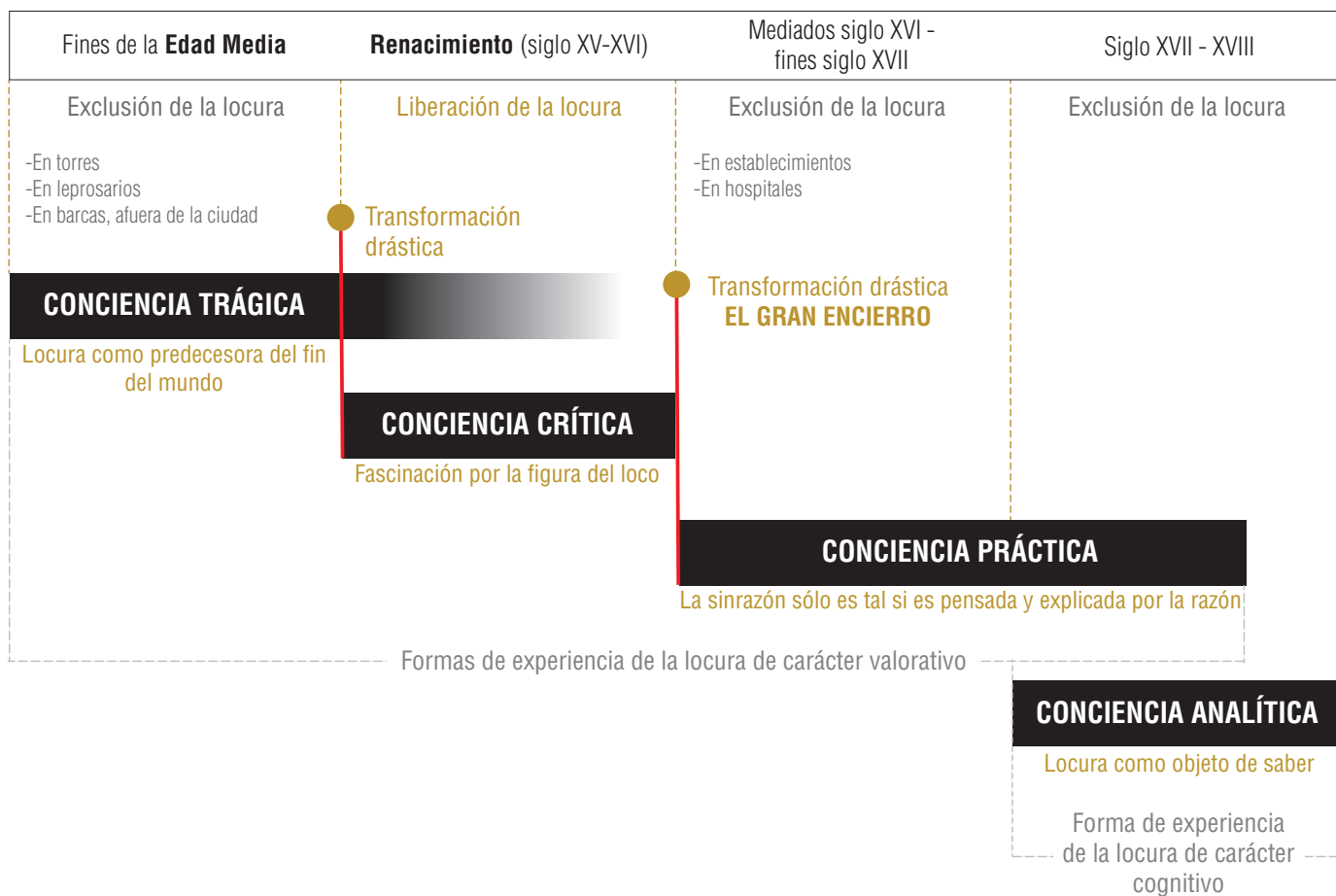


Figura 24: Formas de experiencia de la locura desde fines de la Edad Media hasta principios de la Edad Moderna. Fuente: Elaboración propia en base a Foucault, 1989.

3.1.1.1. Expulsión de los locos de la ciudad: Conciencia trágica

La conciencia trágica es la primera forma de experiencia de la locura. Esta conciencia se manifestó en mayor medida a fines de la época medieval, y posiciona a la locura como una fuerza que tiene el poder de aniquilar, precediendo al fin del mundo. En este sentido, la locura reemplaza al tema de la Muerte a la hora de mostrar apocalípticamente la vanidad de la existencia terrena. La iconografía que representa esta conciencia está en manos de El Bosco (ver figura 23), Brueghel, Thierry Bouts, Durero (Vázquez García, 1995). Durante la Edad Media, y hacia sus finales, la locura se sitúa en esta época entre lo demoníaco y lo sagrado.

Durante la Edad Media, la lepra la sufría una porción considerable de la población. Los que padecían esta enfermedad eran excluidos de la sociedad. Existía una extraña filosofía ligada al cristianismo, que aseguraba que los excluidos y abandonados tenían esta condición por voluntad divina; el abandono era sinónimo de salvación y la exclusión era una forma distinta de comunión. De esta forma, los que padecían lepra eran bendecidos de una forma particular (Foucault, 1998).

A finales de la Edad Media la lepra desaparece de Occidente. Sin embargo, la exclusión y el abandono persistirán en la cultura y en la estructura misma de la sociedad occidental, por lo menos tres siglos más tarde. El sitio de los leprosos esta vez lo ocuparía una nueva encarnación del mal (Foucault, 1998).

Los leprosarios, al no albergar más a leprosos, quedarán al descubierto como espacios de reclusión, en el cual una red de organizaciones religiosas y estatales encontraron un sentido. La lepra había generado una red de significaciones adheridos a ella, los cuales deben permanecer, porque se han instalado en las redes de la dominación de la sociedad (Navarro, 2010).

“A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las ‘cabezas alienadas’, tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual.”
(Foucault, 1998:8)

Frecuentemente los locos eran confiados a los barqueros. Ellos los llevaban de una ciudad a otra, recorriendo los ríos de Europa, expulsándolos fuera de los muros de la ciudad, con el fin de mantener la seguridad de los ciudadanos. Pero esta costumbre tenía un simbolismo ritual; esto es, una significancia de purificación que se le otorgaba al mar. Es la indeterminación que provoca el mar lo que hace prisionero al loco de una gran incertidumbre (Foucault, 1998). “Es el Pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuándo desembarca, de qué tierra viene. Sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle.”
(Foucault, 1998:13)

Por otra parte, la barca simboliza la inquietud surgida repentinamente en la cultura europea a finales de la Edad Media.

A partir del Renacimiento, la conciencia trágica pierde fuerza, pero sin desaparecer por completo, perdurando de forma solapada en la obra de Shakespeare, Hamlet, las novelas de Sade, las pinturas negras de Goya, los últimos cuadros de Van Gogh, los textos y la figura de Nietzsche, entre otros (Vázquez García, 1995).

3.1.1.2. Liberación de la locura: Conciencia crítica

La segunda forma de experiencia es la conciencia crítica, la cual coexiste con la conciencia trágica, aunque esta última va perdiendo gradualmente su preponderancia. La conciencia crítica ve su origen y su apogeo en el Renacimiento (Foucault, 1998). En la conciencia crítica, la Locura es convertida en un argumento a favor de la sabiduría moral, la cual denuncia las insensateces y desmedidas pretensiones de la Razón.

“La Locura funciona como una crítica de los vicios del mundo; la voz icónica del Loco revela la irrisoria verdad de los usos que la gente considera racionales y correctos; la razón, merced a este desenmascaramiento, aparece cuestionada como pura sinrazón. Si la conciencia trágica anunciaba el apocalipsis a través de la locura, la conciencia crítica la utiliza para denunciar las costumbres de la época.” (Vásquez García, 1995)

El Renacimiento liberó a la locura de la opresión en la que se encontraba en la Edad Media. Desde el siglo XV, al hombre occidental comenzó a fascinarle la figura del loco; ocupando el centro del teatro, como poseedor de la verdad, en un sentido inverso del papel que ocupaba en los cuentos y en las sátiras; lo mismo ocurre en la literatura sabia, en donde la locura actúa en el centro mismo de la razón y de la verdad; la pintura y las artes plásticas harán lo propio (Foucault, 1998).

Hasta la segunda mitad del siglo XV, reina sólo el tema de la muerte; del fin del hombre y el fin de los tiempos, que se manifiestan a través de pestes y guerras. El tema de la locura sustituirá al tema de la muerte, pero no contradiciéndola. Es el ascenso de la locura el indicador que el mundo está próximo a su fin (Foucault, 1998).

Según Foucault (1998), el poder de fascinación que en esta época ejerce a través de las imágenes de la locura proviene de dos causas. En primer lugar, el hombre descubre en estas figuras su naturaleza, que hasta entonces se encontraba escondida. El Renacimiento invierte las relaciones entre el humano y la animalidad que eran propias de la Edad Media.

“La animalidad ha escapado de la domesticación de los valores y símbolos humanos; es ahora ella la que fascina al hombre por su desorden, su furor, su riqueza en monstruosas imposibilidades, es ella la que revela la rabia oscura, la locura infecunda que existe en el corazón de los hombres.” (Foucault, 1998:20)

En segundo lugar, y en un sentido opuesto al primero, la locura fascina porque es saber; porque detrás de las formas contenidas en las imágenes de la locura, existe un conocimiento difícil y esotérico. La Sabiduría es entonces algo que se encuentra en la naturaleza, y el loco, con su inocente bobería, posee este saber, en tanto que el hombre razonable y prudente percibe sólo figuras fragmentarias. Pero, ¿Cómo se explica la evolución tan radical entre dos formas de experiencia de la locura tan contradictorias, desde una conciencia trágica hacia una crítica? Foucault (1998:27) explica este fenómeno:

“La locura se convierte en una forma relativa de la razón, o antes bien locura y razón entran en una relación perpetuamente reversible que hace que toda locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura, en la cual se encuentra su verdad irrisoria. Cada una es medida de la otra, y en ese movimiento de referencia recíproca ambas se recusan, pero se funden la una por la otra.”

El pensamiento cristiano influencia en gran medida esta nueva forma de percibir la locura. Todo aquel que se adentraba en el camino de Dios se adentraba en el camino de la Locura; se renunciaba al mundo, se abandonaba a la oscura voluntad de Dios. Pero se produce un fenómeno particular: la sabiduría humana pasa a ser sinrazón, cuando se la compara a la desmesurada razón de Dios. A partir de esta inversión, todo el orden humano no es más que locura (Foucault, 1998).

3.1.1.3. El gran encierro cartesiano: Conciencia práctica

La forma de experiencia de la locura en la época clásica va a transformarse drásticamente a una conciencia práctica. Ésta perdurará desde mediados del siglo XVI hasta mediados del siglo XVIII y consiste en el encierro masivo de los locos en los mismos lugares en donde se encerraban a los leprosos (Vásquez García, 1995). Esto es lo que Foucault (1998) llamaría “El Gran Encierro”.

Para la conciencia práctica, la sinrazón tendrá sentido sólo si viene dada por la razón. Es decir, la sinrazón sólo es tal en la medida en que puede ser pensada, explicada y conceptualizada por la razón. Esta forma de pensar y ver a la locura será el principio de su exclusión, y lo que legitima el encierro de los locos (Foucault, 1998).

De esta forma, Foucault enfatiza en la capacidad del universo discursivo y simbólico para influir sobre las conciencias a través de procesos de subjetivación; procesos que terminan por influir en la realidad institucional.

Descartes, que dio origen a la razón moderna a través del “pienso, luego existo” es el más claro ejemplo de ello. Su pensamiento incidió en la conciencia de la sociedad frente a la sinrazón, pero para que esto fuera posible se debía excluir a la sinrazón y relegarla al mutismo; para asegurar la hegemonía de esta nueva forma filosófica era necesario silenciar y excluir la voz del loco. De esta forma se acabaron los riesgos de la razón que eran amenazados por los poderes apocalípticos de la Locura, a través de la conciencia trágica (Foucault, 1998).

Bajo esta forma de experiencia de la locura el tratamiento administrativo sufrirá un cambio con respecto a la Edad Media y el Renacimiento. Como se mencionó anteriormente, en estos períodos los locos eran confinados en torres, a las puertas de las ciudades; y en Centroeuropa se les embarcaba. Bajo esta nueva conciencia práctica de reclusión disciplinaria, los locos son encerrados en bloque, junto con los sectores de la población más reprobados por la sociedad; sectores que en esta época crecían, como lo eran los vagabundos, niños abandonados, prostitutas, adúlteros y libertinos denunciados por las familias, blasfemos, etc. (Vásquez García, 1995).

Foucault (1998) relata un acontecimiento que es de suma importancia para entender este período: en 1656 se funda en París el Hospital General, que es un caso paradigmático del gran encierro. Este hospital agrupa a varios establecimientos ligados al hospedaje y la acogida en una única administración. A simple vista se trata sólo de una reforma o reorganización administrativa. Sin embargo, el Hospital General no fue un establecimiento médico; no era ese el fin último de su fundación. Se convierte más bien en una estructura semijurídica, que fuera de los tribunales, decide, juzga y ejecuta.

Los directores del Hospital General tenían la facultad de utilizar estacas y argollas de suplicio, prisiones y mazmorras, en el lugar y situación que estimasen convenientes.

“Soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hôpital Général es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión. Los alienados que Pinel encontrará en Bicêtre y en la Salpêtrière, pertenecen a este mundo.” (Foucault, 1998)

En este tipo de instituciones se mezclaron los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres con el afán de la clase burguesa, en ese entonces en ascenso, de poner orden en el mundo de la miseria. Este nexo entre Iglesia y burguesía no estuvo exenta de conflictos, en una relación de complicidad y a la vez de competencia (Foucault, 1998).

HOSPITAL DE BETHLEM

El primer hospital psiquiátrico de Europa



Figura 25: El nuevo Hospital de Bethlem en Southwark.
Fuente: Grabado del Repositorio de Ackerman, 1817. En <https://www.historic-hospitals.com>

El primer establecimiento en Europa que sirvió como asilo para enfermos mentales fue el priorato de Santa María de Bethlem, en Londres, cuyos orígenes se remontan a 1247 (Andrews et. al. 1997). En un principio se destinó a los pobres que necesitaban curar alguna enfermedad o dolencia y no tenían otro lugar donde recurrir (Roberts, 1981). El sitio se convirtió en hospital en 1330, sin embargo, fue confiscado por el rey Eduardo III en 1375, quien lo convirtió en una cárcel (Jones, 1972). Una vez regenerado el hospital, admitiría por primera vez enfermos mentales entre 1403 y 1407.

Es preciso señalar que en esta época los enfoques con los cuales se trataba a los pacientes eran distintos en cada país. En España se abogaba por un tratamiento ocupacional; enfocándose en la dieta, la higiene y la actividad, y además se eliminaba las cadenas y los arneses de los pacientes, lo que no ocurría en el Hospital de Bethlem, el cual era mucho más represivo y castigador (Porter, 1997).

Bethlem continuó funcionando como instituto psiquiátrico y como hostel para los pobres. En 1536, el Primer Acta de la Disolución de los Monasterios buscó cerrar todas las fundaciones religiosas (Dickens, 1989). Como Bethlem era un hospital adjunto al Santa María de Bethlem, el edificio fue repuesto y autorizado para continuar como lugar de refugio para los indigentes (Howard, Hitchcock y Shoemaker, 2012). Desde ese entonces el hospital pasó a ser administrado por la ciudad de Londres, a través de distintos organismos, por los siguientes 400 años (Rivett, 2013).

Para mediados del siglo XVII la edificación se encontraba deteriorada y era de proporciones muy pequeñas para el gran número de habitantes que albergaba. Debido a esto, en 1676 (Porter, 2002) se reemplazó por una nueva edificación que se ubicaría en Moorfields, Londres, en uno de los espacios abiertos más grandes del área. El diseño del edificio estuvo a cargo del filósofo inglés Robert Hooke (Allderidge, 1979).

El edificio fue construido en sólo dos años, y fue financiado por gobernadores filantrópicos (Stevenson, 1996). La nueva estructura poseía una escala gigantesca, con una profundidad de 12 metros y un ancho de 150 metros (Topp, 2005). El nuevo edificio se caracterizaba por tener grandes extensiones de jardín hacia la fachada delantera del hospital. Los muros laterales de la edificación se extendían 210 metros. También habían áreas dentro del hospital destinadas para que los pacientes hicieran ejercicio y tomaran aire fresco (Topp, 2005).

El nuevo hospital de Bethlem poseería un solo pabellón, que albergaría a 120 pacientes internos (Stevenson, 1996). Este pabellón estaría articulado por un gran pasillo de 359 metros que atravesaría todo el largo de la edificación. Este elemento fue diseñado con el fin de exhibir públicamente lo que ocurría al interior de la edificación. Para ello se disponían las celdas de los internos y sus recámaras sólo a un lado del pasillo. El hospital se inauguró en 1676 con sólo 30 pacientes, a pesar de tener muchas más celdas.

En ese entonces, el hospital era uno de los pocos edificios públicos de Inglaterra, por lo que cobraba gran importancia. Se debe señalar que la exhibición pública del interior del hospital fue una herramienta utilizada para aumentar su fama, con el fin de posicionar a la institución como referente nacional y mundial en el tratamiento de la locura (Stevenson, 2006).

A pesar de esta fama mundial conseguida, existían reportes de tratamientos inhumanos al interior del hospital. De esta manera, el sobrenombre del hospital "bedlam", que se creó en la época jacobina sin una connotación tan profunda, actualmente es parte de la lengua inglesa, como sinónimo de "casa de locos" o "manicomio", como referencia a este hospital (Sendula-Jengic et. al., 2011).



Figura 26: Nuevo Hospital de Bedlam, Moorfields, Londres, visto desde el norte.
 Fuente: Grabado de H. Fletcher, 1750.

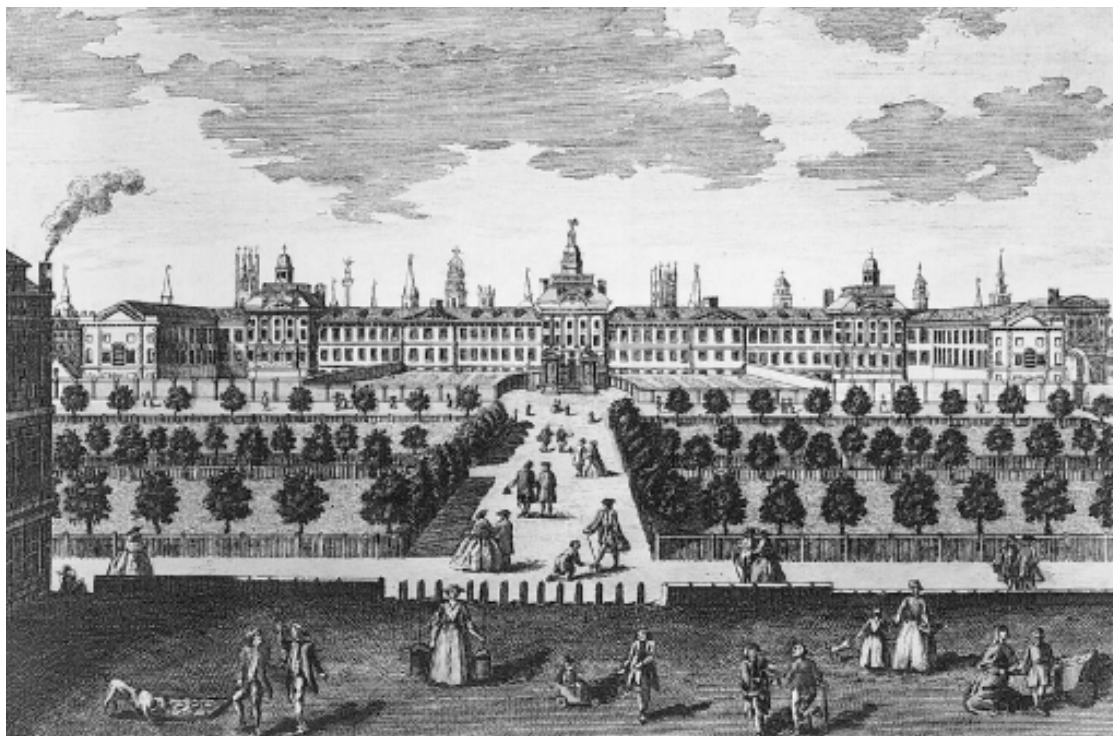


Figura 27: Hospital de Bethlem, Moorfields, Londres.
 Fuente: Grabado de John Bowles, 1810.

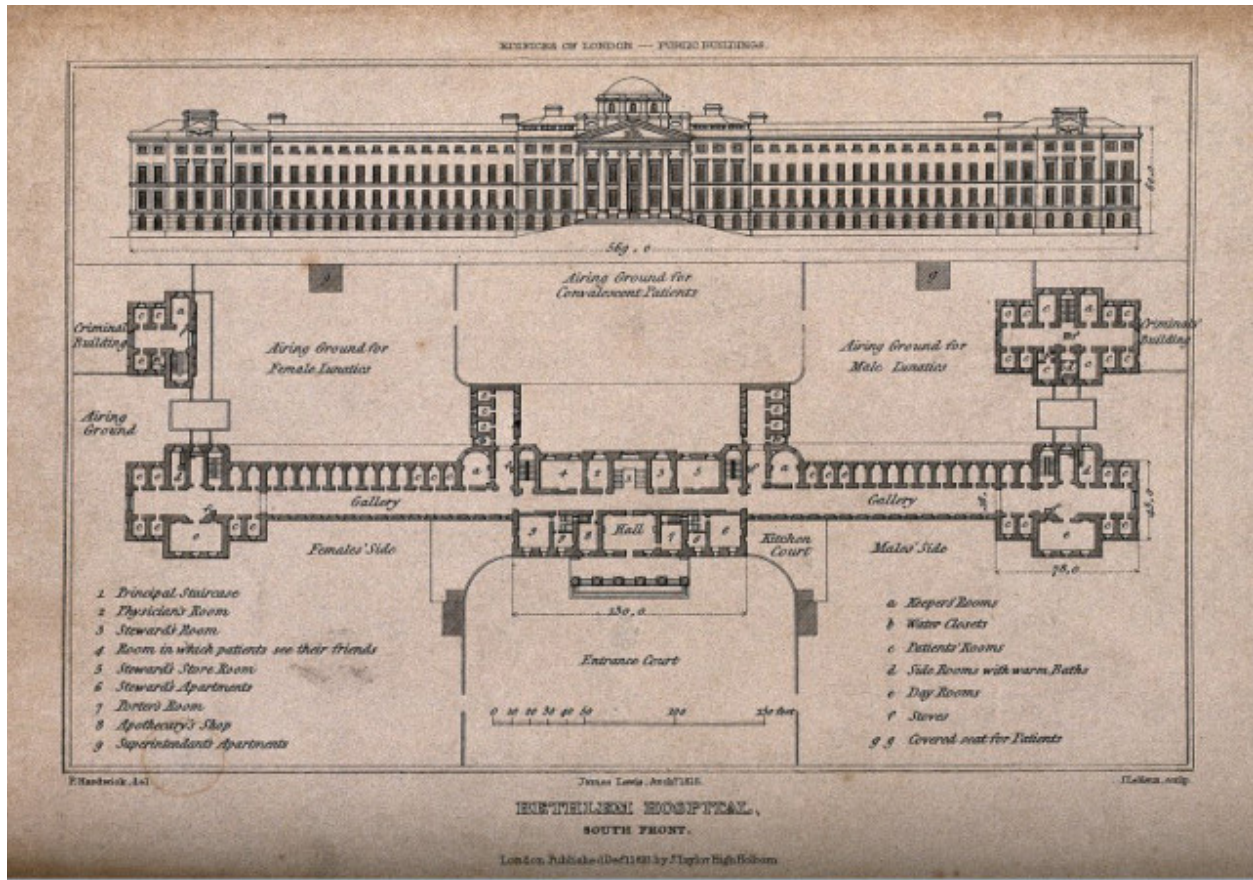


Figura 28: Elevación y Planta de Hospital Bethlem, 1823.
 Fuente: <https://historic-hospitals.com>



Figura 29: Emplazamiento de Hospital Bethlem, reconocido en 1872.
 Fuente: <https://historic-hospitals.com>

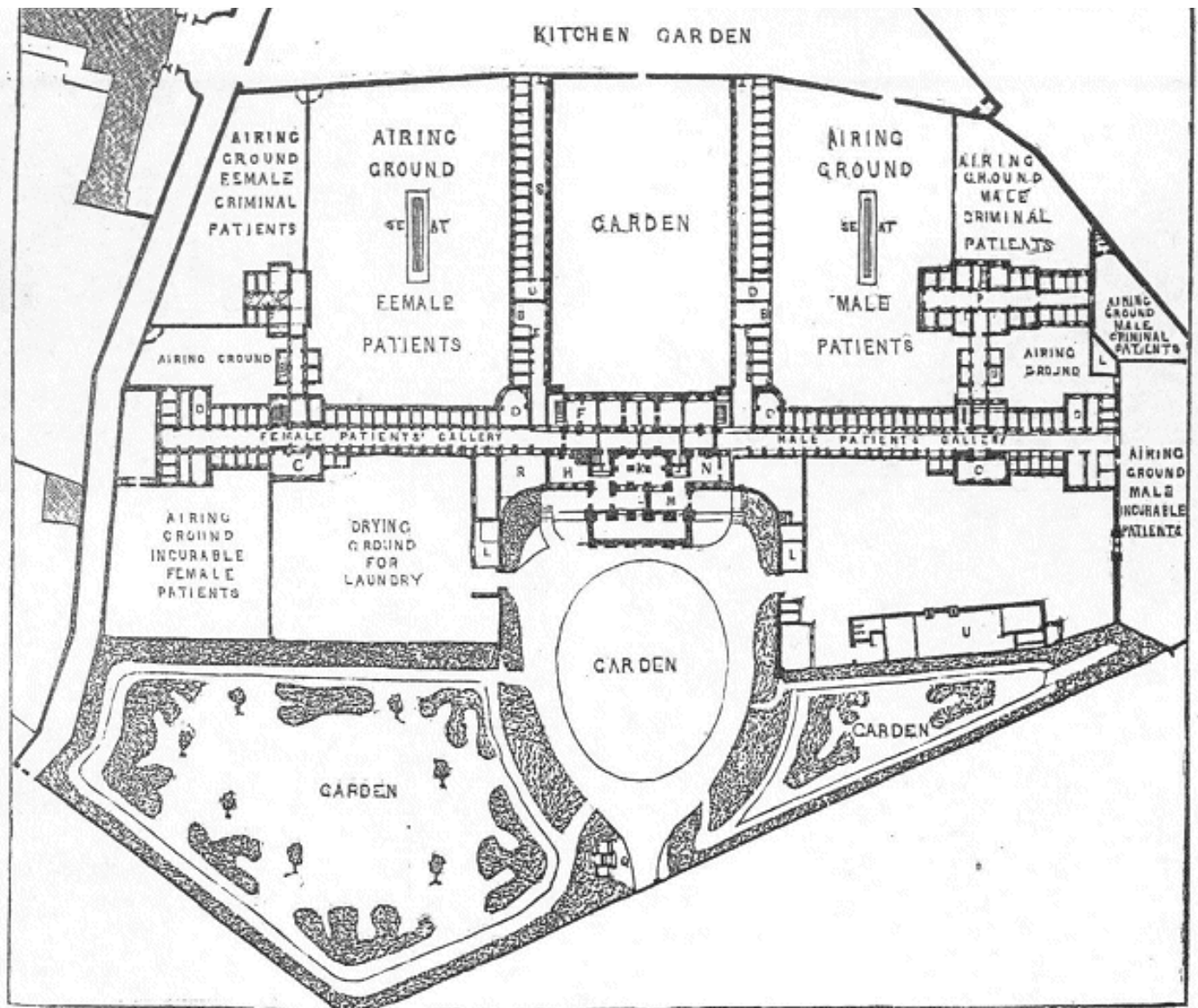


Figura 30: Planta programática de Hospital de Bethlem.
Fuente: Publicado en la revista The Illustrated London News, 1843.

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| A Ala penal femenina | I Tanque de agua | Q Logia |
| B Baño de agua fría | K Bodega de cerveza | R Nueva lavandería |
| C Cuarto de día | L Carbones | S Sala de mujeres ruidosas |
| D Vigilante | M Sala de pan | T Sala de hombres ruidosos |
| F Lavadero | N Frente de la cocina | |
| G Armario de secado | O Patio de carpinteros | |
| H Lavandería | P Ala penal masculina | |

3.1.1.4. Formas de experiencia de la locura de carácter cognitivo

Conciencia enunciativa

Dentro de los modos de experiencia de un carácter cognitivo, se encuentra la conciencia enunciativa. Como se dijo en un principio, ésta consiste en la constatación inmediata de la locura, en la cotidianidad, al momento de decir: “éste es un loco”.

Según Foucault (1998), detrás de esta forma indicativa, existe una relación de dominación. El enunciador, por el simple hecho de señalar la presencia de un loco en un sujeto externo, parece asegurar que él mismo no lo está, dominando de este modo la locura.

Conciencia analítica

La conciencia analítica toma al loco como objeto de saber; se define la locura como el conjunto de fenómenos en los que se manifiesta. Esta forma de conciencia aparece en la medicina de los siglos XVII y XVIII, específicamente en la confección que hacía esta disciplina de las distintas taxonomías de la locura (Vásquez García, 1995).

Las distintas manifestaciones y características de la locura serán agrupadas en distintos géneros y especies. La conciencia analítica se servirá de dos saberes. En primer lugar de la Botánica, que es un saber encontrado preferentemente en los libros e impartido en las universidades.

En segundo lugar, se servirá de un saber terapéutico, el cual se basaba en todo tipo de técnicas, como procedimientos de purificación sacramental o recetas mágicas. Este saber afrontará la locura como si se tratara de un problema de exceso pasional o de un delirio, para los cuales propone tratamientos mediante técnicas de inmersión, de purificación, y el uso de técnicas de simulación teatral, entre otras (García Vásquez, 1995).

3.1.2. EN LA ÉPOCA MODERNA

Los problemas principales de la psiquiatría y los sistemas penitenciarios en la época moderna son quizás el disciplinamiento, la exclusión y la vigilancia. Si bien, en la actualidad los problemas han mutado, mitigándose progresivamente en las instituciones psiquiátricas, es importante presentar un análisis de cómo llegó a conformarse la psiquiatría contemporánea, y encontrar similitudes entre las soluciones arquitectónicas de los siglos pasados y las actuales, que parecen estar en parte obsoletas para las nuevas formas de hacer psiquiatría.

3.1.2.1. Tratamiento moral como anomalía paradigmática

La concepción que se tenía de los locos durante el siglo XIX en Europa, y su consiguiente tratamiento médico/científico sufrieron cambios sustanciales. Los enfermos mentales, en el siglo XVIII, eran víctimas de un trato cruel y negligente. Esto debido a que los responsables de su cuidado generalmente eran hombres de negocios que estaban fuera de la ley, y que buscaban aprovecharse de los enfermos mentales con el fin de obtener ganancias financieras (Ryan, 1981).

El tratamiento moral fue una crítica a estos vicios, por lo que significó una revolución en el tratamiento de los enfermos mentales. La esencia del tratamiento moral consistía en proporcionar mayores comodidades al paciente, estimular su motivación, y otorgarles la oportunidad de establecer relaciones afectivas y practicar actividades recreativas (Ryan, 1981).

Los creadores de este tratamiento fueron Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol de Francia, y además fueron fundamentales para comprender el inicio de la psiquiatría moderna. El tratamiento moral tenía como tesis principal que los alienados poseían vestigios de razón, a los cuales se debía apelar para curar su enfermedad (Torres, 2014). Otros pioneros de este tratamiento fueron Vicenzio Chiarugi, en Italia, y William Tuke, en Inglaterra (Ryan, 1981).

Bajo este tratamiento, el encierro y la violencia física, psicológica y simbólica que se ejercía sobre los locos no conducirían a su curación, como se pensaba en épocas anteriores (Torres, 2014). Desde ahora la labor del médico sería intentar entender e interceder en la razón del alienado. De esta forma, se devolvía al loco el rango de sujeto, al volver a tener un diálogo con él que había sido interrumpido por mucho tiempo (Postel y Quérel, 1993).

La teoría que fundamentaba este tratamiento era que las pasiones eran el origen de la locura. De esta manera, el ser humano por condición posee impulsos naturales que debe controlar por medio de la moral. Esquirol planteó que la locura era una exacerbación de las pasiones. Por ejemplo, un miedo extremo llevaría al furor, o un sentimiento de amor mal canalizado podría llevar a una manía erótica (Torres, 2014).

El tratamiento se llevaría a cabo mediante una actitud amable del médico hacia el paciente y debía entregarle esperanzas de una pronta recuperación; se debía convertir en su amigo. Sin embargo, debía conservar una posición de autoridad frente a ellos, aplicando medidas de coerción si fuese necesario, pero de manera leve. Complementariamente, se planteaba una rutina y un orden que ayudaran a limitar el desenfreno pasional de los locos (Torres, 2014).

Según Ryan (1981) los principios que regían el tratamiento moral eran el término de la restricción física, la minimización del estigma del paciente, el enfoque en una actividad constante y creativa, la provisión de condiciones saludables y de limpieza, y la inspección constante de las condiciones al interior de las

instituciones; situación que no ocurría en las instituciones de salud mental del siglo XVIII.

Principios del diseño arquitectónico del tratamiento moral

Uno de los principales exponentes del tratamiento moral en Norteamérica fue el Dr. Kirkbride, cuyos principios influyeron en todas las instituciones mentales de Estados Unidos entre finales del siglo XIX y principios del XX. Kirkbride sostenía que las características físicas de un hospital psiquiátrico debían apoyar la salud mental y emocional del paciente, proporcionando espacios para la actividad física y entornos embellecidos. La dotación de jardines, fuentes y casas de veraneo en los terrenos de los hospitales intervenidos sirvieron para camuflar el modelo custodial, heredado de la época anterior, pero además generaron espacios rurales para que los pacientes disfrutaran y pudieran calmar sus emociones (Sternberg, 2009).

Asimismo, Kirkbride estaba convencido que el trabajo duro y el ejercicio diario de la vida en la granja eran fundamentales para la salud mental. En los lugares que proponía, los pacientes podrían tener libertad de realizar actividades como leer, jugar, socializar y vivir en comunidad.

Ponía énfasis también en la calidad del suelo, el cual debía ser apto para cultivar y ser trabajado por pacientes y el personal, con el fin de producir su propia comida. En cuanto al edificio, debía estar orientado de tal manera que todas las ventanas aseguraran vistas al exterior, especialmente desde los espacios comunes. El Dr. Kirkbride creía que el entorno hermoso restauraría a los pacientes a un equilibrio natural de los sentidos (Sternberg, 2009).

Término del tratamiento moral

Uno de los factores de la desaparición de este tratamiento fue la muerte de los líderes que lo promovían, como Pinel, Chiarugi y Tuke, cuyo carisma no pudo ser reemplazado por sus seguidores. Otro factor crucial fue el cambio de actitud sustancial de la sociedad hacia el problema de la salud mental. En la segunda mitad del siglo XIX fue muy influyente la filosofía darwiniana, la cual profesaba que la enfermedad mental era la forma en la cual la naturaleza eliminaba a los individuos defectuosos de la especie humana (Ryan, 1981).

A raíz de estos planteamientos, se reemplazó el optimismo que la sociedad tenía con respecto a las posibilidades curativas del tratamiento moral, por un pesimismo, en el cual se consideraba que la enfermedad mental era una enfermedad orgánica degenerativa, que no poseía curación (Ryan, 1981).

Se debe entender entonces este tratamiento como una anomalía dentro del paradigma de encierro y confinamiento, que duró sólo unas décadas. Si bien la lógica de aislamiento estuvo presente en este tratamiento y en su consecuente modelo arquitectónico, era usada con un fin integrador, en donde se mostraba preocupación por la real recuperación del paciente mental, por lo que no se debe interpretar como una medida de encierro y confinamiento.

HOSPITAL YORK RETREAT, 1796

El precursor del tratamiento moral



Figura 31: Fachada de Hospital Psiquiátrico York Retreat, Heslington Road, 2009.
Fuente: Fotografía de Gordon Hatton. En: <http://www.geograph.org>

Los cambios que planteaba el tratamiento moral se vieron reflejados en hospitales y asilos en los principales países de Europa. En 1788 se inauguró el Hospital de Bolifalio en Italia, en 1793 se reformó el asilo de Bicetre, y en 1792 William Tuke, junto con la Sociedad de amigos, fundaron el York Retreat en Inglaterra, que fue abierto en 1796 y, a diferencia de los asilos anteriores, fue el primer asilo “especialmente construido para el tratamiento moral” (Ryan, 1981; Stevenson, 2000).

Para Tuke, la locura no sería curada sólo por la bondad, sino que por una atmósfera y entorno adecuado (Edginton, 1994), por lo que la arquitectura jugaría un papel importante en el tratamiento de los pacientes. Para ello compró un terreno de once acres en la colina, reforzando la idea de “asilo en la colina”, con un entorno natural agradable y contrató al arquitecto John Bevans para diseñar el nuevo asilo. El estilo doméstico y simple del York Retreat sirvió como inspiración para el diseño de los asilos posteriores (Topp, 2005).

El edificio desde un inicio fue de ladrillo a la vista con tejas de pizarra. Al momento de ser abierto, el York Retreat estaba conformado por un bloque central de tres niveles, sumado a un ala apartada en el sector poniente. Un año más tarde se construyó un ala similar en el sector oriente.

Desde un comienzo, el entorno y los jardines fueron tan importantes como el edificio en sí, por lo que se consideraron un par de acres de tierra de pasto donde habrían vacas y para convertirse en amplios jardines, en los cuales se destinaban espacios específicos donde los pacientes podían tener mascotas como gatos, perros y conejos, y donde pudieran, además, hacer ejercicios. También habían servicios religiosos para los pacientes (Tuke, 1813; Ryan, 1981). En el diseño se implementaron plantas, flores, tragaluces y espacios deportivos. La arquitectura consistía en reflejar en el diseño “sensaciones cuerdas”. Gracias al York Retreat, la arquitectura asilar y el entorno físico comenzaron a ser vistos como un instrumento terapéutico (Edginton, 1994).

Programa arquitectónico

En el bloque central se encuentra el acceso principal a la edificación. En el sector norte del primer nivel se dispone la cocina, una lechería, una bodega y una despensa, y en el sector sur, están ubicados el salón y el comedor, separando los espacios servidores de los servidos. Ambos sectores se encuentran separados por el pasillo principal, que mide 2,5 metros de ancho, y se ubica en sentido este-oeste, atravesando todo el largo del edificio. En torno a ambos lados del pasillo, en el sector de las alas, estaba dispuesto el programa destinado al alojamiento de los pacientes, que incluía dormitorios de día, dormitorios individuales, sala de bombas y armarios. Las habitaciones individuales fueron iluminadas por una ventana de dimensiones menores, dispuesta en la parte alta de la pared (Tuke, 1813).

Se debe señalar que el tratamiento moral no tenía una expresión directa en el diseño del edificio, sin embargo, sí incidió en elementos programáticos del que reflejan una comprensión y una preocupación por las necesidades de los enfermos mentales por parte de los gestores del hospital. Tanto Tuke como el personal del York Retreat se mostraron en contra de la creencia que imperaba en la época de que los locos no se veían beneficiados de las comodidades que podría gozar un cuerdo, como el calor o la apreciación del entorno físico. En el hospital de Bethlem y en St. Lukes, por ejemplo, las ventanas de las celdas de los pacientes no tenían vidrio, debido a que se creía que los locos eran insensibles al frío (Richardson, 2016).

El York Retreat tuvo éxito rápidamente, por lo que fue necesario alojamiento adicional. A raíz de esto, se construyó un ala de cinco naves en la esquina sudeste, que sería destinada a los pacientes hombres más peligrosos. En 1803 se añadió otra ala similar en la esquina suroeste para las pacientes mujeres (Richardson, 2016).

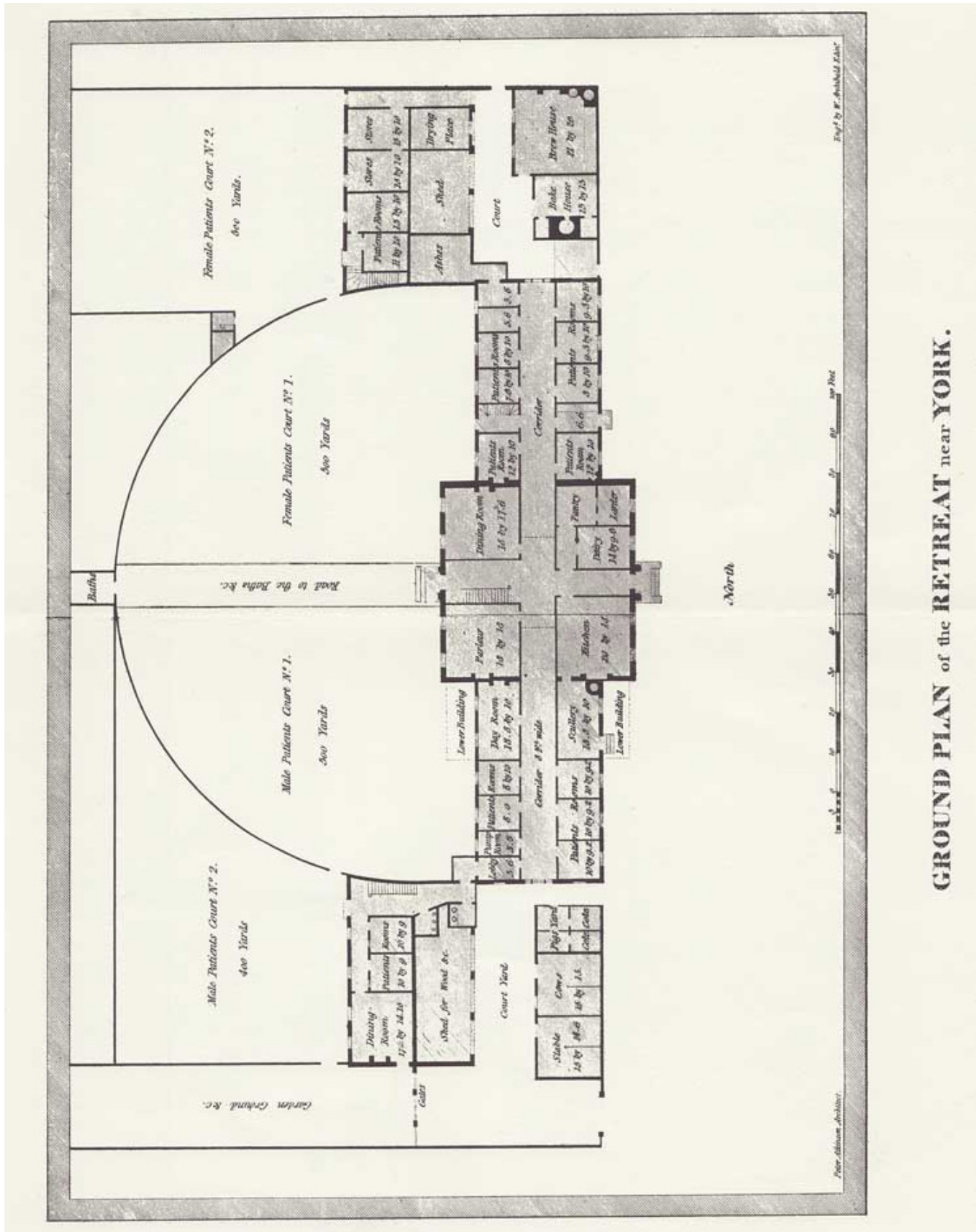


Figura 32: Planta programática del York Retreat, elaborada por Samuel Tuke. Fuente: Publicado por W. Alexander, Londres, York. Del libro "Description of the Retreat" de Samuel Tuke, 1813. En <http://www.wakefieldasylum.co.uk/>



Pasillo principal de la edificación en el 3er nivel.
Fuente: <https://www.historic-hospitals.com>



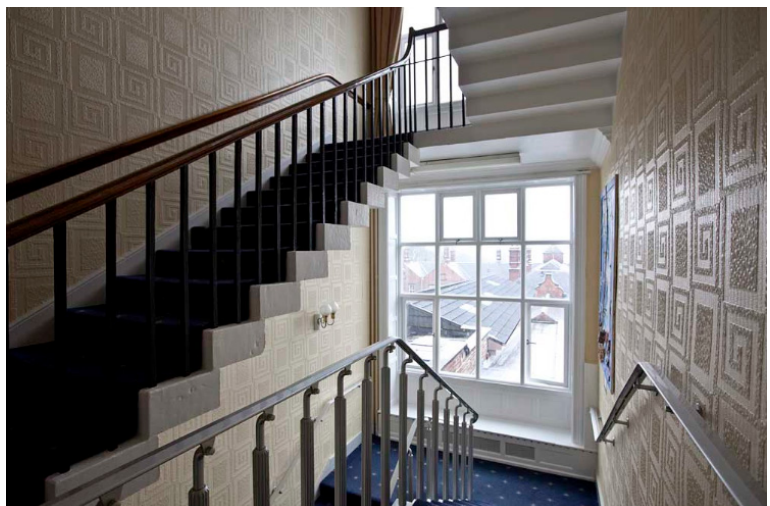
Exterior sala de recreación.
Fuente: <http://www.wakefieldasylum.co.uk>



Sala de recreación.
Fuente: <http://www.wakefieldasylum.co.uk>



Ventana con uno de los estilos originales del York Retreat, que emulaba a una ventana con barrotes doméstica, pero que contenía barras de acero ocultas para contener a los pacientes.
Fuente: <https://www.historic-hospitals.com>



Caja de escaleras.
Fuente: <http://www.wakefieldasylum.co.uk>

Figura 33: Fotografías actuales del Hospital York Retreat
Fuente: citadas arriba

3.1.2.2. Tratamiento Custodial y Panoptismo

A raíz del éxito de la filosofía darwiniana, el tratamiento moral fue reemplazado por el tratamiento custodial, en el cual el paciente ya no sería tratado como un miembro de una familia, con posibilidades de rehabilitación, sino que por el contrario, se le trataría como a un recluso dentro de un asilo de locos, víctima de una enfermedad degenerativa. Según este tratamiento, lo mejor tanto para el paciente como para la sociedad sería aislarlo de ella (Ryan, 1981).

Paralelamente, surgía la figura de Jeremy Bentham: padre del utilitarismo. El contexto del nacimiento de este nuevo pensamiento tiene como sustento un hecho histórico: el surgimiento del primer impulso de la revolución industrial. Para Bentham, la felicidad y la sociedad sólo se podían concebir maximizando el placer y disminuyendo el dolor, por lo que un buen ciudadano debía cumplir con estas premisas. Este filósofo proviene de una familia de juristas, por lo que estaba plenamente de acuerdo con la tradición que indica que todo derecho necesariamente debe ir acompañado de un deber; y este deber debe conllevar un castigo para quienes lo incumplan. Esta tradición imperaba en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XVIII.

Bajo la misma perspectiva, Bentham ideó el concepto de panoptismo, que sería sumamente influyente en la forma de vigilancia y disciplinamiento carcelario de la era moderna. Este concepto primero repercutió directamente en el sistema penitenciario. Sin embargo, con el pasar del tiempo se expandió hasta formar parte de las estructuras de poder de la sociedad en su totalidad.

El panóptico fue un diseño de penitenciaría en donde un solo hombre podía vigilar perfectamente una gran cantidad de individuos, sin que éstos pudieran observarlo. Es decir, los presos serían observados en todo momento por un vigilante o “gobernador”, y estarían conscientes de ello. El objetivo de esta arquitectura era el controlar la conducta de los presos, pero de forma indirecta. Existiría la presencia universal y constante del gobernador del establecimiento (Bentham, 1791).

Esta nueva forma de vigilancia ya no requería las agresiones físicas que tradicionalmente les proporcionaban los vigilantes a los presos para controlar su conducta. Sino que, a través de esta “presencia universal” los presos no se atreverían siquiera a llevar a cabo actos ilícitos, ni menos a rebelarse, debido a que en todo momento se les observaba (Bentham, 1791).

EL PANÓPTICO

Arquitectura de la vigilancia

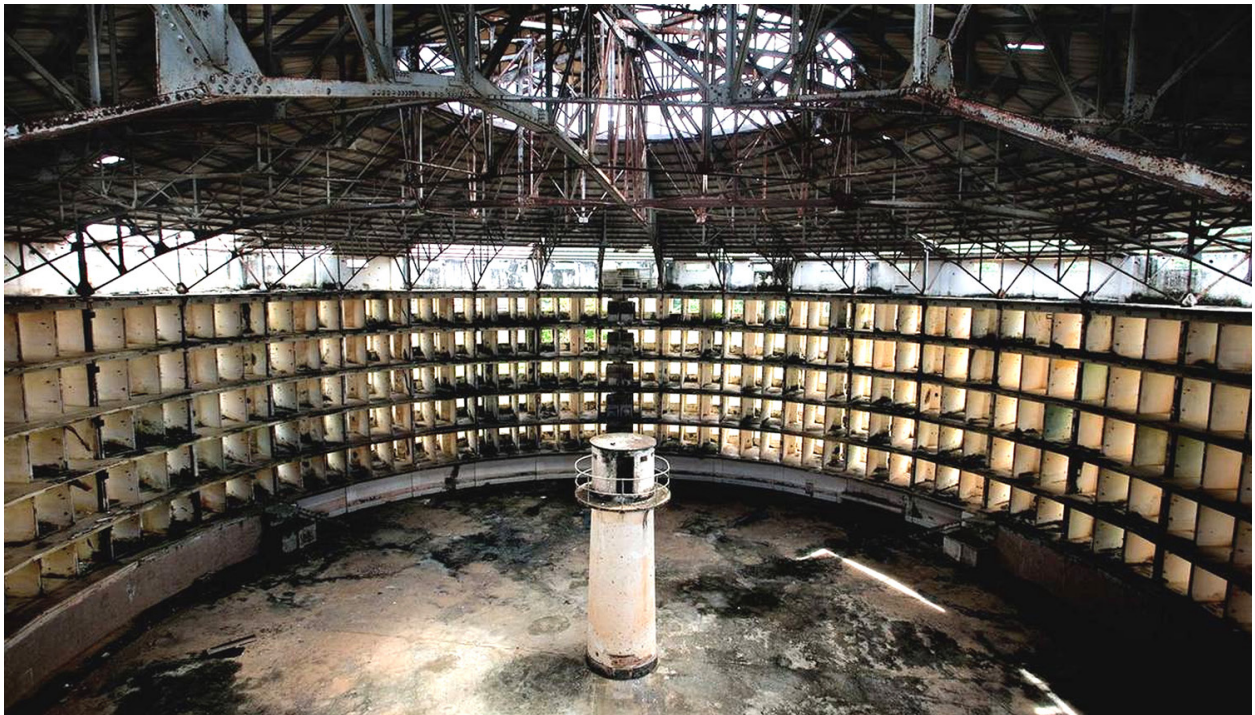


Figura 34: Presidio Modelo de Cuba. Construido en 1928 y cerrado en 1967, actualmente es considerado como Monumento Nacional.

Fuente: Fotografía de Gordon Hatton, 2009. En: <http://www.yorokobu.es/>

El edificio propuesto por Bentham consistía en dos edificios circulares superpuestos. Los cuartos de los presos formarían la circunferencia de seis niveles (ver figura 35). Estos cuartos tendrían unas celdas abiertas por la parte interior. Cada nivel tiene una galería aledaña a los cuartos, por lo que las celdas tienen una puerta que sirve de acceso a esta galería (Bentham, 1791).

En el centro de la circunferencia se ubicaría una torre, como se muestra en las figura 34 y 35, que serviría de habitación para los inspectores de la casa de penitencia. Cada torre está dividida en tres niveles, ya que cada uno domina dos niveles de celdas. Esta torre de inspección está rodeada de una galería cubierta con una celosía transparente, que permite a los inspectores vigilar las celdas sin que los presos puedan verlos. De esta manera, aunque el inspector no esté vigilando a los presos, éstos no lo saben, y por ende se produce una sensación de vigilancia constante (Bentham, 1791).

Entre la torre central y cada celda se disponen tubos de acero, por donde los inspectores pueden advertir a los presos, dirigir sus trabajos y hacerles ver su vigilancia, sin la necesidad de esforzar su voz y sin incomodarse. Entre ambos edificios debe haber un espacio vacío, o un pozo circular, con el fin de impedir a los presos cualquier intento de agresión o algún tipo de ataque contra los inspectores (Bentham, 1791).

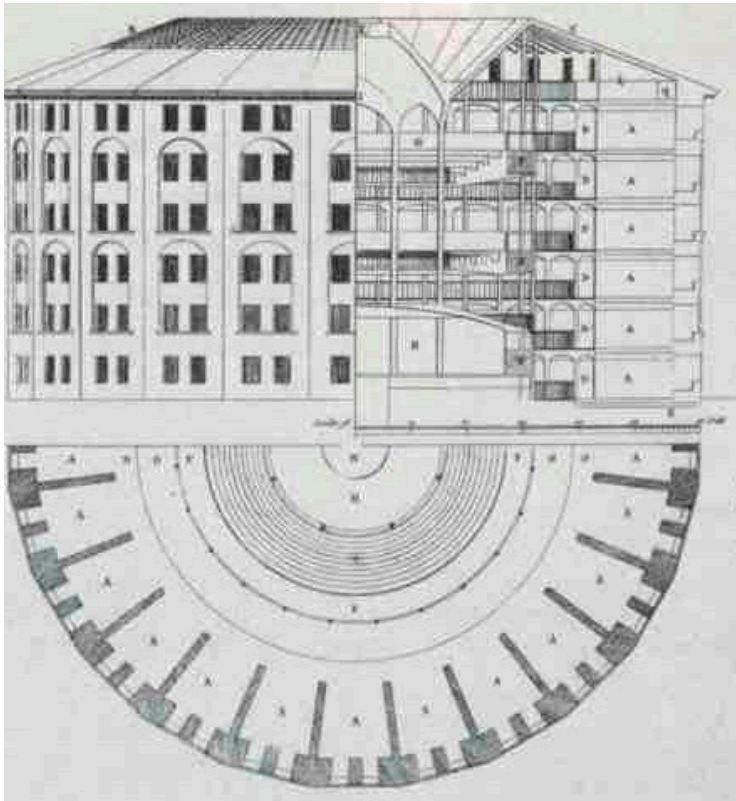


Figura 35: Sección y planta del Panóptico de Bentham.
Fuente: Dibujo de Willey Revely, 1971. En *The Works of Jeremy Bentham*, vol. 4 (Panopticon, Constitution, Colonies, Codification).

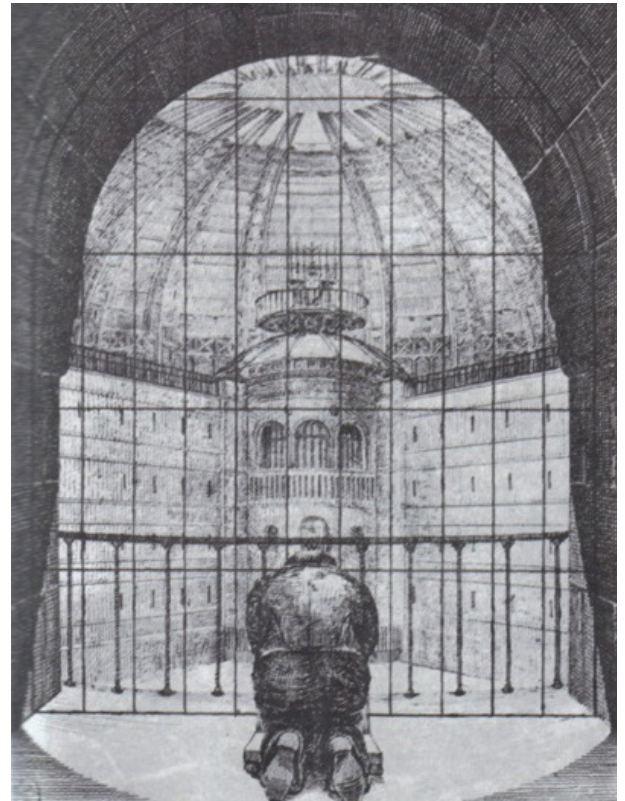


Figura 36: Dibujo de Proyecto de Penitenciaría. Un recluso, en su celda, en oración ante la torre central de vigilancia. Cf.p. 253.
Fuente: N. Harou-Romain. Proyecto de Penitenciaría, 1840



Figura 37: Prisión La Petite Roquette, 1826-1830, de Hyppolyte Lebas.
Fuente: <http://www.tadanobu.canalblog.com/>

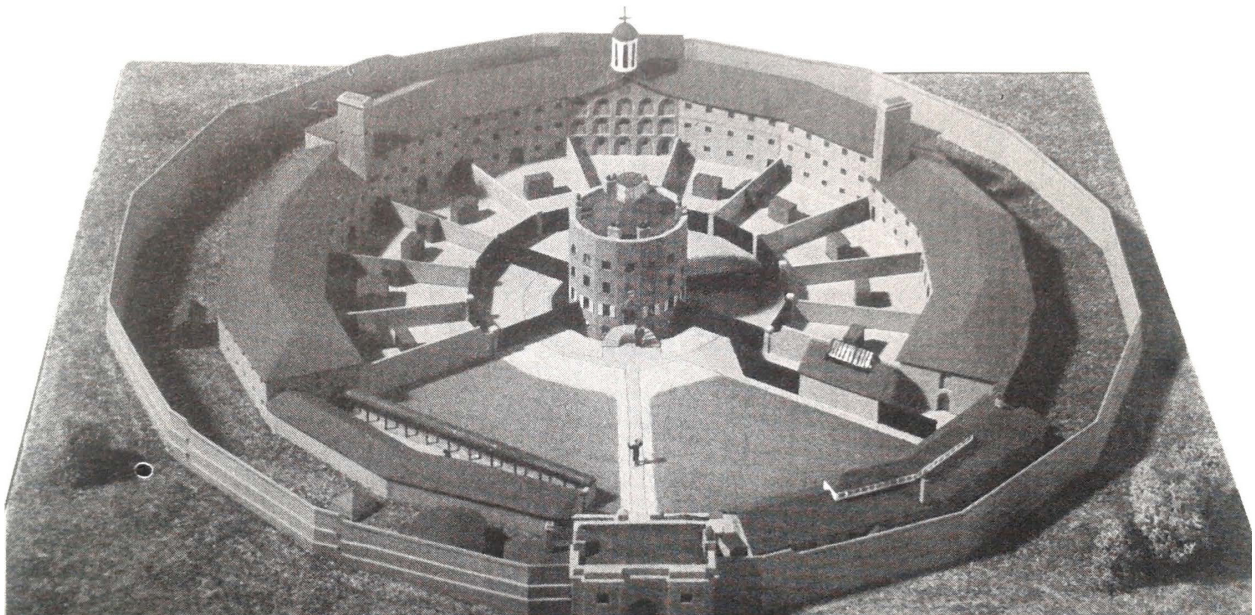


Figura 38: Prisión de Devizes, 1808-1817, de Richard Igleman (maqueta sobre los planos de 1867).
Fuente: En "Historia de las Tipologías arquitectónicas" de Nikolas Pevsner, 1980.



Figura 39: Relación entre torre y celdas en Presidio Modelo de Cuba.
Fuente: <http://www.mapio.net/>

Análisis posteriores del Panóptico

Bentham no sólo imaginó una solución arquitectónica destinada a resolver un problema específico, como lo es la prisión, la escuela o el hospital. Lo que hace es encontrar una nueva tecnología de poder para resolver los problemas de vigilancia; facilita lo que buscaban los médicos, industriales, educadores y penalistas de la época. Su invención, en sus propias palabras, es un procedimiento óptico para ejercer bien y fácilmente el poder. Este innovador proyecto ha sido ampliamente usado desde finales del siglo XVIII. Sin embargo, hay que aclarar que los procedimientos de poder en las sociedades modernas son mucho más sofisticados y diversos que el principio de visibilidad planteado por Bentham (Foucault, 1980).

Con el avance de la tecnología y la consecuente aparición de cámaras de vigilancia y circuitos cerrados de televisión el modelo arquitectónico perdió vigencia, sin embargo, la filosofía del panóptico permanece hasta la actualidad, en donde la tecnología ha ocupado su lugar como mecanismo de poder.

El proyecto de Bentham no es más que la consecuencia del espíritu rousseauiano de la revolución Francesa.

“...el de una sociedad transparente, visible y legible a la vez en cada una de sus partes; que no existan zonas oscuras, zonas ordenadas por los privilegios del poder o por las prerrogativas de tal o tal cuerpo, o incluso por el desorden; que cada uno, desde el lugar que ocupa, pueda ver el conjunto de la sociedad; que los corazones se comuniquen unos con otros, que las miradas no encuentren ya obstáculos, que la opinión reine, la de cada uno sobre cada uno.” (Foucault, 1980).

Las instituciones y los lugares dominados por la monarquía, hasta antes de la Revolución, como los castillos, los hospitales, los depósitos de cadáveres, las casas de corrección, los conventos, eran todos espacios oscuros, que impedían la entera visibilidad de las cosas y de las personas. Los nuevos pensadores de la Revolución odiaban y tenían una desconfianza extrema por este antiguo sistema, por lo que el nuevo orden político y moral no podía sustentarse en la misma lógica (Foucault, 1980).

En este nuevo orden el poder se ejercerá por el simple hecho de que todo se sabrá, al ser observados por una mirada omnipresente y anónima. Este nuevo orden no toleraría las regiones de sombra. Es por esto que el modelo de Bentham tuvo tanto éxito, al plantear un “poder por transparencia” (Foucault, 1980).

Existe una diferencia sustancial entre la estructura de poder del Antiguo Régimen y el propuesto por la Revolución Francesa y Bentham. En la primera el poder recae en el rey, quien es la personificación de la justicia, la ley y el poder; este poder le es otorgado por Dios. En el nuevo orden el poder no recae en un sujeto, sino que se transforma en una maquinaria, en donde nadie escapa a la vigilancia absoluta, ni siquiera los vigilantes (Foucault, 1980).

Si bien el panoptismo, en su concepción, abarca esferas que no son propias del ámbito de la psiquiatría; el entendimiento de sus lógicas de control y ejercicio del poder, sumados al contexto socio-histórico en el cual está inmerso su desarrollo, son de suma importancia para comprender el surgimiento de la psiquiatría como institución que reproduce la hegemonía de las esferas dominantes, y la forma en cómo se controlan las conductas anormales o “inapropiadas”.

Dicho de otra forma, la psiquiatría puede considerarse dentro de lo que se define como penitenciario, en su acepción referida a: DER. Díc. “Cuaquiera de los sistemas modernos que sirven como castigo y corrección de los penados, de los establecimientos destinados a este fin y de su régimen y servicio.”

3.1.2.3. Concepción somática del trastorno mental

La medicina moderna ignoró completamente los factores sociales y subjetivos de la enfermedad y consideró solamente sus aspectos biológicos. Para respaldar esta postura, se utilizó el método anatomoclínico, que consiste en la constitución de los individuos enfermos en cuerpos capaces de ser medidos, registrados, experimentados, corregidos y curados. El único fin de este método es asegurar el correcto funcionamiento del individuo en el nuevo orden jurídico, político y administrativo moderno (Araya y Leyton, 2009).

Este método predominó durante todo el siglo XIX y gran parte del siglo XX, llevando a los médicos a despreocuparse de los enfermos y enfocarse sólo en el funcionamiento y en la morfología de sus órganos. Se puede hablar de una deshumanización de la relación terapéutica, lo que legitimó tratamientos enfocados sólo en aspectos físicos, biológicos y fisiológicos de los individuos. Incluso en algunas terapias biológicas se considera el dolor y el miedo como reacciones imprescindibles para la cura (Araya y Leyton, 2009).

La medicina moderna influyó enormemente el campo de la psiquiatría. El surgimiento de esta especialidad médica estuvo ligado al reconocimiento de lesiones orgánicas como causantes de las enfermedades mentales. Un acontecimiento importante ocurrió en el primer tercio del siglo XIX, cuando el neurólogo francés J. Bayle definió la parálisis cerebral como una alienación mental (Araya y Leyton, 2009).

Bayle estableció que las causas de la enfermedad mental eran predominantemente orgánicas (enfoque organicista). Los estudios de Bayle, sumado a los posteriores de Moreau de Tours, terminaron por anexar la psiquiatría a la neurología. Finalmente, la ideología organicista influyó en la mayoría de los psiquiatras del siglo XIX, convirtiéndose en el enfoque predominante en la psiquiatría (Araya y Leyton, 2009)

Esta atribución de la enfermedad mental a la presencia de una lesión orgánica significó el comienzo de la relación entre locura y la corporalidad del individuo. El enfoque organicista fue reforzado y ampliamente aceptado en Francia con la obra de Charcot y posteriormente en Alemania y EE.UU. con la de Kraepelin. Esta relación y el distanciamiento entre lo físico y lo mental será uno de los aspectos que han determinado el confuso y contradictorio desarrollo de la psiquiatría hasta la actualidad (Araya y Leyton, 2009).

La electroterapia como consecuencia de la somatización del trastorno mental

La electricidad en la medicina surge de la somatización de ésta. En el siglo XIX, los médicos de todas las especialidades comenzaron a tratar diversas enfermedades mentales con este “nuevo tónico milagroso”. Fundamentaron el uso de la electricidad para curar las enfermedades en el principio de que los mecanismos fisiológicos del cuerpo humano operan eléctricamente (Araya y Leyton, 2009).

Médicos e investigadores de la época estaban convencidos de que habían encontrado la cura definitiva a la enfermedad. Se comienza a desarrollar un discurso triunfalista y exitista en torno a la electroterapia, que verá a la electricidad como “la fuerza más poderosa de la naturaleza” (Araya y Leyton, 2009).

A finales del siglo XIX, la medicina comienza a utilizar de manera masiva el uso de descargas eléctricas para el tratamiento de las enfermedades mentales. La raíz de esta tendencia se encuentra, por una parte, en la expansión de la electrofisiología y de la investigación en psiquiatría y por otra, en la atribución de las enfermedades mentales a una causa anatómica (Araya y Leyton, 2009).

“Desde que J. Bayle sentara, en el primer tercio del s.XIX, el origen orgánico de la enfermedad mental, los médicos se habían puesto de cabeza tras la búsqueda de las lesiones cerebrales respectivas. Así fue hasta que se toparon con una entidad pleomórfica como la histeria, una especie de eslabón perdido de la psiquiatría decimonónica.” (Araya y Leyton, 2009)

No existía ninguna evidencia científica que atribuyera una lesión orgánica como causante de la histeria. Sin embargo, fue Charcot quien catalogó a los histéricos como enfermos, al postular la existencia de una lesión “funcional” en la corteza cerebral, lo que ocasionaría la enfermedad. Este diagnóstico será el que legitimará la electroterapia (Araya y Leyton, 2009).

Charcot, al no encontrar una explicación orgánica a este cuadro, atribuyó sus síntomas a “actuaciones” de las pacientes que la padecían. Esta explicación de la histeria cambiará con la llegada de Sigmund Freud. Otros trastornos que escapaban a la explicación de este enfoque eran la demencia precoz, la paranoia, la enfermedad maníaco depresiva, junto a una variedad de cuadros angustiosos como las fobias y obsesiones (Ojeda, 2003).

Fue así como el cuerpo tomaba absoluto protagonismo por sobre la mente, en la atribución de las causas de las enfermedades psiquiátricas. Atribuir una lesión orgánica a la histeria, y a otras entidades patológicas, era la única forma de mantener a la psiquiatría en la euforia biologicista del siglo XIX (Araya y Leyton, 2009).

La “terapia biológica” corresponde al conjunto de medidas terapéuticas que activan agentes físicos, químicos y/o bioquímicos sobre los pacientes para producir alguna reacción en la conducta anormal de éstos (Araya y Leyton, 2009). Los tratamientos de electroshock son un tipo de terapia biológica, y tienen su fundamento en la observación de pacientes que mejoran su trastorno mental a través de la experimentación de emociones fuertes, como accidentes graves, intentos de suicidio, asfixia por inmersión, etc. A partir de estos antecedentes, los defensores del electroshock concluyen que los shocks psíquicos desencadenan cuadros reaccionales, los que a su vez son curados por shocks provocados artificialmente (Araya y Leyton, 2009).

La fuerte inclinación de la psiquiatría por la electroterapia comenzó a decaer en la Primera Guerra Mundial. Una de las causas fue que Sigmund Freud dejó de apoyar esta medida, reconociendo sus limitaciones y racionalizando su éxito (Araya y Leyton, 2009). Sin embargo, la excesiva tecnocratización lograda en la Primera Guerra Mundial orientó nuevamente el discurso médico a la idea de que los logros técnicos

y los conceptos cada vez más reduccionistas de la física, la bioquímica y la biología molecular, habían sido los principales responsables de la contribución de la medicina al bienestar de la humanidad (Araya y Leyton, 2009).

La experimentación fisiológica en psiquiatría y su carácter asilar nunca han tenido un respaldo científico concreto, ni en sus mecanismos de acción (incluyendo el electroshock), ni sobre las enfermedades que debían ser indicadas. Hasta la década de 1970, la aislación de los pacientes y los tratamientos cruentos que les aplicaban, permitían dos cosas: controlar las variables sociales que pudiesen cuestionar la efectividad de los tratamientos somáticos, y someter a los pacientes a la aplicación de las terapias (Araya y Leyton, 2009).

3.1.3. EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX Y ACTUALIDAD

3.1.3.1. Psiquiatría biológica

Esta etapa de la psiquiatría es descrita por César Ojeda (2003) en el libro “La Tercera Etapa”, del cual se extrae este capítulo. Se inició a principios de la segunda mitad del siglo XX, perdurando hasta la actualidad. La psiquiatría biológica trajo como consecuencia el reencuentro entre la psiquiatría y los modelos biológicos.

En 1950 Charpentier sintetizó la clorpromazina, la cual fue introducida a la psiquiatría en 1952, tratando 40 casos de psicosis aguda, demostrando un potente efecto antipsicótico. En menos de siete años, tres líneas farmacológicas habían logrado adentrarse en el funcionamiento cerebral desde los conceptos de la biología, lo que la psiquiatría no había logrado en medio siglo.

Se descubrieron también los primeros antidepresivos, los tranquilizantes benzodiazepínicos (como el diazepam) y estabilizadores del ánimo, como el carbonato de litio. Esta ola de hallazgos fue seguida de un inmenso optimismo respecto a los factores neurobiológicos cerebrales que inciden en los trastornos más importantes de la psiquiatría: la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar y los cuadros de ansiedad.

Estos resultados llevaron a que se estructuraran organizaciones internacionales poderosas, las cuales generaron clasificaciones y un lenguaje psiquiátrico que pretendía refundar la disciplina, pero que sin embargo poseía poca consistencia.

“Esta dominación, fuertemente vinculada a la industria farmacéutica, significó estandarizar no sólo el lenguaje, sino también las indicaciones farmacológicas, haciendo del mundo un hipermercado de gran rendimiento. Pero, además, condujo a la pérdida de la inquietud por entender el significado del comportamiento humano, normal o desviado, y al abandono de los tratamientos psicoterapéuticos, estimándolos largos, de eficacia dudosa y en definitiva inadecuados para ‘enfermedades’ que -según se creía- tenían su origen fundamentalmente en una disfunción cerebral.” (Ojeda, 2003:16)

Siguiendo estos planteamientos, los psiquiatras comenzaron a hacer diagnósticos y extender recetas; práctica que algunos psiquiatras mantienen hasta el día de hoy. En las últimas décadas, los esfuerzos de la industria farmacológica están fuertemente ligados al desarrollo de la psiquiatría, por lo que el tratamiento farmacológico ha pasado a ser prácticamente el único accionar terapéutico de muchos psiquiatras.

Este fenómeno trajo consecuencias negativas. La prescripción de psicofármacos proliferó especialmente en los países menos desarrollados y con legislación anticuada. Sumado a esto, los mismos pacientes

comenzaron a hacer uso indiscriminado de los medicamentos y a tener efectos secundarios.

La industria farmacéutica, al notar los extraordinarios resultados financieros, se enfocó en la síntesis de muchos nuevos productos, que no siempre tenían resultados positivos, pero además, adquirió protagonismo en la investigación clínica, en los órganos de difusión “científica”, en los encuentros de especialistas y en las organizaciones internacionales de psiquiatras.

Durante la década de 1980 se rompería con este éxito comercial de la industria farmacéutica y se pondría en duda el excesivo optimismo que tenían los psiquiatras en su instrumental terapéutico: cuadros clínicos como la depresión, que eran considerados paradigmáticos en el éxito de la terapéutica farmacológica, comenzaban a mostrar cerca del 30% de los pacientes como resistentes a los antidepresivos.

En la década de 1990 se presentaba un problema aún mayor. La respuesta clínica de los pacientes que sufrían depresión y trastornos de ansiedad (entre otros) a las sustancias bioquímicas inertes del placebo, eran prácticamente las mismas que la respuesta a los principios activos farmacológicos. El caso más extremo se presentó con los antidepresivos, en donde en la mitad de los casos no se apreciaba diferencia entre el placebo y los fármacos.

“Lo más importante de estos resultados es que introducen una duda más que razonable en las explicaciones y modelos biológicos de la depresión y la angustia basados en la acción cerebral de estos fármacos. Si el efecto terapéutico de los antidepresivos es casi equivalente al del azúcar, es evidente que todo postulado derivado de la bioquímica de los fármacos antidepresivos es irracional.”
(Ojeda, 2003:18)

Entonces, no se trata sólo de un problema de mecánica bioquímica, sino de un problema de significado, lo que llevó a una crisis de la psiquiatría biológica. A raíz de esto, se volvió a tomar en cuenta los factores psicológicos que influyen en la génesis de los padecimientos psiquiátricos, que si bien siempre se han reconocido, la psiquiatría biológica los excluía de las soluciones terapéuticas. Las psicoterapias volverían a tomar un rol protagónico en la curación del paciente psiquiátrico.

3.1.3.2. Tipificación de trastornos mentales y DSM

En la actualidad, el campo de la psiquiatría convencional está dominado por un instrumento denominado Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), perteneciente a la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). Este manual fue publicado por primer vez en 1952 y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar enfermedades mentales. El DSM establece un lenguaje en común entre profesionales de las distintas disciplinas que se dedican a la psicopatología; como psiquiatras, psicólogos clínicos e investigadores de las ciencias de la salud (CADAH, 2012).

El DSM es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación, tanto para el diagnóstico clínico, como para la investigación y la docencia (CADAH, 2012). Sin embargo, se debe señalar que este manual no tiene una base científica; los psiquiatras se reúnen periódicamente para votar sobre los parámetros que rigen la tipificación de las enfermedades mentales. A raíz de esta convención en psiquiatría se determina, por un período determinado, lo que es o no es cada enfermedad mental.

A pesar de ser un instrumento pensado para estandarizar las investigaciones, el DSM se utiliza mayoritariamente para el trabajo clínico, constituyéndose en la negación de la clínica. Aunque se basa en la psiquiatría clásica, el DSM puede ser el instrumento que lleve a su desaparición. Si el curso de los

hechos continúa como hasta ahora, las nuevas generaciones de psiquiatras irán perdiendo paulatinamente el conocimiento adquirido por siglo y medio por sus predecesores (Aroca, 2010).

En consecuencia, el campo de la psiquiatría está entrando en un mecanicismo, con efectos no vistos hasta ahora. La psiquiatría es practicada actualmente por cirujanos, ginecólogos, internistas y por médicos generales. De esta forma, los pacientes llegan después de meses al psiquiatra, luego de que las otras disciplinas han tenido tratamientos fallidos (Aroca, 2010).

A través del DSM IV, publicado en 1994, se multiplicaron los establecimientos psiquiátricos y con esto también el uso de fármacos, que permiten mantener a los pacientes fuera del gran hospital psiquiátrico.

Según Aroca (2010) el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos tiene ventajas y desventajas:

Entre las ventajas, se puede considerar: la cercanía de las unidades de atención al domicilio de los pacientes urbanos; la disminución en la estigmatización de los pacientes, al no estar internados; una mayor aceptación de los clientes por parte de sus familias; estadía de los pacientes en el hogar de sus familiares la mayor parte del tiempo; el cierre sistemático de los grandes hospitales psiquiátricos que seguían con mecanismos represivos heredados del siglo XVIII.

Entre las desventajas se encuentran: una tendencia a la dispersión de recursos; a la atomización del espacio, si no se coordinan adecuadamente los programas; descompensaciones de pacientes, ante la falta de una atención oportuna; falta de recursos humanos destinados a esta naciente institucionalización que ha reemplazado a la antigua.

3.2. PARADIGMA DE INTEGRACIÓN



Figura 40: Filmación película "One flew over the cuckoo's nest", Milos Forman, 1975. Este filme es una de las manifestaciones artísticas que en esta época criticaban el autoritarismo en las instituciones psiquiátricas, y el adoctrinamiento a los pacientes a través de la medicalización.

Fuente: <https://www.milosforman.com>

Este enfoque se inicia en la segunda mitad del siglo XX y nace de diferentes corrientes críticas al modelo de exclusión y confinamiento. Estas corrientes se han mantenido hasta la actualidad y catalizaron en una reforma sustancial del saber científico y, por ende, del funcionamiento de las instituciones ligadas a la salud mental. En líneas generales, argumentan que, si bien existen predisposiciones genéticas en el ser humano a padecer una afección mental, éstas no son sinónimo de una predeterminación, cuya concepción, además de no tener un sustento científico sólido, es potencialmente peligrosa.

De esta manera, el entorno del ser humano, conformado principalmente por las relaciones sociales y afectivas, incidirá en gran medida en la detonación de la alteridad mental. En cuanto a los modelos arquitectónicos, se presenta una amplia gama de tipologías en función de las diversas psicoterapias y formas de abordar el tema de la salud mental, pero en líneas generales, la tendencia es a la integración y rehabilitación del paciente mental, de manera integral.

3.2.1. EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

3.2.1.1. Antipsiquiatría. Impugnación radical del saber psiquiátrico

El concepto de antipsiquiatría fue creado por David Cooper, en 1967. Este psiquiatra sudafricano se oponía a los métodos cuya base se sustentaban en la abolición del yo del paciente y a una concepción excesivamente biológica de las enfermedades mentales. La antipsiquiatría decantó en un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se llevó a cabo entre 1955 y 1975 en países donde la psiquiatría y el psicoanálisis se habían institucionalizado como saber regulador de la normalidad y la anormalidad (Vásquez, 2011). La antipsiquiatría fue liderada también por Foucault, R. D. Laing y Thomas Szasz, quienes poseían perspectivas que variaban entre sí.

Para Szasz, la enfermedad mental no existe, por lo que los psiquiatras y las prescripciones no aplican, son un invento de la misma ciencia. Las afecciones de la mente son situaciones normales que desarrollan las personas para defenderse de un ambiente social que es el que produce una alteración de la regularidad (Vásquez, 2011).

Para Laing, en cambio, la enfermedad mental se desarrollaba en entornos esquizofrenizantes o enfermantes, en los que las instituciones psiquiátricas, en vez de curar, desestructuraban y alienaban aún más al paciente, por medio del encierro y un lenguaje “cosificante”, es decir, los términos psiquiátricos usados por el personal médico frente al paciente lo aíslan y circunscriben el significado de la vida del paciente en una determinada enfermedad mental (Techera A. et. al., 2009).

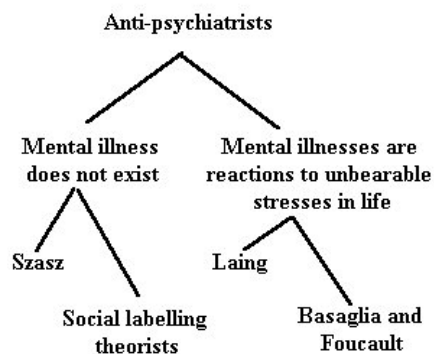


Figura 41: Perspectivas de los principales exponentes de la antipsiquiatría. Fuente: Extraído del libro “Critical psychiatry: The limit of madness” de D B Double, 2006

A partir de estos planteamientos, lo que intenta este movimiento es reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados, relativizando el concepto de normalidad y anormalidad. Se nos presenta, entonces, a la institución psiquiátrica como un ente opresor. El concepto de locura, para la antipsiquiatría, sería una imputación política bajo la categoría de la disidencia (Vásquez, 2011). “La ‘enfermedad mental’, se transforma así, en el mecanismo social, regulado y determinado por la psiquiatría, para patologizar la heterogeneidad humana, su carácter antinómico y su singularidad.”

Se produce entonces un fuerte desencuentro entre la psiquiatría y la antipsiquiatría, lo que ocasionará un cambio importante en el campo de la salud mental. Este choque de posturas da origen a una corriente psiquiátrica que se desentiende de los tratamientos criticados y que admite la pertinencia de incorporar a los enfermos mentales en ambientes más integradores socialmente y menos aislantes. Se puede entender la antipsiquiatría como una perspectiva que influenció en gran manera la reforma del saber psiquiátrico.

Sin embargo, en la década de 1980 el sistema de salud mental comienza a fagocitar esta corriente de pensamiento, a través de proyectos como el Community Care, que rescatan la forma de las propuestas

pero las vacían de contenido. La descentralización del hospital psiquiátrico es utilizada como un recurso político; es decir, sirve como excusa para reducir el presupuesto destinado a salud mental, cerrando gradualmente asilos e instituciones a lo largo de la década. En consecuencia, la reforma que proponía la antipsiquiatría se tradujo en una privatización del sistema de salud mental (Gambina et. al., 2008).

El mito de la enfermedad mental y la fabricación de la locura

En 1961, el médico psiquiatra y psicoanalista Thomas Szasz publicó el libro *El mito de la enfermedad mental*, el cual inició un debate mundial en torno a los denominados trastornos mentales. La tesis principal de Szasz (1961) es que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado, y por consiguiente no puede haber enfermedad mental.

Por lo tanto, los diagnósticos psiquiátricos, bajo la perspectiva de Szasz, serían etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas que poseen conductas que molestan o significan una ofensa para la sociedad. Para esta línea de pensamiento, lo que es conocido como enfermedad mental no existe, por lo que tampoco puede haber hospitalización o tratamiento para un loco. Enfermedades son el cáncer o la hipertensión, mas cuando nos referimos a la mente, lo que encontramos son conductas anormales, no enfermedades.

Según Szasz (1961) en la mayoría de las enfermedades mentales no existe un correlato orgánico, una lesión neurológica, o un trastorno químico; es decir, no hay un gen de la locura. Hay situaciones excepcionales como la depresión endógena, que tiene una deficiencia biológica a nivel de los neurotransmisores (serotonina).

De todas formas, la depresión endógena es una enfermedad común y corriente, que puede ser medicada, lo que es muy distinto a la sedación, como ocurre con las enfermedades mentales diagnosticadas por la psiquiatría, en donde se busca mantener al paciente en un estado de semi-inconsciencia. Szasz (1961) concluye que, estos casos aislados, al no constituir una categoría aparte, no debiesen tratarse en hospitales especiales, como el psiquiátrico, sino que debiesen ser vistos como una enfermedad como cualquier otra.

Vásquez (2011) enfatiza en el hecho que existen diferencias éticas y políticas entre ayudar a alguien bajo su consentimiento y medicar a la fuerza a alguien con drogas. El psiquiatra puede decir que el paciente está enfermo y está padeciendo, mientras que el enfermo pide que lo dejen en paz. En muchos países, explica Vásquez, hay leyes especiales de salud mental que obligan al internamiento y al tratamiento de los esquizofrénicos, sin embargo no existen leyes especiales para el tratamiento coercitivo de los pacientes con Parkinson, Alzheimer y Esclerosis múltiple.

Esta diferencia es sustancial respecto a la medicina tradicional, puesto que un enfermo lógicamente querrá que un médico trate su enfermedad, pero en la psiquiatría muchas veces no es así, y las mejoras de sus conductas o “enfermedades” no siempre son tales, por el contrario, muchas veces se profundizan. A raíz de este diagnóstico, Szasz lidera el combate contra los internamientos psiquiátricos. El rol de la psiquiatría sería entonces el tratar la locura, siendo la esencia de ésta el disturbio social. Para Szasz, el tratamiento psiquiátrico de la locura es similar al de un cargo político de disidencia, en el marco de los estados totalitarios (Vásquez, 2011).

De igual forma, se puede considerar a la psiquiatría como parte de lo que se ha denominado Estado Terapéutico, consistente en una sociedad excesivamente medicalizada y una cultura que ha legitimado el crecimiento desmedido de la industria farmacéutica y sus consecuentes ganancias obscenas, posicionándose como una de las áreas económicas de mayor crecimiento y rentabilidad (Vásquez, 2011).

RED DE SERVICIOS TERRITORIALES DE TRIESTE

Desinstitucionalización psiquiátrica en Italia

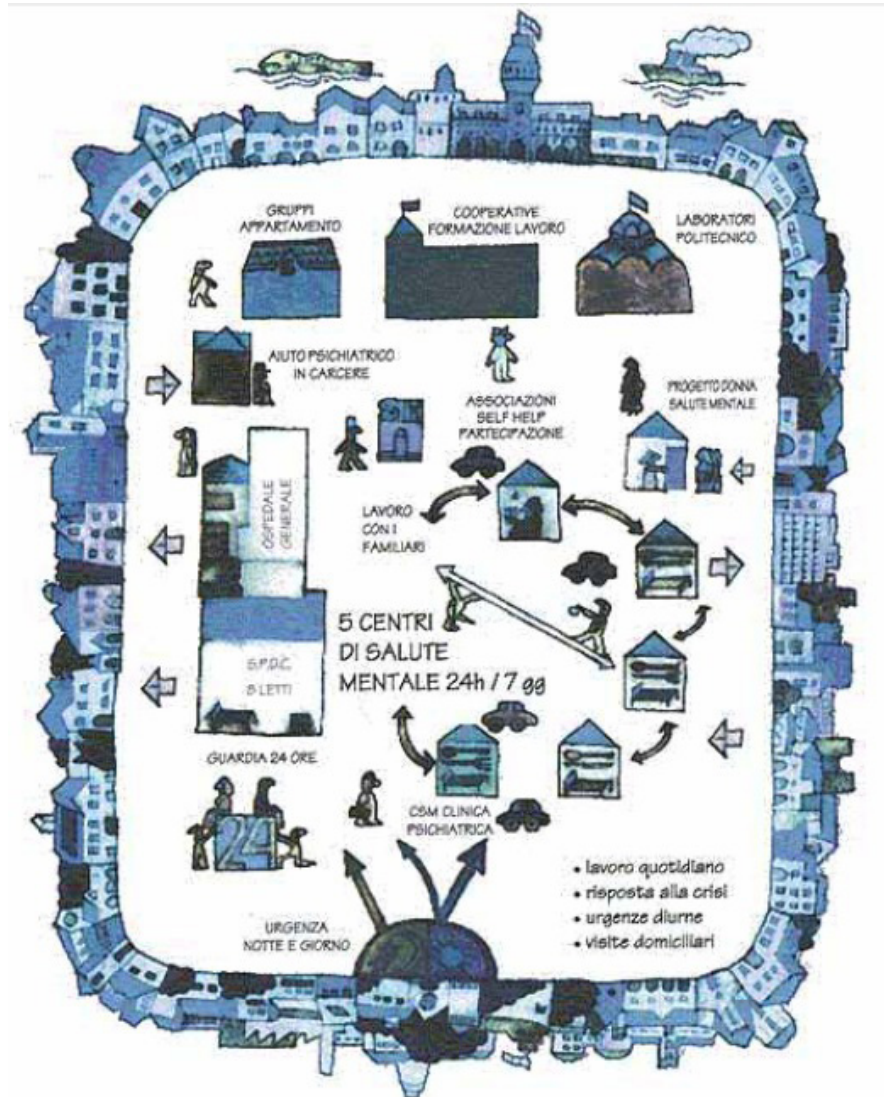


Figura 42: Esquema de red de servicios territoriales en Trieste.

Fuente: Extraído de folleto "Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el manicomio" de Dell'Acqua, 2012

En 1978 el proceso de desinstitucionalización ya se encontraba avanzado, lo que llevó a que se aprobara la Ley Anti-Manicomial 180, la cual define el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos en Italia, sustituyéndose por lugares alternativos de tratamiento. (Techera A. et. al., 2009).

Se decretó también la equiparación de los derechos de los pacientes con las de cualquier ciudadano, y se prohibió el tratamiento de pacientes en contra de su voluntad. Sin embargo, sus ideas revolucionarias no pudieron siquiera implementarse en toda Italia, porque el costo de los recursos humanos y materiales era muy elevado (Araya y Leyton, 2009; García, 31 de agosto de 1980). La Ley 180 llevó al cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos en Italia hacia fines de la década de los noventa (Dell'Acqua, 2012).

- **Centro de Salud Mental**

El CSM que se analizará se encuentra en lo alto de una colina de Trieste, inserto en una especie de complejo, junto a un Centro de Deshabitación de Sustancias Legales, un Departamento de Dependencia, una iglesia, un bar, y una cooperativa, en donde los pacientes hacen trabajos manufacturados. En Trieste hay cuatro CSM; uno por cada distrito. El éxito de la salud mental en Trieste hasta el día de hoy radica en esta correcta distribución de los servicios, sumado a que la densidad de los pacientes es acorde a esta separación. En cada CSM hay 5 o 6 enfermeros por turno (mañana, tarde y noche) y un psiquiatra.

Los CSM tienen un estilo doméstico, es decir, se asemejan a casa particulares. Son de dos pisos y tienen un jardín. En su interior son muy luminosos y predomina el color blanco y azul, que en psicología del color generalmente son asociados con tranquilidad, descanso, relajación y quietud. En el primer nivel se encuentran los dormitorios de los pacientes, que pueden ser individuales o dobles, sumando un total de 6 a 8 camas. El alojamiento de los pacientes convierte a los CSM no sólo en centros de atención, sino que además, se conciben como Unidades de Rehabilitación con camas.

En cuanto a las zonas comunes, el CSM posee sala de estar, sala de terapia y comedor. La dinámica en estos centros de salud es que el personal médico y los pacientes son compañeros de piso, sin jerarquías entre ellos. La relación entre ambos está basada más bien en la negociación a través del lenguaje, sin medidas coercitivas. Además, el uso de fármacos es muy bajo en relación a la media, y el estado cognitivo de los pacientes es significativamente más saludable.

A raíz de esto, los espacios comunes cobran una importancia significativa, en donde por ejemplo, pacientes y trabajadores comen juntos en el comedor. Además, el CSM estudiado posee un balcón abierto con vista al mar en el primer nivel, al cual los pacientes tienen acceso libre. Esta libertad también proporciona información del tipo de tratamiento que se les da a los pacientes, y da cuenta de la relevancia que puede tener la arquitectura a través de una simple vista privilegiada del balcón, que proporciona la sensación al paciente de no estar encerrado ni tratado en contra de su voluntad.



Figura 43: Edificaciones aledañas al Centro de Salud Mental.
Fuente: <http://www.miresidenciadesaludmental.blogspot.cl>



Puerta del edificio de la cooperativa



Comedor del CSM



Balcón con vista al mar del CSM

*Figura 44: Fotografías de uno de los CSM en la colina de Trieste.
Fuente: <http://www.miresidenciadesaludmental.blogspot.cl>*

- **Planta de hospitalización de agudos**

La relación entre trabajadores y pacientes es similar que en los CSM. Pero en Agudos ingresan los que no se pueden controlar del todo ambulatoriamente. Hay 3 enfermeros por turno y uno presencial en la mañana. Hay habitaciones individuales y dobles, y cada una posee un baño particular. La Unidad es abierta, es decir, el paciente puede irse si lo desea. Las visitas no tienen un horario restringido y no hay cámaras de vigilancia en habitaciones ni zonas comunes.



Dormitorio



Baño



Zonas comunes

*Figura 45: Fotografías de la Planta de hospitalización de agudos en Trieste.
Fuente: <http://www.miresidenciadesaludmental.blogspot.cl>*

3.2.2. EN LA ACTUALIDAD

3.2.2.1. Psiquiatría evolucionaria

Este paradigma incipiente de la psiquiatría es lo que César Ojeda (2003) denomina como “La Tercera Etapa” describiendo de manera desmenuzada sus fundamentos teóricos, por lo que este capítulo se basará en sus planteamientos. El autor prevé que esta tercera etapa alcanzará la madurez cuando se produzca una simbiosis entre psicoterapia y el enfoque biologicista.

En la psiquiatría evolucionaria, el concepto de cuerpo-cerebro, implantado por la psiquiatría biológica a fines del siglo XX, comienza a esfumarse, al igual que la idea de que los trastornos mentales poseen una causa patológica.

“Cada vez con mayor claridad se hacía evidente que la neurobiología psiquiátrica no pasaba del nivel de hipótesis aisladas en distintos cuadros clínicos, pero que no había logrado generar una teoría del comportamiento ni estaba cerca de hacerlo. El concepto de que los fenómenos psicopatológicos requerían como causa una alteración del funcionamiento cerebral dejaba fuera de consideración la estructura de la conducta y su significado pero, además, era ciega a un hecho central: la evolución.” (Ojeda, 2003:19)

Esta etapa considera el factor evolutivo del ser humano, lo que implica situarse en la perspectiva de miles de millones de años. El cerebro, considerado evolutivamente, es estructura, pero a su vez es comportamiento, en cuanto a su relación entre el genotipo y el medio.

En las últimas dos décadas los psiquiatras se han interesado cada vez más en las teorías evolucionarias y evolutivas, y del cerebro global. Lo que hace la psiquiatría evolucionaria es integrar los fenómenos clínicos y psicopatológicos que forman el cuerpo de la psiquiatría, en el marco de una teoría de la conducta desarrollada: la teoría evolucionaria.

“Esta teoría es en parte acerca de la replicación genética, en parte acerca de la modificación y transmisión de rasgos genéticamente influenciados a lo largo del tiempo y en distintas formas de medio ambiente. Es en parte acerca de las reglas internas que guían la conducta y la interacción de esas mismas reglas; en parte acerca del aprendizaje, conducta y contingencias ambientales. Y es en parte acerca de la función”. (McGuire y Troisi, 1998:38)

Esta teoría abarca conceptos tanto de los fenotipos llamados normales como las variantes. Entre los principales se encuentran:

- **Causación última:** Explicación de las condiciones pasadas que dejaron mejor situados a algunos rasgos respecto a otros, para resolver problemas adaptativos.
- **Función:** “Propósito” de una conducta.
- **Fitness individual:** La contribución dentro de una población de genotipos para la próxima generación.
- **Adaptación:** Estructuras anatómicas, fisiológicas, psicológicas y conductuales que hacen que un organismo tenga mayor probabilidad de sobrevivir y reproducirse en comparación con otros de la misma especie.

También se abarcan otros conceptos como evolución, selección natural, autointerés y reciprocidad.

La psiquiatría evolucionaria se sirve de estos conceptos para explicar ciertas afecciones mentales. Por ejemplo, la angustia ha tenido un rol adaptativo en la evolución humana; esta “capacidad” ha aumentado la supervivencia y la reproducción frente a las fuerzas de la selección natural. Muchos otros síntomas son displacenteros pero adaptativos, como el dolor, la tos, las náuseas o vómitos, la fiebre, la diarrea, la inflamación, la impotencia funcional de una enfermedad, etc. (Ojeda, 2003).

El ser humano, al ser menos capacitado físicamente en comparación a las especies que le rodean, desarrolló estas conductas adaptativas para poder “evitar el peligro” y así sobrevivir. Entonces muchas de las conductas que a través de toda la evolución han sido adaptativas hoy se les denomina trastorno mental, porque son disfuncionales para la sociedad contemporánea, transformándose en conductas desadaptativas (Ojeda, 2003).

“Te voy a dar un ejemplo: hay gente que le tiene miedo a los ascensores ¡Tremendo! no se puede subir a un ascensor porque se siente atrapado. Uno dice: eso es una alteración mental. Bueno, pero eso hasta hace no mucho tiempo era muy importante, porque un individuo que queda atrapado en la naturaleza se le enreda el pie en una liana y te depredan a los 5 minutos [...] Y por lo tanto, ahora simbólicamente, la sensación de atrapamiento produce angustia.”¹

Proliferación de las psicoterapias

Las teorías evolucionarias, en la medida que explican coherentemente el comportamiento individual, familiar y social, producen un retorno al significado, que se había perdido en la psiquiatría biológica. Este retorno ha llevado a que se reabra la posibilidad de retomar la psicoterapia como instrumento terapéutico fundamental, y de volver a investigar sus efectos (Ojeda, 2003).

A diferencia de la psiquiatría del siglo XIX (ver capítulo 3.1.2.3.), que se centraba en el significado de un modelo somático limitado, la psicoterapia se centra en el significado de los fenómenos psíquicos. Terapia, viene del griego “servir”, “cuidar”, “ayudar”; la forma en cómo se servirá a quien padece encontrará tantas vertientes como áreas encuentre ese padecer (Ojeda, 2003). De ahí que las psicoterapias en la actualidad sean tan diversas y provengan desde distintas perspectivas.

1 Entrevista editada por el autor a César Ojeda, Psiquiatra U. de Chile, 31 de agosto de 2016

3.3. MODELOS ARQUITECTÓNICOS EN LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN CHILE



Figura 46: Hospital Sanatorio El Peral, 1976. Frente a las condiciones en que se encontraban los pacientes en esos años, el Dr. Juan Marconi relata: "...Este era un verdadero matadero social, como una pensión sin propósito, un depósito de enfermos que se morían de frío en las noches de invierno".

Fuente: Fotografía de Álvaro Mardones, Fernando Balmaceda

Garafulic (1957) divide la historia de la psiquiatría en Chile en cuatro etapas, o lo que él denomina el "desarrollo psiquiátrico". Estas etapas son la pre-psiquiátrica, la médico-filantrópica, la del predominio del criterio psiquiátrico, y la de expansión de la psiquiatría.

Se debe considerar que, por ser una clasificación que fue hecha hace 60 años, se complementará con el trabajo de otros autores. De esta manera, las etapas que se añaden al trabajo de Garafulic son: 1) psiquiatría comunitaria y conflictos políticos y 2) la psiquiatría en la actualidad: modelo ambulatorio-comunitario.

La psiquiatría chilena, como prácticamente la totalidad de las ciencias, fue influida fuertemente por los círculos intelectuales del primer mundo. De esta manera, todo el siglo XIX está influido por Europa, especialmente por la Escuela Francesa, con personajes como Esquirol, Magnan y Charcot (Garafulic, 1957).

En el siglo XX sigue la influencia francesa, pero comienzan a aparecer la Escuela Alemana y Austriaca, junto a personajes suizos, italianos, rusos e ingleses, con nombres como Claude, Binet, Clerambault, Marie, Kraepelin, Bumke, Kretschmer, Wagner Von Jauregg, entre otros. Mención aparte merece la influencia norteamericana, que tuvo gran resonancia en la disciplina (Garafulic, 1957).

El presente capítulo pretende enmarcar estas distintas etapas en la clasificación que realiza Foucault de los movimientos en la historia de la psiquiatría.

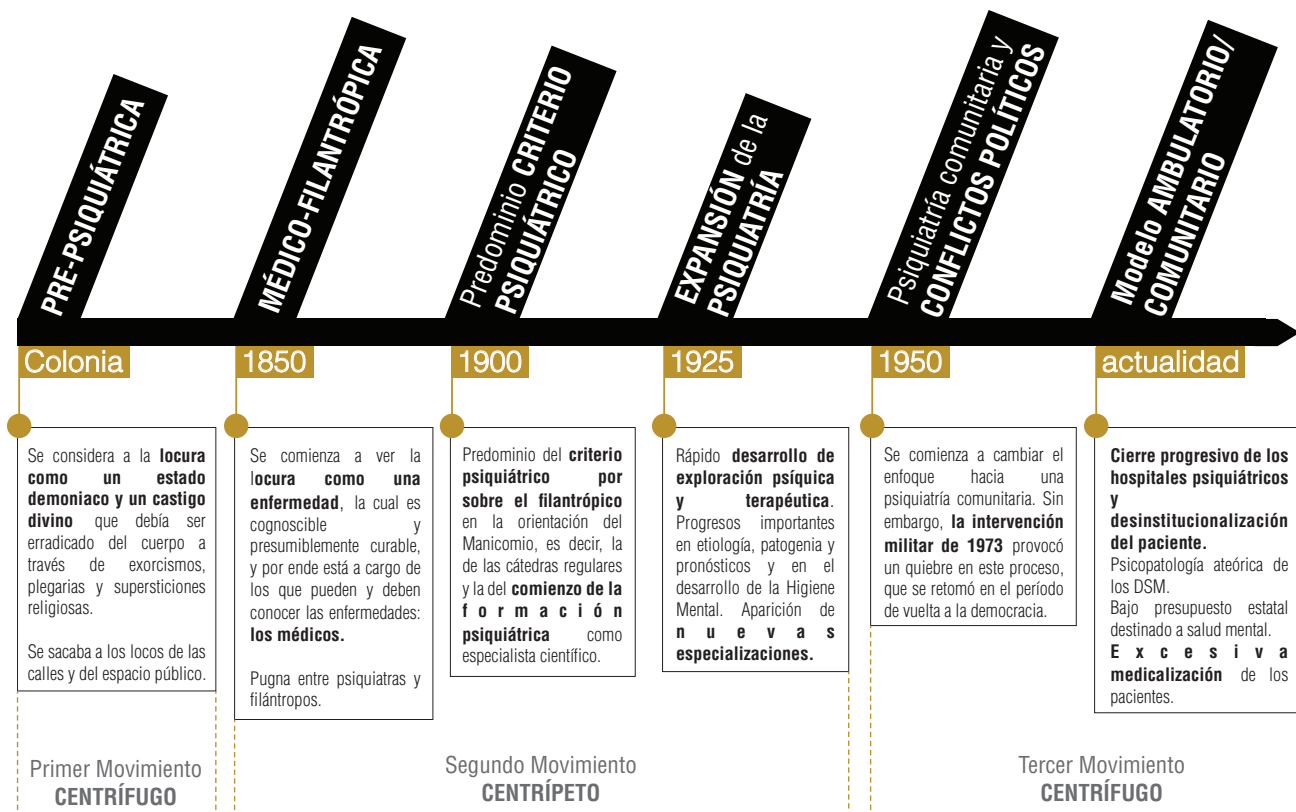


Figura 47: Historia de la psiquiatría en Chile. Fuente: Elaboración propia

3.3.1. ETAPA PREPSIQUIÁTRICA

Primer movimiento, centrífugo: se intentaba sacar a los locos de las calles y del espacio público, por ser considerados elementos poco gratos para la autoridad.

La primera de las etapas se encuentra en el período colonial y los primeros años de la república. Esta etapa se caracteriza por ser una mera reverberación del enfoque del resto de los países occidentales. Bajo esta perspectiva, se consideraba a la locura como un estado demoníaco y un castigo divino que debía ser erradicado del cuerpo a través de exorcismos, plegarias y toda clase de supersticiones propias de una época dominada por la religión.

En Chile, durante la colonia, los médicos no contaban con conocimientos acerca de la locura, por lo que no existían espacios institucionalizados que se hicieran cargo de los alienados. Éstos recorrían los caminos y las calles de las ciudades coloniales, sin significar una mayor preocupación para las autoridades. Los espacios que estaban destinados a los locos eran compartidos con delincuentes, desertores, prostitutas, borrachos, etc. (Laval, 1995).

Se clasificaba a los locos en tres grupos: furiosos, deprimidos y tranquilos. A los primeros se les buscaba tranquilizar mediante ayunos, palos y duchas frías. Si estos mecanismos no funcionaban se los instalaba en el cepo. Como última medida, se les ataba a un muro, mediante una cadena. A los deprimidos se les aislaba en una habitación dentro de su domicilio, donde eran cuidados y se les privaba de las relaciones sociales. Los tranquilos, al no constituir peligro, alternaban sus relaciones con la familia y las amistades (Laval, 1995).

Lo anterior era un procedimiento propio de las familias pobres, puesto que quienes tenían recursos (oligarquía y comerciantes exitosos de la ciudad) enviaban a los enfermos al Hospital San Andrés de Lima, por vía marítima (Aroca, 2010; Garafulic, 1957).

Hubo un primer intento de hacerse cargo de los alienados en el año 1834, cuando se desplomó la muralla sur del Hospital San Juan de Dios. Este hecho llevó a que la Junta Directora del Hospital y Casa de Expósitos acordaran aprovechar este espacio para construir mediaguas que estarían destinadas a guardar colchones y a hospitalizar psicóticos (Garafulic, 1957). Este hecho se puede entender como una transición hacia la segunda etapa de la psiquiatría en Chile, debido a que se comenzaba a entender la locura como una enfermedad que podía ser tratada.

La construcción de las mediaguas fue insuficiente, por lo que en 1839 el Gobierno ordenó a la Junta Directiva de Hospitales confeccionar los planos para un "Hospital de locos". Esta medida no prosperó, produciéndose una pausa de varios años, antes de la construcción del primer hospital psiquiátrico del país (Garafulic, 1957).

3.3.2. ETAPA MÉDICO-FILANTRÓPICA

Segundo movimiento, centrípeto: Se comienza a encerrar a los locos en establecimientos.

La etapa médico filantrópica se desarrolla durante la segunda mitad del siglo XIX. Su inicio coincide con la guerra de la independencia nacional y con la influencia proveniente de Francia. El acontecimiento que marca este inicio es la creación de la Casa de Orates, el año 1852 en Santiago, con el fin de dar solución al problema de la locura. A través de este establecimiento se desarrolla y expande la psiquiatría chilena hasta la actualidad. Se debe mencionar que la Casa de Orates fue el único establecimiento de este tipo en el país durante gran parte de la segunda mitad del siglo XIX.

En esta nueva etapa los locos vagan por las calles, y sólo se les encierra cuando hacen desórdenes. Estos espacios de encierro podían ser hospicios, hospitales o cárceles. Se deja atrás la visión supersticiosa de la época pre-psiquiátrica y se comienza a ver la locura como una enfermedad, la cual es cognoscible y presumiblemente curable, y por ende está a cargo de los que pueden y deben conocer las enfermedades: los médicos. A medida que pasaban los años, se fue formando una pugna entre el criterio y los propósitos de los psiquiatras, y los de los filántropos que gobernaban no sólo el Manicomio sino toda la Beneficencia. Éstos usaban sus regalos y su “filantropía” como una forma de mantener su hegemonía (Aroca, 2010).

Al igual que en la etapa pre-psiquiátrica, en ésta, las familias con poder económico enviaban a sus parientes alienados al extranjero, o bien, los mantenían aislados en sus casas, en los fundos, resguardados de la mirada de la gente. La Casa de Orates era ocupada en su totalidad por pobres, ya que ésta era una institución de caridad. Los locos que se internaban provenían de todas partes de Chile (Aroca, 2010).

El Ministro Diego Portales había iniciado un proceso llamado disciplinamiento, en la década de 1830. Este proceso incluiría la Penitenciaría, la Casa de Orates, el perfeccionamiento de la aduana, entre otras medidas. En este marco, se comienza a llevar a los locos a un cuartel militar desafectado y en ruinas, en 1852 (Aroca, 2010).

La mayor parte de los casos de alienados relatados por la prensa eran de personas pobres. Estos relatos tuvieron cabida un par de meses antes de la apertura de la Casa de Orates:

“Una de esas perfidas dementes que el vulgo gusta aplaudir, ha cometido un escandaloso atentado, ultrajando la decencia y la moral ante un concurso de jentes, y ofendiendo del modo mas atrevido e indecente una respetable familia. La libertad en las calles de estas desgraciadas criaturas es una amenaza indirecta contra el recato y delicadeza de las familias y un espectáculo de inútil conmisericordia para el pueblo. Importa, pues, a la seguridad y moralidad publicas que tales personas no salgan del recinto de un hospital u hospicio, para ahorrar una desgracia a las familias y prevenir escandalos perniciosos”. (El Mercurio, 5 de julio 1852)

El Diario, a través de la serie de adjetivaciones negativas y despectivas a la locura, funciona como un instrumento más del sistema de disciplinamiento de la sinrazón y de educación de los cuerdos iniciada por Diego Portales. Lo que hace a través de este mecanismo es reforzar la idea de normalidad y anormalidad, asociada esta última a la locura. De esta manera, los locos pobres serían capturados por la policía y enviados por los jueves a la Casa de Locos (Aroca, 2010).

Al tiempo que las lógicas de exclusión y rechazo absoluto a la figura del loco, provenientes de una visión política y religiosa, estaban arraigadas en la estructura misma de la sociedad, se comenzaba a amasar, en las esferas científicas e intelectuales, una manera de abordar la locura que podría considerarse más seria, con personajes que forjarían el nacimiento de la psiquiatría en Chile. El Dr. Manuel Antonio Carmona

se convierte en un referente importante del nacimiento de esta “nueva ciencia”, al estudiar y tratar a una muchacha pobre, semialfabetada, llamada Carmen Marín. Ésta ingresa al Hospicio de Santiago en 1857, ya que se creía firmemente, por la mayoría de la gente, que estaba poseída por el demonio (Roa, 1974).

Durante el gobierno progresista de Manuel Montt (1851-1861), el intenso debate entre lo político y lo religioso se daba aún en reducidos círculos de intelectuales influidos por pensadores ingleses, franceses y alemanes. Es en este contexto que el Dr. Carmona imprime la primera interpretación seria a lo que era considerado tradicionalmente como posesión demoníaca. Carmona se adelantó por décadas a Janet y Freud, al ver en las “crisis demoníacas” expresiones simbólicas de instintos libidinosos, amores despechados, culpas y remordimientos. Se convierte así en el primer hombre de ciencias chileno en adentrarse en la psique de los endemoniados, representando, sin duda, un gran avance para nuestra historia (Roa, 1974).

Junto con Carmona, la figura de Ramón Elguero fue importante, al adelantarse a la hipótesis de la existencia de causas remotas y desencadenantes, además de interesarse sobremanera en el misterio de la psique humana. En 1860, Elguero clasifica los cuadros según su forma de locura, según las estaciones del año, según procedencia, según la profesión, etc. Algunos de los cuadros que diagnostica son la manía aguda, manía homicida, lipemanía, manía crónica, monomanía intermitente, erotomanía, manía parálitica, manía religiosa, manía epiléptica, alucinación, etc. (Roa, 1974).

Pero el que llevaría a la psiquiatría chilena del XIX a su punto cúlmine sería Augusto Orrego Luco, adelantándose a concepciones combatidas en su época e incluso innovadoras para buena parte del siglo XX. Algunas de sus ideas fueron que el principio de causa-efecto no rige para alucinaciones tóxicas; de que la constitución del hombre es plástica y puede variar de acuerdo a sus deseos a lo largo de la vida; de que el hombre siempre apunta a parecerse al otro; de que la evolución y los síntomas de los enfermos mentales evolucionan de distinta forma, según se les encierre en un hospital o bien, se les deje libres (Roa, 1974).

De todas formas, esta etapa debe ser entendida como una transición, debido a que las opiniones respecto a las causas de la locura estaban aún muy divididas, estando todavía para el sector eclesiástico, ligadas a influencias demoníacas. De hecho, durante la segunda mitad del siglo XIX, la ciencia psiquiátrica tuvo poca incidencia, viéndose desplazada por criterios filantrópicos, que se materializaban a través del encierro de los locos. Se puede decir que la medicalización de la locura era una suma de discursos propios de la modernidad, con discursos más tradicionales acerca de cómo encerrar a los enajenados mentales (Torres, 2014).

CASA DE ORATES DE SANTIAGO (1852-1891)

Intento de tratamiento moral



Figura 48: Vista general de la Casa de Orates.
Fuente: <http://www.memoriachilena.cl>

La Casa de Orates fue diseñada por el arquitecto Fermín Vivaceta, y fue inaugurada el 12 de septiembre de 1858. Los principios del tratamiento moral (ver capítulo 3.1.2.1) tuvieron una gran influencia en los médicos de la Casa de Orates, respecto al modo en cómo debían tratar a los pacientes al interior del recinto (Torres, 2014).

Los médicos de la época le asignaban una importancia central al aislamiento de los alienados, debido a que, de esta forma, se sustraería del espacio público a los sujetos potencialmente peligrosos. El aislamiento y el encierro también cumplían la función de poner las pasiones y la barbarie del loco dentro de los marcos de la razón, mediante la sumisión y la disciplina (Torres, 2014).

Otro elemento que los médicos consideraban importante como medida terapéutica era el trabajo, ya que de esta forma se mantendría la salud física del alienado (Sazié, 1881:178). Por último, se reconocía que el aislamiento, la disciplina y el orden producirían efectos negativos en los alienados, por lo que se incorporaría juegos y actividades recreativas, para compensar estos efectos (Torres, 2014).

Sin embargo, los problemas que atravesaba la Casa de Orates harían impracticable el tratamiento moral. Una de las dificultades principales fue la conflictiva relación entre el médico y el administrador del establecimiento. El discurso médico de los primeros fue desplazado por el discurso filantrópico de los segundos, privilegiando aliviar la desgracia de los alienados, en lugar de tratar su enfermedad científicamente (Torres, 2014).

Elguero (1861) enfatiza la falta de preparación profesional para tratar las enfermedades mentales en la Casa de Orates. Por ende, ésta sólo estaba sirviendo como albergue de los alienados, sin proponer un tratamiento científico para curar a los enfermos. Sumado a lo anterior, Sazié (1881) señalaba que hacían falta talleres para los trabajos de los alienados, por lo que muchos de ellos se encontraban sin ocupación. Agrega que las distracciones no se podían llevar a cabo y responsabilizaba a la escasez de recursos financieros (provenientes del Estado) que hacían difícil una óptima gestión de la Casa de Orates. El hacinamiento era otro problema que aquejaba a la institución, haciéndose insuficiente la asistencia médica, y convirtiendo en dormitorios los lugares que antes se utilizaban como enfermería (Torres, 2014).



Figura 49: Fachada de la Casa de Orates de calle los Olivos con avenida la Paz, a fines del Siglo XIX (Archivo Nacional).

Fuente: Extraído de "Historia de los terrenos de la Casa de Orates de Santiago de Chile", Carlos Osorio. Rev Med Chile 2016; 144

Diseño del edificio

El diseño de la Casa de Orates no fue muy diferente del resto de las obras del arquitecto Fermín Vivaceta. La decisión de emplazarlo fuera de la ciudad en el barrio de la Chimba fue deliberadamente con el propósito de alejar a los enajenados mentales de la sociedad. Si bien se les quería esconder a estos pacientes del resto del mundo, el edificio hablaba de todo lo contrario. Era una construcción de gran escala para el sector donde se emplazaba con grandes bloques de dos pisos de gran altura.

Los grandes bloques estaban organizados de manera que los enfermos tuvieran rápido acceso a las áreas comunes de recreación y atención, pero a la vez buscaba separarlos de otros espacios a los que no podían acceder como es el caso de los pabellones de pacientes del sexo contrario. Las oficinas y recintos de monjas se distribuían de manera tal que los enfermos estuvieran permanentemente controlados en el centro del predio, dejando los bloques de servicio de administración como talleres, herrerías, zapaterías, entre otros, en el perímetro.

“La Casa de Orates se sitúa en la parte norte de la ciudad de Santiago; ocupa varias hectáreas de terreno, además de tener sitios anexos que sirven para cultivar huertos y otras cosas. Los diversos cuerpos del edificio que forman la casa son elevados, bien ventilados y distribuidos de manera que el sector de hombres sea siempre separado de aquel de mujeres. Entre los diversos departamentos se encuentran numerosos caminos plantados de árboles, que durante el verano dan sombra agradable y frutos deliciosos a los internos. Los patios separan diversas secciones, como los convalecientes de los furiosos.” (Murillo, 1889)

La inversión estatal demostraba el interés del país en el desarrollo de políticas sanitarias públicas que le cambiaran la cara a Chile. Pero con el pasar de los años, este interés estatal se fue desvaneciendo, dejando la Casa de Orates abandonada y a cargo de una Junta de Beneficencia. El estado del edificio fue decayendo hasta condiciones deplorables. A fines de la década de 1890 y comienzos del siglo XX, el nuevo administrador, Pedro Montt, efectúa nuevas construcciones en el edificio, las cuales consistieron en una capilla, segundos pisos de salas y dependencias que daban a la calle Los Olivos, el Salón Grez (teatro), departamentos crónicos, laboratorios, bibliotecas y casas de observaciones.



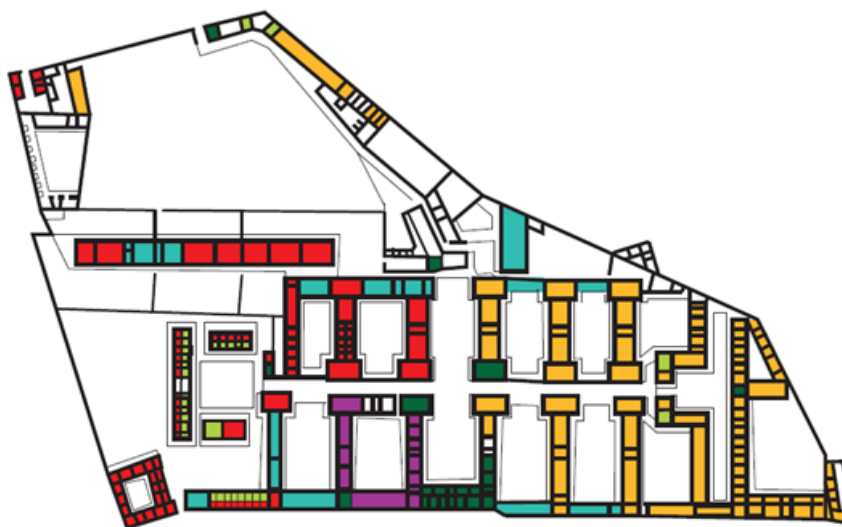
Figura 50: Esquema de las quintas de las familias Matte y Valdivieso en la Cañadilla. Se indica en color blanco la Casa de Orates de calle los Olivos.

Fuente: Extraído de “Historia de los terrenos del Hospital Clínico y Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”. Carlos Osorio. Rev Med Chile 2015; 143: 252-6

Distribución programática

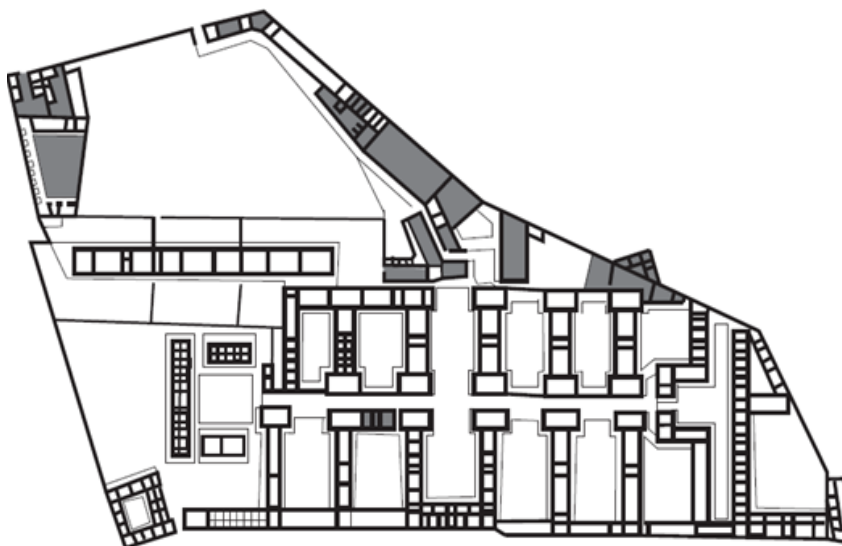
- Dormitorios de hombres
- Dormitorios de mujeres
- Salones
- Oficinas
- Comedores
- Monjas

Comienza a notarse una paulatina preocupación por la organización de los espacios según su función. El edificio es más que sólo un volumen que agrupa situaciones, pues se piensa desde el hombre, sus características y actividades. El espacio responde al paciente, administrador y doctor.



Servicios

Los servicios se disponen en el perímetro del predio, dejando grandes espacios abiertos libres, concepto que volverá a ser utilizado en la arquitectura moderna. Su distribución claramente sectorizada demuestra que en aquella época ya pensaba en una organización programática.



Esta forma de hacer arquitectura es bastante eficiente pues facilita una mejor administración.

Espacios libres

Los espacios libres entre los volúmenes construidos estaban diseñados para cumplir un rol estético y también funcional. El área verde cumplía un rol importante también en la terapia, pues le otorgaba tranquilidad y distensión a los enfermos fuera de los pabellones.



El espacio libre entonces, más que separar los bloques, termina uniendo los programas diferenciados y sectorizados para entender que la distribución programática no implica dispersión.

Figura 51: Variables arquitectónicas de la Casa de Orates.
Fuente: Elaboración propia

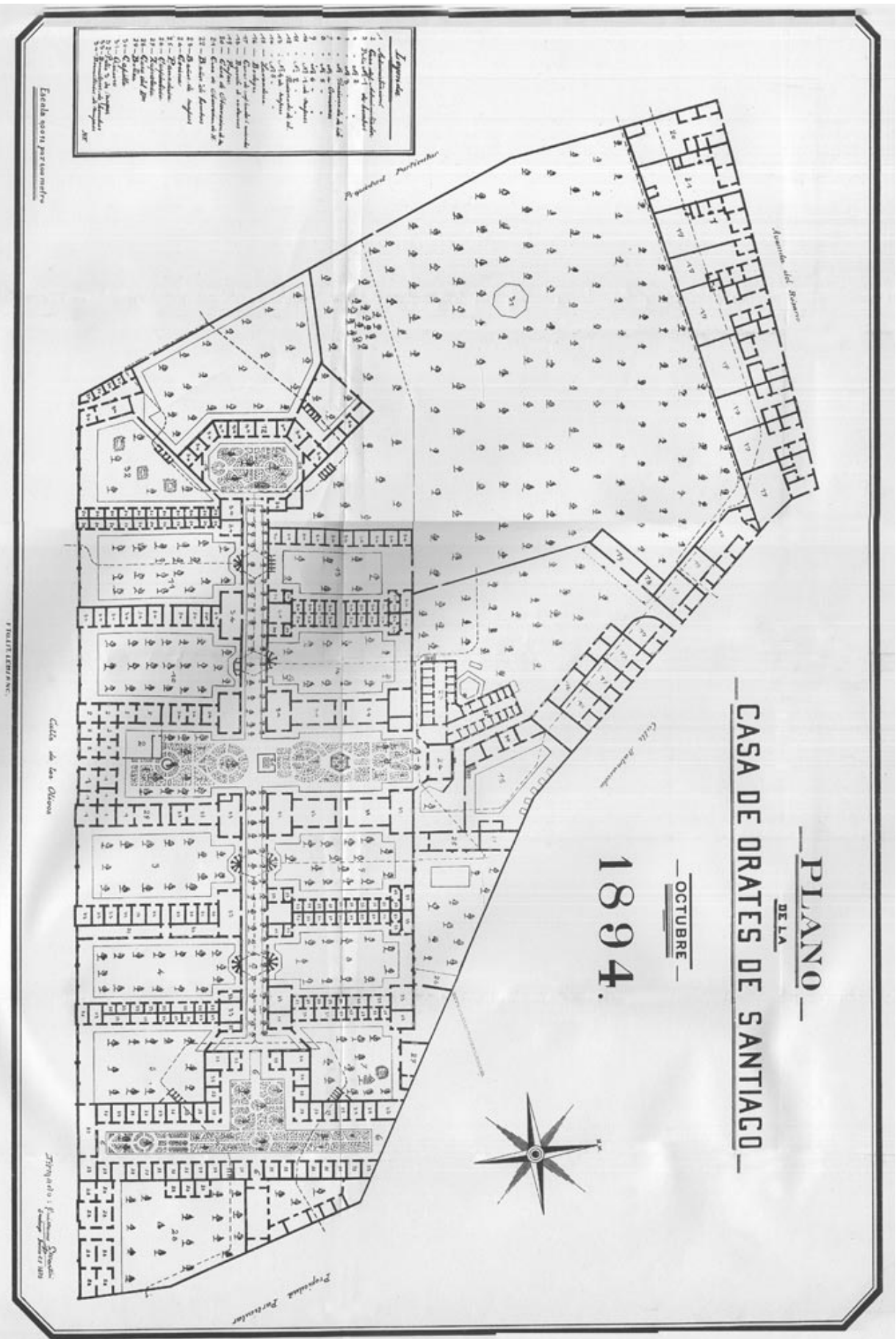
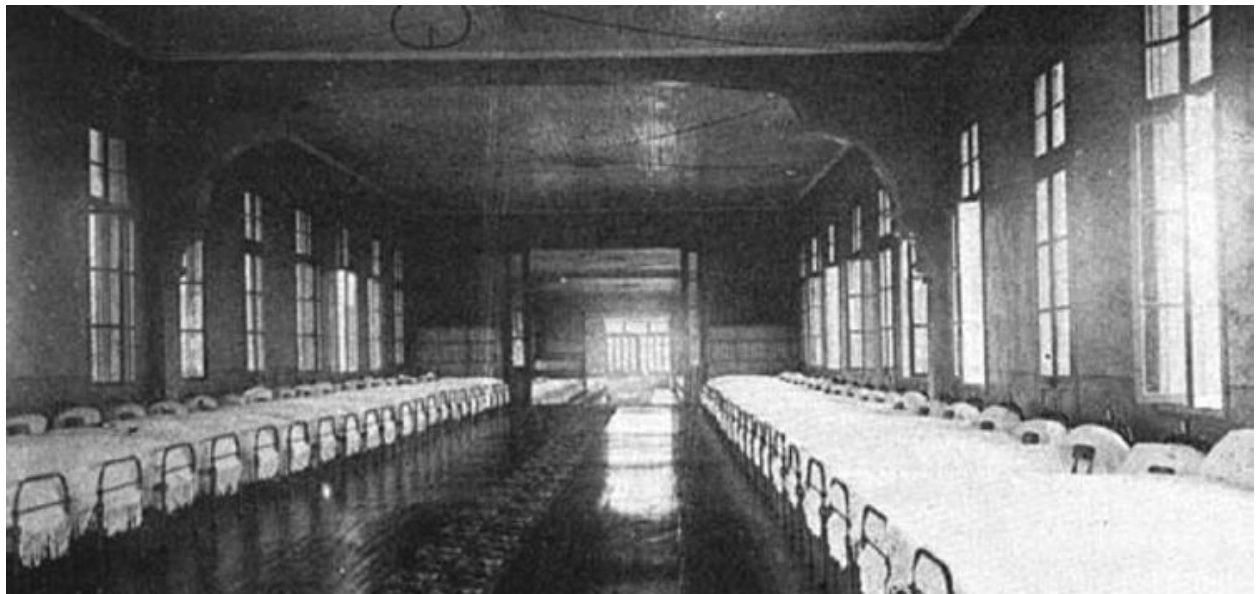


Figura 52: Plano de la Casa de Orates de Santiago, 1894.
 Fuente: <http://www.memoriachilena.cl>



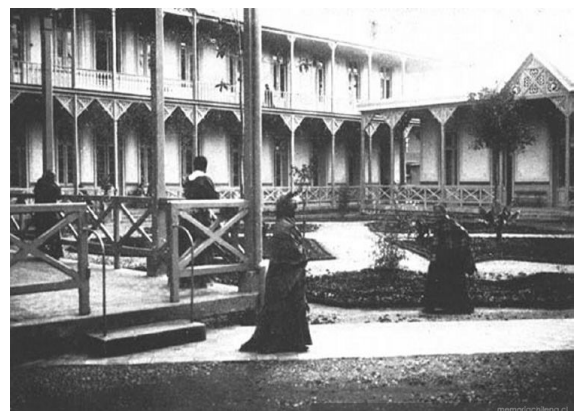
Vista general de la Casa de Orates



Pabellón Marcoleta Segundo Piso



Cocina de la Casa de Orates



Pabellón Morandé

*Figura 53: Colección gráfica Movimiento de la Casa de Orates de Santiago, 1901.
Fuente: <http://www.memoriachilena.cl>*

3.3.3. PREDOMINIO DEL CRITERIO PSIQUIÁTRICO

La tercera etapa se desarrolla desde finales del siglo XIX hasta mediados de la década de 1920. Es la etapa del predominio del criterio psiquiátrico por sobre el filantrópico en la orientación del Manicomio, es decir, la de las cátedras regulares y la del comienzo de la formación psiquiátrica como especialista científico (Garafulic, 1957).

“Es la etapa en que aparecen revistas, en que se empieza a asistir a Congresos Internacionales, en que se lucha por un personal técnico y auxiliar adecuado, en que se pretenden investigaciones, en que se perfeccionan clasificaciones diagnósticas, en que se obtienen mayor número de éxitos terapéuticos, en que se nombran directores médicos, en que el funcionario administrativo cede su supremacía al médico”. (Garafulic, 1957:62)

Fue significativa la formación de dos neuropsiquiatras con Jean Martín-Charcot en París, para la naciente psiquiatría chilena, en la última década del siglo XIX. Lorenzo Sazié y Augusto Orrego Luco (ambos becados) traen a Chile la electroterapia, la idea etiológica degenerativa de la locura, el tratamiento de la histeria, entre otros. La psiquiatría chilena comienza a tener algunas bases científicas a fines del siglo XIX (Aroca, 2010; Araya y Leyton: 2009).

La influencia de Charcot repercutió especialmente en Orrego Luco, quien en 1882 le envió un estudio sobre la histeria traumática, que fue publicada en la revista francesa Iconografía de La Salpêtrière (Araya y Leyton, 2009). Dicho de otra forma, la psiquiatría en Chile se ve fuertemente influenciada por el enfoque que imperaba en la época: el organicismo. Esto explica que la Cátedra de Psiquiatría, desde su creación en 1889, hasta su división en 1927, fue compartida con la Neurología (Araya y Leyton, 2009).

Desde 1910, los médicos fueron poco a poco ganando posiciones en el Manicomio Nacional; de residencia, sub-directoría, y finalmente, la Dirección del Establecimiento sin una junta filantrópica, sino que con un Consejo Técnico. En 1928, se creó el Hospital Psiquiátrico, a través del decreto 26-1-27, separándolo del Manicomio, y pasando a depender de una Dirección Técnica. En 1926 se creó la Escuela de Enfermeros y Enfermeras de alienados. En 1927 se adquirió el Open Door del Peral y se creó el Asilo de Temperancia. Durante la década de 1920 entraron a colaborar al establecimiento Visitadoras Sociales y Enfermeras Universitarias (Garafulic, 1957).

3.3.4. EXPANSIÓN DE LA PSIQUIATRÍA

La cuarta etapa se despliega desde finales de la década de 1920 hasta inicios de la segunda mitad del siglo XX. Se caracteriza por el rápido desarrollo de la exploración psíquica y terapéutica, cuyos efectos son convincentes. También se aprecian progresos importantes en etiología, patogenia y pronósticos y en el desarrollo de la Higiene Mental.

Todo lo anterior va acompañado de Congresos Nacionales e Internacionales, de la creación y expansión de Sociedades Científicas atingentes, y de la publicación de libros y revistas. Se debe señalar, sin embargo, que esta expansión psiquiátrica se desarrolló casi únicamente en Santiago. Aparecen también nuevas especializaciones, como la Neuropsiquiatría Infantil, la Psicocirugía, el Psicoanálisis, la Neurofisiología, el Psicopatismo. Esta etapa se caracteriza también por una preocupación de la sociedad por lo psíquico y lo psicopatológico.

“Es la etapa en que el concepto de manicomio es supeditado por el de Hospital Psiquiátrico, en que se

alargan los estudios y hay estímulos para ser profesor, en que el especialista para a ser más respetado y consultado (...) en que tener una afección psíquica y una preocupación por la salud mental va dejando de ser una vergüenza crónica e irreversible; en que las estadísticas permiten una mayor satisfacción; en que vienen de otros países a enseñar o aprender; en que, para usar un término psiquiátrico, no todo es represión y va abriéndose un sendero para la satisfacción. Y en que empezamos a preocuparnos de las provincias como centros necesarios de expansión". (Garafulic, 1957:62)

Terapias de electroshock en la consolidación de la psiquiatría en Chile

La electroterapia se utilizaba institucionalmente en Chile desde el siglo XIX, en los estados neuropáticos, neuralgias, neurastenia, anemia, histeria, etc. (Garafulic, 1957). Desde 1890 se comenzaron a instalar en la Casa de Orates de Santiago una sección de Electroterapia, que en ese entonces era lo mejor que había en Chile en este tipo de instalaciones (Zilleruelo, 1896). Los médicos chilenos, por ese entonces, ponían el tema de la electroterapia en las sesiones de la Sociedad Médica de Santiago, lo debatían en conferencias clínicas, y los más capacitados incluso viajaban a Europa a informar sobre los logros terapéuticos de la electricidad (Aroca y Leyton, 2009).

En 1937 asumió la Cátedra de Psiquiatría el médico Arturo Vivado. Durante su gestión creó un laboratorio de psiquiatría experimental y se compraron las primeras máquinas para administrar corriente eléctrica a los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Santiago. Vivado introdujo las terapias biológicas de shock en Chile: cardiazolterapia, insulino terapia y terapia electroconvulsiva o electroshock. El fin de estas medidas era elevar a la psiquiatría chilena al rango de disciplina científica (Araya y Leyton, 2009). Araya y Leyton (2009) sostienen que, según los antecedentes que se tienen en base a opiniones y artículos especializados de la época, las terapias biológicas (especialmente la insulino terapia) se vuelven más peligrosas y se logran cada vez menos resultados, a medida que pasan los años.

Sin embargo, la insistencia de la psiquiatría por este tipo de terapias persistirá.

"Estamos empezando una marcha épica por esta nueva vía de progreso. Si bien es cierto que nuestras armas presentes son todavía imperfectas, contienen en sí los gérmenes de desarrollos futuros que trasformarán nuestra primitiva Psiquiatría actual en una disciplina organizada, capaz no sólo de modificar las neurosis y psicosis, sino de influenciar el desarrollo mental de los seres humanos." (Matte, 1944)

El médico chileno Ignacio Matte auguraba con convencimiento que el electroshock era el acceso que tenía la psiquiatría a la experimentación bioquímica, endocrinológica y farmacológica. Se puede decir que las ideas de Matte eran complementarias a las de Vivado. Si éste veía en las terapias con insulina y cardiazol la legitimización de la psiquiatría dentro de la medicina, Matte veía al electroshock como el que llevaría a la psiquiatría a niveles de organización, eficiencia y modernidad sin precedentes (Araya y Leyton, 2009).

En 1943, Vivado informaba acerca de los resultados de la terapia electroconvulsiva, o electroshock, en 75 pacientes que padecían diversas enfermedades mentales. El 80% de los esquizofrénicos agudos obtuvo una mejora total. Mientras que en los pacientes crónicos el escenario no fue exitoso: sólo un 22% se mejoró completamente (Araya y Leyton, 2009). Al año siguiente, Ignacio Matte da a conocer los detalles de la implementación del electroshock, las teorías sobre los mecanismos de acción y las consecuencias en los enfermos.

"...la amnesia es muy marcada, y ciertamente la memoria para todos los episodios recientes está perdida. Si se continúa hasta completar unas doce aplicaciones la confusión puede llegar a ser

profunda, como lo revela el hecho de que el enfermo puede olvidar hasta su propio nombre, profesión, nombre de su cónyuge, hijos, etc. Tiene también una desorientación total en el tiempo y en el espacio, y no sabe que está recibiendo el tratamiento de shock.” (Matte, 1944)

Como en ese entonces no era posible establecer las implicancias del tratamiento en cuestión, la tendencia era a aplicarla en todos los casos de enfermedades mentales (Matte, 1944). Esta situación persistirá, lo que llevará al creciente cuestionamiento desde la sociedad a la ética de la psiquiatría, debido a que sus terapias se sirven del empirismo y la investigación en individuos privados de libertad, lo que se tiende a asociar con prácticas abusivas y de desconocimiento (Araya y Leyton, 2009).

En 1947, el Grupo para la Promoción de Psiquiatría (GAP) elabora un documento que critica el uso del electroshock y su desvirtuación como práctica médica (Passione, 2004). Este documento no tiene repercusión en Chile, por lo que aún en 1953 se sigue aplicando el electroshock y los comas insulínicos en pacientes (Araya y Leyton, 2009).

OPEN DOOR EL PERAL, 1928



Figura 54: Construcciones del Open Door - La cocina central y dependencias.
Fuente: Cuenta Pública Hospital Psiquiátrico El Peral, MINSAL, 2015

El hoy llamado Hospital Psiquiátrico El Peral fue creado en 1928. El objetivo inicial era convertirlo en una granja de laborterapia, para lo cual se adquiere el Fundo El Peral y se le denomina “Open Door”, lo que indicaba que en su interior “no había cerrojos” y los enfermos podían circular libremente. El nuevo hospital estaba destinado a recibir a los pacientes considerados irrecuperables del entonces Manicomio Nacional, hoy Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. En ese entonces era parte de un proyecto nacional que pretendía instalar varias instituciones de este tipo a lo largo del país, pero que finalmente fue el único que se ejecutó (Gómez, 2005; MINSAL, 2009).

“En el año '25-'26 lo compra el Estado chileno [la hacienda El Peral], a propósito de que un señor del Ministerio de Salud había ido a ver a Inglaterra qué se hacía con los pacientes psiquiátricos. Y allá lo que le mostraron fue que lo que hacían era llevarlos al campo, alejarlos de la ciudad, y ponerlos a trabajar, porque se sabía que ya estaban iniciándose lo que se llamaba la ergonomía en el trabajo, y que los pacientes que tenían desórdenes mentales y desórdenes del comportamiento había que estructurarles la vida de forma muy rutinaria, muy clara, con harta rutina, y ocuparles el tiempo ocioso, es decir, había que hacerlos trabajar, y los hacían trabajar en el campo. Entonces a esos lugares en Inglaterra les llamaban Open Door”.¹

El lugar contaba con una importante ingeniería agropecuaria, lo que incluía lechería y producción agrícola (Gómez, 2005). Durante el gobierno de Pedro Aguirre Cerda se construyen 21 pabellones de Reeducción Mental, destinados al tratamiento de toxicomanías, es decir, alcoholismo y morfinomanía.

En 1945 se autoriza la autonomía del Open Door, que se llamará Hospital Colonia El Peral. En 1954 se construyen otros dos pabellones de crónicos (MINSAL, 2009). Entre 1940 y 1952 asumirá como subdirector delegado el Dr. Carlos Larson, quien impulsa la organización de los talleres de zapatería, escobas, cordeles, baldosas, muebles, mimbre, ladrillos y adobes, carpintería, gasfitería, corte y confección, etc., además de mejorar el trabajo agrícola y establecer la remuneración de los pacientes (Gómez y Villanueva, 2010).

El psiquiatra Cristian Anuch (2016) se refiere al modelo de Open Door:

“Es interesante cómo ese asilo de alguna manera trataba de recrear un escenario un poco diferente al de la ciudad. O sea como el campo (...) en el contexto del asilo, igual que el orfanato, igual que el asilo de ancianos, muchos locos, muchos niños, muchos ancianos que nadie los quiere ver, porque representan lo que la sociedad no quiere ser, en el sentido del rendimiento, la productividad, la industria, etc. (...) Pero probablemente también pasaban cosas muy buenas [...] de alguna manera logran salir de un sistema, que por un lado los marginaba, pero por otro lado ¡quién sabe! qué bien se está bajo ese sistema.”²

1 Entrevista editada por el autor a Hernán Garcés, Director Hospital Psiquiátrico El Peral, 05 de octubre de 2016

2 Entrevista editada por el autor a Cristian Anuch, Psiquiatra U. Católica y Jefe Hospital de Día Cardenal Raúl Silva Henríquez del Hospital Sótero del Río, 05 de octubre de 2016



Colonia agrícola del Open Door - Sección "Crianza de chanchos"



Uno de los palomares del Open Door



Colonia agrícola del Open Door - Pacientes trabajando en la recolección de pasto

Figura 55: Colección fotográfica del antiguo Open Door.
Fuente: Cuenta Pública Hospital Psiquiátrico El Peral, MINSAL, 2015

3.3.4.1. Creación de Hospitales psiquiátricos en regiones

Al expandirse la psiquiatría y aumentar las especializaciones, el número de médicos también aumenta, sin embargo las camas para pacientes disminuyen progresivamente. El Establecimiento Psiquiátrico (antes Casa de Orates), nunca pudo contener a todos los alienados del país, por lo que se crearon Hospitales psiquiátricos en Chillán, Concepción, Antofagasta, Nueva Imperial, Valparaíso, Putaendo, entre otros (Aroca, 2010).

Se comenzó a usar neurolépticos, lo que permitió cerrar progresivamente los sectores destinados a pacientes crónicos. Crece una especie de red de establecimientos en torno a la comunidad psiquiátrica, como la casa club, el hospital diurno, la unidad de terapia ocupacional, el taller protegido, la unidad de salud mental, etc., reemplazando el hospital psiquiátrico concebido como un espacio cerrado protegido por altos muros, perdiendo éste importancia frente a la nueva red (Aroca, 2010).

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR, VALPARAÍSO



Figura 56: Fotografías históricas del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fuente: Extraído de “La psiquiatría en Chile, apuntes para una historia”, Mario Amunátegui, 2010

La historia de este hospital comienza en 1860 con la construcción de un lazareto en Playa Ancha, con fondos aportados por el Estado y por erogaciones de comercio. En un inicio se dispusieron 64 camas y se admitieron 200 enfermos de viruela (Aroca y Figueroa, 2010).

Durante varias décadas, Valparaíso no tuvo la posibilidad de tener un hospital psiquiátrico, por su cercanía con Santiago. El traslado de un enfermo mental a la Casa de Orates en tren Valparaíso-Santiago demoraba cuatro horas. Pese a esto, en las primeras décadas del siglo XX surgía la necesidad a nivel país de habilitar hospitales psiquiátricos en regiones, debido a que la Casa de Orates no daba abasto (Aroca y Figueroa, 2010).

En 1920 el lazareto de Playa Ancha es bautizado con el nombre de Hospital del Salvador. Este cambio le permite recibir enfermos de tuberculosis, tifus exantemático, otras enfermedades infecciosas y cáncer. En ese entonces el estado del establecimiento era deplorable, habiendo sólo tres médicos para 2.534 enfermos, de los cuales murió el 31,6%. Este estado fue mejorando lentamente en los años siguientes, sin embargo, el problema de los enfermos mentales en Valparaíso se agravaba por la confusión entre psiquiatría y lazareto, locura y exclusión, peligrosidad y confinamiento (Aroca y Figueroa, 2010).

En 1926 comienza a funcionar el servicio de alienados del Hospital del Salvador, lo que parecía no solucionar el problema de hacinamiento de los enfermos mentales. Por ese entonces existía una relación conflictiva entre Santiago y Valparaíso (Aroca y Figueroa, 2010).

Los problemas continuaron hasta 1933, año en que se abrió el servicio de alienados del Hospital de Viña del Mar. Ese acontecimiento se podría considerar en parte un cambio de paradigma, ya que se aceptó que los pacientes que sufrían afecciones mentales pertenecían al ámbito psiquiátrico, por lo que debían recibir una atención adecuada a su condición. Sin embargo, el ámbito de la psiquiatría se relegó a los extramuros del hospital (Aroca y Figueroa, 2010).

El Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña funcionó hasta 1974, siendo trasladado a la antigua zona de Playa Ancha, en el ahora modernizado Hospital Salvador, donde se encuentra actualmente (Aroca y Figueroa, 2010).

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PHILLIPE PINEL, PUTAENDO



Figura 57: Vista general del Sanatorio de Putaendo en fase de construcción, década de 1940.
Fuente: Extraído de "La Psiquiatría en Chile, apuntes para una historia", 2010

La edificación de este hospital es un gran volumen de cemento en forma de equis, con 20.000 m², de tres pisos de altura, con grandes terrazas y emplazado en un terreno de 10 hectáreas. Está ubicado en una localidad rural, a 3 kilómetros del centro de Putaendo. La edificación fue construida en 1941, para tratar la tuberculosis en base a un clima de altura, sol abundante y sobrealimentación (Quijada, 2010).

En 1968 se convirtió en asilo para pacientes psiquiátricos, los que fueron trasladados en su mayoría desde el Hospicio de Santiago, luego que éste se incendiara (Quijada, 2010). Entre 1980 y 1981 se diversifican los servicios de psiquiatría, creándose los de Psiquiatría de Crónicos de mujeres y hombres, y el de Psiquiatría Infantil. También se inicia la atención odontológica y la atención de psicología. En 1982 se añade el Servicio de Rehabilitación, centralizándose aquí los programas y actividades de esta materia (MINSAL, 2016).

A partir del año 2000 se comienza a poner énfasis en el proceso de externalización de los pacientes, en concordancia con las políticas globales. A raíz de esto se reinsertaron 76 usuarios del Servicio de Larga Estadía. Como consecuencia de este proceso se reconvierten camas del Servicio de Larga Estadía en Mediana Estadía y Unidades de Psiquiatría Forense, acogiendo la necesidad del país de resolver la problemática de los pacientes psiquiátricos en conflicto con la justicia. De esta manera, se dotan decenas de camas y se crean distintas unidades dentro del área de la psiquiatría forense (MINSAL, 2016).

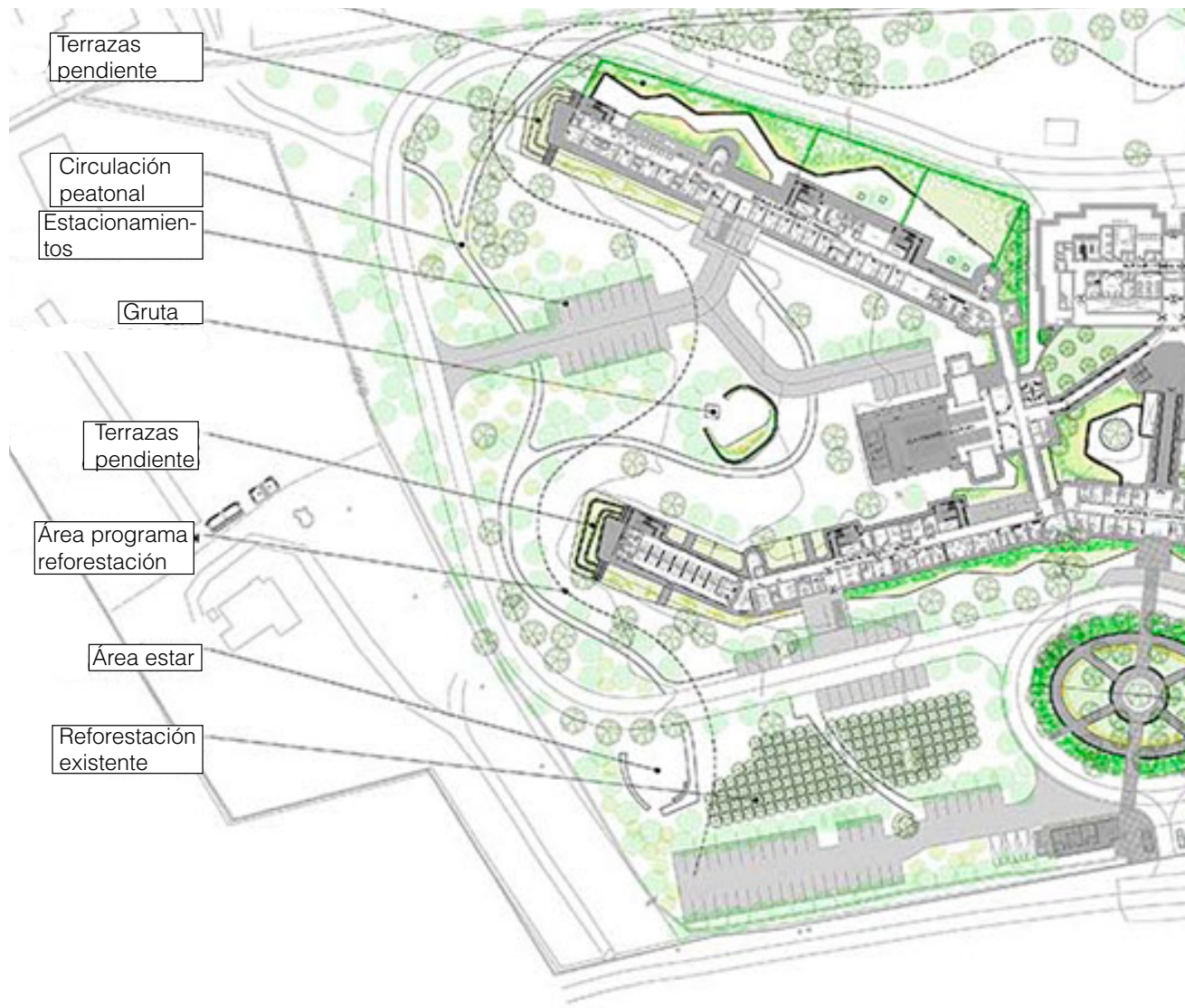


Figura 58: Vistas generales del Sanatorio de Putaendo, década de 1940.
Fuente: Extraído de “La Psiquiatría en Chile, apuntes para una historia”, 2010

Reconversión del establecimiento

Desde el 2014 se está reconstruyendo el Hospital, reforzándolo estructuralmente y adaptándolo al nuevo modelo asistencial que el establecimiento desarrolla en la actualidad. Adicionalmente, se renovaron sus sistemas y redes de agua potable, alcantarillado, electricidad y mobiliario, e incorporando además climatización, sistemas de vigilancia en los servicios clínicos, áreas verdes, patios interiores y vías de desplazamiento (MINSAL, 2016).

En la figura 59 se muestra el proyecto paisajístico del año 2013, a cargo de la oficina de arquitectura ARCHE. Se puede apreciar que el diseño hermético de la edificación responde más bien a una lógica custodial, en concordancia con el tipo de paciente que acoge. Es un desafío de proporciones para la arquitectura pretender transformar la forma de diseñar hospitales destinados a psiquiatría forense, ya que no sólo es una complicación la “discapacidad” del paciente, sino su potencial agresividad. De todas formas, se puede decir que la reconversión paisajística apunta en una lógica de rehabilitación y no sólo de vigilancia y coerción.



**Putando, V
Región**

Ubicación

2013

Año diseño

**Oficina
ARCHE**

Realizadores

**Servicio de Salud
Aconcagua**

Financiamiento

17.000 m²

Superficie

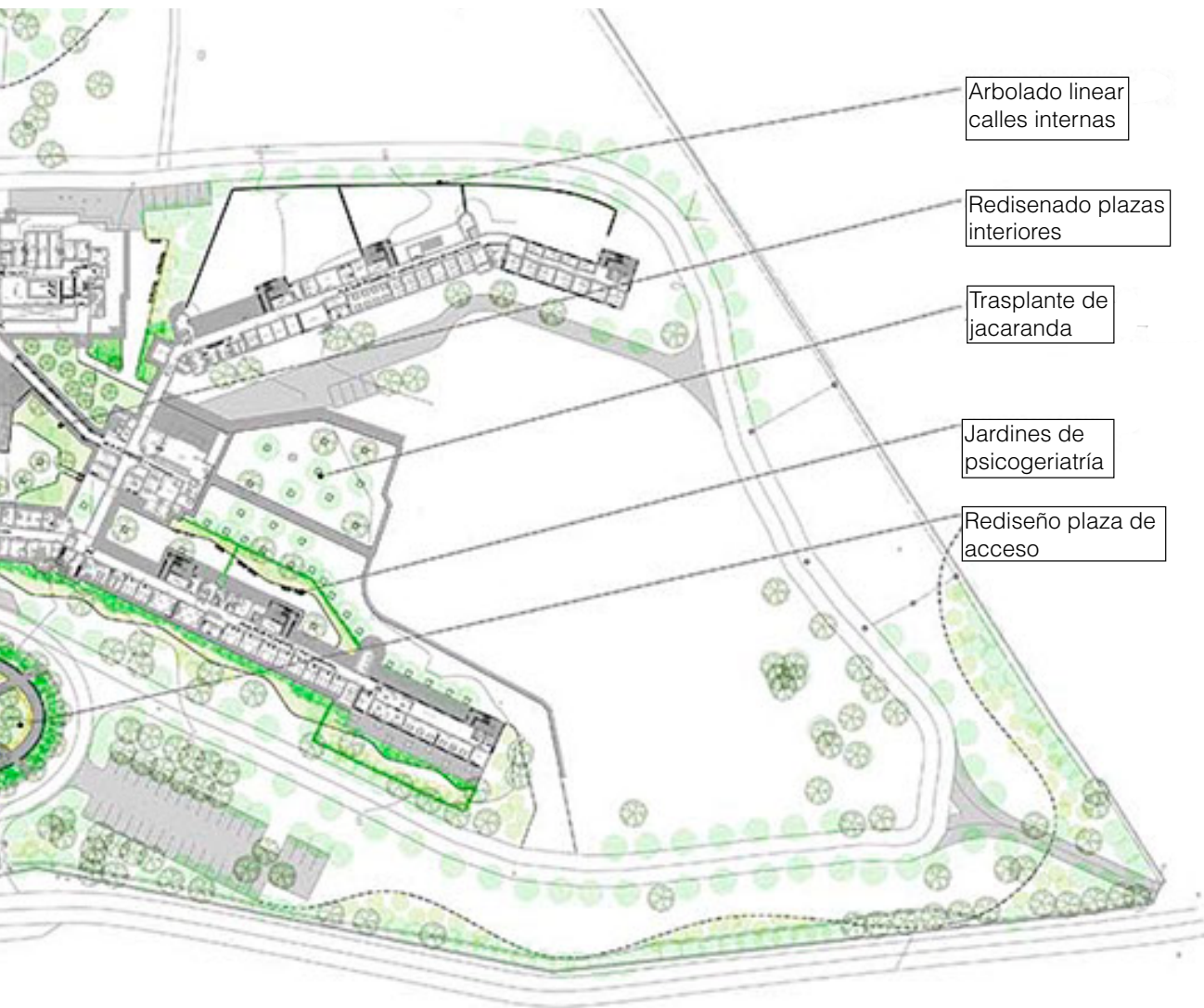


Figura 59: Planta general Proyecto de reconversión paisajística Hospital Phillippe Pinel de Putaendo, 2013.
Fuente: <http://conyfera.cl>

3.3.5. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y CONFLICTOS POLÍTICOS

Tercer movimiento, centrífugo: *Desde la segunda mitad del siglo XX comienza un proceso de desinstitucionalización progresiva de los pacientes mentales*

El desarrollo de modelos alternativos en el país fue inspirado por las incipientes experiencias de reforma psiquiátrica en los países europeos (Gómez, 2005). Entre 1968 y 1973 se ensayó en una zona acotada de Santiago una reforma psiquiátrica, que se llevaría a cabo a través del programa "Psiquiatría Intracomunitaria", liderada por el Dr. Juan Marconi Tassara. Esto en medio de profundos cambios socioculturales y políticos experimentados en el país. Este ensayo se convirtió en una radical transformación de la atención psiquiátrica y la salud mental, y que si bien obtuvo beneficios para la población, fue interrumpida abruptamente por el Golpe Militar de 1973 (Escobar, 2013).

"[Juan Marconi] se considera como uno de los precursores de la psiquiatría comunitaria en Chile (...) y en la década del '60 desarrolla trabajo comunitario con alcohólicos y la comunidad, y desarrolla por primera vez monitores comunitarios para el tema del alcoholismo en la población La Victoria. Entonces ahí se desarrollan las primeras iniciativas en Chile (...) y se produce un gran paréntesis con la dictadura, porque todo lo comunitario suena a comunista, por lo tanto todo quedó inconcluso... y después se retoma."¹

El mismo Marconi (2004) señala que el objetivo de la Psiquiatría Comunitaria era que el alcoholismo, luego la neurosis y la privación sensorial fuera resuelto por la propia comunidad con apoyo técnico, pero sin su dirección. Lo que se buscaba era insertar la cultura popular que era de tradición oral. Se logró también la coordinación con instituciones locales, como juntas de vecinos y clubes deportivos. Luego de 5 años de implementación del programa existían 35 clubes de abstemios. Estos clubes comenzaron en el Barros Luco, en donde se resolvían los problemas en una solución combinada entre servicios oficiales y servicios comunitarios, trabajando en conjunto.

Marconi (2004) señala que el programa de privación sensorial se instaló en 1971, y alcanzó a crear un jardín infantil en la población La Victoria, que aún funciona. El conocimiento de este programa se expandió porque se trabajó en las plazas abiertas 3 horas todas las mañanas, en donde cualquier persona podía participar. Un aspecto fundamental del programa era que los mismas personas que se rehabilitaban de sus afecciones se convertían en monitores de los futuros pacientes, ya que de esta manera transmitían su experiencia.

"El alcoholismo es un problema de carácter cultural popular, estrictamente popular, con mayor prevalencia en clases sociales bajas donde hay más problemas. Por otro lado, en el proceso de mejoría, la persona alcohólica genera cambio social en el sentido que el alcohólico toca fondo, sale y una vez que se mejora, hace un apostolado ayudando a otros alcohólicos, es una fuerza que está en la comunidad, es un movimiento muy fuerte, del cual cabalgamos nosotros, también ocurrió con neurosis y privación sensorial." (Marconi, 2004)

En cuanto a los resultados del Programa de alcohólicos, Marconi (2004) señala que los pobladores organizados, con la ayuda de Sergio Nasser, mejoraron en el 65% de los casos en el Hospital Salvador y en la población La Victoria, versus el 31% de mejoría que se presenta en la atención primaria de los consultorios periféricos.

1 Entrevista editada por el autor a Hernán Garcés, Director Hospital Psiquiátrico El Peral, 05 de octubre de 2016

Golpe Militar: Interrupción del Programa

El programa no sólo fue interrumpido por la dictadura militar, sino que fue totalmente desmantelado. Los líderes del programa fueron diezmados y se redujeron considerablemente los clubes de abstemios, ya que se impidió la participación popular. “Había una descoordinación total entre la universidad y lo que quedaba del programa, cualquier cosa que oliera a médico era calificado de terrorista, la participación social se cortó.” (Marconi, 2004).

Entre 1973 y 1990 no se produjo ningún avance en psiquiatría, ni en temas ni en servicios. Se volvió a la atención psiquiátrica tradicional, destinándose todos los recursos a ésta. Posterior a la dictadura, si bien se retoma las ideas de la participación comunitaria, en la práctica la psiquiatría continua siendo tecnocrática. Sumado a esto, existe una enorme disminución de líderes comunitarios; en la época en que se desarrolló el programa de psiquiatría intracomunitaria, las organizaciones sociales en Chile eran abundantes, lo que hacía más plausible su desarrollo (Marconi, 2004).

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. HORWITZ BARAK

Reconstrucción de la Casa de Orates



Figura 60: Vista general patio interior Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz.
Fuente: <http://www.psiquiatico.cl>

La reconstrucción de la Casa de Orates se llevó a cabo en 1955, ocupando parte de las construcciones que existen hasta hoy (Sectores de Agudos, Oficinas Administrativas, Dirección y Subdirecciones, entre otras). Pero recién en 1983 obtendrá el nombre de Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, realizándose así un homenaje póstumo al Dr. José Horwitz, quién fue Jefe de un Servicio Clínico y Director del Establecimiento.

Al predio original, se destinó la construcción de un nuevo edificio que constaba de modernas instalaciones como 5 pabellones clínicos dispuestos en bloques separados pero que se comunican por un pasillo de distribución. Los bloques se separaron por el terreno dependiendo de su función y dejaron grandes espacios abiertos que los conectaban. Se agrupan los programas de los pacientes cerca de los de suministro para su óptimo cuidado y apartando los pabellones de administración o pacientes peligrosos.

Las premisas de la arquitectura y de la sociedad en general de esta época son muy distintas a las que existían en el período que se construyó la Casa de Orates. La arquitectura de mediados del siglo XX se caracterizará por estar fuertemente influenciada por el movimiento moderno. El “proyecto higienista de la Modernidad” nace en el siglo XIII y tiene su apogeo en pleno siglo XX. Este proyecto reformó la arquitectura, en especial la de los hospitales, basándose en los conceptos de eficiencia, iluminación, ventilación y, por sobre todo, asepsia. En Chile esta concepción se desarrolló desde la década de 1920, bajo políticas que se orientaban hacia el Estado Social. Se abogaba por una arquitectura que funcionara como una “máquina de curación”, incidiendo en la edificación pública y progresivamente en la civil.

Distribución programática

- Internación pacientes
- Administración
- Servicios

La organización del movimiento moderno se expresa ya en su totalidad. El programa se distribuye en el espacio según el tipo de función y de usuario.

Si bien esto está diseñado para ayudar al correcto funcionamiento del hospital, en el caso de este establecimiento no se cumple a cabalidad, pues la gran cantidad de espacios resultantes entre los bloques no están concebidos para un programa de rehabilitación.



Espacios libres

A diferencia de la Casa de Orates, las áreas verdes aquí no cumplen un rol ni estético ni funcional. Son simples espacios resultantes entre los bloques.

En el caso de los patios de los pacientes, son totalmente distintos a lo que alguna vez fueron, pues son muy reducidos y además contenidos por grandes muros.

El vacío en este proyecto moderno no fue pensado para el esparcimiento del paciente.



Figura 61: Variables arquitectónicas del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak. Fuente: Elaboración propia

Aunque a simple vista parece una distribución azarosa, los programas están claramente definidos y delimitados. Por ejemplo, los patios de los pacientes están aislados totalmente del patio central y los pacientes crónicos no pueden salir de su sector. La forma de comunicarse con la ciudad no está desarrollada en lo absoluto, sino que responde a las pretensiones de vigilancia del paciente, en donde éste no tendría contacto con la ciudad y viceversa.

3.3.6. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA EN CHILE: MODELO AMBULATORIO COMUNITARIO

El sistema de salud en Chile ha sufrido cambios sustanciales en las últimas décadas. Ha pasado de un modelo manicomial y hospitalocéntrico a uno ambulatorio-comunitario. Es decir, se ha integrado atención de la salud mental a los servicios de salud generales, y se ha llevado a cabo un proceso de desinstitucionalización de los pacientes, a través del cierre de los hospitales psiquiátricos (Jiménez y Radiszcz, 2012). En la actualidad existen sólo 4 hospitales psiquiátricos en Chile, y complementariamente, se han agregado una red de servicios de salud mental y psiquiatría que se encuentran dispersos en el territorio.

Pese a que las medidas coercitivas y los abusos de los institutos psiquiátricos hacia los pacientes han disminuido considerablemente en los últimos decenios, aún se sigue dejando al arbitrio del personal médico el tipo de trato que se proporciona al interior de los establecimientos. Prueba de ello, es un análisis que lleva a cabo Munizaga (1992) de las diferencias al interior de los asilos y la situación de los pacientes crónicos, en 1990. El estudio revela que en los pabellones del Instituto Psiquiátrico se utilizaban distintos tratamientos para el mismo tipo de pacientes. Por ejemplo, en un pabellón se consumía 10 veces menos litio que en otro, y se aplicaba 10 veces más electroshock.

En la actualidad, un protocolo sanitario chileno prescribe las terapias electroconvulsivas para casos aislados. Entre 2008 y 2015 se registraron 17.130 sesiones de este procedimiento sólo en el Hospital Dr. Horwitz, promediando más de 2000 sesiones al año (Berti, 2016).

Pero existe un problema aún mayor en el área de la salud mental: en la actualidad es el área de la salud que se encuentra más precarizada (ver capítulo 2.3). El 2005 se desarrolló la última Reforma de Salud en Chile, en la cual, a través de la ley emblemática de Garantías Explícitas en Salud (GES, conocida comúnmente como AUGE), se cubrieron progresivamente los problemas de salud mental: el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia, el tratamiento integral de las personas de 15 años y más con depresión, y el tratamiento del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años; todos ellos en los años próximos a la Reforma (Jiménez y Radiszcz, 2012).

A pesar de que esta reforma es inédita, no sólo en Chile, sino que en el mundo, hay trastornos psicológicos de alta prevalencia que siguen sin ser incorporados en el plan GES. La inversión no ha sido suficiente para disminuir la prevalencia de enfermedades mentales en Chile, incluyendo a aquellas que sí están cubiertas. En el año 2003, antes del GES, la prevalencia de síntomas depresivos de la población era del 17,5%; porcentaje que cambió a 17,2% el 2009; prácticamente no hubo cambio (Jiménez y Radiszcz, 2012).

Estos datos invitan a pensar que, además de existir poca inversión, el modelo terapéutico y administrativo no responde a los problemas de la salud mental. Es decir, los pacientes de esta área no se están mejorando, ni siquiera al ser aplicada una reforma considerable. Es muy probable que se esté buscando la causa de la problemática en lugares erróneos, como la atribución de un rol central a la medicalización en la recuperación del paciente.

Capítulo IV

LEVANTAMIENTO Y ANÁLISIS DE CASOS DE ESTUDIO DE INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS EN SANTIAGO

- 4.1. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
- 4.2. Hospital Psiquiátrico El Peral
- 4.3. Jardines Terapéuticos

4.1. INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK

**Av. La Paz 841,
Recoleta**

Ubicación

1852 (1a const.)

1959 (2a const.)

Año Construcción

59.280 m²

Superficie terreno

12.804 m²

*Superficie construido
primer nivel*

**Fermín Vivaceta
(1a construcción)**

Arquitecto

**Casa de
acogida para
alienados
mentales**

Destino original

**Diversas unidades para la rehabilitación
de adictos y discapacitados mentales.
Psiquiatría infantil, medicina,
neurocirugía esterotáxica, posta
antialcohólica, talleres de rehabilitación,
hospital diurno, unidad de drogas,
unidad de psicosis en adolescencia**

Destino actual

**Sistema de
albañilería confinada
en marcos de
hormigón armado.
Losas de piso
en Hormigón.
Revestimiento de
cerámicos y estucos**

Materialidad



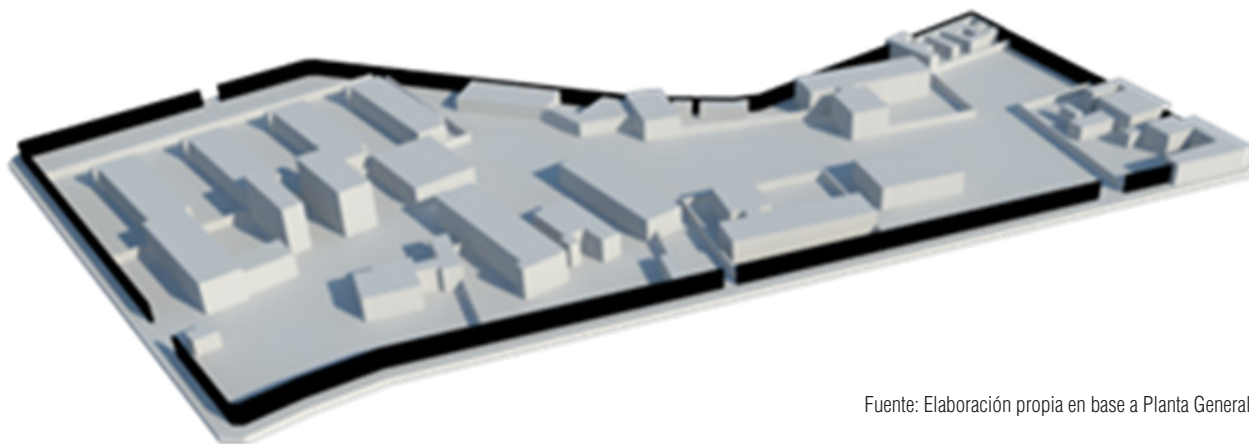
Figura 62: Vistas generales dependencias Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz.
Fuente: <http://www.psiquiatico.cl>

4.1.1. ENTORNO URBANO

El Instituto Psiquiátrico se ubica en la comuna de Independencia. Es delimitado por la Av. La Paz, Av. Santos Dumont, calle Raimundo Charlin, Av. Rengifo y Av. Sergio Livingstone (ex Olivos). El emplazamiento actual se enmarca en un contexto urbano industrial y de servicios, la mayoría de estos últimos relacionados con el sector de la salud, pues se encuentra a pocas cuadras del Hospital Clínico de la Universidad de Chile J.J. Aguirre y del Hospital San José.

Cuando fue construido en el año 1852, se emplazó en este sector de Santiago porque la primera Casa de Orates, ubicada en el barrio Yungay, no daba abasto para los cientos de pacientes que llegaban. Se decidió emplazarlo en Independencia porque este sector de la capital aún estaba alejado del centro urbano y los barrios residenciales, y estaba constituido principalmente por terrenos agrícolas y de cementerios, como el Cementerio General. Con los años, el psiquiátrico se fue viendo rodeado por la progresiva urbanización de Santiago.

En la actualidad, el Instituto ocupa un gran predio de la comuna que se relaciona con el exterior sólo en puntos específicos como la entrada al público general, acceso de ambulancias para urgencias y el estacionamiento del personal. Todo el perímetro está amurallado y en el límite Norte del edificio hay doble muralla, con un espacio de alrededor de 20 metros entre ambas, con el fin de evitar que los pacientes se escapen. Asimismo, la zonificación tiene por objetivo separar drásticamente el programa del personal con el de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia en base a Planta General



Fuente: Fotografía del autor, 2013

Figura 63: Cierres perimetrales amurallados del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz.

Fuente: Citadas arriba



Figura 64: Contexto urbano del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak, Barrio Mapocho, Recoleta.

Fuente: Elaboración propia en base a Google Earth, 2016

4.1.2. PROGRAMA



Figura 65: Planta General Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak, Distribución funcional de las dependencias
Fuente: Archivos de la institución, editada por el autor

<i>Centro de responsabilidad</i>	<i>Unidad/Departamento</i>	<i>Centro de responsabilidad</i>	<i>Unidad/Departamento</i>	
Dirección	A1 Gestión del Cuidado	Servicio clínico atención cerrada	G1 Sector 1	
	A2 Oficina de Partes		G2 Sector 2	
	A3 OIRS		G3 Sector 3	
	A4 Asesoría Jurídica		G4 Sector 4	
	A5 Coordinación y supervisión dispositivos en red		G5 Sector 5	
	A6 Unidad de archivos, estadística y GES		G6 Sector 6	
	A7 Control de Gestión		G7 Sector 7	
	A8 Unidad TIC		G8 Sector 8	
	A9 Unidad de comunicaciones		G9 Unidad de larga estadía	
	A10 Unidad de auditoría interna		Subdirección médica	H1 Coordinación servicio social
	A11 Oficina académica (docencia e investigación)			H2 Coordinación de psicólogos
	A12 Oficina de seguridad del paciente			H3 Coordinación terapia ocupacional
Abastecimiento	B1 Bodega central		H4 Farmacovigilancia	
	B2 Unidad de abastecimiento		H5 Biblioteca	
	B3 Bodega de medicamentos e insumos clínicos		H6 UTEC	
Finanzas	C1 Unidad de contabilidad y presupuesto	Servicio apoyo diagnóstico y terapéutico	I1 Unidad de farmacia	
	C2 Unidad de inventarios		I2 Unidad de laboratorio	
	C3 Unidad de recaudación		I3 Unidad electroencefalografía	
Departamento de logística y operaciones	D1 Unidad de mantenimiento y reparaciones	Servicio clínico trastornos adictivos	J1 Unidad adicción a alcohol	
	D2 Unidad de alimentación		J2 Unidad adicción a sustancias	
	D3 Unidad de aseo	Servicio urgencias psiquiátricas	K1 Sub unidad urgencia varones	
	D4 Unidad de caldera		K2 Sub unidad urgencia ambulatorios	
	D5 Unidad de audiovisual		K3 Sub unidad urgencia damas	
	D6 Unidad de movilización	Servicio clínico psiquiatría forense	L1 Unidad de pacientes imputados	
	D7 Unidad de lavandería		L2 Unidad de pacientes sobreseídos	
	D8 Unidad de portería		L3 Unidad de adolescentes condenados	
Subdirección gestión y desarrollo de las personas	E1 Club escolar	Servicio clínico de rehabilitación	M1 Unidad de rehabilitación	
	E2 Unidad de reclutamiento y selección		Subdirección administrativa	N1 Unidad de proyectos infraestructura
	E3 Unidad sala cuna y jardín infantil	Otras dependencias		O1 Auditorio central
	E4 Unidad servicio social del personal			O2 Sala múltiple FENATS
	E5 Unidad de capacitación			O3 Asociación gremial técnico paramédicos
	E6 Unidad de sueldos			O4 Asociación gremial unidad de desarrollo
	E7 U. de prevención de riesgos y salud ocupacional			O5 Asociación gremial FENPRUSS
	E8 Unidad de registro de personal		O6 Teatro Grez	
Servicio clínico consultorio atención externa	F1 C.A.E.		O7 Club escolar	
	F2 Unidad de psicoterapia		O8 Casino personal	
		O9 Sede FENATS		
		O10 Bodegas varias		

Tabla 2: Simbología planta programática Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Fuente: Archivos de la institución

4.1.3 . ANÁLISIS FORMAL Y ESPACIAL

La distribución interna de los bloques del establecimiento se encuentra ubicada en torno a un gran patio de acceso de uso público. Este patio articula los sectores que conforman el recinto: por una parte, cercano a la entrada principal, se encuentra el sector de los pacientes de corta estadía, el cual está conformado por pabellones distribuidos en torno al pasillo principal. Entre estos pabellones se disponen patios para los pacientes. En este sector se cubren sus necesidades básicas. El pasillo se despliega por toda la superficie del recinto, uniendo este sector con el destinado para el personal y asuntos administrativos. En el sector oriente del emplazamiento se encuentran bloques destinados a pacientes de larga estadía (casos graves) y los estacionamientos, los cuales fueron ubicados ahí por ser un gran espacio resultante del programa original.

Se puede concluir que la forma del conjunto responde a un modelo de programa propio de los centros hospitalarios, en el cual se requiere de varios bloques para las diversas actividades y especialidades de enfermedades que se tratan en ellos. También se desprende que existe una zonificación, que se hace necesaria por ser un programa diverso.

El recinto carece de espacios de recreación para los pacientes, por ser pensado como un lugar hospitalario como cualquier otro, sin considerar que los pacientes con trastornos mentales requieren espacios distintos a los que necesita un paciente común. Por ejemplo, un paciente mental necesita espacios de distención como una sala de estar, porque suele caminar mucho, y en los comedores y dormitorios se dificulta esta actividad.

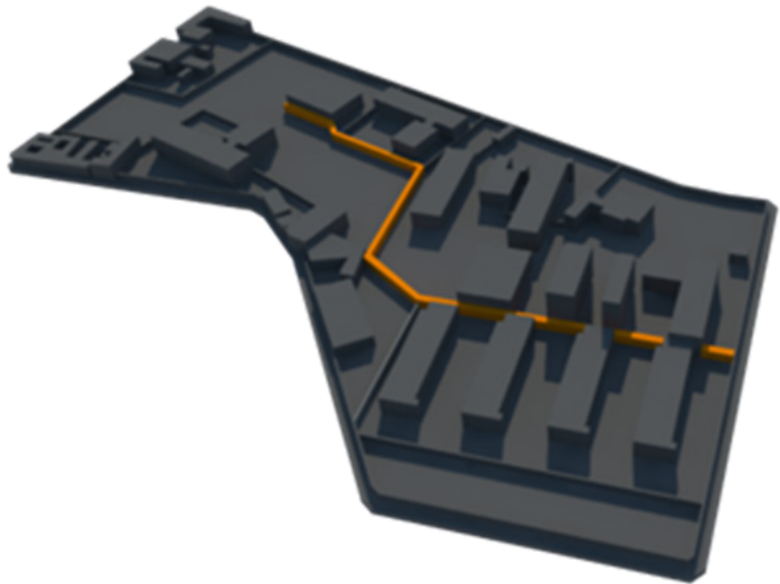


Figura 66: Circulación principal del Instituto Dr. Horwitz Barak.
Fuente: Elaboración propia en base a Planta General

4.1.4. ESTILO DEL EDIFICIO Y SISTEMA CONSTRUCTIVO

El edificio actual, posterior al incendio del año 1946, está construido en su totalidad en base a albañilería confinada, esto es, muros de ladrillos con pilares y vigas de hormigón. Las losas también están conformadas de hormigón en sus dos niveles. Los revestimientos se caracterizan por ser en su mayoría de cerámicas y estucos.

El estilo arquitectónico utilizado es principalmente el moderno, tanto por su materialidad (hormigón), como por su carencia de detalles ornamentales. Los espacios son ortogonales y de expresión simple, sin un trabajo estilístico mayor, dándole importancia sólo a la funcionalidad de los espacios; el estilo moderno ensalzaba el ángulo recto como símbolo de pureza y rectitud.

También se aprecia en la edificación la influencia del movimiento higienista, al perderse el vínculo de la arquitectura con la naturaleza, convirtiéndose en recintos cerrados y con escaso acceso a los espacios exteriores, al menos para los pacientes.

Otro elemento de la modernidad presente en el edificio es la estandarización de los bloques, los cuales se separan en pabellones tipo. Esta lógica tiene por objetivo responder de la misma forma a los cientos de pacientes a los que asila, cubriendo necesidades similares.



Figura 67: Materialidad en corredores interiores y exteriores de la edificación del Instituto Dr. Horwitz Barak.
Fuente: Fotografías del autor, 2013

4.1.5. FACTORES DEL ENTORNO FÍSICO

Factores paisajísticos

Existe una mantención relativamente buena de los espacios verdes, pero éstos son subutilizados, por estar fuera del alcance de los pacientes. El contexto urbano totalmente urbanizado y el completo aislamiento del establecimiento con el exterior impiden que éste pueda tener una conexión más cercana con la naturaleza.



Figura 68: Vistas generales de la mantención del Instituto Dr. Horwitz Barak.
Fuente: <http://www.psiquiatrico.cl> y fotografía del autor, 2013

Sociofugalidad y sociopetalidad

- Los espacios resultantes entre los bloques no propician la interacción de los usuarios, ya que no poseen un programa definido, y no contienen mobiliario o elementos de diseño pensados para ello.



Figura 69: Espacio resultante entre bloques del Instituto Dr. Horwitz Barak.
Fuente: Fotografía del autor, 2013

- El teatro Grez es el espacio más sociópeto de la institución, albergando eventos donde participan autoridades, funcionarios, los pacientes y sus familias.



Figura 70: Teatro Grez, única edificación del establecimiento que se conserva desde el Manicomio Nacional.

Fuentes: <http://www.psiquiatrico.cl>; Cuenta Pública Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, MINSAL, 2014; Fotografía del autor, 2013

- Existen diversos programas de rehabilitación en la institución:

1. Artísticos: Literatura, pintura, Mural y Expresión Corporal.
2. Laborales: Jardinería, Cafetería, Repostería, Aseo, Fotocopiadora, Mueblería.
3. Habilidades cognitivas: Computación, lecto-escritura y juegos de concentración y atención.
4. Habilidades Sociales y Socio-Recreativas: Multitaller, Deporte, Aeróbica, Peluquería y Pilates.
5. Programa de Psicoeducación: Pacientes y familiares

Gran parte de este programa se lleva a cabo en las dependencias del establecimiento, en un pabellón que fue remodelado para albergar estas actividades. Sin embargo, el interior de este pabellón carece de un diseño arquitectónico propicio para las características de estas actividades, además de no tener contacto con la comunidad exterior. Sus salas son oscuras, no poseen diferenciación alguna entre sí, y están unidas por un pasillo central lúgubre (Gonzalez, 2004).



Figura 71: Programas de rehabilitación en las dependencias del Instituto Dr. Horwitz Barak.

Fuente: Extraído de "Cuenta Pública Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak", MINSAL, 2014

Intimidad

El Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz, al ser una institución estatal, recibe una gran cantidad de pacientes (el año 2014 contaba con 455 camas en trabajo) de toda el área Norte de la Región Metropolitana, sin poseer el presupuesto necesario como para asignar dormitorios individuales. Por ejemplo, en la Unidad de Corta Estadía en el Manejo de Desintoxicación de Adolescentes Infractores de Ley (UDAC) los dormitorios poseen 6 camas, siendo evidente una falta de intimidad, por lo que los pacientes podrían ser más propensos a conductas aisladas pasivas (ver 2.2.1.2.3.).



Figura 72: Dormitorio U.D.A.C del Instituto Dr. Horwitz Barak.

Fuente: Extraído de "Cuenta Pública Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak", MINSAL, 2014

- Tamaño del hospital

Las dimensiones del establecimiento son relativamente mayores (52 mil m²) por lo que se propicia el aislamiento de los internos. Sin embargo, en los últimos años la institución se ha abierto a la comunidad, a través de dispositivos de rehabilitación de dimensiones menores, dispersos en el territorio, en donde se pone énfasis en las relaciones interpersonales de los usuarios. Hasta el año 2014, la institución había logrado integrar a 264 usuarios a estos dispositivos.

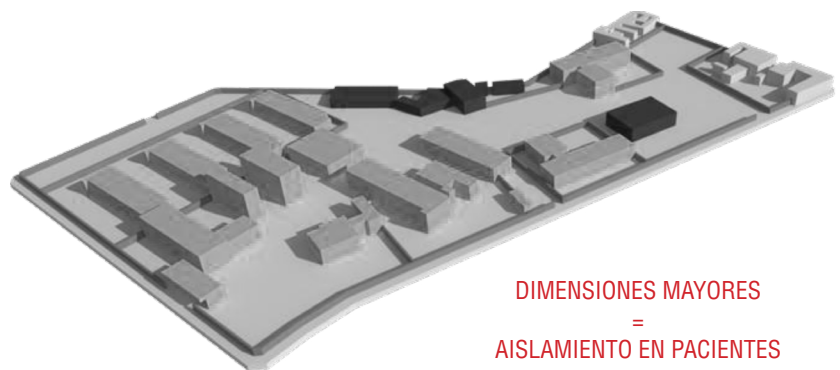


Figura 73: Modelado general del Instituto Dr. Horwitz Barak.

Fuente: Elaboración propia en base a Planta General

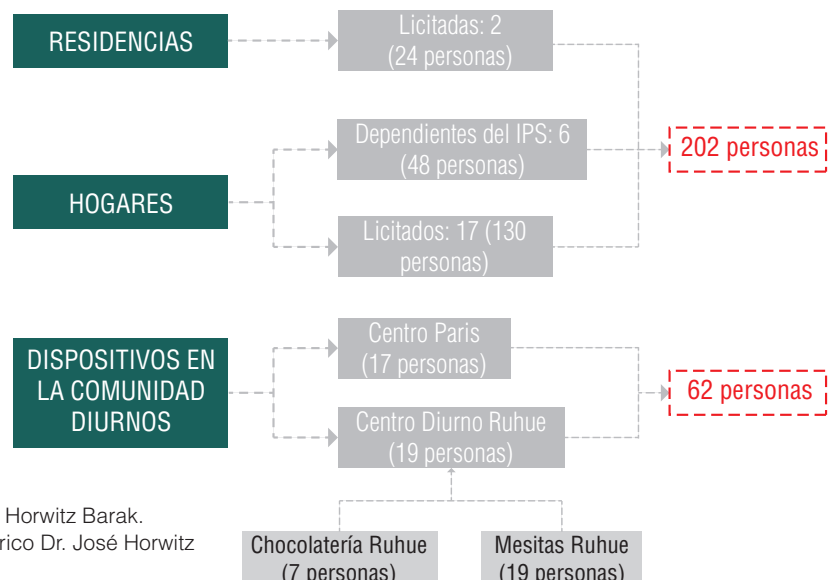


Figura 74: Servicios de Rehabilitación del Instituto Dr. Horwitz Barak.

Fuente: Extraído de "Cuenta Pública Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak", MINSAL, 2014

Programa del Centro Diurno Dr. Enrique Paris

- Taller computación
- Taller Gimnasia
- Taller Bisutería
- Taller de Cine
- Taller de Literatura
- Taller de Lectura
- Servicios a la Comunidad
- Proyecto Travesías en Biblioteca de Santiago



Figura 75: Fachada Centro Diurno Dr. Enrique Paris.
Fuente: Extraído de "Cuenta Pública Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak", MINSAL, 2014

Mesitas Ruhue

En esta amasandería se ofrece capacitación a los usuarios del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz en el área de repostería, con el fin de reinsertarlos laboralmente, tanto en la elaboración como en la venta de productos relacionados con la repostería.



Figura 76: Inauguración Pastelería "Mesitas Ruhue", Julio de 2015.
Fuente: <http://www.recoleta.cl>

4.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL PERAL

**Av. Camilo
Henríquez 2451,
Puente Alto**

Ubicación

1928

Año Construcción

316.848 m²

Superficie terreno

18.772 m²

*Superficie construido
Primer nivel*

-Pabellón 9 y U.M.E. Psicosis: Sistema de mampostería
-Pabellón 7 y edificaciones modernas: Sistema de albañilería confinada en marcos de hormigón armado, losas de piso en Hormigón

Materialidad

**Granja de
laborterapia “Open
Door”, para recibir
a pacientes
irrecuperables del
Manicomio Nacional**

Destino original

**Atención a
pacientes con
psicosis, trastornos
del desarrollo,
psicogeriatría y
patología dual**

Destino actual



Figura 77: Vista hacia Pabellón 7 (en desuso), desde acceso del Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Fotografía del autor, 2016

Contexto histórico reciente

En las décadas de 1960 y 1970 el Hospital Psiquiátrico El Peral se transformó en un depósito de personas afectadas por una variedad de patologías psiquiátricas, como discapacidad mental, enfermedades orgánico-cerebrales, somáticas y carencias sociales (Gómez, 2005).

Posteriormente se agravó el hacinamiento existente, cuando en 1985 el terremoto destruyó parte importante de la infraestructura del hospital que hasta el día de hoy no se reconstruye. En 1990 residían 605 personas en Larga Estadía, en donde las habitaciones eran ocupadas por 40 o 50 pacientes. En función del modelo organizacional de la época, coexistían estructuras destinadas a la atención de personas con trastornos psiquiátricos severos, postrados por causas neurológicas, discapacidad mental severa y profunda, cuadros orgánico-cerebrales, ancianidad y abandono social, lo que muchas veces era la causante de la permanencia en el hospital (Gómez, 2005).



Edificio que albergaba la Dirección, servicios administrativos y parte del antiguo Pabellón 7



Taller de escobas, donde laboraban los pacientes que poseían mejor nivel en la recuperación

Figura 78: Fotografías de Hospital Sanatorio El Peral, 1976.

Fuente: Extraído de "La Psiquiatría en Chile, apuntes para una historia", 2010

El Pabellón 7 era la edificación destinada a albergar a los pacientes más peligrosos y violentos, en donde en algunas alas incluso se implementaban celdas de 2x2x5 mts. Este fue el período más crudo de la institución, y duró hasta el año 1994.



Figura 79: Celdas en Pabellón 7 del Hospital Psiquiátrico El Peral.

Fuente: Extraído de "Cuenta Pública Hospital Psiquiátrico El Peral", MINSAL, 2015

• **Plan Estratégico de Hospital El Peral** (Gómez, 2005). En 1998, se formula el Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico El Peral, en sintonía con los lineamientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Este plan inició un proceso de reforma de la institución cuyos principales ejes han sido los siguientes:

1. Generación de programas para el tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que estaban muy graves al interior de la institución: Se desmontó parte de la estructura de la institución. Egresó una cantidad importante de pacientes a estructuras residenciales alternativas, permitiendo generar los equipos suficientes, reubicar y reordenar los espacios y, en líneas generales, se logró mejorar la estadía de los pacientes en tratamiento.

En 2000 y 2001 se constituyeron las Unidades de Mediana Estadía de Trastornos del Desarrollo y de Psicosis I y II, los cuales dan atención a pacientes con patologías neuropsiquiátricas con severas secuelas, graves trastornos de la conducta y que habían estado sometidos a condiciones de vida degradantes. La intensidad terapéutica se incrementó y se reemplazó la modalidad masificada por estilos personalizados. Se reemplazó la celda por la contención humana interpersonal y se introdujo nuevos fármacos. En la actualidad, el principal problema de la mediana estadía es la egresabilidad de los pacientes por las dificultades de la continuidad asistencial en contextos comunitarios, y por carencias de apoyo social y residencial.

En definitiva, la creación de las unidades de mediana estadía permitió eliminar los modelos que en el pasado fueron diseñados para contener el trastorno conductual por medio de la restricción y la masificación, y reemplazarlas por un modelo terapéutico, rehabilitador e integrador.

2. Reinserción social de las personas residentes en larga estadía: Desde 1994 se comenzaron a crear hogares protegidos con recursos del hospital, destinados a albergar pacientes que presentaban mejorías en su recuperación en el hospital. En un inicio, esta política generó resistencias gremiales, debido a que se pensaba que la institución desaparecería al reducirse sostenidamente la cantidad de pacientes. La evaluación del funcionamiento de los hogares protegidos en la Región Metropolitana hecha por el Ministerio de Salud es positiva, concluyéndose una mejora significativa en la calidad de vida de los residentes y un menor deterioro en los roles sociales en los pacientes que viven en hogares protegidos, comparado a aquellos que aún residen en hospitales psiquiátricos. Gracias a esto, el reingreso de pacientes al hospital desde hogares protegidos ha sido mínimo.

Los hogares protegidos han sido la principal herramienta de reinserción de personas desde el hospital. Sin embargo, posee ciertas debilidades, como la falta de una posibilidad real de acceder a contextos laborales y de participación. Sumado a esto, el diseño de estos dispositivos se adecua a un tipo de usuario, existiendo muchas personas que al egresar de mediana y larga estadía requieren estructuras residenciales de un mayor nivel de supervisión, ya sea por presentar cuadros clínicos graves o mayores niveles de discapacidad.

3. Transferencia de servicios a la red de salud general: Un aspecto importante de los procesos de reforma psiquiátrica es la liberación de los recursos asociados a la institución para ponerlos a disposición de la nueva red de servicios que la reemplazará. Este proceso es complejo, debido a que se debe mantener la institución mientras se monta la nueva red, y por períodos se duplican los presupuestos.

En 2003 fue el primer acto de transferencia de recursos desde el Hospital El Peral a la red de salud general, trasladándose voluntariamente once personas, entre auxiliares, técnicos, administrativos y profesionales del hospital al recién creado Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía del Hospital Barros Luco Trudeau. Fue un momento de gran crisis en el Hospital El Peral, debido a que la medida generó una fuerte oposición en sectores gremiales y profesionales locales.

4.2.1. ENTORNO URBANO

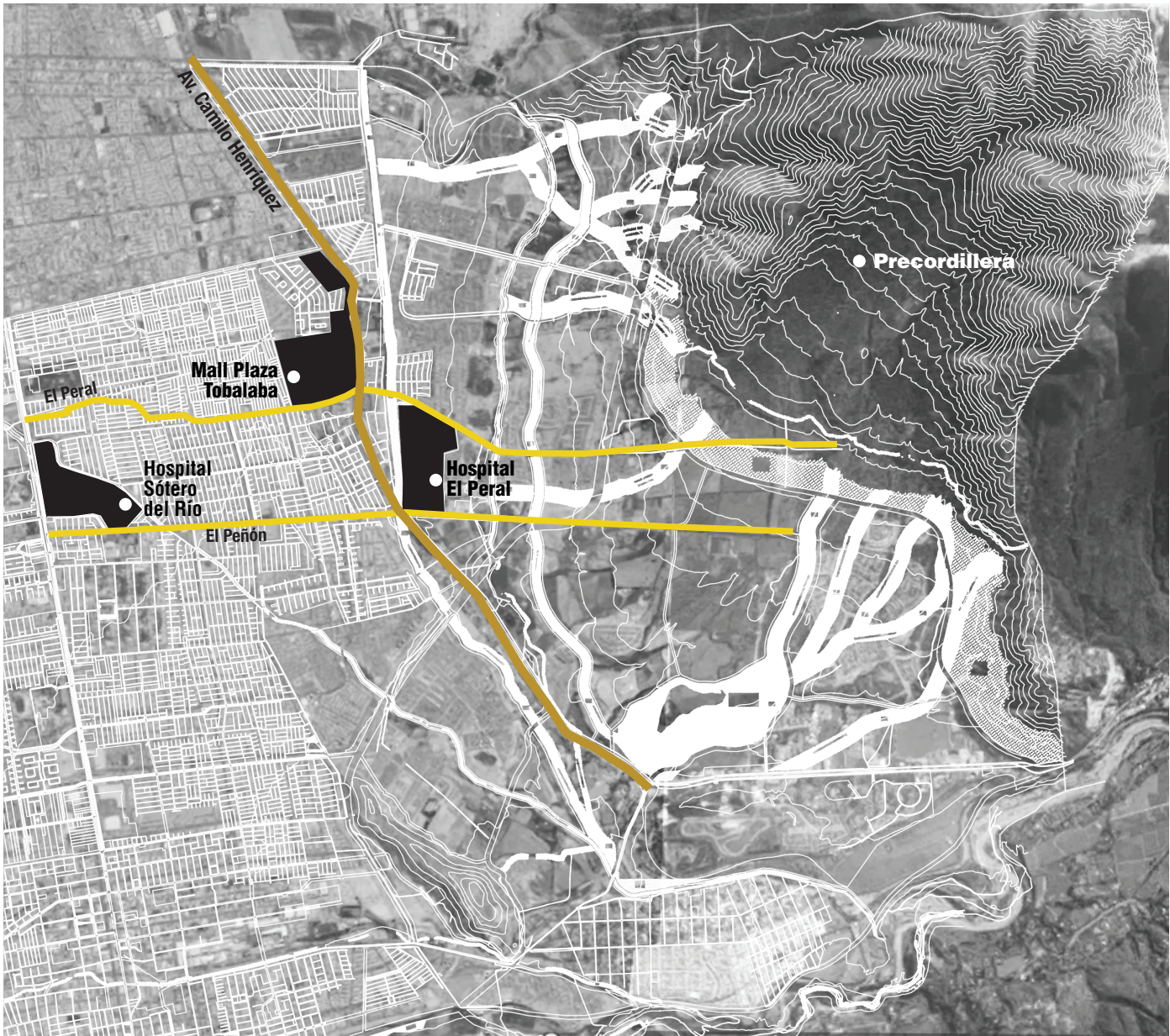
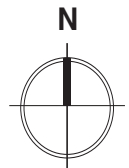


Figura 80. Contexto urbano inmediato Hospital Psiquiátrico El Peral, Puente Alto Oriente.
Fuente: Elaboración propia en base a Google Earth



El establecimiento tiene una relación estrecha tanto con la precordillera como con la trama urbana de Puente Alto. Los cerramientos poseen escasa rigidez, y los usuarios gozan de las vistas a la naturaleza que ofrece este sector precordillerano. Esta permeabilidad es posible gracias a que la institución se avoca a cuadros psiquiátricos de baja complejidad, por lo que los pacientes son en su mayoría pacíficos.



Figura 81: Vista general hacia la cordillera desde el interior del Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Fotografía del autor, 2016



Figura 82: Vista general hacia la trama urbana desde el interior del Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Fotografía del autor, 2016

4.2.2. PROGRAMA

- 1 Psicogeriatría y medicina general - Administración
- 2 Bodega
- 3 Sector 4
- 4 Sector 8
- 5 Escuela Open Door
- 6 Gimnasio terapéutico
- 7 Pabellón 9
- 8 U.M.E. Psicosis
- 9 Talleres
- 10 Servicios - Alimentación - Lavandería
- 11 Pabellón 7
- 12 Club Escolar
- 13 Agropecuadería

- En uso
- Dañados estructuralmente

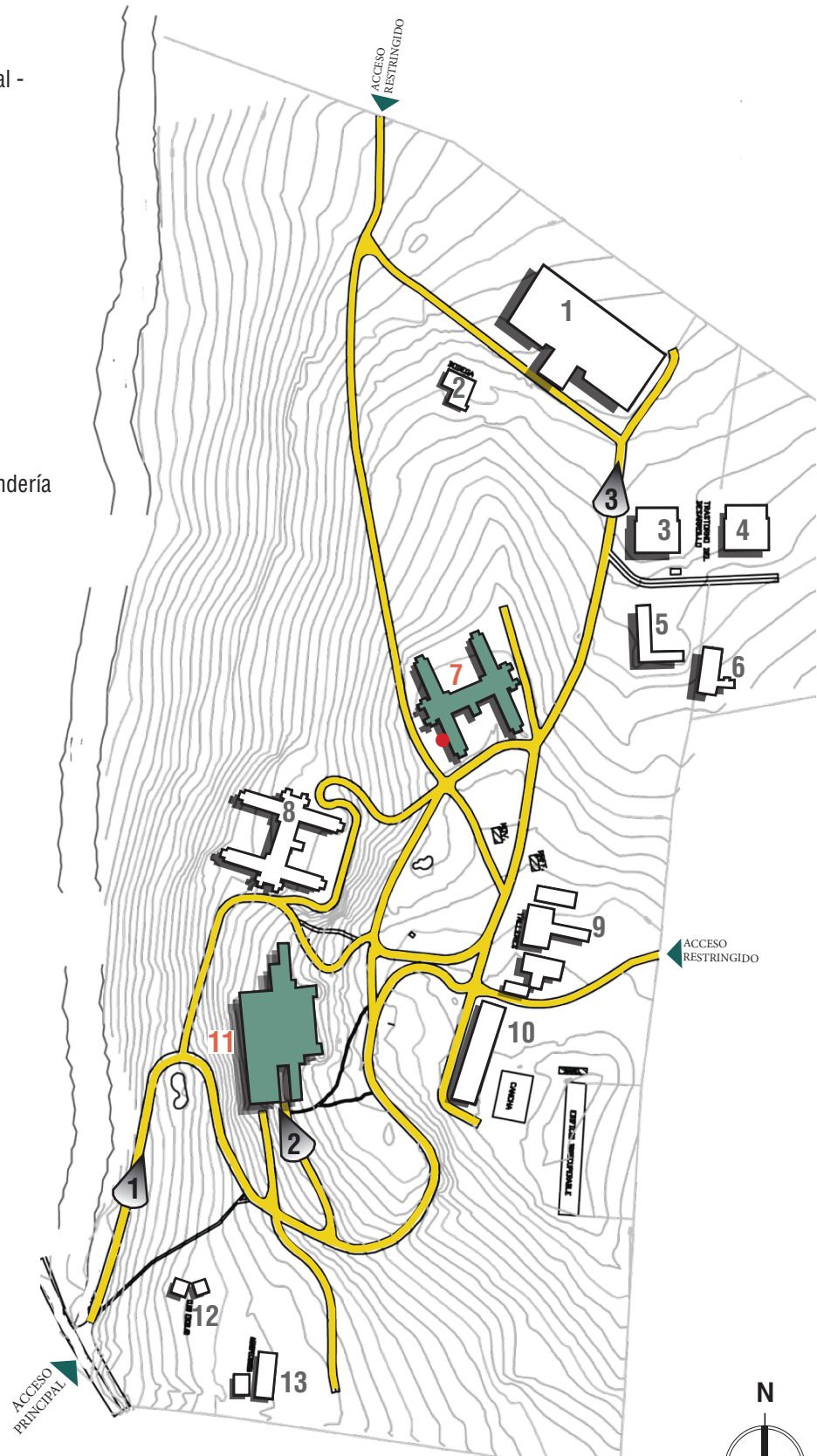


Figura 83: Programa Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Elaboración propia

4.2.3. ANÁLISIS FORMAL Y ESPACIAL

La institución en cuestión posee la particularidad de ser un parque que contiene edificaciones dispersas en el territorio, las cuales contienen el programa. Las edificaciones se encuentran unificadas por calles que se adaptan a la pendiente del terreno, la cual es elevada por estar ubicado en un sector precordillerano.

La calle prioriza vehículos motorizados por sobre los peatones (la mayor parte posee sólo calzada y no acera) debido a las extensas distancias entre el acceso principal y el resto de las edificaciones.

Las edificaciones de mayor envergadura se posicionan en el centro del terreno y son también las más antiguas. Éstas son el Pabellón 7, el pabellón 9 y el U.M.E. Psicosis. Con el tiempo se han adicionado nuevas construcciones de dimensiones menores, las cuales contienen programas secundarios, como los talleres, las bodegas y el edificio que concentra los servicios y la alimentación, ubicados en su mayoría en el sector oriente del establecimiento.



Figura 84: Vistas de la calle del Hospital Psiquiátrico El Peral en distintos tramos.
Fuente: Fotografías del autor, 2016



• **Psiquiatría General y Administración**



• **Pabellón 8**



• **Bodegas**



• **Pabellón 4**



• **Escuela Open Door + Gimnasio Terapéutico**



• **Talleres**



- **Pabellón 9 (en desuso)**



- **U.M.E. Psicosis**



- **Pabellón 7 (en desuso)**



- **Servicios - Alimentación - Lavandería**



- **Agropecuadería**

Figura 85: Registro fotográfico de edificaciones del Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Fotografías del autor, 2016

4.2.4. DETERIORO ESTRUCTURAL DE PABELLONES

El hospital se emplaza en los pies de los cerros que conforman la precordillera de la Región Metropolitana, por lo que sus suelos son irregulares. Sumado a esto, esta zona presenta gran cantidad de canales de regadío y quebradas poco pronunciadas. Es por esto que los terremotos de 1985 y 2010 han afectado de manera particular la fisonomía del territorio, generando movimientos de tierra, forzando la clausura de varios pabellones por fallencias estructurales.

De todas formas, llama la atención que estos pabellones no hayan sido rehabilitados estructuralmente, debido a que se encuentran con daños desde el terremoto de 1985. Esto puede deberse al escaso presupuesto estatal dedicado a la salud mental. A continuación se exponen los dos pabellones en desuso más representativos.

• PABELLÓN 9

El pabellón 9 es el edificio más antiguo del Hospital junto con el pabellón de U.M.E. psicosis. Ambos fueron construidos en 1928 y poseen idéntico diseño. La distribución del programa corresponde a la típica estructura hospitalaria decimonónica: grandes pabellones que albergan una gran cantidad de pacientes, concentrándose tanto la administración como la atención de éstos.

Cuando estaba en funcionamiento, este pabellón albergaba a los pacientes autovalentes, quienes dormían y realizaban tareas cotidianas en su interior. En el ala central se ubicaba la clínica, en donde acudían los pacientes cuando eran ingresados, se enfermaban, o por chequeos médicos.

Posterior al terremoto de 1985 la estructura de la edificación fue reforzada por contrafuertes y vigas metálicas que la mantuvieron estable hasta el terremoto de 2010, cuando el catastro de la Municipalidad determinó que la edificación se encuentra en condición irreparable por los daños estructurales graves ocasionados por el sismo.

Los pacientes que habitaban este pabellón fueron reubicados en las dependencias de la institución, desocupándose la edificación completamente. Según Juan Guiñez,¹ la disminución en la cantidad de pacientes en los últimos años tiene directa relación con la clausura de estas edificaciones.

¹ Entrevista editada por el autor a Juan Guiñez, Director del Departamento de Gestión del Usuario Hospital Psiquiátrico El Peral, 04 de octubre de 2016

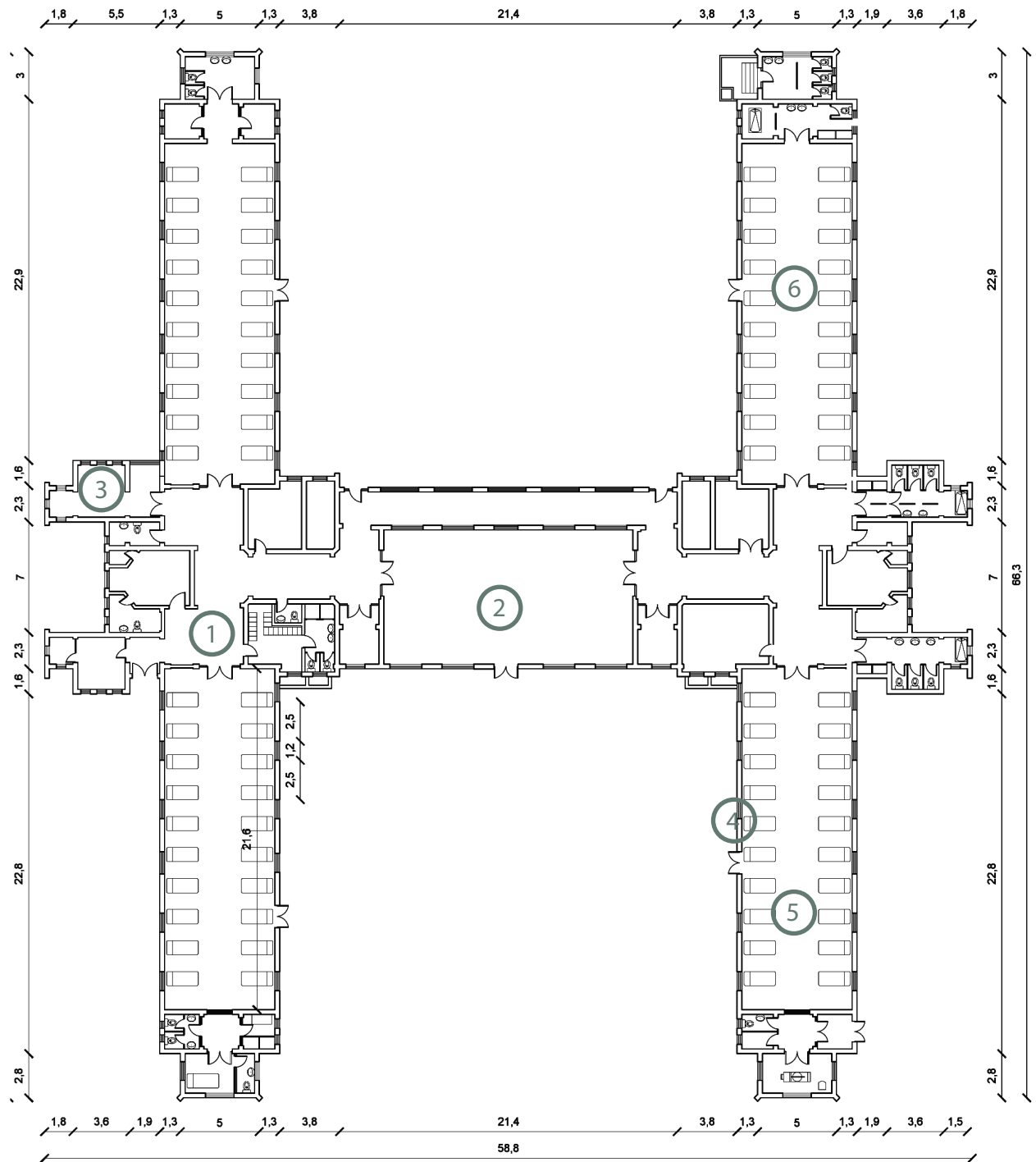


Figura 86: Planta General Pabellón 9, Localización de daños estructurales.
 Fuente: Elaborado por Fabiola Morcillo, 2013, editado por el autor





Hall de la edificación



Pabellón central clínica



Muro perimetral



Grieta muro - losa

4



Dormitorio 1

5



Dormitorio 2

6

*Figura 87: Registro fotográfico de daños estructurales en Pabellón 9.
Fuente: Elaborado por Fabiola Morcillo, 2012*

• PABELLÓN 7

Este pabellón fue construido en 1954 por lo que su arquitectura es moderna, sin embargo, se mantuvo la estructura clásica de recintos hospitalarios psiquiátricos. La edificación posee tres niveles, albergando en su interior un comedor para todos los pacientes de la unidad. En la década de 1970 se construyó una edificación complementaria con fines administrativos, que fue gravemente dañada en el terremoto de 2010.

A diferencia de la edificación complementaria, la original no sufrió daños mayores en su estructura. Sin embargo la Municipalidad de Puente Alto declaró la edificación completa como “irrecuperable”, debido probablemente a que se evaluaron ambas edificaciones en conjunto, y no de manera independiente.

El Pabellón 7 se encuentra actualmente abandonado, y se puede apreciar un hundimiento considerable de la edificación, a causa de los movimientos de tierra. En cuanto a las grietas y lesiones estructurales, se puede apreciar en las imágenes que son menores, haciendo totalmente plausible su rehabilitación estructural.

Alestar en estado de abandono, los daños son ocasionados tanto por causas antrópicas (desmantelamiento, desprendimiento de materiales), como físicas y mecánicas (podrición, desprendimiento, rotura de elementos, humedad, etc.).



Figura 88: Daños estructurales en Pabellón 7.
Fuente: Fotografías de Joselyn Ponce, 2014

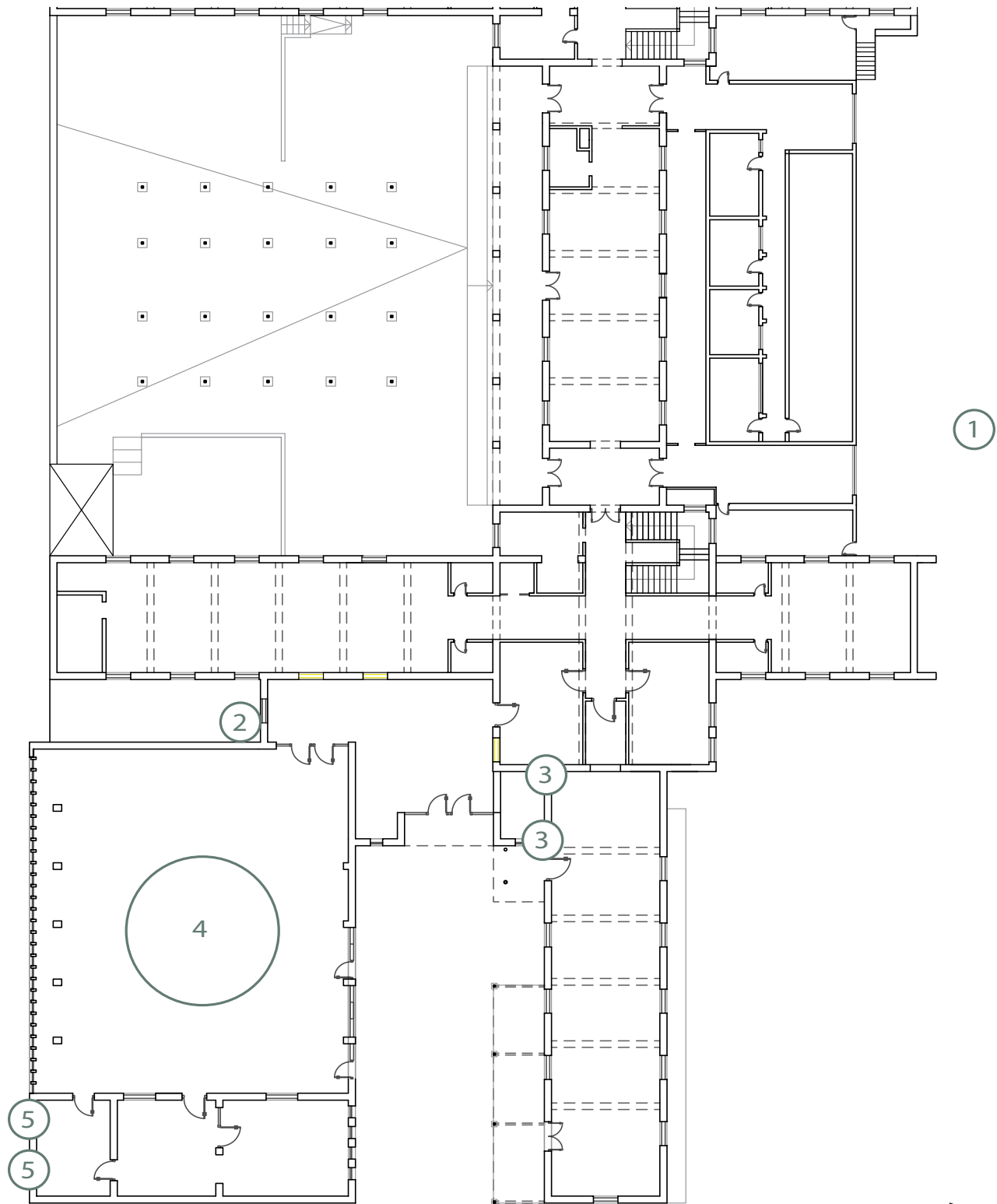
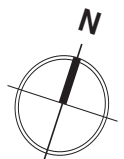


Figura 89: Planta General Pabellón 7, Localización de daños estructurales.
 Fuente: Elaborado por Jocelyn Ponce, 2014, editado por el autor



4.2.5. FACTORES DEL ENTORNO FÍSICO

Factores paisajísticos

Desde su inicio el Hospital El Peral fue concebido como un lugar ligado al campo, emulando el modelo inglés de los Open Door. Ya desde el siglo XIX se concebía el paisaje natural como un factor preponderante en la salud mental de las personas, y como un potencial rehabilitador de los pacientes mentales. Si bien los estudios científicos que sustentan esta idea son relativamente nuevos, la intuición de algunos pioneros del área médica y arquitectónica parece haberse dirigido desde hace mucho tiempo en esa línea.

“Desde que estoy acá, hemos tenido muchas altas de pacientes. A muchos de ellos nosotros les hacemos una encuesta voluntaria al momento de irse de alta. Lo que responden los que están en condiciones de responder, es que el entorno ha tenido un efecto increíble. O sea, llegar a un hospital que es un parque, ciertamente es algo que les impacta.”¹

Juan Guiñez agrega que la ventaja de que el establecimiento sea un parque es que garantiza que los pacientes posean espacios para practicar deportes, hacer caminatas, actividades de apresto laboral, entre otras actividades. Esta condición de parque persiste en un contexto de urbanización constante, por lo que adquiere un valor urbano importante.

Entre los elementos naturales que se deben considerar se cuenta el límite poniente con el canal San Carlos, un regadío natural proveniente de canales que descienden de la cordillera, y las más de 100 especies vegetales que se encuentran en su interior.

El diseño y disposición de las edificaciones posee una estrecha relación con la naturaleza, difuminándose en algunos casos el límite entre ambos, a través de la materialidad, por ejemplo. De esta manera, se obtiene una iluminación óptima, además de numerosas vistas al entorno. En cuanto a la ventilación, tiene dos factores positivos: la gran cantidad y tamaño de vanos en todos los pabellones, y la buena calidad del aire provocada por la vasta vegetación, que también regula la temperatura de manera natural.

Por último, el estar presente en un entorno natural minimiza el estrés ambiental producido por el ruido, ya que existe una distancia considerable entre los pabellones que habitan los usuarios y la avenida más cercana.

¹ Entrevista editada por el autor a Juan Guiñez, Director del Departamento de Gestión del Usuario Hospital Psiquiátrico El Peral, 04 de octubre de 2016

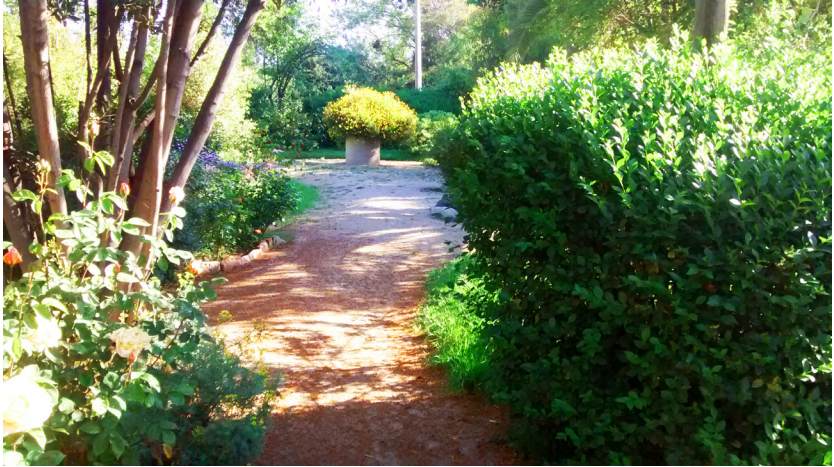


Figura 90: Registro fotográfico del paisaje al interior del Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Fotografías del autor, 2016

Sociofugalidad y sociopetalidad

- En las plantas del sector 4 y 8 (Unidad de Trastornos del Desarrollo) se puede apreciar que existe una proporción mayor de espacios comunes, destinados a la socialización de los pacientes, a diferencia de otros pabellones como el de U.M.E. Psicosis, en donde el tipo de afección mental hace más difícil el control de los pacientes por parte del personal médico.

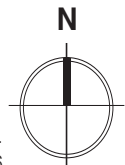
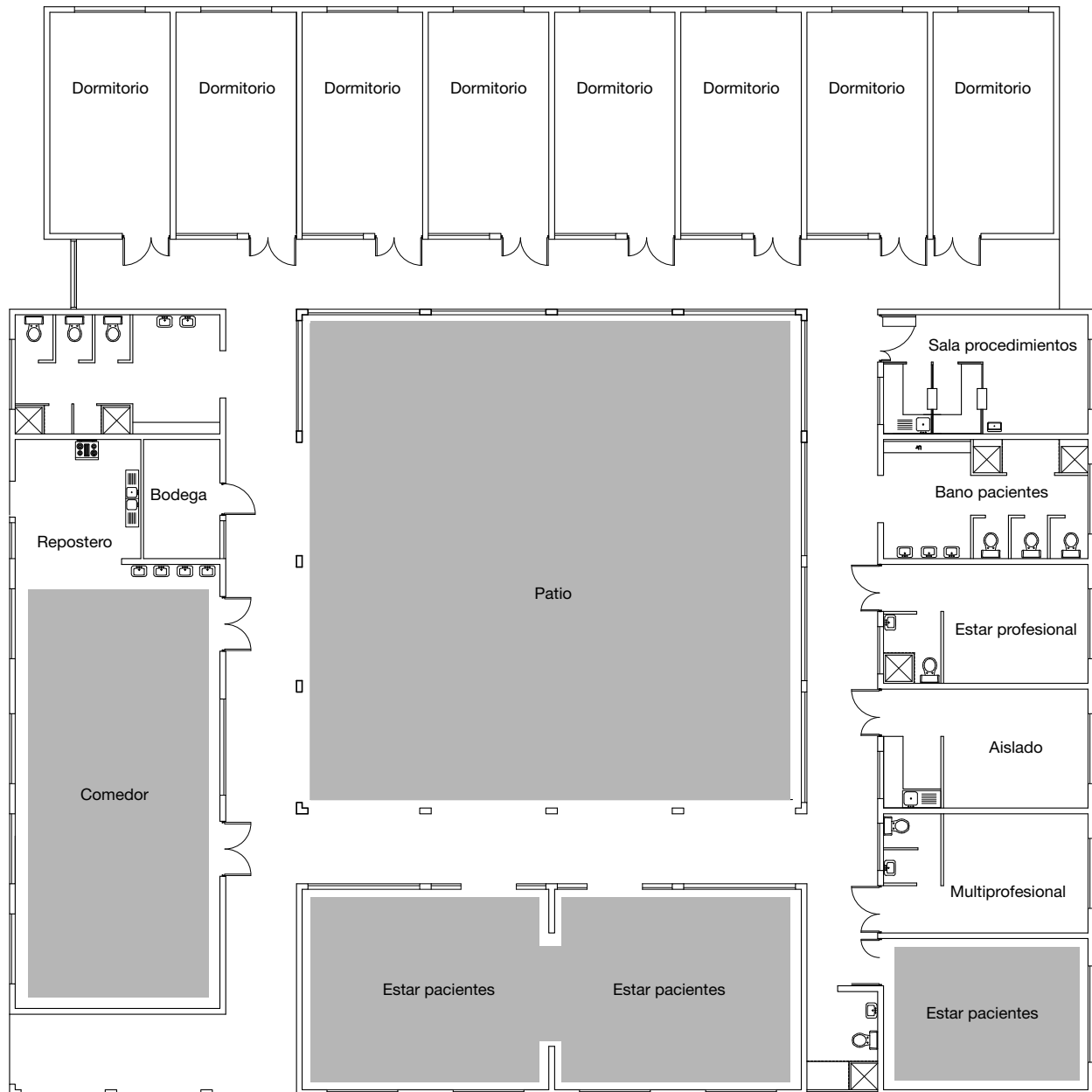


Figura 91: Planta de arquitectura Sector 4 y 8, programa sociópeto.
Fuente: Archivos de la institución, editada por el autor, 2016

- En cuanto a los espacios exteriores, éstos carecen de un programa destinado a la socialización. Sin embargo, existen talleres y psicoterapias que se implementan en el hospital que incluyen caminatas y la ocupación del parque de distintas formas. El día de la visita al establecimiento se encontraban un grupo de pacientes acompañados por un equipo terapéutico en las inmediaciones del edificio de Administración, a los cuales no se les pudo fotografiar ya que por ley no se permite.



Taller de Apresto Laboral: Viverismo



Evento "Locos por la inclusión". Encuentro cultural (llevado a cabo en 2015 y 2016) de celebración y discusión sobre los derechos humanos en salud mental, con el objetivo de valorizar la vida, la voz y sensibilidad de las personas que padecen trastornos mentales



Agrupación pueblos originarios HPEP

Figura 92: Talleres y eventos realizados en las dependencias del Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Extraído de "Cuenta Pública Hospital Psiquiátrico El Peral", MINSAL, 2015

Intimidad



El Hospital Psiquiátrico El Peral presenta falta de privacidad, pero al albergar a una cantidad reducida de usuarios, no es un problema de proporciones. La Unidad de Mediana Estadía es la que presenta mayor índice ocupacional, con un 74% en Psicosis y 92% en Trastornos del Desarrollo. Este último posee 16 habitaciones (distribuidas en 2 pabellones), con 3 pacientes en cada una, lo que da cuenta de una atención relativamente personalizada.

Figura 93: Testimonio gráfico del pabellón 7 del Hospital Sanatorio El Peral, a principios del 2001, antes de cerrarse definitivamente.
Fuente: Fotografía de Diego Flores B.

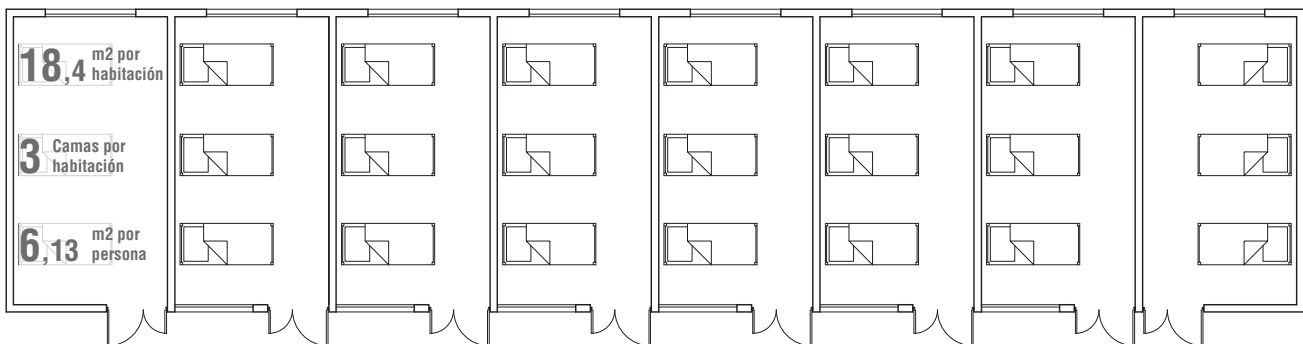
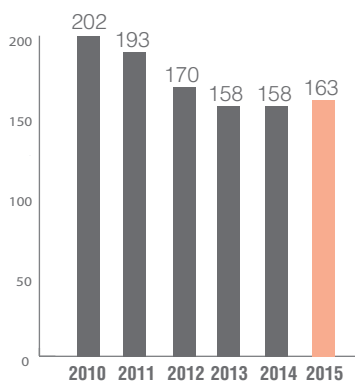


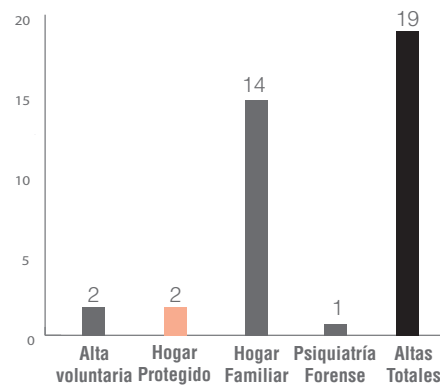
Figura 94: Dormitorios en Sector 4 y 8, Unidad Trastornos del Desarrollo.
Fuente: Elaboración propia en base a RES. EX. N° 874 del 14-05-2015 DE DSSMS

Criterios de diseño

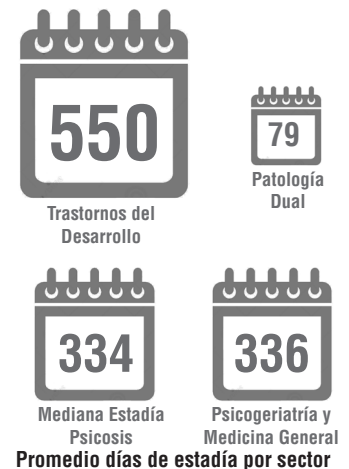
• Tamaño del hospital



Evolución de camas en los últimos años



Destino de egresos de pacientes en 2015



Promedio días de estadía por sector

Figura 95: Relación entre número de pacientes y tiempo de estadía en Hospital Psiquiátrico El Peral.
Fuente: Elaboración propia en base a "Cuenta Pública Hospital Psiquiátrico El Peral", MINSAL, 2015

Como se señaló antes, el Hospital Psiquiátrico El Peral posee más de 300 mil m² de superficie, pero sólo 18 mil m² construidos en primer nivel, teniendo una altura máxima de 3 niveles. En la actualidad hay sólo 163 camas (equivalentes a pacientes), por lo que se puede decir que la atención médica es personalizada. Sumado a esto, cada departamento funciona como una comunidad distinta, y por ende se genera un sentimiento de pertenencia en el usuario.

También se debe considerar que el promedio de estadía en 3 de los 4 departamentos es de alrededor de un año, por lo que las relaciones interpersonales son un factor preponderante en la recuperación.

Al igual que en el Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz, el Hospital El Peral también ha implementado Residencias Protegidas fuera del establecimiento a los pacientes autovalentes, posterior al internamiento en el Hospital, lo que es idóneo si se considera la relación cantidad de pacientes/tamaño del establecimiento.

“...tenemos una [residencia protegida] ubicada acá en calle Eyzaguirre, hay otra que está en el metro San José de la Estrella. En la calle Paris hay 9 residencias que están hasta con piscina. Y tenemos otra en Av. El Llano, frente al Hospital Barros Luco, que esa es más grande. Entonces tú las ves de afuera y son casas comunes y corrientes. Son pacientes que no se alteran, no gritan, no generan un ruido en la sociedad que los pueda discriminar.”¹

- Pasillos



Figura 96: Pasillos de edificio IRM de Medicina General y Patología Dual.
Fuente: Fotografía del autor y extraído de “Cuenta Pública Hospital Psiquiátrico El Peral”, MINSAL, 2015

¹ Entrevista editada por el autor a Juan Guiñez, Director del Departamento de Gestión del Usuario Hospital Psiquiátrico El Peral, 04 de octubre de 2016

4.3. JARDINES TERAPÉUTICOS Intervenciones contemporáneas

La llegada de los jardines terapéuticos (o sanadores) es incipiente en Chile, pero tiene alrededor de tres décadas de estudio en Estados Unidos y Europa. Los casos que se exponen a continuación, sumados a las entrevistas a arquitectos y especialistas en psiquiatría, permiten prever una proliferación de este tipo de intervenciones en los centros de salud, no sólo en el área de la salud mental.

A través de los casos de estudio se podrá apreciar la versatilidad de los jardines terapéuticos, que se adaptan tanto a las instituciones de salud privadas como a las públicas. Entre sus ventajas se encuentra el bajo costo inicial, más aun considerando que en la mayoría de los casos se trata de recuperación de espacios abandonados. El problema en la actualidad consiste en reevaluar la preponderancia de estos espacios en un proyecto de arquitectura, debido a que generalmente suelen ser vistos como remanentes en la asignación de presupuestos.



Figura 97: Ejemplo de Jardín Terapéutico.
Fuente: <http://fundacioncosmos.cl>

4.3.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La base teórica fundamental de los jardines terapéuticos proviene de la literatura inglesa y está ligada al la política del “being away” (estar en otro sitio), intentando crear un lugar que evoca un ambiente totalmente distinto a la institución médica.

Durante siglos, los recintos hospitalarios y sanatorios se construían destinando espacios a áreas verdes que se convertían en grandes jardines con distintos tipos de vegetación, fuentes de agua y senderos. Se creía que las personas con enfermedades físicas y psíquicas sanaban más fácilmente al estar en contacto con elementos de la naturaleza. Sin embargo, con el paso del tiempo estos jardines fueron siendo reemplazados progresivamente por estacionamientos y más edificios. Durante el siglo XX, la idea de sanitizar las áreas médicas fue creciendo, por lo que se comenzaron a eliminar las plantas y árboles, por ser potenciales fuentes de gérmenes. De esta forma, la idea de sanación a través de la naturaleza fue desapareciendo (Hoffens, 2016).

“The only way to keep these places clean was to cover them with metal, stone, or tile—materials that were acoustically reflective. As hospitals became cleaner, they became colder, noisier, and less comforting.” (Sternberg, 2009: 219) / “La única manera de mantener estos lugares limpios era cubrirlos con metal, piedra o azulejos que fueran acústicamente reflectantes. Cuando los hospitales se hicieron más limpios, se volvieron más fríos, ruidosos y menos reconfortantes.”

Durante las últimas décadas se ha desarrollado una reivindicación de la importancia de la naturaleza en los centros de salud. Esta reivindicación ha sido ampliamente estudiada y sustentada científicamente, a diferencia de como sucedía en siglos anteriores, en donde era una idea meramente intuitiva (Hoffens, 2016).

El pionero en esta área investigativa fue el doctor sueco Roger Ulrich a través del Design Based Evidence/ Diseño Basado en la Evidencia (EBD) en el campo de la salud. Ulrich (1984) señala que observar un jardín puede acelerar la recuperación de una cirugía, infecciones u otros malestares. El estudio consistió en la examinación de los registros de recuperación después de la colecistectomía de pacientes en un hospital ubicado en los suburbios de Pennsylvania entre 1972 y 1981. Los resultados mostraron que 23 pacientes quirúrgicos que se alojaban en habitaciones con ventanas que miraban hacia un escenario natural tenían estancias hospitalarias postoperatorias más cortas, tomaron menos analgésicos potentes y recibieron menos comentarios evaluativos negativos en las notas de las enfermeras que 23 pacientes que se alojaban en habitaciones similares, pero cuyas ventanas daban a una pared de albañilería de un edificio.

Ulrich et al. (2004) presentaron la revisión de más de 300 estudios de EBD que apuntaban en la misma dirección que el estudio señalado, descubriendo que el factor que más influye en el estrés ambiental hospitalario es el ruido, y que los factores que más contribuyen al confort y al apoyo de pacientes y

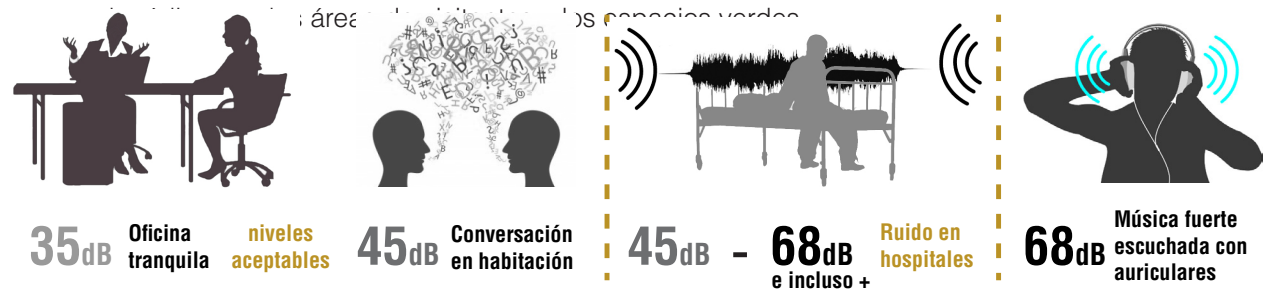


Figura 98: Rango de decibelios alcanzados en hospitales.

Fuente: Elaboración propia en base a estudios revisados por Ulrich et al., 2004

Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being

Un referente teórico contemporáneo de este tipo de intervenciones es la médica y neuroinmonóloga Esther M. Sternberg, quien en su libro *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being* (2009) señala que el observar tres a cinco minutos espacios en donde predominen los árboles, flores o agua reduce el enojo, la ansiedad y el dolor. Incluso este tipo de espacios puede inducir cambios en la presión sanguínea, tensión muscular y actividad eléctrica del corazón y el cerebro.

Sternberg (2009) relata el desarrollo de un taller organizado por la Academia de Neurociencias para la Arquitectura en Woods Hole en 2005, que tenía por objetivo discutir la incidencia del espacio construido en los estados de ánimo y las respuestas fisiológicas. El taller reunió a arquitectos, neurocientíficos y psicólogos ambientales. Los neurocientíficos con experiencia en el estrés señalaban los estresores del medio ambiente: pasillos estrechos, habitaciones cerca de estaciones de enfermería ruidosas, falta de privacidad para las familias, ventanas con vistas desalentadoras, entre otros. Luego los arquitectos propusieron posibles soluciones.

Ulrich acuñó el término de salud ecológica, haciendo referencia al diseño en la salud enfocado en el mejoramiento del confort y la consideración de aspectos espirituales y sociales de la vida del paciente. Este tipo de diseño incluye la implementación de jardines, vistas a la naturaleza, obras de arte, música relajante, sonidos de la naturaleza, colores calmantes, y espacios para la congregación de las familias de los pacientes. También incluye características ecológicas como materiales de construcción que mejoran la calidad del aire interior al reducir el gas nocivo, agua reciclada para riego, sistemas de energía renovable, espacios abiertos, senderos naturales y balcones. En la misma línea trabaja una rama de la arquitectura llamada diseño biofílico, adhiriendo a la idea de que la naturaleza tiene efectos curativos (Sternberg, 2009).

Sternberg (2009) muestra las distintas investigaciones que se realizan en cuanto a la relación del ambiente construido con la salud del paciente, que van desde el diseño de mobiliario (sillas, camas, encimeras modulares) hasta tecnología ligada a las prótesis mentales, que asisten a los pacientes en la percepción de profundidad, por ejemplo. El campo investigativo en esta área es relativamente incipiente y puede ser ampliamente explotado.

4.3.2. PROYECTOS EN SANTIAGO

La llegada incipiente de los jardines terapéuticos a nuestro país ha sido liderada por empresas privadas sin fines de lucro, específicamente fundaciones. Éstas han logrado trabajar en alianza con las instituciones hospitalarias (públicas y privadas) y empresas en algunos casos, quienes financian parte de los proyectos. Son pocos los proyectos que se han ejecutado hasta la fecha, pero las ideas base de este tipo de intervenciones son versátiles a cualquier tipo de establecimiento ligado a la salud, por lo que se prevé un futuro prometedor para los jardines terapéuticos.

De esta manera, las intervenciones que se han llevado a cabo hasta ahora han sido al interior de la institución privada Pequeño Cottolengo y en el ámbito público, se está desarrollando el proyecto “Recuperación de Jardines Interiores del Hospital del Salvador”, que ya cuenta con 6 jardines finalizados.

Recientemente, se aprobó un proyecto similar en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, en donde se recuperarán espacios comunes exteriores para convertirlos en jardines terapéuticos. El primer patio que se intervendrá será ambientado especialmente para niños en el sector de Neurología y Psiquiatría.

Fundaciones e instituciones hospitalarias que han trabajado con jardines terapéuticos

Fundación COSMOS
Las Condes



FUNDACIÓN
COSMOS
Conexión con la naturaleza

**Institución sin fines
de lucro PEQUEÑO
COTTOLENGO**
desde 1970 trabaja con
340 niños y adultos con
daño neurológico severo,
pertenecientes a sectores de alta
vulnerabilidad social



Pequeño
Cottolengo

Fundación inspira



Hospital del Salvador
Providencia
Entidad de salud pública
perteneciente al Servicio de
Salud Metropolitano Oriente



2013 Jardín de Hospitalización
Domiciliaria



2014 Jardín Los Naranjos



2015 Jardín La Fuente

4.3.2.1. Recuperación de los Jardines Interiores del Hospital El Salvador

Este proyecto es desarrollado principalmente por las fundaciones Cosmos e Inspira, con el apoyo del Hospital. Se han restaurado y habilitado 6 jardines con una finalidad sanadora. Sin embargo, dicho proyecto no está enfocado exclusivamente en los



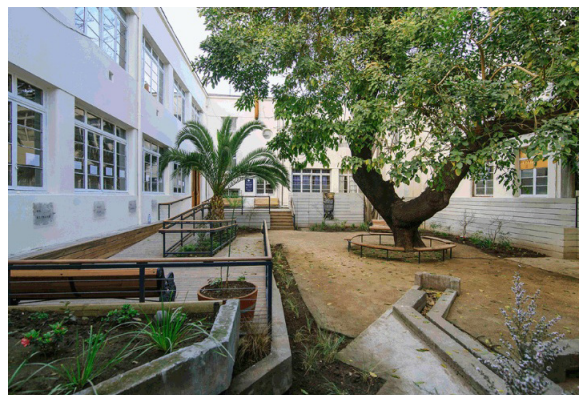
2015 Jardín Rayos



2016 Parque Almez



2016 Jardín del Ceibo



pacientes, sino que además está pensado en los familiares y también en los funcionarios del hospital. Los jardines terapéuticos se conciben como un complemento a las terapias médicas.

Figura 99: Cronología ejecución jardines terapéuticos del Hospital El Salvador. Fuente: Elaboración propia en base a imágenes de páginas institucionales de las fundaciones Cosmos e Inspira

JARDÍN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Área de espera al aire libre con mobiliario y árboles que generan un espacio de descanso

Descripción general

**Hospital El Salvador,
Área Hospitalización
Domiciliaria**

Ubicación

Diciembre de 2013

Fecha Habilitación

Restauración del espacio



200 m²

Superficie Recuperada

**Fundación Cosmos
Fundación Inspira
Fundación Mar Adentro
Hospital del Salvador
Voluntarios**

Participación

Situación actual



Figura 100: Registro fotográfico Jardín de Hospitalización Domiciliaria.
Fuente: <http://www.fundacioncosmos.cl> y <http://www.fundacioninspira.cl>

JARDÍN LOS NARANJOS

Zona de gran afluencia de público, ya que aquí se encuentra la única cafetería al aire libre. La visitan médicos, funcionarios, pacientes y sus familiares

Descripción zona intervención

Antes de la restauración



Adición de diversas especies vegetales a los naranjos existentes. Incorporación de mobiliario y una escultura

Descripción intervención

Restauración del espacio



Hospital El Salvador, Patio del Policlínico de Cirugía

Ubicación

Mayo de 2014

Fecha Habilitación

400 m²

Superficie Recuperada

**Fundación Cosmos
Fundación Inspira
Hospital del Salvador**

Participación

Situación actual

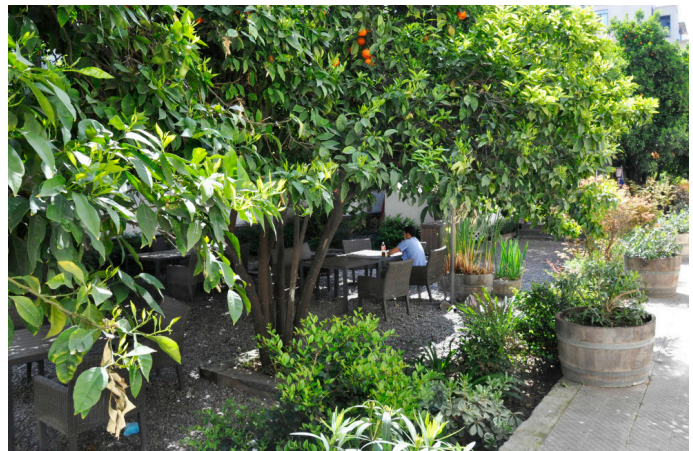
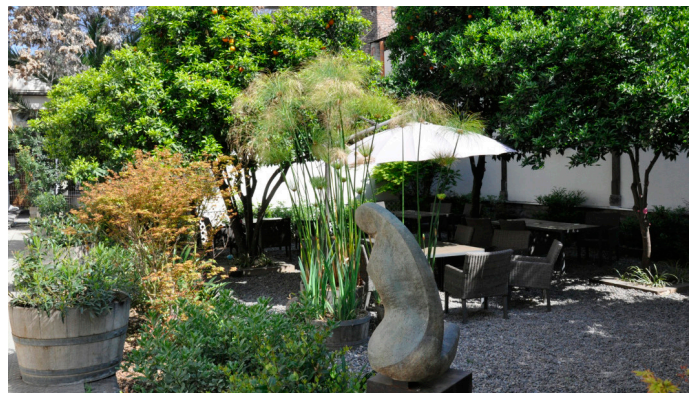


Figura 101: Registro fotográfico Jardín Los Naranjos.
Fuente: <http://www.fundacioncosmos.cl> y <http://www.fundacioninspira.cl>

JARDÍN LA FUENTE

Patio destinado principalmente a los funcionarios del sector

Descripción zona intervención

Antes de la restauración



Restauración del paisaje utilizando la vegetación existente e incorporando nuevas plantas. Instalación de infraestructura para mejor aprovechamiento del lugar

Descripción intervención

Restauración del espacio



Hospital El Salvador, Área UPC

Ubicación

Junio de 2014

Fecha Habilitación

500 m²

Superficie Recuperada

**Fundación Cosmos
Fundación Inspira
Hospital del Salvador**

Participación

Situación actual



Figura 102: Registro fotográfico Jardín La Fuente.
Fuente: <http://www.fundacioncosmos.cl> y <http://www.fundacioninspira.cl>

JARDÍN RAYOS

Hospital El Salvador, Área Rayos

Ubicación

2015

Fecha Habilitación

315 m²

Superficie Recuperada

**Fundación Inspira
Urban Green Arquitectos
Hospital del Salvador
Pamela Charad Propiedades
Eduardo Novoa
Foro 1 Endeavor**

Participación

Antes de la restauración



Restauración del espacio

Situación actual



Figura 103: Registro fotográfico Jardín Rayos.
Fuente: <http://www.fundacioninspira.cl>

JARDÍN PARQUE ALMEZ

**Patio ubicado entre
dos unidades de
hospitalización
postoperatoria**

Descripción zona intervención



Antes de la restauración

**Hospital El Salvador,
Área de cirugía**

Ubicación

2016

Fecha Habilitación

500 m²

Superficie Recuperada

**Fundación Cosmos
Fundación Inspira
Hospital del Salvador
DIRECTV**

Participación



Restauración del espacio



Situación actual

Después

Figura 104: Registro fotográfico Jardín Parque Almez.
Fuente: <http://www.fundacioncosmos.cl> y <http://www.fundacioninspira.cl>

JARDÍN EL CEIBO

Sala de espera y recreación para todos los usuarios del hospital. Adición de nueva vegetación, resaltando el árbol Ceibo ubicado en el centro del patio. Implementación de áreas de descanso, rampas y senderos con acceso universal

Descripción intervención

**Hospital El Salvador,
Área de medicina**

Ubicación

Septiembre de 2016

Fecha Habilitación

320 m²

Superficie Recuperada

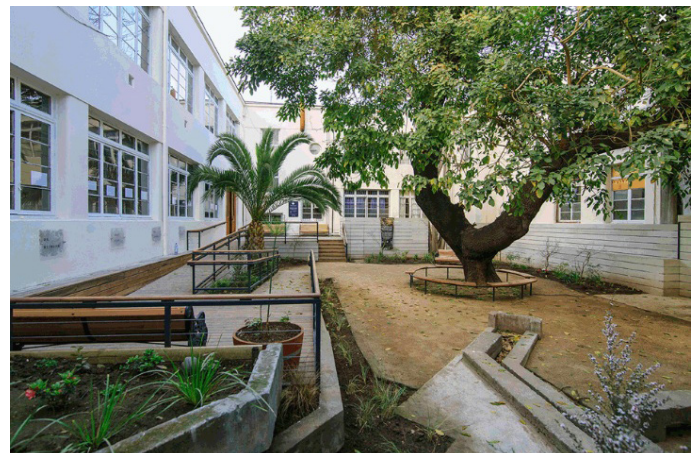
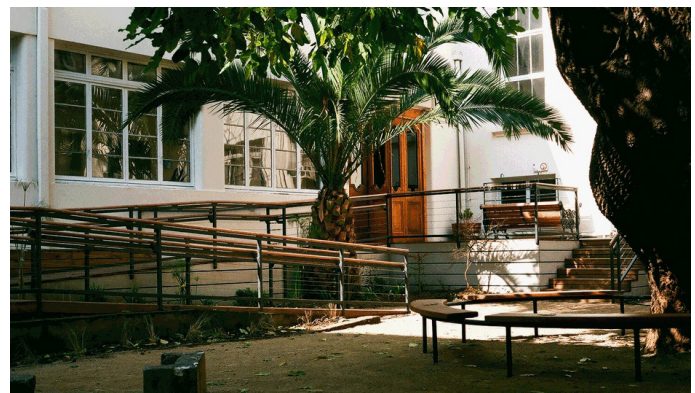
**Fundación Cosmos
Fundación Inspira
Hospital del Salvador**

Participación

Antes de la restauración



Diseno participativo



Situación actual

Figura 105: Registro fotográfico Jardín El Ceibo.
Fuente: <http://www.fundacioncosmos.cl> y <http://www.fundacioninspira.cl>

5.3.2.1. Jardín Paz y Amor, Pequeño Cottolengo

**Interior del Pabellón
Paz y Amor,
Pequeño Cottolengo,
Cerrillos**

Ubicación

45 (residentes)

Cantidad de Usuarios

**Fundación Cosmos
Fundación Inspira
Fundación Ilumina
Pequeño Cottolengo**

Participación

Marzo 2015

Fecha Habilitación

**Escuela de
Psicología de la
U. Católica**

Diagnóstico Clínico Previo

400 m²

Superficie Recuperada



Figura 106: Jardín Paz y Amor, Pequeño Cottolengo.
Fuente: <http://www.integradoschile.cl>

El pasado 8 de marzo de 2016 se inauguró el primer jardín terapéutico en Chile para niñas, niños y adultos con daño neurológico severo, al interior del Pequeño Cottolengo. El jardín “Paz y Amor” es un espacio terapéutico dividido en un área interactiva y otra contemplativa. Ambas están unidas por una terraza cerrada con grandes ventanales.

Previo al proyecto, los usuarios no podían salir al jardín por su escasa o nula movilidad, por lo que el proyecto contempla acceso universal. Sumado a esto, el proyecto busca entregar elementos de diseño e infraestructura que estimulen los sentidos de los usuarios y que les permiten interactuar con la naturaleza. Estos elementos (mesas de jardines aptas para sillas de ruedas, áreas para descansar sobre el pasto, etc.) permiten a los usuarios desarrollar habilidades físicas e incrementar la confianza en sí mismos y la sensación de libertad.



Antes de la restauración



Detalles de mobiliario

*Figura 107: Registro fotográfico Jardín Paz y Amor.
Fuente: <http://www.fundacioncosmos.cl> y <http://www.laderasur.cl>*



Situación actual

Figura 108: Registro fotográfico Jardín Paz y Amor.
Fuente: <http://fundacioninspira.cl> y <http://www.laderasur.cl>

Capítulo V

ESTRATEGIAS DE APLICABILIDAD

Arquitectura como herramienta terapéutica en el contexto actual de la salud mental

- 5.1. Instrumentos de diseño propuestos desde la arquitectura como herramienta terapéutica
- 5.2. Factibilidad de intervención en instituciones de salud mental en el contexto local

5.1. INSTRUMENTOS DE DISEÑO PROPUESTOS DESDE LA ARQUITECTURA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

Los instrumentos de diseño del presente capítulo se dividen en dos partes: en primer lugar se exponen referentes arquitectónicos vanguardistas a nivel mundial en el campo de la salud mental, y en segundo lugar, se presenta una guía de diseño que considera una adaptación a las especificidades y necesidades de un paciente mental. Ambos puntos abordan aspectos constructivos y de habitabilidad, que por tratarse de una cuestión compleja como la salud mental, poseen sustento científico referenciado de manera particular.

El tipo y el nivel de recomendaciones de diseño utilizados es intencional, y no pretende ser un manual único que se estandarice y se replique. Lo que se sugiere más bien es la revisión y reflexión de los puntos mostrados, en busca de ser aplicados en proyectos de arquitectura que se enfoquen en la salud mental. Las investigaciones en torno a la arquitectura como herramienta terapéutica en el campo de la salud mental constantemente ofrecen nuevas aportaciones desde donde se pueden extraer criterios de diseño interesantes. Asimismo, se debe considerar que en la salud mental hay innumerables tipos de pacientes, incluso más de lo que el DSM ha tipificado. Esto quiere decir que los criterios de diseño en el área de la salud mental deben ser constantemente reinventados y readaptados a las necesidades del usuario: el paciente mental.

5.1.1. REFERENTES DE DISEÑO ARQUITECTÓNICO

Los referentes arquitectónicos de hospitales psiquiátricos que se presentan a continuación son algunos de los principales exponentes contemporáneos de los enfoques teóricos que trabajan con la relación entre el ambiente físico y el comportamiento humano. Tanto el Whitby Mental Health Centre como el Homewood Health Centre se sustentan en las teorías de los jardines terapéuticos y el Well-Being, cuyos criterios de diseño se podrán apreciar de manera clara en las edificaciones. El Homewood Health Centre posee el agregado de ser el resultado de un proceso participativo, en donde Perkins y Bernhart (1996) estudiaron durante seis meses el comportamiento y las experiencias de los pacientes y del personal del hospital, para elaborar un plan maestro de diseño.

En tercer lugar se expone el Östra Psychiatric Hospital, que posee un respaldo en el “Diseño Basado en la Evidencia” (ver capítulo 5.1.2.). Se podría decir que es el referente más completo de los tres, ya que, además de incluir en su diseño una relación con la naturaleza, posee lineamientos de diseño que reducen el estrés en los pacientes considerablemente, según estudios que se especificarán más adelante.

WHITBY MENTAL HEALTH CENTRE (WMHC)

Actual Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby, Ontario, Canadá

**Suburbios de Whitby,
bordeando el lago
Ontario, Canadá. A 50
kilómetros de Toronto**

Ubicación

1996

Fecha Habilitación

14

*Unidades de pacientes
internos*

**Evaluación, tratamiento
y rehabilitación
de personas con
enfermedades mentales
graves**

Destino actual

348000 m²

Superficie terreno

2

*Unidades de pacientes
ambulatorios*

**North York,
Scarborough,
East York, York,
Durham y Victoria
Country**

Zona de captación

46450 m²

Superficie construida

325

Camas



Figura 109: Vista aérea Whitby Mental Health Centre, 2005.
Fuente: <http://www.flickr.com>, de Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

Contexto histórico reciente de la edificación

El edificio original del Whitby Mental Health Care (antes llamado Hospital Ontario) fue construido entre 1913 y 1926, pero en la década de 1980 muchos edificios se estaban deteriorando, por lo que algunos de ellos fueron cerrados por motivos de seguridad. Además, luego de 75 años las instalaciones ya no representaban la forma de abordar el problema de la salud mental y sus consecuentes tratamientos.

La nueva construcción del Hospital comenzó a planificarse a mediados de 1980, y el diseño estuvo a cargo de tres firmas de arquitectura: Crang & Boake, Cannon, y Moffat Kinoshita. El nuevo diseño, al igual que el primero de 1912, representaría los criterios vanguardistas de la época en atención psiquiátrica. El entorno paisajístico del hospital original se mantuvo con la instalación de patios, acceso al aire libre estéticamente bien mantenido, y un corredor que interconecta los ocho edificios del establecimiento.

La construcción de la edificación se llevó a cabo entre 1993 y 1996, y el 15 de septiembre de 1996 se inauguró oficialmente. La nueva instalación representó el primer centro de salud mental en Canadá en más de 25 años, por lo que suscitó gran expectación.

En 2009, el Centro de Salud Mental de Whitby pasó a llamarse Ontario Shores Center for Mental Health Sciences. Éste comenzó a funcionar bajo la Ley de Hospitales Públicos como una instalación independiente en 2006 y es gestionado por una Junta Directiva que está conformada por miembros de la comunidad local.



Vista aérea del Hospital Ontario, 1920



Cabaña en construcción, Hospital Ontario Whitby, 1916

*Figura 110: Fotografías históricas del Whitby Mental Health Care.
Fuente: <http://www.images.ourontario.ca>*

Descripción del establecimiento

El WMHC está conformado por ocho edificios de baja altura interconectados que están separados por patios ajardinados, conectados por un corredor interior de 425 metros de largo llamado Main Street, en la primera y segunda planta. Cada unidad posee un patio diseñado específicamente para las necesidades de los pacientes de dicha unidad (Sachs, 1999a). Una característica importante del diseño es el amplio ingreso de luz natural al interior de las edificaciones.



Figura 111: Corredor principal de dos pisos (Main Street) del Whitby Mental Health Care. Fuente: Fotografía de Patrick Kennedy/East End Studios. Extraído de <http://www.behavioral.net>



Figura 112: Vista de uno de los patios de pacientes desde el Main Street. Fuente: Fotografía de Clare Cooper Marcus

Existe una conexión entre el interior de los edificios y el exterior. Todas las Unidades del Cuidado de Pacientes (UCP) están ubicadas en el borde exterior del edificio, de modo tal que cada dormitorio, las áreas comunes, y la mayoría de los pasillos y oficinas poseen ventanas con vistas hacia el exterior. Además, cada unidad posee un Solarium. En verano, las unidades abren las puertas que conducen a sus respectivos patios, con el fin de permitir el aire fresco y un fácil acceso al exterior (Sachs, 1999a).

La pared suroeste de la Cafetería Lakeview está conformada casi en su totalidad de ventanas que miran hacia un patio y al lago Ontario. Al interior de la cafetería hay tres ficus de 4,5 metros de altura que proporcionan vegetación en invierno (Sachs, 1999a).

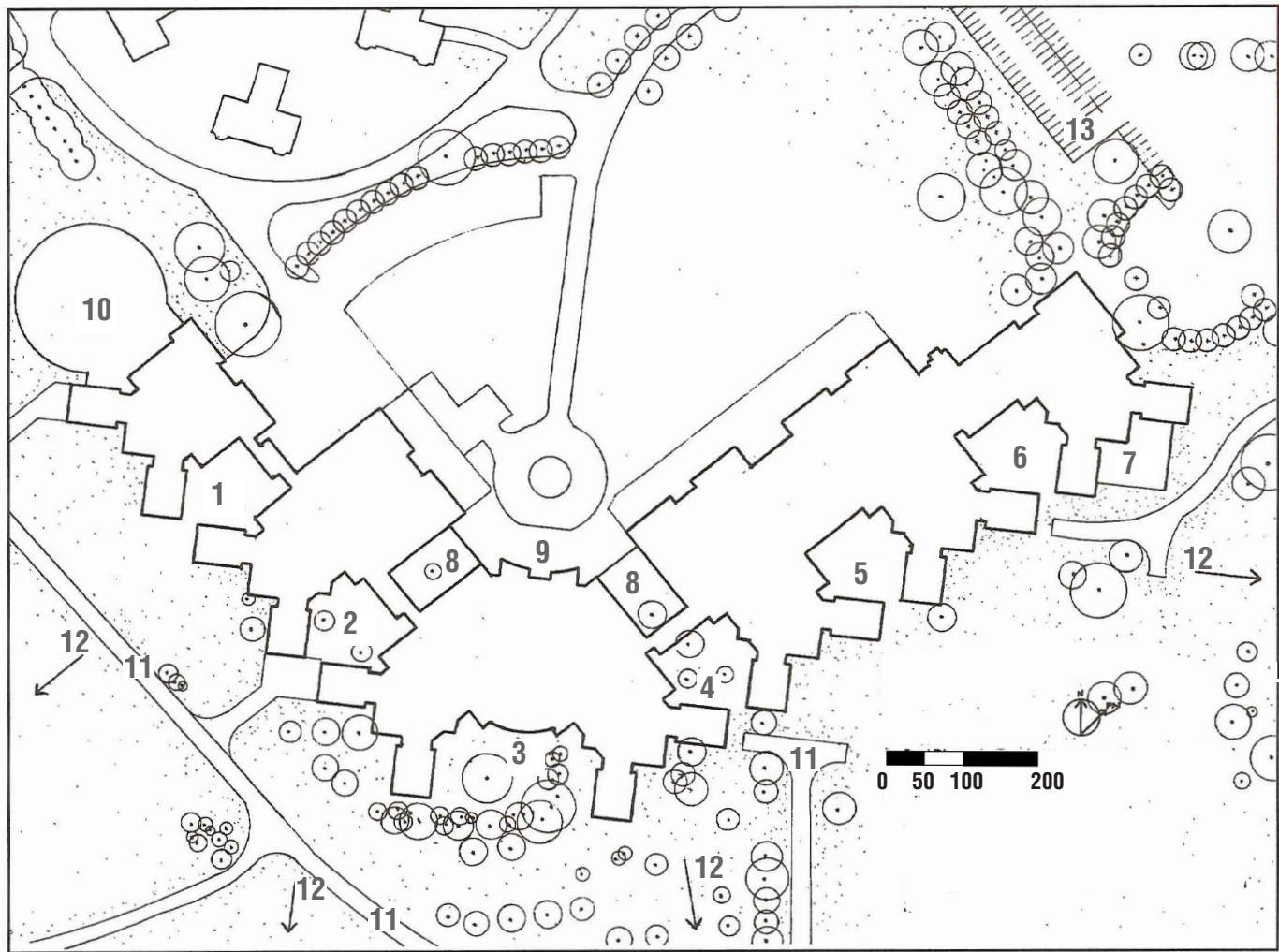


Figura 113: Patio conectado a una Unidad de Cuidado del Paciente, Whitby Mental Health Care, 2010. Fuente: <https://www.flickr.com>, de Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences



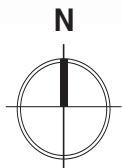
Figura 114: Cafetería principal del Whitby Mental Health Care, llamada Lakeview, 2010. Fuente: <https://www.flickr.com>, de Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

Programa espacios exteriores del establecimiento



- 1 Patio de Diagnóstico Dual
- 2 Patio de Rehabilitación Psiquiátrica
- 3 Patio comedor (con vistas al lago Ontario)
- 4 Patio de Psicogeriatría
- 5 Patio de Neuropsiquiatría
- 6 Patio de Adolescentes
- 7 Patio seguro para Adolescentes
- 8 Patios interiores
- 9 Acceso Principal
- 10 Evaluación forense, Consulta y Programa de Tratamiento
- 11 Camino peatonal y para bicicleta
- 12 Vistas al lago Ontario
- 13 Principal área de Estacionamientos

Figura 115: Planta de emplazamiento Whitby Mental Health Care.
Fuente: Elaborado por Naomi Sachs, 1999



Descripción del espacio al aire libre (Sachs, 1999a)

En 1991, la arquitecto paisajista Mary Jane Lovering diseñó los espacios exteriores del WMHC. Se diseñaron paisajes simples y de bajo mantenimiento, que además reflejaron el estilo residencial de los barrios del sector, al tener una entrada frontal al edificio y una puerta trasera a cada patio. A través del diseño se quería lograr una sensación de calma y continuidad, por lo que, en su intento por evitar la sobreestimulación, se utilizaron tonos de tierra y otros colores sutiles similares a la materialidad del edificio.

El extenso sistema de senderos para peatones y bicicletas que rodean la instalación se mantuvo y se mejoró para el uso del paciente, y sirve a su vez como invitación a los miembros de la comunidad de Whitby para que ocupen las dependencias del hospital.

En cuanto a los patios, poseen ciertas características comunes. Todos ellos son accesibles para minusválidos, y tienen parrillas que son usadas muchas veces a la semana durante el verano. Todos los patios poseen materiales de construcción similares. El mobiliario se atornilla al suelo para que no puedan ser utilizados como un arma. Durante los meses cálidos, se realizan muchas actividades al aire libre, como voleibol y bádminton, picnics, e incluso se desarrollan las terapias ocupacionales y entrevistas psiquiátricas a los pacientes.

Hay patios con distintos niveles de cerramientos, según el tipo de afección que alberga cada UCP. El paisaje también es específico según las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, el patio del Programa de Evaluación del Tratamiento de la Esquizofrenia es más grande y con más césped, lo que permite el descanso ocasional y juegos activos, ya que esta unidad posee pacientes jóvenes y físicamente activos. Además, estos pacientes están sometidos a una vigilancia menos estricta, por lo que el patio no está cerrado completamente.

En todos los patios, la sombra de los árboles ayuda a mitigar el efecto secundario de fotosensibilidad causado por muchos medicamentos antidepresivos y antipsicóticos. En la unidad de psicogeriatría la sombra también es importante, ya que los ancianos son más sensibles a la luz del Sol. Los árboles también son una conexión simbólica con la antigua granja. Existe en cada unidad distinta vegetación, que sirve como señal visual para los pacientes para identificar la unidad personal.

La vegetación escogida tanto para el interior como para los alrededores de los patios posee dos cualidades: es no tóxica y duradera, capaz de resistir el desgaste que los pacientes emocionalmente perturbados suelen infligir tanto a la planta como a los materiales de construcción.

Los patios de las unidades del Programa de Evaluación, Consulta y Tratamiento Forense (FACT) están rodeados en parte por un muro de albañilería de 6 metros de altura que es imposible de escalar. La otra mitad del patio está cerrada con un cerco que es más alto que el de los otros patios, con el fin de impedir el contacto directo de estos pacientes con el exterior. De todas formas este cerco posee vistas hacia el lago Ontario y a los senderos que rodean el hospital. El mobiliario también está atornillado al suelo, y están dispuestas cámaras de vigilancia.

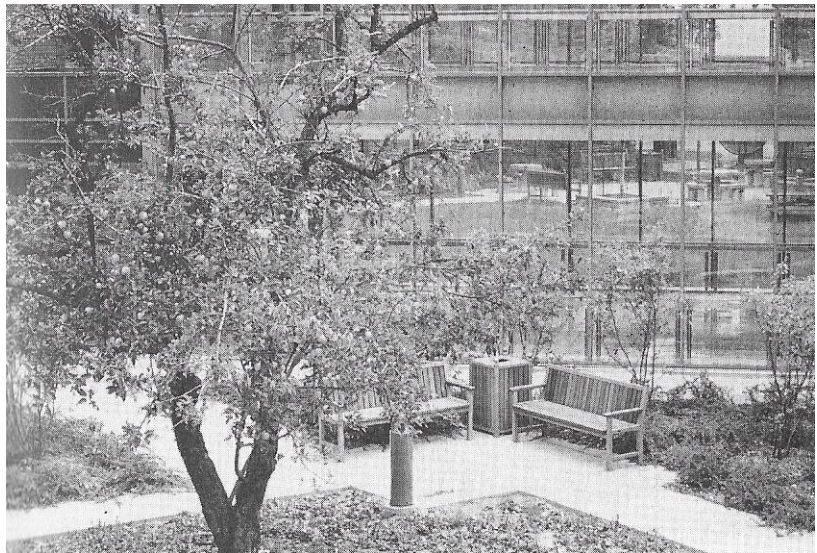


Figura 116: Patio adyacente al acristalado Main Street.
Ventanas a lo largo de ambos lados del pasillo principal (Main Street) miran hacia el exterior, a los patios. El patio cerrado en primer plano ofrece uno de los manzanos conservados del huerto original de Whitby.
Fuente: Fotografía de Clare Cooper Marcus

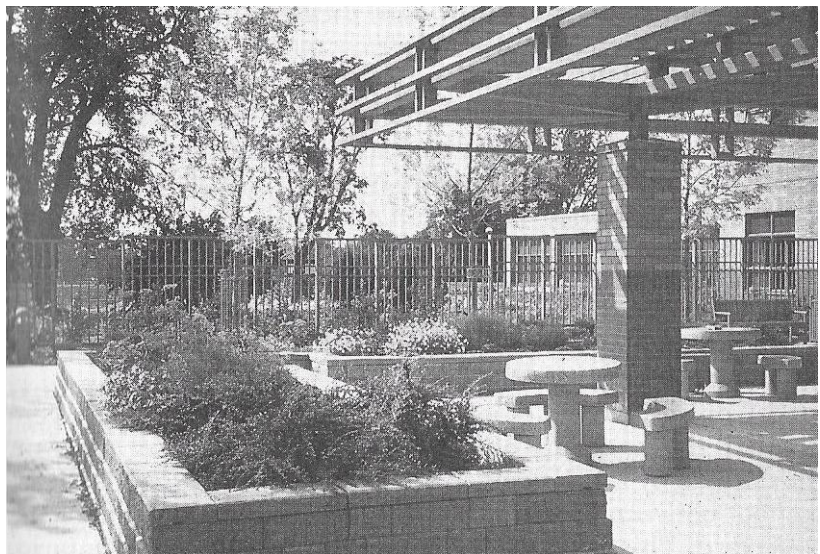


Figura 117: Patio de Unidad de Neuropsiquiatría, Whitby Mental Health Care.
Los pacientes en la Unidad Neuropsiquiátrica a menudo tienen capacidades motoras restringidas; por lo tanto su patio está pavimentado sobre todo para permitir el movimiento fácil. Las camas levantadas de la plantación en el sol y las tablas y las sillas de la terraza debajo de una pérgola permiten a los pacientes la posibilidad de sentarse en el sol o la sombra.
Fuente: Fotografía de Clare Cooper Marcus

HOMEWOOD HEALTH CENTRE

Guelph, Ontario, Canadá

**Orillas del río Speed
en Guelph, Ontario,
Canadá. A 50
kilómetros de Toronto**

Ubicación

312

Camas

**Evaluación, tratamiento
y rehabilitación
de personas con
enfermedades mentales**

Destino actual

222557 m2

Superficie terreno

1883

Fecha Habilitación

29730 m2

Superficie construida



Figura 118: Fachada principal del Homewood Health Centre.
Fuente: <http://www.homewoodhealth.com>

Contexto histórico de la edificación (Perkins, 1999)

A finales del siglo XIX y principios del XX, las edificaciones originales del Homewood estaban emplazadas en la parte alta del río, en la franja agrícola de Guelph. Posteriormente el hospital se amplió, añadiéndose estructuras al norte de los edificios existentes, y más tarde se construyeron corredores que conectarían los edificios. En definitiva, el hospital está conformado por seis edificios de distintas épocas, cuya materialidad varía desde ladrillo con columnas, ventanas con parteluces y verandas profundas, hasta piedra caliza natural y elementos decorativos regionales distintivos.

En sus inicios, el acceso principal al hospital era a lo largo de las calzadas que seguían al río y ascendían por las curvas de las colinas. El sistema interno de circulación por carretera que se implementó posteriormente sigue las calzadas originales. En la década de 1920 se construyó la carretera Delhi Street en el lado desnivelado del hospital; hoy en día esta carretera es la principal ruta al hospital. Esto ha llevado a la incómoda situación de que el fondo del complejo hospitalario sea la cara pública orientada a la calle. Numerosas modificaciones posteriores estuvieron avocadas a reorientar el hospital hacia la calle, como entradas principales, patios de acceso y paseos peatonales.



Antigua edificación del Sanatorio de Homewood, 1910



Jardín para jugar bolos, 1910

Figura 119: Postales del antiguo Sanatorio de Homewood.
Fuente: <http://www.projectsoil.ca>

Descripción del establecimiento y de la institución (Perkins, 1999)

El Homewood Health Centre está conformado por seis edificios históricos y arquitectónicamente significativos y está inserto en una zona residencial. El hospital posee vistas excepcionales a los bosques, también cuenta con espacios abiertos con campos recreativos y jardines, y estructuras menores como un mirador y una casa club.

Al año recibe alrededor de 2000 pacientes y posee una amplia gama de programas psiquiátricos para pacientes internos y ambulatorios. Entre estos programas se encuentra uno para trastornos de la alimentación, adicciones y supervivientes a traumas, así como programas específicos a afecciones mentales como trastornos bipolares, esquizofrenia y Alzheimer. Además cuenta con una serie de terapias complementarias, como el shiatsu, terapia de masaje, terapia de recreación y la terapia horticultural.

Descripción del espacio al aire libre (Perkins, 1999)

El paisaje de Homewood es excepcional, dominado por extensas masas de bosques de segundo crecimiento acompañados de vegetación densa de sotobosque; todo inserto en áreas abiertas de césped y tierras de plantación ornamental con árboles de muestra. La pendiente topográfica entre el complejo hospitalario y el río es pronunciada; está dividida en dos terrazas de 15 metros. La terrazas del hospital contienen plantaciones formales, casi de construcción, que se hacen progresivamente más naturales a medida que se acercan al río.

El hospital y la circulación peatonal y vehicular son los principales elementos organizadores del establecimiento. Carreteras pavimentadas conectan el hospital con los alrededores del río y los terrenos de unas mansiones cercanas. No hay aceras pavimentadas, por lo que los pacientes y el personal utilizan carreteras o caminos de grava en los bosques. En el terreno se destinan áreas para un campo de béisbol y una cancha de voleibol al aire libre. Las actividades que predominan son paseos y la contemplación de aves, y se llevan a cabo principalmente en las parcelas forestales o a lo largo de las carreteras pavimentadas.

A principios de la década de 1990 el gasto en mantenimiento se había reducido significativamente, lo que llevó a que los bosques fueran dominados por el arce exótico de Noruega, y que gran parte de la infraestructura, como escaleras y carreteras, se encontraran en mal estado. Asimismo, las camas florales formales se redujeron y la plantación y el mantenimiento de los árboles y de los arbustos declinaron. Estos cambios afectaron la estética del paisaje de Homewood y llevó a que los pacientes y el personal le dieran un uso distinto al terreno. El hospital cuenta con un programa de terapia hortofrutícola con jardines formales y camas de siembra, sin embargo, los jardines están distantes y ubicados en una pendiente pronunciada, lo que dificulta el acceso a los pacientes con discapacidades físicas. Lo más importante es que el río Speed y gran parte del paisaje natural se ha vuelto prácticamente inaccesible, debido a que el sotobosque de los bosques ha sido invadido por el arce de Noruega.



Figura 120: Jardín de vegetales para terapia horticultural, al interior del Homewood Health Centre.
Fuente: <http://www.projectsoil.ca>



Figura 121: Parte de jardín terapéutico en el Homewood Health Centre diseñado por N. Perkins.
Fuente: <http://www.news.uoguelph.ca>

Estudio del comportamiento de pacientes en el medio ambiente natural del Homewood (Perkins, 1999)

En 1996 se inició un proceso de planificación basado en la idea de que los comportamientos y experiencias de los pacientes en el medio ambiente deben ser centrales en el diseño de los entornos terapéuticos al aire libre. Para ello, se desarrollaron cuatro estudios de investigación aplicada en un lapso de seis meses, con el fin de determinar cómo los pacientes se comportan y experimentan el medio ambiente natural en Homewood.

	<i>Estudio 1</i>	<i>Estudio 2</i>	<i>Estudio 3</i>	<i>Estudio 4</i>
Objetivo del estudio	Evaluar el uso existente de los terrenos por los pacientes y el personal	Comprender las preferencias visuales y de comportamiento de pacientes	Desarrollar mapa de "lugares especiales" del sitio	Crear un marco de planificación y diseño aplicable a todo el sitio
Herramienta de investigación	Entrevistas y observaciones estructuradas de comportamiento	Diseño personalizado de encuesta por computadora	Entrevistas de pacientes y personal y ejercicio de cartografía	Muestra de video a los pacientes con las cualidades físicas de los lugares, vinculándolo a sus experiencias personales

Tabla 3: Objetivos y herramientas de investigación de los cuatro estudios de investigación aplicada en Homewood. Fuente: Elaboración propia en base a planteamientos de Perkins, 1999)

Estos estudios se basaron en los anteriores, generando un proceso lógico y defendible a través del cual los ejecutivos hospitalarios, clínicos y personal de apoyo podrían comprender el vínculo entre el ambiente físico y las conductas y experiencias de los pacientes. Los resultados de estos estudios se utilizaron para crear un plan maestro para el hospital (ver figura 124) que sería utilizado en la planificación, diseño y mantenimiento de los entornos físicos, los cuales incidirían de forma positiva en las conductas y experiencias de los pacientes.

• **Estudio 1.** Se observó discretamente el comportamiento de los pacientes y los lugares que frecuentaban, durante dos semanas. Los resultados arrojaron que los espacios cercanos a las edificaciones que recibían la luz del sol, como los patios, terrazas y entradas principales, fueron utilizados intensamente, aunque por períodos de tiempo cortos, lo que daba como resultado espacios superpoblados. Por otra parte, las áreas naturales más alejadas del hospital, como el "Manor Green" eran ocupadas para actividades pasivas y solitarias, como tomar el sol y leer, lo que sustenta la funcionalidad de los ambientes naturales en las instituciones psiquiátricas, que sirve al personal y a los pacientes para "encontrar paz y tranquilidad".



Figura 122: Preferencias de pacientes y personal por tipo de entorno físico, en estudio de Perkins y Barnhart. Fuente: Elaboración propia en base a estudio de Perkins y Barnhart, 1996

• **Estudio 2.** Los resultados de la encuesta mostraron que tanto los pacientes como el personal tenían preferencias claras por entornos específicos asociados a comportamientos específicos.

Los escenarios al aire libre "cerrados", como los caminos que cruzan el bosque, fueron preferidos en si

mayoría para comportamientos activos, como caminar o pasear con otros, mientras que los escenarios “abiertos” fueron mayormente preferidos para comportamientos pasivos, como sentarse, leer y fumar. Los encuestados prefirieron los escenarios naturales cerrados, como los senderos de bosques, para escapar, y los escenarios naturales abiertos para relajarse y participar de actividades solitarias.

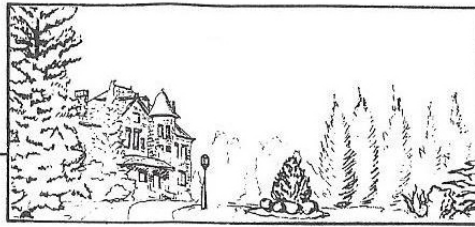
- **Estudio 3.** Los lugares que fueron identificados con mayor frecuencia como especiales por los pacientes y el personal fueron un sendero de bosques y una arboleda de abeto cerca del hospital. El fundamento común para la elección del lugar especial fue cómo éste hizo sentir al individuo. Por ejemplo, seis pacientes se inclinaron por un lugar bajo un arce en el Green Manor, debido a que este lugar les hizo sentir relajados y cómodos. Dos pacientes asociaban el paseo del río con el estar en una catedral. Muy pocos pacientes se refirieron a cualidades arquitectónicas o espaciales del lugar.

Los encuestados identificaron muchos lugares especiales en todo el recinto. Los lugares elegidos fueron en su mayoría entornos naturales que los pacientes vinculaban a experiencias personales específicas. Uno de los lugares más escogidos fue un círculo de cedros de 15 metros de diámetro. Muchos pacientes describieron esta área como algo espiritual, y grupos de pacientes celebraban frecuentemente ceremonias de sanación al interior del círculo.

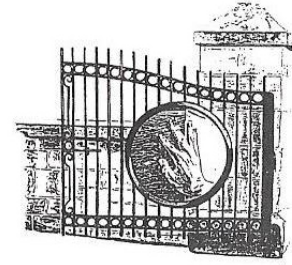
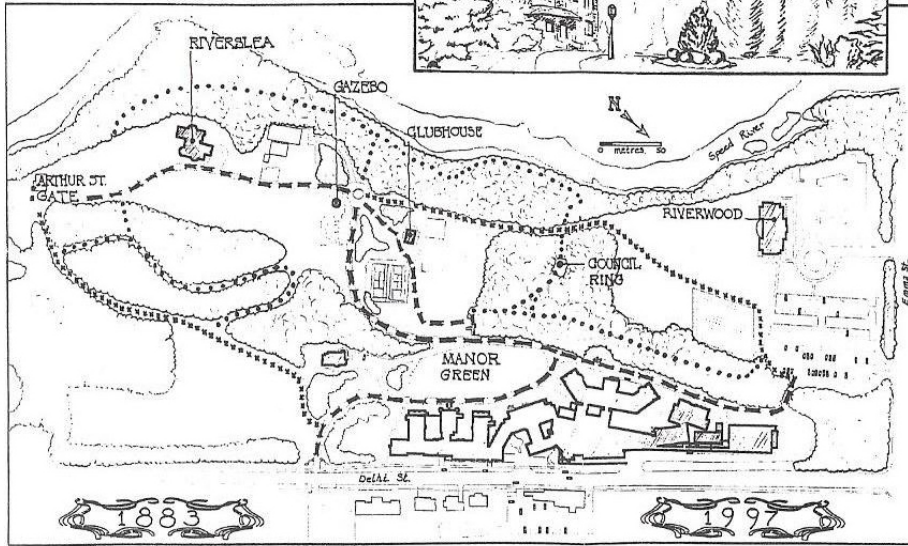
- **Estudio 4:** Los resultados de este estudio indicaron que la mayoría de los entornos evocan un conjunto de experiencias comunes entre los pacientes y el personal. Ambos describían de la misma forma y usaban los mismos adjetivos para referirse a las experiencias que esperaban encontrar en entornos específicos. Por ejemplo, los escenarios que se distinguían como naturales, cerrados, menos complejos, de gran textura y de pequeña escala, fueron descritos siempre por los encuestados como tranquilos y pacíficos.

Estos estudios sirvieron para una mejor comprensión de cómo los pacientes psiquiátricos experimentaron los distintos entornos naturales en Homewood. En base a estos hallazgos, se utilizó una serie de doce principios de diseño para elaborar el Plan Maestro de Homewood Health Center Grounds (ver figura 124), el cual establece a su vez principios rectores para planificar y diseñar un conjunto de escenarios que en la actualidad propician conductas y experiencias deseables en los pacientes, a través de una mejor comprensión de las experiencias derivadas de los lugares.

HOMWOOD NATURE WALKS



A WALKERS GUIDE



H
A CARING COMMUNITY

EXPLORE 3 km of TRAILS

WALKS ——— easy to travel



TRAILS ——— not for everyone, plan extra time



PATHS If you must jog, be careful not to trip!

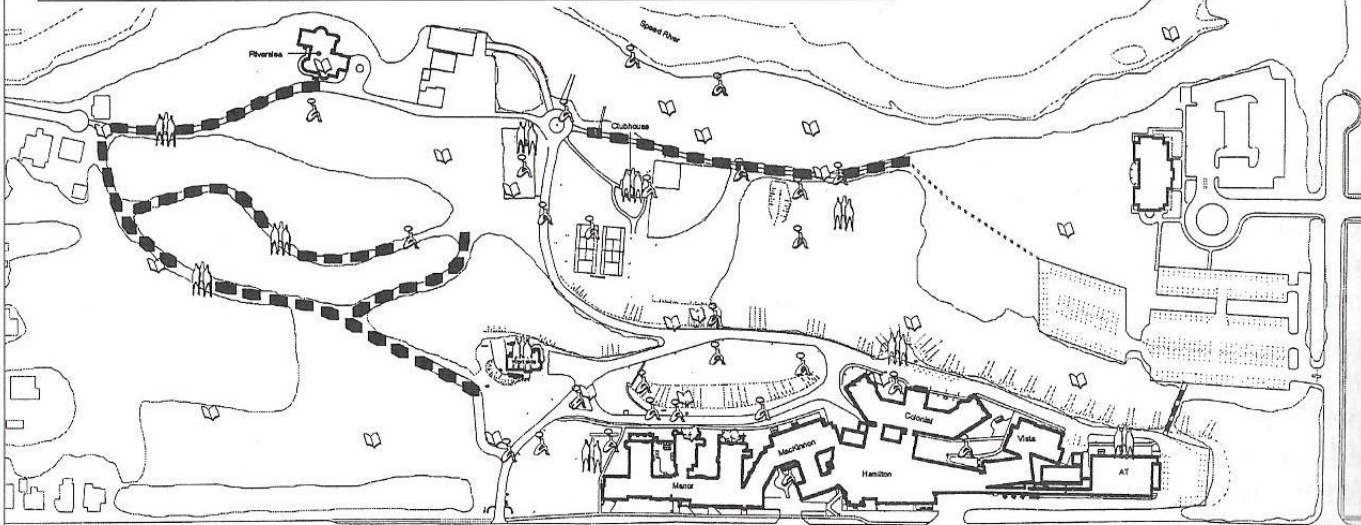


Figura 123: "Guía del Caminante". Se entregó esta guía a los pacientes y al personal del Homewood Health Centre, con el fin de alentarlos a usar los extensos terrenos de las dependencias del establecimiento. Fuente: Elaborado por Barnhart y Perkins, 1997

Special outdoor places around Homewood that its users have identified.

A place can be significant for a variety of reasons. Below are the definitions of special as provided during the series of mapping exercises.

special means to me: Nature, Peaceful, Natural, Place of peaceful enjoyment, Restful, Quiet, Calming, Comfortable, Eye appealing, Serene, Private places to meditate, Unique, Scenic, People enjoying outdoors



Special Route Behaviour Experience Meaning

HOMWOOD SPECIAL PLACES
HOMWOOD HEALTH CENTRE
GROUNDS MASTER PLAN
BARNHART/PERKINS 1997

scale: metres
0 10 50 100

Figura 124: Master Plan Homewood Health Centre. Se pidió a una muestra de pacientes y personal del Centro de Salud de Homewood que localizaran y describieran lugares en los terrenos que eran especiales para ellos. Éstos se dividían en tres categorías: Lugares de Comportamiento (disfrutados para una cierta actividad); Lugares de Experiencia (disfrutados por los sentimientos despertados); y Lugares de Significado (significativos por lo que representaban). Fuente: Elaborado por Barnhart y Perkins, 1996

ÖSTRA PSYCHIATRIC HOSPITAL

**Gotemburgo,
Suecia**

Ubicación

**White
Arkitekter AB**

Arquitectos

Västfastigheter

Mandante

2007

Fecha Habilitación

16600 m2

Superficie terreno

18800 m2

*Superficie construida
(4 niveles)*

2004 - 2006

*Período de
Construcción*

US\$50M - US\$100M

Presupuesto

**1. Forum's Healthcare
Building Award 2007
2. WAN Healthcare Building
of the Year Award (Segundo
lugar)**

Premios

126

Camas pacientes internos

87%

*Porción Dormitorios
individuales*



Figura 125: Vista aérea del Östra Psychiatric Hospital.
Fuente: Extraído de "Environments for mental health care in Scandinavia", SINTEF Health Research, 2009

Reducción en los niveles de violencia en el Östra Psychiatric Hospital gracias a diseño ambiental

En Suecia, país donde se construyó el Östra Psychiatric Hospital, se estima que más de la mitad de los miembros del personal de atención psiquiátrica están expuestos a la violencia física cada año; panorama que se repite en varios países (Ulrich, 2013). Esto se explica en el hecho de que cerca de un tercio de los pacientes admitidos para atención psiquiátrica en el mundo están involucrados en incidentes violentos (Bowers et al., 2011). Ciertamente, los altos niveles de estrés a los cuales están sometidos los pacientes psiquiátricos intensifican en parte las reacciones agresivas.

“For patients, the stress of mental illness itself can be intensified by the trauma of being confined for weeks in a locked ward. A care facility that’s also noisy, lacks privacy and hinders communication between staff and patients is sure to increase that trauma. Likewise, architectural designs that minimize noise and crowding, enhance patients coping and sense of control, and offer calming distractions can reduce trauma.” (Ulrich, 2013) / “Para los pacientes, el estrés de la enfermedad mental en sí puede ser intensificado por el trauma de estar encerrado durante semanas en una sala cerrada. Un centro de atención que también es ruidoso, carece de privacidad y dificulta la comunicación entre el personal y los pacientes, es seguro que aumentará ese trauma. Del mismo modo, los diseños arquitectónicos que minimizan el ruido y el hacinamiento, mejoran la capacidad de hacer frente a los pacientes y el sentido del control, y ofrecen distracciones tranquilizadoras, pueden reducir el trauma.”

Investigadores de la Chalmers University of Technology y la Sahlgrenska University Hospital realizaron un estudio en el Östra Psychiatric Hospital, en donde establecieron 10 características arquitectónicas que son susceptibles de disminuir el estrés, de las cuales el hospital cuenta con 9. Se comparó este resultado con otras dos instituciones psiquiátricas similares en cuanto al número de camas, tipos de pacientes, protocolos de tratamiento y niveles de personal. La primera institución era el antiguo establecimiento por el cual fue reemplazado el Östra, y la segunda era una institución ubicada en la misma región. Ambas contaban con sólo una característica arquitectónica que reducía el estrés (Ulrich, 2013).

En otra investigación, desarrollada por la Chalmers University of Technology y la Gothenburg University, se comprobó que el número de sedaciones obligatorias de pacientes disminuyó en un 21% en comparación a la institución a la que reemplazó el Östra, mientras que el uso de restricciones físicas disminuyó en un 44% (Ulrich, 2013).

Los hallazgos de estas investigaciones tienen implicancias no sólo en instituciones psiquiátricas, sino que en el ámbito de la salud en general. Los factores de estrés ambiental son transversales a todo tipo de instituciones, y como en el Östra, se pueden reducir a través del diseño ambiental.

Características arquitectónicas principales (White Arkitekter AB)

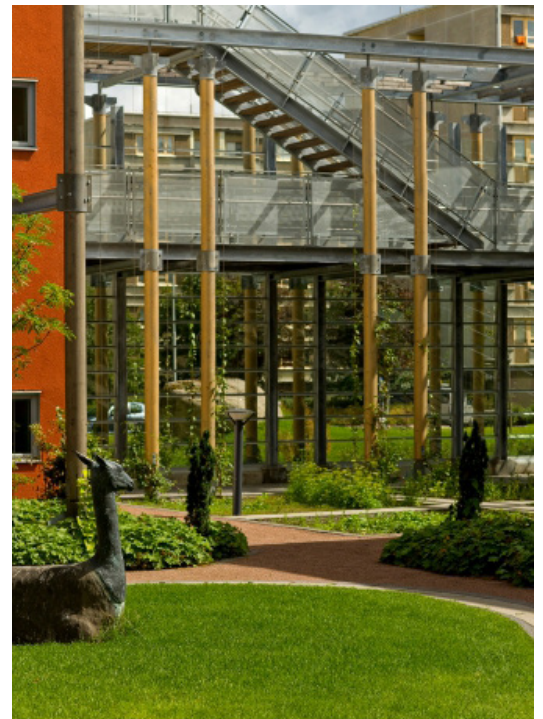
A diferencia de la edificación antigua, en el nuevo proceso de recuperación se puso énfasis en acercar a todos los niveles del personal de los pabellones al paciente, así como en crear un ambiente de conversación más equitativo, para lo cual se diseñaron salas de charla especiales. Las salas se basan en 3 pilares: El jardín, “The Heart”, y el grupo residencial.



Figura 126: Jardines del Östra Psychiatric Hospital.
Fuente: Fotografías de Hans Wretling

El jardín

En el Östra hay tres jardines exuberantes rodeados de edificios, los cuales no requieren escolta de personal e incluso algunos pacientes tienen su propio acceso al jardín. “Comenzamos con el objetivo de crear un ambiente libre y abierto, para evitar cualquier asociación con la fuerza y el control”, dice Stefan Lundin, Arquitecto del proyecto.

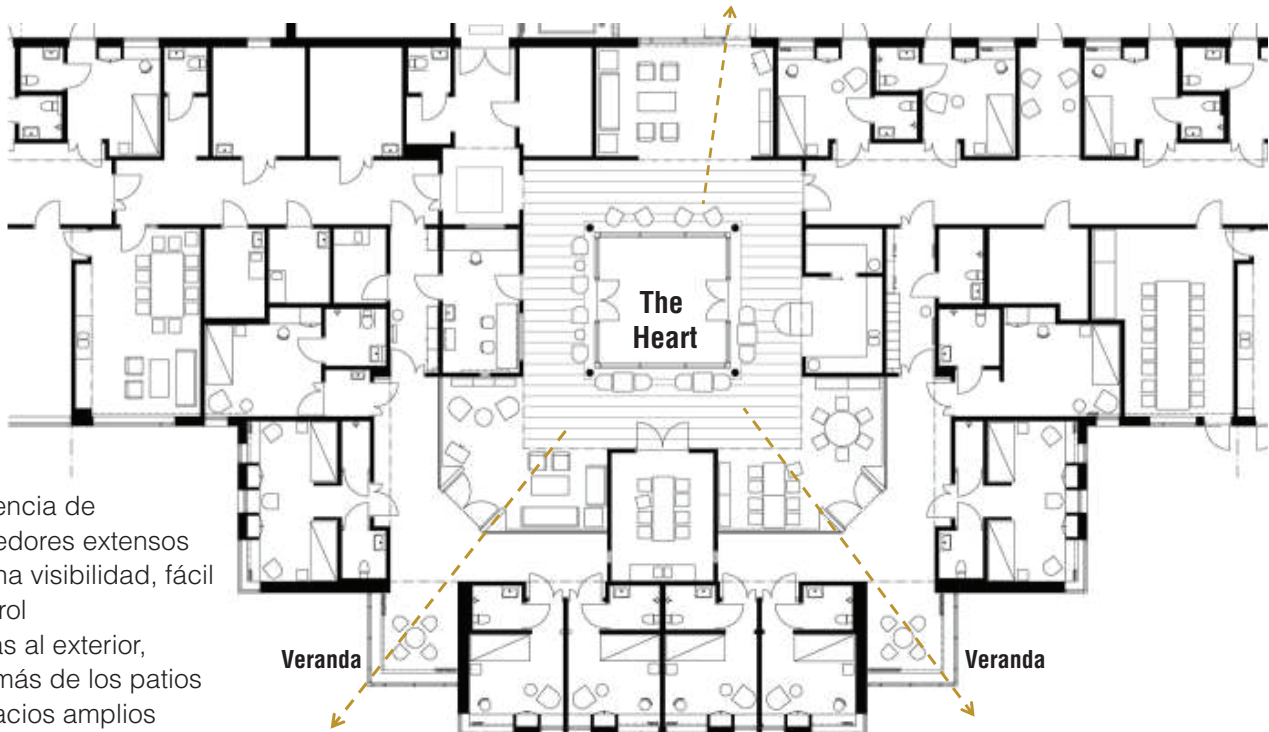


The Heart

“El corazón” es un pequeño invernadero acristalado, rodeado de las áreas comunes: salas de estar, cocina, comedor, salas de actividades. El hospital cuenta con 4 “Hearts”, que se encuentran en el centro de las Unidades de Cuidado. “Tiene una parte del ‘departamento libre de corredores’ que fue solicitada en el encargo. Una solución que ofrece al paciente la oportunidad de moverse de maneras distintas a través de corredores largos y estrechos”, señala Maria Wetter Öhman.



Figura 127: “The Heart” y espacios comunes, en el centro de los pabellones del Östra Psychiatric Hospital.
Fuente: <http://www.architizer.com>



- Ausencia de corredores extensos
- Buena visibilidad, fácil control
- Vistas al exterior, además de los patios
- Espacios amplios

Figura 128: Planta de “The Heart” y espacios comunes, en el centro de las Unidades de Cuidado del Östra Psychiatric Hospital.
Fuente: Extraído de “Architecture as Medicine”, L. From y S. Lundin, 2010

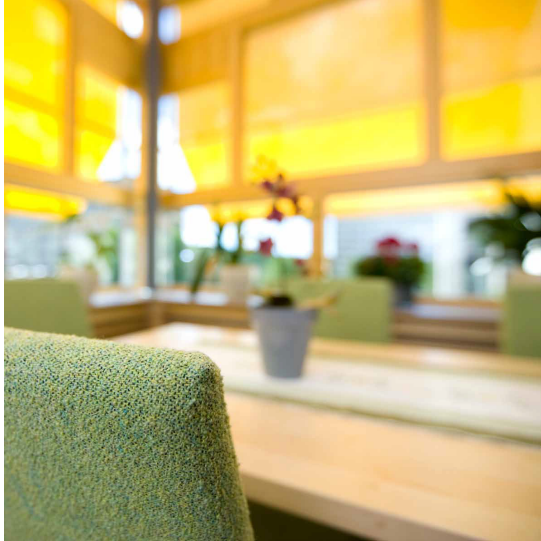


Figura 129: Verandas del Östra Psychiatric Hospital.
Fuente: Fotografías de Hans Wretling



Grupo Residencial

Está compuesta por verandas y dormitorio

Veranda (adaptación de la veranda clásica): Se instalaron 8 por nivel, que se ubican en las esquinas de las Unidades de Cuidado. Son espacios comunes con capacidad para 4 o 5 personas, que son visibles desde “El Corazón”.



Dormitorios individuales de pacientes: Ofrece múltiples espacios: en la cama mirando a la ventana; en el sillón adyacente; o en el asiento de la ventana, con la puerta entreabierta, mirando hacia “El Corazón”. El objetivo del diseño es aumentar gradualmente el espacio personal del paciente, desde su propia habitación, hasta el jardín, la cafetería y los componentes públicos, para finalmente volver a formar una vida normal.

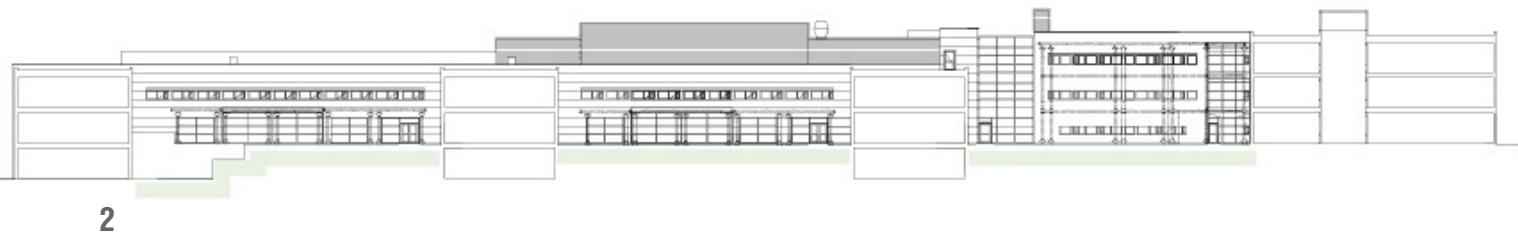
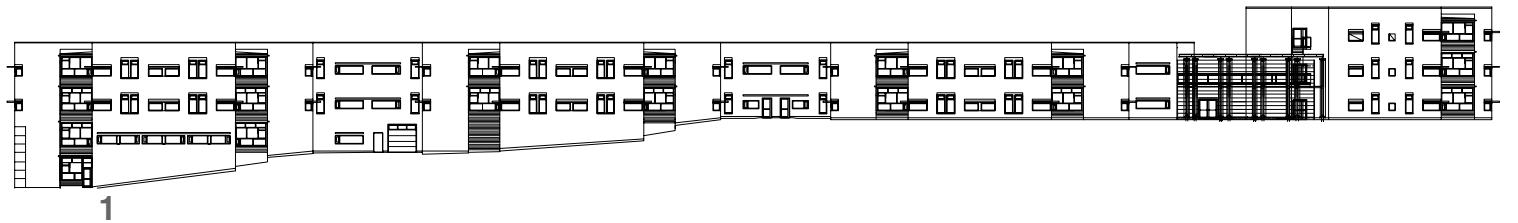
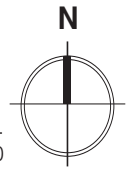


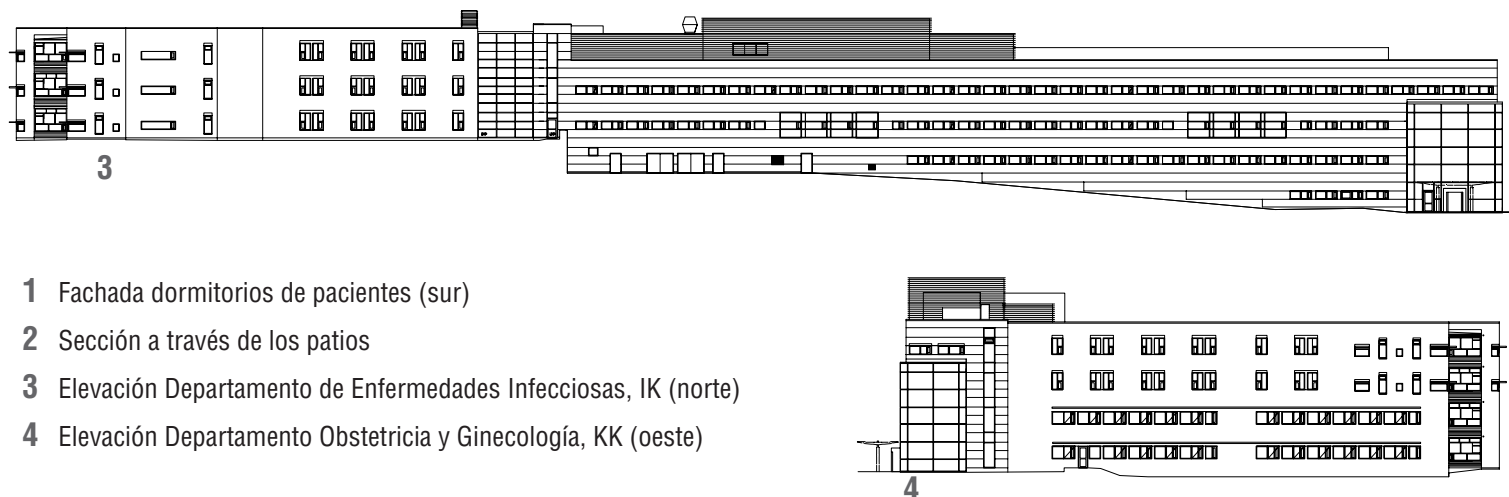
Figura 130: Dormitorio individual de pacientes, Östra Psychiatric Hospital.
Fuente: Extraído de “Environments for mental health care in Scandinavia”, SINTEF Health Research, 2009



- 1 Café
- 2 Cocina
- 3 Unidad de Cuidado
- 4 Instalaciones de enseñanza
- 5 Terapia ocupacional, ejercicios físicos
- 6 Evaluación de drogas
- 7 Sala de contemplación

Figura 131: Planta Segundo Nivel del Östra Psychiatric Hospital.
 Fuente: Extraído de "Architecture as Medicine", L. From y S. Lundin, 2010





5.1.2. DIRECTRICES DE DISEÑO Y PROGRAMA

Las estrategias de diseño presentadas en este capítulo son extraídas tanto de la literatura revisada, que comprende aspectos tratados en la **Psicología Ambiental** (ver capítulo 2.2.1), los **Jardines Sanadores** (ver capítulo 4.3) y el **Diseño Basado en la Evidencia** (metodología contemporánea que respalda los criterios de diseño con evidencia científica), como de criterios de diseño observados en los hospitales psiquiátricos revisados como casos de estudio y como referentes. El programa propuesto surge del mismo ejercicio, sumado a una reflexión acerca de las necesidades de un paciente psiquiátrico. Los principales referentes utilizados son Sachs (1999b) y Sadler et al. (2011).

5.1.2.1. Espacio exterior

Planificación del espacio exterior

Cooper Marcus y Barnes (1995) entregan algunas recomendaciones para la planificación del espacio exterior en ambientes hospitalarios. Los principios básicos que estipulan son: 1. Establecer un contraste entre el interior y el exterior del hospital, **entregando al paciente la sensación de “alejamiento” o “escape” del estrés que significa estar en un hospital**. 2. Se debe poner especial énfasis en la **movilidad y el microclima, considerando la vulnerabilidad de los pacientes**. 3. Al tratarse a personas afectadas emocionalmente y a veces incluso con discapacidad intelectual, se debe **proporcionar espacios seguros y pacíficos, con áreas de asiento definidas, rutas fáciles de leer y designaciones claras**. Estos tres principios contienen recomendaciones específicas:

1. El arquitecto debe estar en el equipo de diseño para ayudar con la determinación de la ubicación del espacio al aire libre, orientación, función y ambiente, además de evaluar microclimas, accesibilidad y el tipo de usuarios.
2. Considerando que los usuarios son múltiples (personal, pacientes internos, pacientes hospitalizados, pacientes con afecciones mentales específicas, familias) el diseño del hospital psiquiátrico debe poseer variedad de espacios al aire libre. Estos deben ser variados en cuanto al tipo (porche frontal jardín, patio, atrio, etc.) y la imagen del diseño, como por ejemplo, un patio de la cafetería para comer al aire libre, o un mirador donde las personas que esperen citas o productos de la farmacia puedan sentarse y contemplar la vegetación, etc.
3. Para muchos usuarios (personal y algunos pacientes) el tiempo para ir a un espacio exterior es limitado, por lo que un jardín o terraza al lado de la cafetería o cercano a la edificación significa una buena opción para aprovechar al máximo el tiempo al aire libre.
4. Los espacios al aire libre diseñados para optimizar los beneficios terapéuticos deben tener un grado considerable de aislamiento del mundo exterior.
5. Los espacios al aire libre deben ser visibles desde las áreas en donde se encuentra el personal, para una vigilancia adecuada a los pacientes. Esto cobra especial importancia en hospitales psiquiátricos.
6. El espacio exterior debe ser dividido en subáreas de distintos tamaños y niveles de privacidad. Algunos usuarios buscan aislamiento, mientras que otros pueden buscar distracción e interacción social.

Relación entre el espacio interior y el exterior (Sachs, 1999b)

Existe abundante evidencia que revela los **beneficios de las ventanas y otros elementos arquitectónicos que conectan a la gente con el mundo exterior**. Esta conexión es aún más relevante en pacientes psiquiátricos, considerando las escasas instancias que tienen para salir del edificio, por motivos de seguridad o de control del paciente. En casos en donde, por ejemplo, un paciente puede sentirse atrapado o encerrado, cualquier tipo de conexión con el exterior es incluso imprescindible para otorgarle una sensación de “escape”. Ésta conexión puede lograrse simplemente a través de una ventana que permita una vista a un área natural, un patio o un escenario callejero. Si bien la experiencia real de estar fuera no se reemplaza, las áreas interiores como atrios, solares, porches acristalados o invernaderos, proporcionan los espacios intermedios entre el interior de la edificación y el exterior del hospital, que emulan la experiencia de estar fuera.

Siempre que sea posible, se debe **facilitar el acceso desde el interior al exterior tanto para los pacientes, como para el personal y los visitantes**. Los usuarios deben ser informados de la ubicación de los espacios al aire libre del establecimiento, así como la forma de llegar a ellos. Para ello es recomendable otorgar vistas a estos espacios desde el interior, junto con señalización y folletos con las áreas demarcadas, como ocurrió en el Homewood Health Centre (ver figura 123).

Por último, debe existir una complementariedad entre el espacio interior y exterior en cuanto a su programa. Es decir, si los pacientes se encuentran en salas privadas cercanas a un espacio al aire libre, dicho espacio debe ser destinado para la interacción social y la observación. En cambio, si una unidad tiene una planta libre para múltiples camas, el espacio exterior contiguo debe ser destinado a propiciar las conversaciones privadas y retirarse de la interacción social (Marcus y Barnes, 1995).

Figura 134: Conexión visual entre el interior y el exterior en hospitales.
Fuente: Extraído de *Healing Gardens: Therapeutic benefits and design recommendations*, Cooper y Marni, 1999



Hospice House, Portland, OR, Estados Unidos

Vista hacia el jardín en el escritorio de un miembro del personal del hospital.

St. George Hospital, London, Reino Unido

Un patio bien utilizado en un concurrido hospital urbano. Las ventanas en un corredor que conecta dos alas ofrecen atractivas vistas y anuncian su presencia.

Legibilidad del espacio (Sachs, 1999b)

Para los pacientes que padecen las afecciones más críticas el salir del edificio puede significar un desafío, tanto emocional como físicamente. Por este motivo, debe haber al menos un espacio donde **el diseño sea “legible” por el usuario**, es decir, lo suficientemente simple como para que el paciente lo pueda “leer” y explorar. Este diseño simple se puede compensar con elementos de diseño que estimulen los sentidos, como estructuras aéreas, tratamiento del paisaje o diseño del mobiliario. Es recomendable que **los espacios sean menos planificados y vayan perdiendo formalidad a medida que se alejan de la edificación, para que de esta manera los pacientes pierdan el temor a aventurarse**. La evidencia muestra que cuando se les permite a los pacientes vagar por su cuenta, tienden a retirarse a espacios que están más alejados.

Vegetación: inhibición de la depresión y estimulación sensorial

En el tratamiento paisajístico del espacio al aire libre, se debe seleccionar las **especies vegetales que ofrezcan estimulación a los sentidos**, tanto a la vista (a través del color, textura, forma) como al tacto (que sean suaves), al olfato (especies fragantes) y al oído (a través del sonido resultante del contacto con la brisa). Estos estímulos alientan a los pacientes a explorar y experimentar el ambiente físico que les rodea. Además, **para varias culturas las plantas pueden ser usadas como antídotos para la depresión y otras enfermedades mentales**.

Se debe poner especial énfasis en la selección del tipo de plantas, debido a que las plantas moribundas e insalubres tienen un impacto psicológico negativo en quienes las observan. Por el contrario, los árboles, arbustos y las plantas perennes provocan una sensación de cambio estacional que refuerza la consciencia de los ritmos y los ciclos de la vida (Cooper Marcus y Barnes, 1995).

Se debe considerar el **beneficio que significa dotar el recinto hospitalario con árboles, debido a que funcionan como regulador térmico del ambiente (exterior e indirectamente interior) y proporciona aire para la ventilación**. Además, los árboles cuyo follaje se mueve con facilidad, incluso en una ligera brisa, llama la atención del usuario, debido a los distintos patrones de color, sombras, luz y movimiento. Los entrevistados por Cooper Marcus y Barnes (1995) describieron esta experiencia como calmante y meditativa.



Rica-rica
(*Acantholippia punensis*)



Peumo
(*Cryptocarya alba*)



Laurel
(*Laurelia sempervirens*)



Boldo
(*Peumus boldus*)

Especies aromáticas nativas de Chile, de mayor calidad y rendimiento del aceite esencial, mayor abundancia natural de las especies que los producen, facilidad para su cultivo y mayor velocidad de su crecimiento.



Molle
(*Schinus latifolia*)



Hierba sonsa
(*Senecio adenotrichius*)



Chachacoma
(*Senecio nutans*)



Espino
(*Acacia caven*)



Sanalotodo
(*Caesalpinia angulicaulis*)



Salvia macho
(*Aristeguetia salvia*)



Lun
(*Escallonia myrtoides*)

Especies aromáticas nativas de Chile, de mayor abundancia natural, facilidad para su cultivo, velocidad de crecimiento, con mayor cantidad de flores y mayor calidad del aroma que producen sus flores.



Heliotropo
(*Heliotropium stenophyllum*)



Mata negra
(*Junellia tridens*)

Figura 135: Principales especies aromáticas nativas de Chile.
Fuente: Niemeyer y Teillier, 2007



Kava kava
(*Piper methysticum*)

Tratamiento natural del estrés, la ansiedad y el insomnio. Es un buen suplemento para personas con descanso de medicamentos ansiolíticos, aumentando la dosis de kava, a medida que se reduce la dosis de benzodiazepinas. Sin embargo, algunos estudios sugieren que causa daños hepáticos.



Hipérico (Hierba de San Juan)
(*Hypericum Perforatum*) *Nativa de Chile*

Tratamiento natural de la depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga nerviosa, síndrome burnout, depresión estacional, apatía y otros estados de depresión leve o moderada. Su efecto antidepressivo está avalado por estudios clínicos.



Ginkgo
(*Ginkgo biloba*)

Es un árbol cuyas hojas se han prescrito para el tratamiento de procesos depresivos no profundos en personas mayores. Estos procesos pueden estar asociados en muchos casos a una insuficiencia cerebral y a una reducción de los receptores de serotonina (un neurotransmisor) en las células nerviosas del cerebro.



Melisa
(*Melissa officinalis*) *Nativa de Chile*

Tratamiento de nerviosismo, ansiedad extrema, insomnio. Su efecto como sedante en trastornos del sueño tiene evidencia científica.



Valeriana
(*Valeriana officinalis L.*) *Nativa de Chile*

Tratamiento trastornos nerviosos como la ansiedad, el insomnio y el nerviosismo. Su efecto sedante está avalado por estudios clínicos.



Tilo
(*Tilia Cordata Mill.*) *Nativa de Chile*

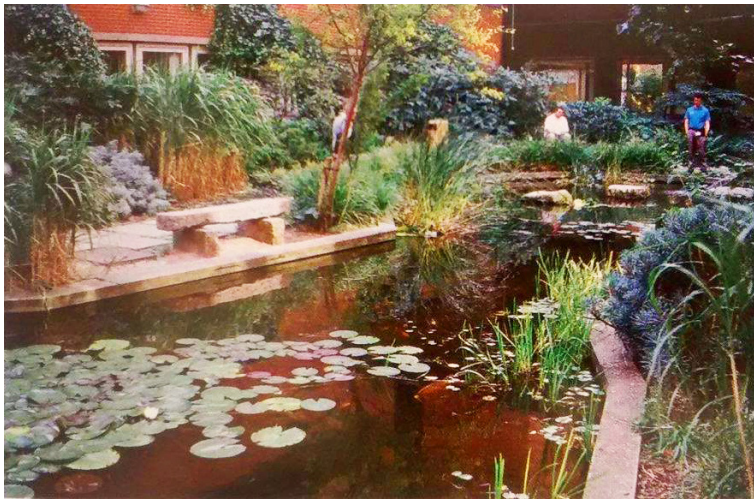
Usada para calmar la ansiedad, el nerviosismo y el insomnio. Sus efectos poseen evidencia científica.

Figura 136: Especies vegetales usadas como antídoto para afecciones mentales y nerviosas. Fuente: Knishinsky, 2000; MINSAL, 2009

Uso de fuentes de agua (Sachs, 1999b)

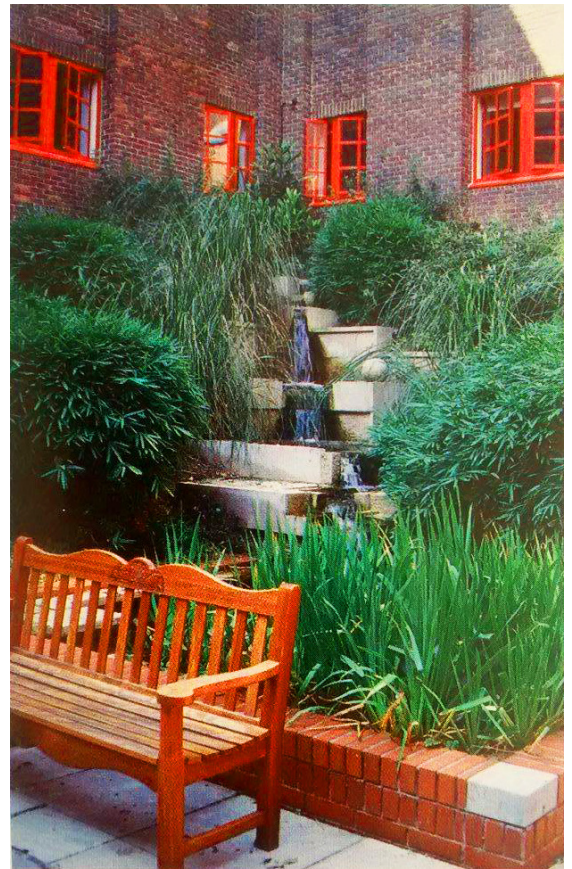
Una fuente de agua al aire libre puede mejorar significativamente la calidad del espacio. El agua atrae a una parte primitiva de la naturaleza humana. Dependiendo de cómo se utilice, el agua puede actuar como un foco para la meditación, un hito de reunión, y un elemento tangible para que los pacientes se conecten con el espacio exterior. Además, la vida silvestre es atraída por el agua, lo que proporciona un interés visual, auditivo y estacional. El agua produce un sonido agradable que mitiga los molestos ruidos del tráfico, los acondicionadores de aire, e incluso las conversaciones de otras personas.

En San Francisco, un hogar para jóvenes autistas posee vistas a la bahía de San Francisco. Varios de ellos pasan gran parte del día contemplando el agua (las olas, los barcos, los reflejos del sol) lo cual tiene un efecto relajante significativo.



St. George's Hospital, Londres, Reino Unido

Un estanque de lirios con peces en un patio del hospital ofrece un contraste suave al interior del edificio a pocos pasos de distancia.



West Dorset Hospital, Dorchester, Reino Unido

Una cascada de dos pisos de altura proporciona un sonido relajante en este patio del hospital y también es audible desde muchas oficinas del personal.



Centro de tratamiento del cáncer St. Michael, Texarkana, Texas, Estados Unidos

Los pacientes que se someten a quimioterapia en las habitaciones a la izquierda de la imagen pueden mirar hacia los árboles y una pequeña fuente-piscina.

St. Mary's Hospital, Newport, Isle of Wight, Reino Unido

Una cantera que proveía material para un antiguo hospital en este sitio se llenó de agua para crear un lago en los terrenos de una nueva instalación. Los paseos alrededor del lago son disfrutados por pacientes ambulatorios, visitantes, personal y gente del pueblo.



Figura 137: Instalaciones de agua en jardines terapéuticos de hospitales.

Fuente: Extraído de Healing Gardens: Therapeutic benefits and design recommendations, Cooper y Marni, 1999

5.1.2.2. Materialidad y señalización

Percepción (Sachs, 1999b)

La materialidad de las edificaciones puede ser percibida de distintas maneras por los pacientes mentales, debido a que **varias afecciones mentales llevan a ver objetos cotidianos de manera diferente, lo que puede provocar desorientación o incluso miedo**. Por ejemplo, un nudo en una puerta de madera puede asemejarse a un ojo o la cara de un monstruo, o la sombra de los árboles en la noche puede parecer amenazante. Este punto es complejo en el diseño, ya que es prácticamente imposible evitar cualquier objeto o material que provoque distorsiones de percepción, más aún considerando que cada persona percibe de manera independiente, y un objeto que para un paciente parece una cosa, para otro paciente puede parecer algo totalmente distinto. Sin embargo, se pueden **utilizar materiales, patrones y formas simples y “limpios”, que sean difícilmente susceptibles de distorsionar por el ojo del observador**.

Seguridad (Sachs, 1999b)

Las personas con afecciones mentales suelen interactuar físicamente con el entorno que se encuentra a su alrededor de manera más frecuente que la mayoría, ya sea tocando, tirando o frotando materiales y objetos. Este comportamiento es a menudo una técnica inconsciente de reducción del estrés, por lo que el daño es el mínimo. En otras ocasiones el paciente actúa sobre el entorno físico, en cuyo caso el daño puede ser más grave, por lo que **se deben utilizar materiales duraderos**.

Asimismo, se deben **evitar los objetos y materiales que potencialmente podrían ser usados como armas**, como por ejemplo sillas, piezas de escultura o adoquines. En el estudiado Whitby Mental Health Centre el mobiliario se encuentra atornillado al suelo, justamente para evitar el riesgo de que un paciente lo dañe o, peor aún, dañe a otra persona.

Señales para sentido de orientación (Sachs, 1999b)

Las personas con afecciones mentales por lo general tienen problemas con su sentido del tiempo, por lo que es útil **ayudarlas a orientarse temporalmente a través de pistas**, que pueden señalar la hora del día, el día de la semana, e incluso la época del año. Ejemplos de este tipo de pistas se encuentran en el Pabellón Psiquiátrico John George (San Leandro, CA, Estados Unidos) y en el Whitby Mental Health Centre (Whitby, Ont., Canadá), los cuales poseen **grandes torres de reloj que son visibles desde los patios principales**.

También **se puede entregar pistas a través de elementos de la naturaleza, como en Nueva Inglaterra, en donde los cambios de la temperatura, el follaje y la precipitación hacen que los cambios estacionales sean evidentes**. En zonas donde las estaciones son más difíciles de discernir se puede proporcionar otro tipo de señales, como en el norte de California, en donde las colinas son verdes en invierno y primavera y café en verano y otoño; las vistas hacia estas colinas proporcionan señales estacionales, así como interés visual y conexión con los ciclos de la naturaleza. Otro ejemplo es el uso de árboles, ya que muchos de éstos florecen, dan fruto y pierden sus hojas en relativa concordancia con las estaciones tradicionales. Las señales temporales y estacionales de la región en donde se emplazará el hospital psiquiátrico se deben investigar por el diseñador, para incorporarlos en el diseño.



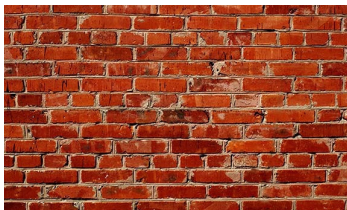
Torre de reloj en el Pabellón Psiquiátrico John George
Fuente: Sachs, 1999



Reloj junto al lago del Whitby Mental Health Centre
<http://www.flickr.com>, de Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

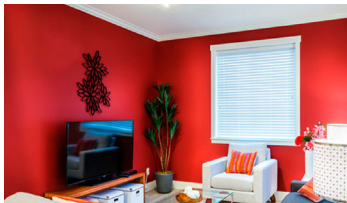
Figura 138: Señalizaciones para sentido de orientación en hospitales psiquiátricos.
Fuente: Citadas arriba

Recomendaciones de materiales (Onaran, 2009)



Muro de albañilería

- **En muros.** Generalmente, en los hospitales los muros están contruidos con bloques de hormigón expuestos y pintados con pintura de alto brillo en colores pasteles. El uso de estos colores aumenta el deslumbramiento, refleja la luz y el sonido y reduce la definición del espacio. Esto, combinado con la reflectancia de los pisos altamente pulidos, a veces dificulta la distinción entre el suelo y las paredes. **El sistema constructivo recomendable para muros es albañilería de bajo costo de mantenimiento.** Los ladrillos deben ser más gruesos que lo habitual. Este sistema actúa como **piel térmica para moderar la luz diurna y las temperaturas nocturnas, además de ser más duradero que otros sistemas constructivos y funciona mejor acústicamente.**



Muros interiores con pintura satinada

Considerando que el paciente mental puede tener comportamientos violentos, no es recomendable usar papel mural, ya que podrían rasgarlo fácilmente. El revestimiento adecuado **para interiores es pintura satinada acrílica a base de agua**, ya que contiene un bajo porcentaje de disolventes orgánicos.



Esmalte alquídico para exteriores

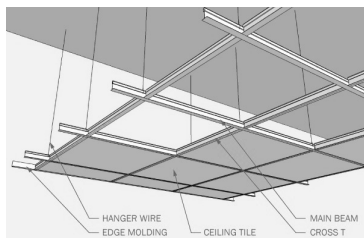
En exteriores es recomendable la pintura sólida. Los **esmaltes alquídicos-resinas** son comparables a la composición de las pinturas de alto contenido en sólidos.



Azulejos de terrazo

Para otras áreas como un acceso exterior, una esquina de arte o una cocina en la sala de terapia, se pueden utilizar azulejos de terrazo, ya que son más sustentables que los revestimientos de PVC.

Figura 139: Materiales recomendados para muros en establecimientos de salud mental.
Fuente: <https://www.architonic.com>

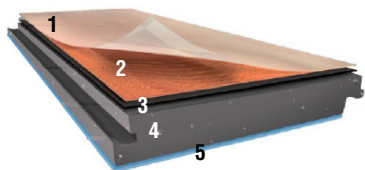


Planchas de cielo acústico suspendido

Figura 140: Materiales recomendados para techos en establecimientos de salud mental.

Fuente: <https://www.archtoolbox.com>

- En techos. Se recomienda utilizar **planchas de techo acústicas para la absorción del ruido** (ver 5.1.2.4). En los entornos hospitalarios se suele preferir las **planchas de 60x60 cm.**, debido a que son de fácil cambio, facilidad de manejo y menor costo. Recientemente, en muchas salas de terapia de hospitales de salud mental se prefiere utilizar **pintura a base de agua** para los techos, de esta manera es más fácil restaurar y mantener el techo. El uso de **cielos suspendidos** se observa en mayor medida en las áreas comunes y los corredores de los hospitales.



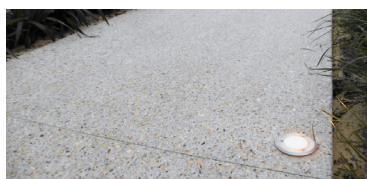
- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 Vinilo heterogéneo | 4 PVC Rígido 6,5 mm |
| 2 Diseño impreso | 5 Espuma EVA 1,5 mm |
| 3 Vinilo | |

Composición de suelo vinílico o de PVC

Fuente: <http://www.vettgrupo.com>

- En pisos. Los suelos deben ser **antideslizantes y sus patrones no deben inducir desorientación en los pacientes.** Además, **los materiales usados en la superficie del piso no deben ser reflectantes.**

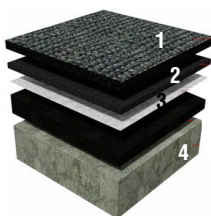
El programa de cada habitación del establecimiento será determinante en el tipo de pavimento. Si es una **sala de terapia consistente en un espacio artístico, entonces los pavimentos en PVC o vinílicos** son adecuados, por sus características: flexibilidad, buen impacto de la reducción del ruido, buena resistencia al deslizamiento, buena resistencia a los productos químicos y al tránsito de ruedas ligeras.



Suelo granolítico

Fuente: <http://xn--74-6kc9cfegi.xn--p1ai>

Para **comedores, área de juegos, o áreas de esparcimiento, es recomendable azulejos de PVC o vinílicos.** Si la sala será usada como **biblioteca, una actividad musical o como un área de descanso, es recomendable el uso de revestimientos textiles para piso, como alfombras**, las cuales además funcionan muy bien como absorbente del ruido (ver capítulo 5.1.2.4).



- | |
|--|
| 1 20-40mm de pavimento de asfalto de masilla cubierta de arena |
| 2 10-20mm de asfalto de masilla impermeable |
| 3 Membrana de separación de tejido de fibra de vidrio |
| 4 Concreto |

Sistema de pavimento de asfalto de masilla

Fuente: <http://www.ikogroup.co.uk>

En espacios al aire libre como **jardines se puede utilizar como revestimiento hormigón en obra, granolítico, asfalto de masilla, o azulejos de cerámica o terrazo.**

Figura 141: Materiales recomendados para pisos en establecimientos de salud mental.

Fuente: citadas arriba

5.1.2.3. Iluminación

Luz brillante en la reducción de la depresión

Numerosos son los estudios que aseveran que **la luz brillante, tanto natural como artificial, mejora los resultados de afecciones como la depresión, la agitación, el sueño, los ritmos circadianos de actividad de reposo, además de reducir el tiempo de estancia en los hospitales psiquiátricos en pacientes con demencia y con trastornos afectivos estacionales** (SAD en inglés). Once estudios de peso afirman que la luz brillante es eficaz en la reducción de la depresión en pacientes con trastorno bipolar. Otros estudios demuestran que la luz de la mañana es el doble de eficaz que la luz de la tarde en este tipo de afecciones. En cuanto a la luz natural, se ha comprobado que además de lo señalado, ayuda a reducir la ingesta de medicamentos en pacientes con depresión (Ulrich et al., 2004).

“...an important consideration while designing hospital layouts may be to optimize exposure to morning light in patient rooms by using an east-facing orientation. This research further implies the possibility that depression might be worsened by architectural designs that block or sharply reduce natural daylight in patient rooms.” (Ulrich et al., 2004:21) / “... una consideración importante al momento de diseñar ambientes hospitalarios puede ser optimizar la exposición a la luz de la mañana en las habitaciones de los pacientes usando una orientación hacia el este. Esta investigación implica además la posibilidad de que la depresión podría empeorar por los diseños arquitectónicos que bloquean o reducen drásticamente la luz natural en las habitaciones de los pacientes.”

Importancia de la luz

Una mejor iluminación:

- Reduce la depresión
- Ayuda a regular los ritmos circadianos
- Mejora la calidad del sueño



Según estudios:
los pacientes en habitaciones soleadas tienen
2,6 días menos de estadía
y toman **22%** menos medicamentos
contra el dolor

Mejora de la tasa de error de medicación con una mejor iluminación



de **3,8%** a **2,6%**

Figura 142: Importancia de la luz en entornos hospitalarios.

Fuente: Extraído de <http://www.british-gypsum.com>, editado por el autor

Manejo de la sombra

A pesar de los beneficios de la luz brillante, muchos medicamentos antipsicóticos y antidepresivos tienen como efecto secundario el aumento de la fotosensibilidad, por lo que los pacientes son más susceptibles al brillo del sol y a sus rayos ultravioletas. Por su parte, los pacientes mayores son a menudo sensibles al sol, incluso sin medicamentos, por lo que pueden estar expuestos a él sólo por cortos períodos de tiempo.

Por consiguiente, se debe poner énfasis en la **orientación de estructuras de refugio, bancos y árboles para bloquear o dejar entrar la luz del sol en momentos específicos del día**. El sol en la tarde suele ser mucho más fuerte y duro que el sol de la mañana, por lo que se puede proporcionar sombra durante esta sección del día. Las sombras pueden ser densas, bajo un techo sólido, un dosel, o un árbol con mucho follaje, o puede ser moderada, bajo una pérgola o un árbol con follaje texturado más fino.

Sin embargo, se debe evitar generar patrones de sombra inquietantes y desorientadores para los pacientes. También se debe evitar el brillo de pavimentos coloreados. El hormigón teñido en tono de piel o de tierra reduce el deslumbramiento y proporciona un carácter visualmente más atractivo.

Ventanas grandes

Se recomienda a los hospitales psiquiátricos aumentar el tamaño de las ventanas, no sólo de los dormitorios, sino de todos los espacios que habita el paciente (ver tabla 4), con el fin de permitir mayor ingreso de luz natural y ampliar las vistas a los espacios naturales del exterior. Como se ha mencionado, ambos factores influyen positivamente en la recuperación del paciente.

El paciente mental por lo general tiene dificultad para ver en las sombras, por lo que requiere un entorno más luminoso que el de un hospital común. A raíz de esto, se debe poner especial énfasis en los materiales de las superficies para optimizar la iluminación natural que ingresará desde el exterior (Malkin, 1992).

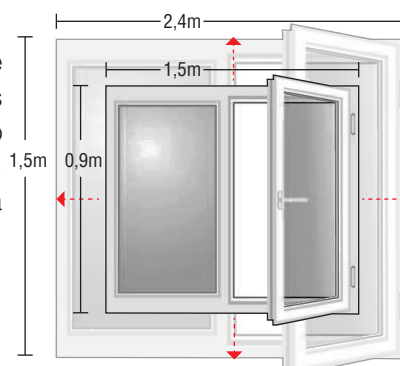


Figura 143: Aumento del tamaño de las ventanas.

Fuente: Elaboración propia

5.1.2.4. Reducción del ruido

Ulrich et al. (2004) señalan que **el factor que más contribuye al estrés ambiental en un ambiente hospitalario es el ruido**, provocando muchas veces la privación del sueño y una recuperación más lenta. Esto afecta especialmente a pacientes mentales, debido a que cualquier perturbación psíquica se ve acentuada.

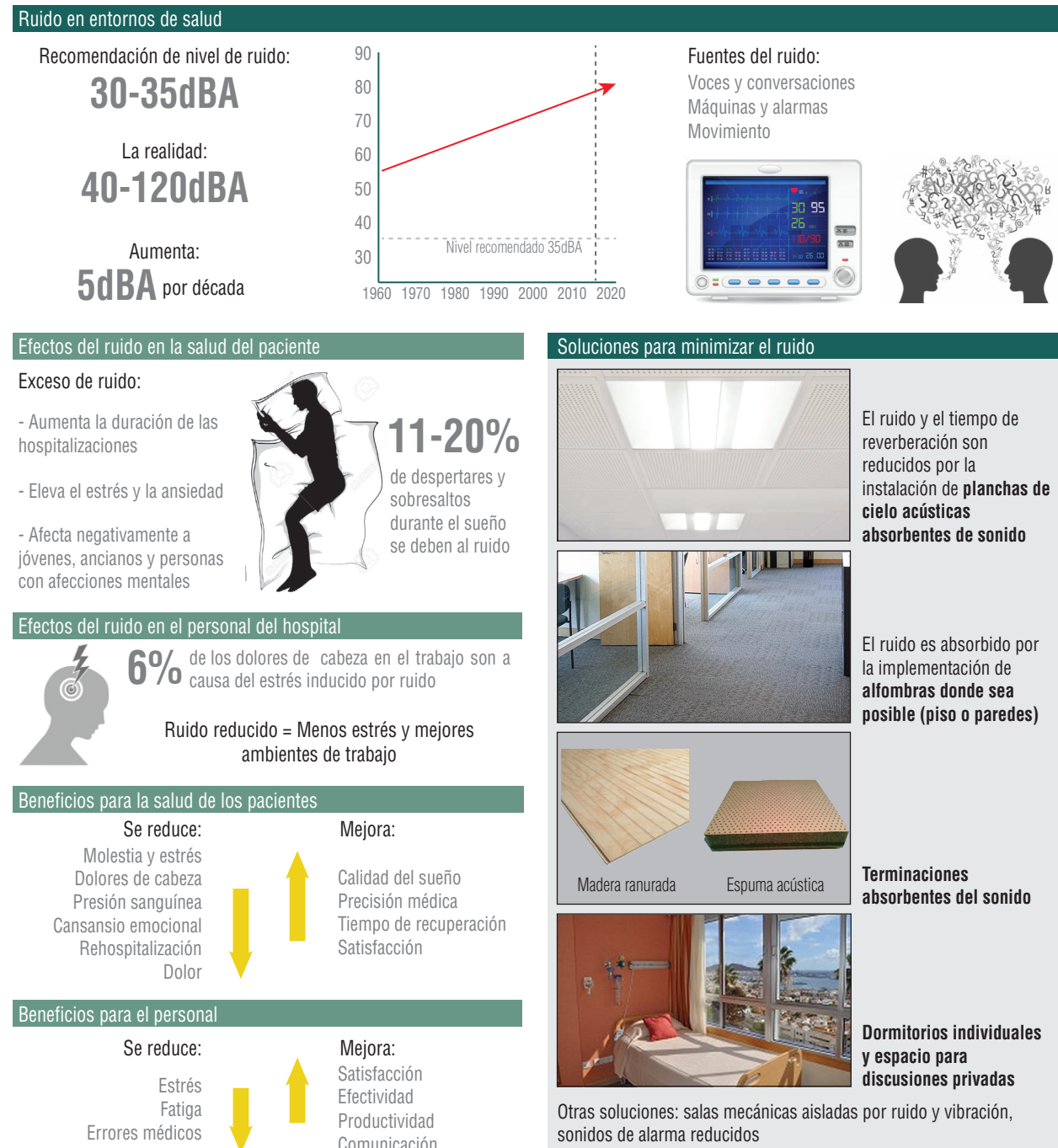


Figura 144: Efectos del ruido en la salud del paciente y posibles soluciones constructivas. Fuente: Elaboración propia, en base a Sadler et al., 2011 y British Gypsum, 2015

5.1.2.5. Privacidad del paciente: dormitorios individuales

Se ha comprobado ampliamente que **los dormitorios individuales son mejores que los compartidos**. Al proporcionar dormitorios individuales el paciente obtiene **mayor privacidad y hay una cantidad mucho menor de incidentes y conflictos entre pacientes**, que en dormitorios compartidos. Los dormitorios privados también promueven **un ambiente más reservado, mejorando los niveles de sueño para la mayoría de los pacientes y bajando los niveles de agitación para algunos de ellos** (Stroupe, 2014).

Precauciones necesarias en dormitorios individuales

Sin embargo, se debe considerar el riesgo de que cuanto más un paciente se encuentre solo, mayor es la probabilidad de auto-lesión y mayor es la precaución que debe tomarse con respecto a las opciones de diseño y materiales (Hunt y Sine, 2016). Por lo tanto, se debe evitar diseñar espacios que propicien el aislamiento, exceptuando los dormitorios individuales.

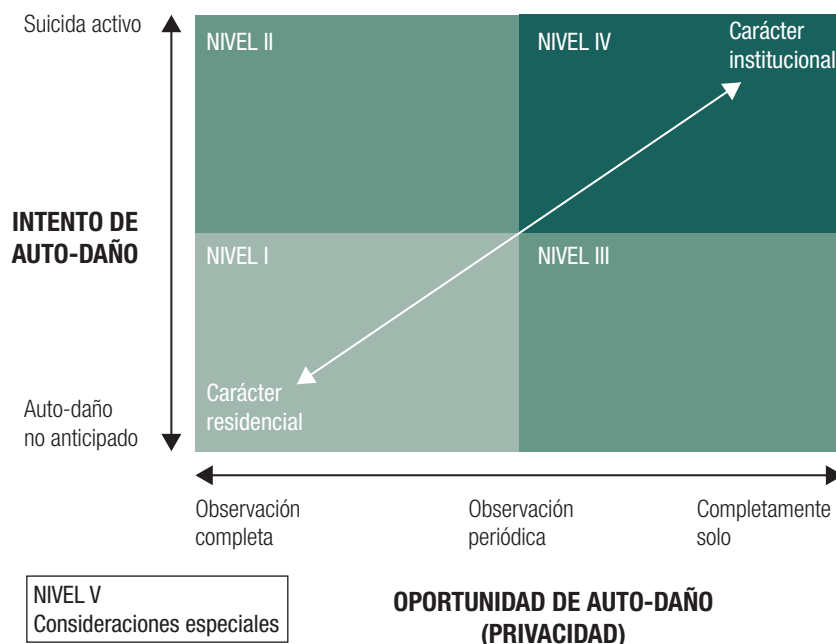


Figura 145: Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente.
Fuente: Extraído de Hunt y Sine, 2016

Nivel I Áreas donde los pacientes no están permitidos o bajo supervisión constante, como el personal y las áreas de servicio.

Nivel II Áreas donde los pacientes están altamente supervisados y no se dejan solos durante extensos períodos de tiempo. Por ejemplo: corredores, salas de asesoramiento, salas de actividades y salas de entrevistas.

Nivel III Áreas donde los pacientes pueden pasar tiempo con una supervisión mínima, como salones y salas de día.

Nivel IV Áreas donde los pacientes pasan mucho tiempo solos con supervisión mínima o inexistente, como los dormitorios de los pacientes (semiprivados y privados) y los baños individuales.

Nivel V Áreas que requieren consideración especial cuando el personal interactúa con pacientes recién ingresados que presentan potenciales riesgos desconocidos o donde los pacientes pueden estar en una condición muy agitada. Debido a lo desconocido, estas áreas caen fuera del mapa de riesgos y requieren consideraciones especiales para la seguridad del paciente. Estas áreas incluyen salas de aislamiento, salas de examen y salas de admisión.

Aumento de tamaño de dormitorios

Además de proporcionar a los pacientes dormitorios individuales, se recomienda a los hospitales psiquiátricos **invertir en el aumento de su tamaño** (ver tabla 4), para que, además de otorgar privacidad y autonomía al paciente, **los miembros de la familia puedan pasar la noche con él**, participando en su cuidado e incrementando su satisfacción. Un ejemplo de superficie óptima se encuentra en el estudiado Östra Psychiatric Hospital, en donde los dormitorios individuales poseen 15m².

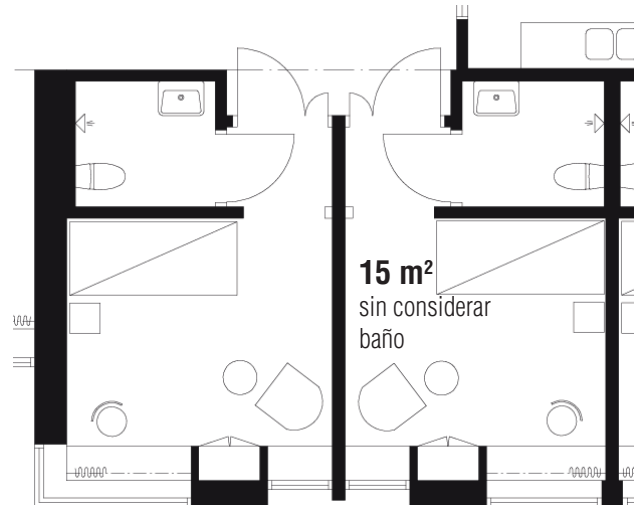


Figura 146: Planta dormitorio individual de pacientes Östra Psychiatric Hospital. Fuente: Extraído de "Environments for mental health care in Scandinavia", SINTEF Health Research, 2009

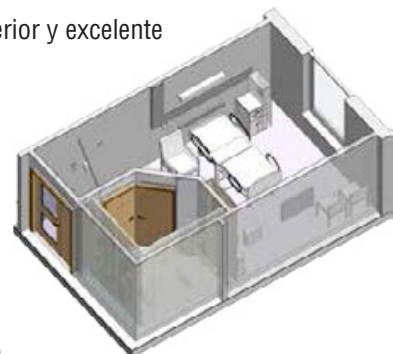
Estandarización de dormitorios individuales

El uso de componentes estandarizados ahorra hasta un 30% en costos de construcción (Phiri, 2004).

1 Con baño en el interior - (contra el pasillo) que ofrece vistas mejoradas al exterior y excelente luz natural (Dormitorio de 20.1 m² con baño de 3.8 m²)



2 Con baño exterior - (contra la pared externa) incluyendo un panel grande de visión al pasillo que ofrece buena observación y el contacto social dentro de la sala (dormitorio de 18.5 m² con baño de 3.8 m²).



3 Con baños anidados - (arreglo de espalda con espalda) manteniendo buenas vistas al exterior, mientras que prioriza la observación y el contacto social pero con una longitud más larga del pasillo (dormitorio de 18.9 m² con baño de 4.3 m²).

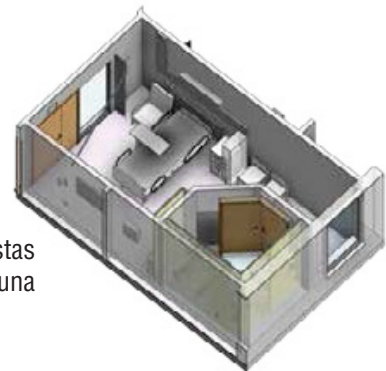
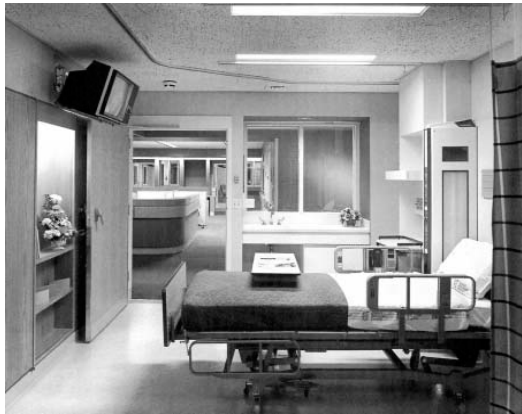


Figura 147: Tipologías de estandarización y uso de diseños repetibles de dormitorios de pacientes. Fuente: Extraído de "One patient, one room: theory and practice – 10 years on", M. Phiri, 2016



Dormitorio individual con baño, Leeds Nuffield Hospital, Inglaterra



Dormitorio individual con baño, Leeds Nuffield Hospital, Inglaterra
 Contacto visual con el exterior



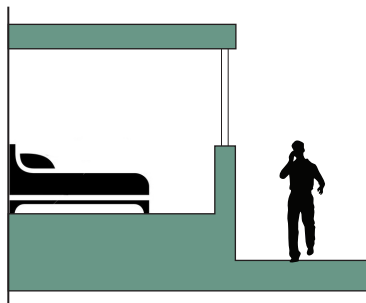
Dormitorio individual, Hospital Infantil de La Rábida para Pacientes Internos, Chicago, Illinois, Estados Unidos, 2002, VOA Associates Architects

Figura 148: Diseños basados en la evidencia de dormitorios individuales en hospitales. Fuente: Extraído de "One Patient One Room - Theory and practice: An evaluation of the Leeds Nuffield Hospital", M. Phiri, 2004

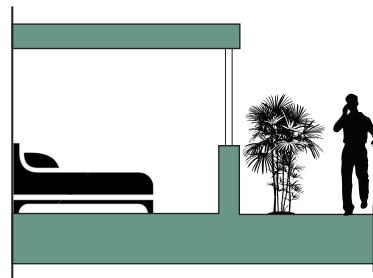
Bloqueo de vistas hacia unidades de cuidado

Existen nuevos diseños de hospitales psiquiátricos y unidades en donde una serie de edificios rodean un patio central. Esto con el fin de reducir la necesidad de vigilancia en la periferia del establecimiento. Con el fin de permitir el mayor ingreso de luz y otorgar vistas hacia el exterior, las ventanas de los pacientes se orientan a menudo hacia dichos patios. Es importante "amortiguar" estas ventanas para la privacidad de los pacientes. Es decir, se debe bloquear las vistas desde el exterior hacia el interior, manteniendo la conexión visual del paciente con el exterior.

Existen dos soluciones posibles:



El área exterior es levemente más baja que las ventanas de los pacientes.



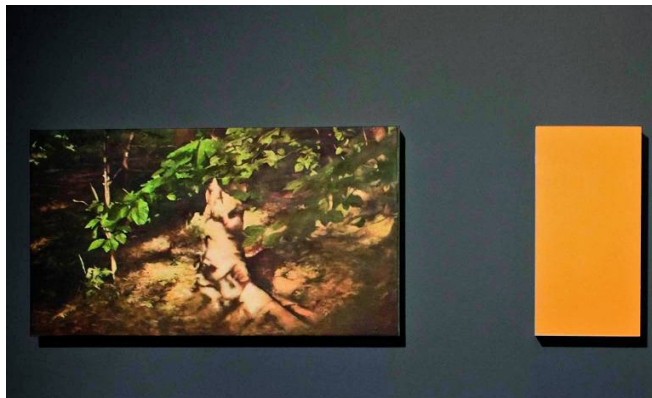
Plantaciones amortiguadoras, las cuales protegen las ventanas visual y espacialmente. Las plantas no necesitan bloquear completamente la ventana para otorgar una sensación de privacidad. El follaje de las ramas puede ser parcialmente transparente.

Figura 149: Soluciones posibles para bloqueo de vistas hacia dormitorios de pacientes. Fuente: Elaboración propia

5.1.2.6. Arte curativo

Algunos estudios han demostrado que **el uso del arte realista puede ser beneficioso en los entornos de salud mental, para reducir la ansiedad y la agitación del paciente**. Los resultados muestran que la medicación utilizada para tratar la ansiedad y la agitación fue significativamente menor en aquellos días en que los pacientes contemplaron una imagen realista de un paisaje. Además de estos resultados positivos, se calculó la diferencia en gastos en medicalización para ambos escenarios (con y sin contemplación de arte realista) estableciendo un ahorro potencial anual de costos de US\$4,000 a US\$27,000 (Stroupe, 2014).

Estudios afirman que **el arte abstracto no satisface a los pacientes en entornos hospitalarios, por el contrario, sus preferencias se inclinan por escenas que replican el paisaje y la naturaleza**. Esto es consistente con las teorías psicológicas evolutivas, que predicen respuestas emocionales positivas ante entornos naturales (Lankston et al., 2010).



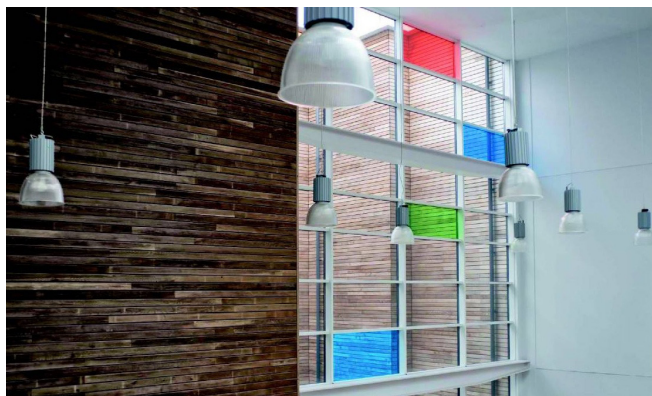
Six landscapes – Donald Urquhart, Stobhill Hospital

Donald Urquhart diseñó tres obras de arte en respuesta a los textos del poeta escocés Thomas A Clark. Por ejemplo, la sala de espera en el segundo piso tiene una pintura de un árbol.



Murales – Hanneline Visnes, Victoria Hospital

La artista Hanneline Visnes creó una serie de murales implementados en un grupo de áreas de espera. Cubren áreas relativamente grandes de la pared y dibujan imágenes de la naturaleza, tales como pájaros y plantas. Estos han sido muy bien recibidos por sus colores, la novedad y los detalles finos..



Vidrios de colores – Ally Wallace, Victoria Hospital

La artista líder Ally Wallace eligió paneles de vidrio coloreado para reemplazar un número reducido de paneles de vidrio estándar que componen las muchas ventanas grandes del hospital. Estos existen en todo el hospital y su intención no es sólo buscar ser atractivos, sino también para iluminar los espacios con una paleta cuidadosamente seleccionada.

Figura 150: Arte curativo en hospitales.

Fuente: Extraído de “Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence Nuffield Hospital”, Lankston et al., 2010

5.1.2.7. Diseño para necesidades específicas de cada afección mental (Sachs, 1999b)

Como cada afección mental posee características particulares, es útil proporcionar espacios específicos a cada una de ellas. Por ejemplo, en un estudio acerca de las preferencias de pacientes esquizofrénicos por ambientes al aire libre, los investigadores encontraron que los pacientes inclinaban sus preferencias por espacios al aire libre cubiertos por envolventes y con un alto grado de complejidad (Larsen, 1992).

En el estudiado Whitby Mental Health Centre (ver capítulo 5.1.1) los patios pertenecientes a cada una de las unidades se diseñaron pensando en el tipo de pacientes que tendría cada unidad. En los patios donde los pacientes tienen capacidades motoras limitadas se proporcionan más pavimentos y menos césped para facilitar el acceso y la circulación en silla de ruedas. Por el contrario, en los patios destinados a pacientes más jóvenes y móviles, se destinan áreas más grandes de césped, para descansar, hacer picnics y deportes.

En líneas generales, las personas con problemas de salud mental se sienten atraídas a los mismos tipos de espacios que la mayoría de las personas, y prefieren actividades similares. Como por ejemplo, **espacios privados para la conversación o la reflexión personal y espacios abiertos para la exploración.** Tanto los pacientes con afecciones mentales como las personas que no padecen ningún tipo de enfermedad psiquiátrica prefieren **entornos naturales por sobre los contruidos**, en la mayoría de los casos. Las personas con afecciones mentales muestran una especial inclinación por **entornos naturales ordenados**, por sobre los entornos completamente “salvajes”. También muestran preferencias por **envolventes que cubran parcialmente el espacio.**

5.1.2.8. Diseño de interiores

Ulrich y Parsons (1990) sugieren que **las decoraciones de interiores, si son lo suficientemente significativas, pueden mejorar los resultados en un paciente mental, reducir las tasas de vandalismo y acortar las estadías. El diseño de interiores debe emular un ambiente hogareño, alejado del aspecto institucional. Además, debe ser un diseño con espacios abiertos y luminosos, evitando las esquinas ciegas** (Ramadan, 2016).

En el diseño de interiores son muy importantes las consideraciones estéticas, debido a que son las que logran un mayor impacto en el personal del hospital, visitantes, familiares de los pacientes y en el proceso de curación de los pacientes. Las consideraciones estéticas en el diseño incluyen color, textura y el patrón del material, ya que éstos afectan las respuestas psicológicas y de comportamiento de los pacientes (Marberry, 1996).

Uso del color

Los distintos colores provocan reacciones fisiológicas, psicológicas y sociales en los seres humanos. Los colores más cálidos tienden a activar, estimular y energizar, mientras que los colores más fríos son más tranquilizantes y relajantes. Aunque las reacciones a colores determinados varían dependiendo de la edad, el sexo, las asociaciones culturalmente aprendidas y las preferencias individuales (Lahtinen et al., 2013).

En el caso de los pacientes con problemas de salud mental, muchas veces atraviesan trastornos

emocionales, lo que los hace más sensibles y a la vez más receptivos a los estímulos emocionales de la luz y el color. **Las reacciones de este tipo de pacientes al color han demostrado ser extremas, por lo que afecta en mayor medida su estado de ánimo.** Por lo tanto, **los colores correctos pueden ayudar a crear un ambiente terapéutico, en tanto inspiran confianza y ahuyentan el miedo** (Dalke et al., 2004).

Los colores cálidos (como naranjas o rojos) se pueden implementar en superficies donde hay más actividad y socialización, mientras que **los colores fríos (azules o verdes) pueden ser utilizados en espacios donde el nivel de actividad es bajo.** El color azul es el más indicado para lograr que el paciente se sienta tranquilo. Según los estudios, los colores más brillantes (blancos, gris claro y colores claros) son menos estimulantes y menos dominantes que los colores oscuros, por lo que son más recomendables en este tipo de entornos (Jantzen et al., 2012).

Sin embargo, la evidencia muestra que **los colores usados en exceso traen consecuencias negativas en pacientes mentales.** El color blanco, si bien se considera higiénico y clínico, no se debe utilizar en exceso, debido a que puede causar subestimulación visual y por ende estrés en los pacientes a largo plazo. **El naranja y el rojo no es del agrado de los pacientes mentales, además, el uso excesivo de colores calmantes como el verde y el azul no es recomendable en entornos de salud mental, ya que puede exacerbar la depresión.** (Dalke et al., 2004).

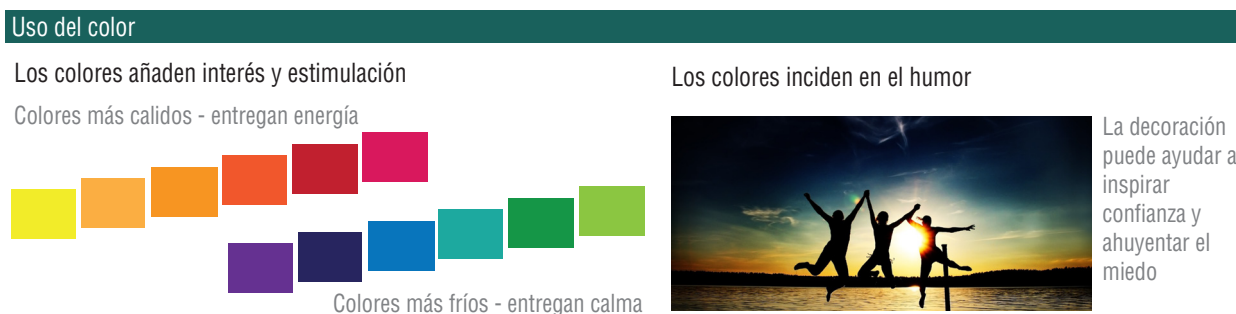


Figura 151: Uso del color pensado en la mejora de la salud mental.
Fuente: Extraído de <http://www.british-gypsum.com>, editado por el autor

Materiales de revestimiento interior

La modulación, la textura, el patrón y el color juegan un rol muy importante en la determinación del carácter y la atmósfera del espacio hospitalario. Las distintas superficies (techo, paredes y pisos) deben ser diferenciadas por medio del color, la textura y el patrón. Asimismo, los marcos de puertas y ventanas deben diferenciarse de los materiales de las otras superficies. El uso de materiales en superficies que sean funcionales, fáciles de mantener y estéticamente agradables en ambientes hospitalarios es de suma importancia, ya que mejoran el bienestar de los pacientes (Onaran, 2009). Se deben tomar en cuenta las enfermedades mentales de los pacientes y los medicamentos que usan, por lo cual **las diferencias entre el piso, la pared y el techo deben ser claramente percibidas** (Ramadan, 2016).

Evitar perturbaciones visuales

La perturbación visual puede tomar muchas formas, por lo que un diseño de interiores en establecimiento de salud mental debe proporcionar un ambiente tranquilo con un espacio amplio y un mínimo desorden, a través del color, la luz y el mobiliario. Existe evidencia reunida a través de

entrevistas a usuarios, la cual indica que un ambiente tranquilo **libre de distracciones tecnológicas otorga a los usuarios tiempo y espacio para reflexionar. El arte también contribuye a una atmósfera tranquila.**

5.1.2.9. Programa

Proveer variedad de espacios y experiencias (Sachs, 1999b)

La variedad de espacios y destinos en un hospital psiquiátrico es importante en el proceso de recuperación de un paciente mental. **Esto puede ayudarlos a explorar y a salir de sí mismos.** En áreas más alejadas del edificio principal, son recomendables destinos asociados a un ambiente natural, como un **jardín de hierbas**, una **fuentes de agua**, o una **arboleda**.

Un ejemplo de disposición de variedad de espacios es el STARS (San Leandro, CA), en donde incluso el espacio es relativamente limitado, sin embargo los usuarios tienen tres espacios para ocupar: El Patio Central, el “Walker’s Field” y (en salidas supervisadas) las colinas de San Leandro que rodean el sitio. Existe una jerarquía de espacios, la cual posee su núcleo en el edificio y se hace cada vez más cerrada y menos específica en cuanto a su función a medida que se aleja de él. Esta distribución de espacios invita al paciente a explorar, lo que es parte importante del proceso de recuperación.

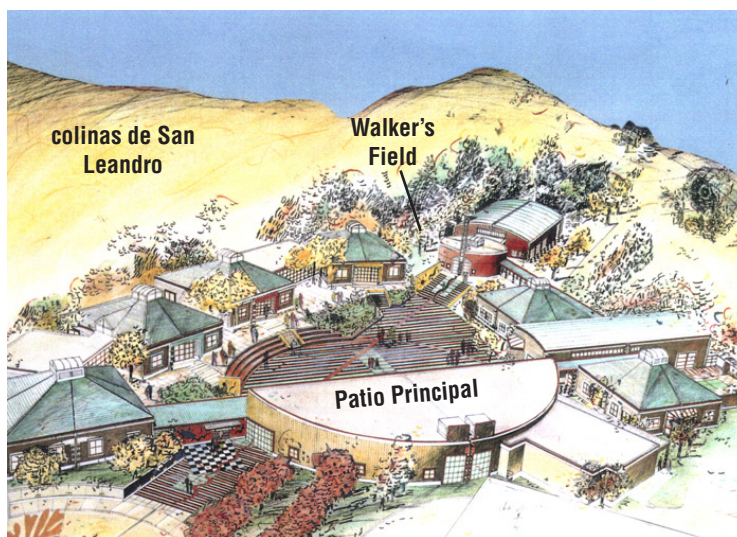


Figura 152: Campus de Tratamiento Sub-Agudo para Servicios de Rehabilitación de Adolescentes (STARS en inglés). Las cabañas de grupo, una escuela y las instalaciones de tratamiento rodean y envuelven un patio central. El espacio central de reunión es fácilmente accesible y visible desde todos los edificios.

Fuente: Dibujo de The Design Partnership, San Francisco, California, en <http://www.dpsf.com>

Otro ejemplo es el Jardín Terapéutico Wellesley, MA, diseñado por Douglas Reed. Este acre de terreno adyacente al Instituto para el Desarrollo del Niño y del Adolescente conforma una secuencia de espacios diseñados para responder simbólicamente y físicamente a las etapas de recuperación de un niño. En palabras del diseñador:

“The garden elements combine to form a sequence of both introverted and extroverted spaces, corresponding directly to the stages of recovery: a narrow, dark, cave-like ravine for safety; an upland woodland for exploration; steep and shallow slopes for climbing to get views; and a large sunny glade for running and playing.” (Reed, 1995:21) / “Los elementos del jardín se combinan para formar una secuencia de espacios tanto introvertidos como extrovertidos, que corresponden directamente a las

etapas de recuperación: un espacio estrecho cavernoso que otorga seguridad, un bosque de tierras altas para la exploración; Pendientes para subir para obtener vistas y un gran claro soleado para correr y jugar”.



Figura 153: Secuencia de espacios para recuperación del niño, Jardín Terapéutico Wellesley, MA.
Fuente: <http://www.reedhilderbrand.com>

Espacios familiares y áreas de descanso (Sachs, 1999b)

El apoyo familiar y su participación en el cuidado del paciente pueden mejorar los resultados en la recuperación del paciente y mejorar la experiencia hospitalaria. Los hospitales psiquiátricos pueden propiciar estos beneficios mediante la **incorporación de espacios de reunión familiar, tales como espacios de comedor y cocina, centros de negocios y dormitorios, donde los familiares puedan pasar la noche**. Además, es recomendable implementar espacios tranquilos para reflexionar y meditar, no sólo para los pacientes y sus familiares, sino también para el personal.

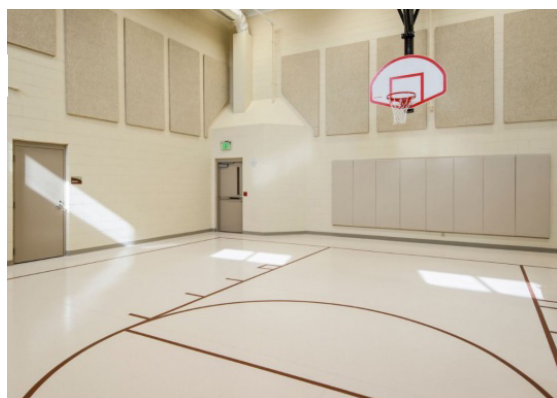
Gimnasio y espacios para el deporte

En las últimas décadas ha ganado popularidad en la comunidad académica la noción de que los beneficios psicosociales del ejercicio físico pueden incluso superar los beneficios fisiológicos (Scully et al., 1998). Los beneficios de la salud mental de la actividad física poseen amplio sustento científico. **El ejercicio se ha asociado con una reducción de ansiedad, una disminución de la depresión, un estado de ánimo mejorado, una mejor autoestima e imagen corporal, y un mejor funcionamiento cognitivo** (Biddle et al. 2000). Asimismo, se ha demostrado que la actividad física mejora la eficacia de las terapias psicológicas en una amplia gama de problemas de salud mental.

En la **depresión**, los efectos más poderosos del ejercicio físico se han observado entre las poblaciones clínicas. La evidencia sugiere que **el ejercicio aeróbico es más efectivo, incluyendo actividades tales como caminar, trotar, ciclismo, entrenamiento de circuito ligero y entrenamiento con pesas**. También se sugiere que los regímenes que se extienden durante varios meses parecen producir mejores resultados. En la **ansiedad**, incluso **un solo ejercicio de cinco minutos produce un efecto ansiolítico**. Al igual que con la depresión, los mayores efectos ansiolíticos se producen en programas de entrenamiento de más de 10 semanas de duración. La naturaleza del ejercicio no parece crucial, ya que **cualquier tipo de ejercicio tiene efectos similares** (Scully et al., 1998).

En cuanto a la **reducción en la respuesta frente al estrés psicosocial**, el ejercicio parece desempeñar un **rol preventivo** más que correctivo. Aunque el estudio de este punto es más complejo que el de la depresión y la ansiedad, los resultados sugieren que **un régimen de ejercicio aeróbico** (ejercicio continuo de suficiente intensidad para elevar la frecuencia cardíaca significativamente por encima de la frecuencia del pulso en reposo durante más de 21 minutos de duración) puede mejorar significativamente la respuesta al estrés (Scully et al., 1998).

De esta manera, es idóneo que el programa de un centro de salud mental cuente con un gimnasio y espacios deportivos, con el fin de albergar actividades que beneficien el estado de salud mental de los pacientes a través del ejercicio físico.



Gimnasio North Tampa Behavioral Health, Wesley Chapel, Florida, Estados Unidos
Fuente: <http://www.behavioral.net>



Gimnasio The Priory Hospital Roehampton, Londres, Inglaterra
Fuente: <http://www.priorygroup.com>

Figura 154: Espacios deportivos y de ejercicio físico en centros de salud mental.
Fuente: citadas arriba

5.2. FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO LOCAL

Posibles intervenciones en instituciones de salud mental existentes

- **En hospitales psiquiátricos estudiados:** Tanto el Hospital Psiquiátrico El Peral como el Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak son instituciones estatales, por lo que el financiamiento de una eventual intervención debería ser cubierta por el Estado. Considerando la realidad económica de la salud mental en nuestro país, lo más accesible sería, en ambos casos, implementar elementos de diseño de manera gradual en el tiempo, ya que cada uno de ellos es independiente entre sí.

Sin embargo, en el estudio de ambos casos se pudo apreciar que el Hospital Psiquiátrico El Peral tiene mucho mayor potencial de intervención. En el espacio exterior se podrían establecer rutas de exploración y dotar de espacios deportivos. Además, se podrían implementar fuentes de agua y un trabajo paisajístico donde se demarquen tipologías como jardines terapéuticos y plazas, acompañadas de mobiliario. Por último, se pueden diseñar espacios contiguos a las edificaciones, como porches o atrios.

Además, se hace necesario rehabilitar los pabellones 7 y 9 integrando las directrices de diseño expuestas, principalmente en diseño de interiores (capítulo 5.1.2.8) y en materialidad (capítulo 5.1.2.2). Aspectos como iluminación y reducción del ruido no son imprescindibles, ya que los pabellones poseen buena orientación y tamaño de las ventanas, y el entorno silencioso otorga niveles de ruido muy bajos. En general, se debería trabajar en darle un aspecto residencial a todas las unidades y en aumentar la intimidad del paciente, a través de dormitorios individuales (capítulo 5.1.2.5).

- **En otros dispositivos de la red de servicios de salud mental y psiquiatría:** como el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía y la Unidad de Urgencia Psiquiátrica, ambos del Hospital Barros Luco Trudeau; y el Hospital de Día Cardenal Raúl Silva Henríquez del Hospital Sótero del Río. Estos dispositivos son de menor escala, por lo que una intervención sería más factible e impactaría a un mayor número de personas, tanto a pacientes como al personal médico y los familiares de los pacientes.

“La mayoría de los usuarios de salud mental no van a ir hospitales psiquiátricos, porque están en retirada. Entonces la mayoría de las personas que consultan por salud mental van a ir, cuando les toque ir a un hospital me refiero, a un hospital general” (...) Y no van a ir sólo a los de corta estadía, a lo mejor van a ir a un hospital de día o a un consultorio de especialidad. Y ojo, por ejemplo, en el Sótero hoy día puede pasar la paradoja de que las cortas estadías tampoco son muy agradables, pero son bastantes más agradables de lo que fueron en algún minuto. Puede haber una que esté un poco más arreglada que la otra; puede estar relativamente bonita, pintada hace poco, iluminada, etc., pero puede que cuando ingreses al paciente y vayas a su control con el especialista, el pasillo sea un lugar macabro, lúgubre, oscuro, con todas las luces quemadas, sin nada de colores, sin ningún cuadro, sin nada; todas las puertas cerradas, el personal triste. Y los pacientes van a ir ahí cada cierto tiempo a sus controles, y nadie se lo va a cuestionar”.

1 Entrevista editada por el autor a Cristian Anuch, Psiquiatra U. Católica y Jefe Hospital de Día Cardenal Raúl Silva Henríquez del Hospital Sótero del Río, 05 de octubre de 2016

El tipo de intervención en estos lugares debiesen centrarse en el diseño de interiores y en la implementación de jardines terapéuticos, como el proyecto “Recuperación de los Jardines Interiores del Hospital El Salvador”, llevado a cabo por la Fundación Cosmos y Fundación Inspira (ver capítulo 4.3.2.1). Ambos aspectos pueden ser un buen nicho de intervención, sobretodo considerando que no se ha explotado.

Construcción de nuevos establecimientos

Según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000, en Chile no se construirán nuevos hospitales psiquiátricos. Los cuatro ya existentes son parte de la red de servicios de salud mental y psiquiatría. Por ende, si se pretende construir nuevos establecimientos en esta área, las energías deben enfocarse en los dispositivos de esta red que son externos a los hospitales, como los Hogares Protegidos y los Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial (para pacientes con discapacidad de causa psíquica). Una ventaja de estos dispositivos es que son de una escala menor, por lo que son fácilmente abordables.

En caso que la decisiones administrativas en salud mental cambien y se decidan construir nuevos hospitales, el principal criterio que debe considerarse en un eventual proyecto es el emplazamiento en sectores con elementos naturales. En general, deben aplicarse la mayor cantidad posible de las directrices expuestas.

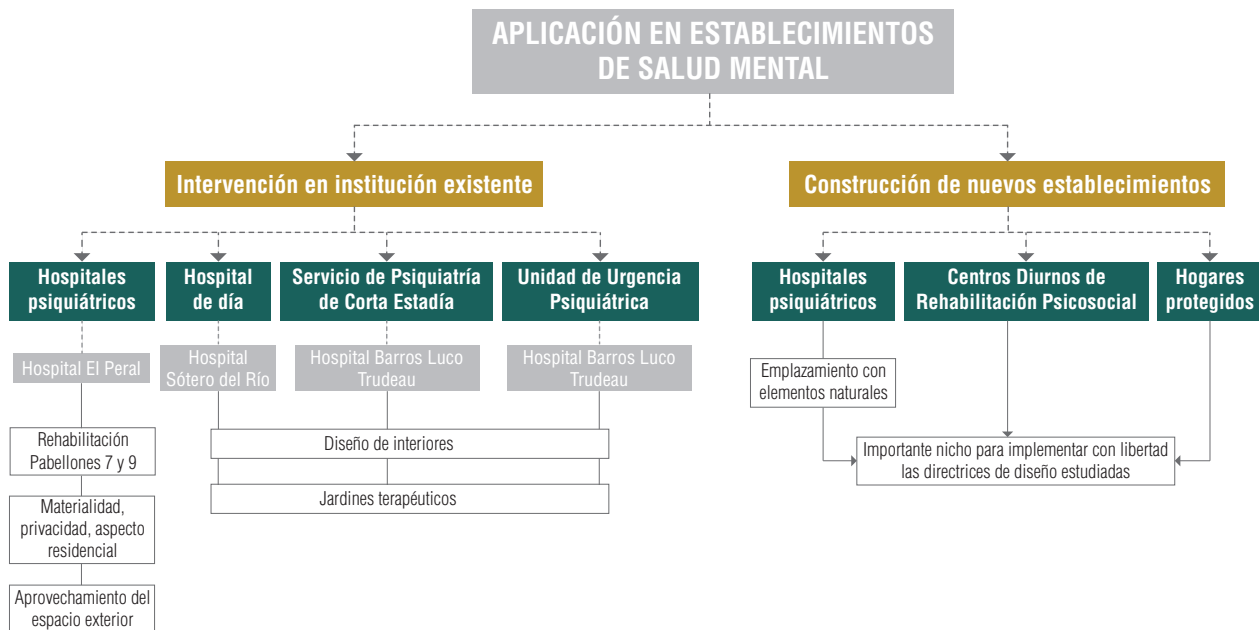


Figura 155: Aplicación de directrices de diseño en establecimiento de salud mental en Chile. Fuente: Elaboración propia

5.2.1. FINANCIAMIENTO EN CENTROS DE SALUD MENTAL ESTATALES

Costos del diseño ambiental

El diseño basado en la evidencia aboga por ambientes terapéuticos sin descuidar los costos que ello significa; si bien el costo inicial del diseño ambiental es alto, se compensa con la disminución de costos asociados al cuidado de la salud que implica el diseño ambiental.



Figura 156: Impacto monetario anual de un ambiente mejorado de curación.
Fuente: Elaboración propia en base a planteamiento de Parker, 1991

Hospital imaginario (Fable 2.0)

Sadler et. al. (2011) desarrollaron una evaluación de costo/beneficio de la implementación de las innovaciones del Diseño Basado en la Evidencia (Tabla 4) y las Innovaciones del Diseño Basado en la Experiencia (Tabla 5), todo ello aplicado a un hospital imaginario llamado Fable 2.0. La primera categoría está basada en la revisión de revistas científicas por pares, en tanto la segunda tabla incluye innovaciones basadas en la experiencia, pero que aún no poseen evidencia de respaldo. Las características de este hospital ficticio son las siguientes:

Ciudad estadounidense de tamaño medio

Ubicación

US\$350,000,000

Costo construcción

US\$4842

Costo construcción x m²

Reemplazar a institución de 50 años de antigüedad

Destino

55741 m²

Superficie construida

300

Camas

Tablas: Cálculos de costos y beneficios

A cada intervención de diseño se le adjudica un costo basado en los promedios estadounidenses calculados por la firma de construcción líder en el área de la salud "Turner Construction" y por la experiencia de quienes llevaron a cabo el estudio. Las cifras son promedios estimados (Sadler et al., 2011). Según la estimación, el costo de estas medidas sería retribuido en un plazo de tres años, y posterior a ese período, significaría un ahorro importante sostenido en el tiempo.

<i>Innovaciones</i>	<i>Costo de Construcción Adicional</i>	<i>Detalles de Diseño y Cálculos de Costos</i>
Habitación individual más grande	US\$13,500,000 (CLP\$6,318,000,000) ¹	Aumentar el tamaño de todos los 300 dormitorios individuales en 9,29 m2 cada una: 9,29 m2 x 300 camas @ US\$4,852/m2.
Habitaciones adaptadas a Agudos	US\$202,500 (CLP\$94,770,000)	Gases médicos adicionales y montajes de monitores para proporcionar capacidades UCI / retirados con monitores enchufables para los 45 dormitorios individuales de retirados; todas las otras habitaciones están listas para conversión: 45 habitaciones @ US\$4,500 / habitación
Ventanas más grandes	US\$225,000 (CLP\$105,300,000)	Aumentar el tamaño típico de la ventana del dormitorio del paciente de 0,91m x 1,52m a 1,52 x 2,43m para todos los dormitorios individuales: 300 dormitorios x US\$750.
Baños de pacientes más grandes con acceso de puerta doble	US\$2,880,000 (CLP\$1,347,840,000)	Un aumento de 2,97 m2 con una puerta de 1,2 m para cada uno de los 225 baños privados que cumplen con la ley ADA: 225 baños a US\$12,800/ habitación.
Elevador de paciente montado en el techo	US\$2,805,500 (CLP\$1,312,974,000)	Equipos de elevación para pacientes, acceso a la mayoría de las habitaciones, incluyendo baños, para todas las unidades de cuidados intensivos y salas de espera, así como 10 salas de unidades de enfermería general: 75 salas de cuidados intensivos / US\$18,100 / habitación.
Mejora de la calidad del aire interior	US\$374,400 (CLP\$175,219,200)	Mejora de la ventilación: Filtración HEPA y mayores tasas de cambio de aire para todas las unidades de tratamiento de aire que sirven a las áreas de atención al paciente: 36 unidades de tratamiento de aire @ US\$10,400 / unidad.
Subcentrales de enfermería descentralizadas (alcobas)	US\$135,000 (CLP\$63,180,000)	Dormitorios con vistas directas de pacientes para 270 habitaciones que no son de la UCI; Dormitorios incluyen gráficos, medicamentos, suministros, dispensadores de alcohol, y acceso a la entrada computarizada de órdenes médicas; Asume la subestación entre cuartos espejos con retretes internos: 135 subestaciones a US\$1,000 / subestación.
Instalaciones de higiene de manos	US\$235,875 (CLP\$110,389,500)	Lavado de manos se hunde en las 300 habitaciones de los pacientes, dispensador automático de frotación de manos a base de alcohol en cada cabecera de las 135 subestaciones de enfermería: 300 sumideros a US\$750 / fregadero; 435 dispensadores de fricción de alcohol @ US\$25 / dispensador de mano.
Iluminación del área de medicación	US\$100,000 (CLP\$46,800,000)	Aumento de los controles de iluminación y niveles de intensidad para todas las áreas de dispensación de medicamentos y de trabajo del personal.
Reducción del nivel de ruido	US\$600,000 (CLP\$280,800,000)	Materiales de absorción de sonido, azulejos acústicos de techo de alto rendimiento y alfombra con propiedades antimicrobianas en todas las áreas de atención al paciente. Materiales de pared que absorben el sonido con una capa adicional de paneles de yeso y techos acústicos con reducción de ruido mejorada en las 300 habitaciones de los pacientes.
Reducción de la demanda de energía	US\$525,000 (CLP\$245,700,000)	Reducir la demanda de energía en un 15% por debajo del rendimiento de construcción de referencia: logrado mediante la puesta en marcha de edificios mejorados.
Reducción de la demanda de agua	US\$550,000 (CLP\$257,400,000)	Reducir el uso de agua potable en un 30% con dispositivos de alta eficiencia y usar agua no potable para riego: US\$5.35 / m2 X 55,74 m2 = US\$300,000 para los accesorios de agua eficientes; US\$250,000 para agua de lluvia y recolección de condensados y tanque de retención para riego.
Capacidad de monitoreo remoto UCI de e-UCI	US\$1,950,000 (CLP\$912,600,000)	Infraestructura e-UCI y equipo para cada una de las 75 habitaciones de pacientes en UCI y unidad de retirados.
Arte sanador	US\$640,000 (CLP\$299,520,000)	Permiso más allá del presupuesto típico del arte para proporcionar el arte curativo para las áreas públicas y del cuidado del paciente; El Fable Hospital también gira obras de arte prestadas de artistas locales y solicita arte donado: aumento de US\$500,000 en presupuesto de obras de arte, US\$140,000 para mejoras de iluminación.
Medidas positivas de distracción	US\$483,000 (CLP\$226,044,000)	Asignación adicional para música y otras medidas de distracción en áreas de procedimiento y salas de pacientes: 345 habitaciones y áreas de procedimiento @ US\$1,400 / habitación.
Jardines sanadores	US\$1,000,000 (CLP\$468,044,000)	Atrio, plantaciones de interior, fuentes, jardines al aire libre incluyendo meditación y pasear por jardines, comedor al aire libre y áreas de reunión, parque infantil y estanque.
Total	US\$26,206,275 (CLP\$12,264,536,700)	Costo de Construcción para Innovaciones de Diseño Basado en la Evidencia
Porcentaje del Costo de Construcción Total	7,20%	US\$26,206,275 o 7,20% de US\$350,000,000 del costo de construcción

Tabla 4: Costos de Innovaciones del Diseño Basado en la Evidencia.

Fuente: Extraído de "Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities, 2011. Editado por el autor

¹ El cálculo de dólares está hecho con el valor del Dólar del 3 de enero de 2011 (CLP\$468) para obtener un resultado más cercano al momento en el cual se hizo la evaluación. Además se debe considerar la diferencia tanto en el costo de construcción como en materiales e instalaciones, entre Estados Unidos y Chile.

<i>Innovaciones</i>	<i>Costo de Construcción Adicional</i>	<i>Detalles de Diseño y Cálculos de Costos</i>
Espacios Familiares/Sociales	US\$1.000,000 (CLP\$468,000,000)	Espacio en cada unidad de enfermería para acomodar a las familias y aumentar la participación en el proceso de los espacios de curación; Incluye habitaciones familiares, cocina, comedor, salas de comunicación y negocios y dormitorios.
Mejora de señalética	US\$200,000 (CLP\$93,600,000)	Las ayudas de navegación mejoradas incluyen puntos de referencia, alturas de techo diferenciadas y efectos de iluminación, áreas de información, espacio para voluntarios, departamentos con códigos de colores, puertas y aberturas distintivas y vistas abiertas a espacios públicos, atrios y jardines de curación.
Centro de recursos de información de salud	US\$240,000 (CLP\$112,320,000)	Un área con información de salud accesible por Internet: 74,32 m ² @ US\$3,228 / m ² .
Áreas de descanso	US\$200,000 (CLP\$93,600,000)	Espacios privados de reflexión para la familia y el personal (separados) ubicados en cada unidad de enfermería: ocho áreas de 9,29 m ² @ US\$2,677 / m ² .
Gimnasio para el personal	US\$500,000 (CLP\$234,000,000)	Un gimnasio con equipamiento de ejercicios, vestuarios, aseos y duchas: 139,35 m ² @ US\$3,228 / m ² ; US\$50,000 para equipo.
Logística descentralizada de enfermería	US\$600,000 (CLP\$280,800,000)	Espacio adicional en cada unidad de enfermería para medicamentos, nutrición, ropa de cama, suministros, comunicaciones, consulta y otros servicios de enfermería: Ocho espacios de 23,22 m ² @ US\$3,228 / m ² .
Materiales medioambientalmente responsables	US\$300,000 (CLP\$140,400,000)	Materiales locales, regionales y reciclados con poco o ningún contenido tóxico; Protocolos de mantenimiento de limpieza "Verde" US\$5,38 / m ² x 55,741 / m ² .
Total	US\$3,040,000 (CLP\$1,442,720,000)	Costo de Construcción para Innovaciones de Diseño Basado en la Experiencia
Porcentaje del Costo de Construcción Total	0,87%	US\$3,040,000 o 0,87% de US\$350,000,000 del costo de construcción

TOTAL Costo de Construcción de Innovaciones Basadas en la Evidencia y en la Experiencia	US\$29,246,275 (CLP\$13,687,256,700)	US\$29,246,275 (8,36% de US\$350,000,000)
--	--	--

Tabla 5: Costos de Innovaciones del Diseño Basado en la Experiencia..

Fuente: Extraído de "Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities, 2011. Editado por el autor.

<i>Resultados mejorados</i>	<i>Ahorros o Aumento de Ingresos</i>	<i>Cálculos</i>	<i>Detalles de Diseño</i>
Reducción en caídas de paciente	US\$1,534,166 (CLP\$717,989,688)	300 camas @ ocupación del 80% = 240 camas o 87.600 días de pacientes; 3 caídas por 1.000 días de pacientes = 263 caídas / año; US\$17.500 / caída = US\$4.602.500 gastados en caídas / año. La incidencia de caídas varía de 2,3 a 7 / 1.000 días de pacientes. El costo promedio de las caídas de pacientes en hospitales es de US\$17,500. El Pebble Partner Clarion Methodist Hospital redujo las caídas en un 80%. Las características de diseño ayudan a reducir las caídas en un tercio.	Habitaciones adaptables a Agudos, baños más grandes con acceso de doble puerta, ascensores para pacientes, subcentrales de enfermería descentralizadas, espacios familiares / sociales.
Reducción en transferencias de pacientes	US\$887,500 (CLP\$415,350,000)	El 25% de las 19.500 estancias de pacientes están en la unidad de UCI / retirados. Asumiendo una transferencia por estancia del paciente, 4.875 transferencias x US\$300 / transferencia = US\$1.462.500 para transferencias cada año. El costo directo promedio de una transferencia de habitación de un paciente es de US\$300. El Pebble Partner Clarion Methodist Hospital redujo las transferencias en un 90% en su rediseñada unidad de atención cardíaca. Las características de diseño ayudan a reducir las transferencias en UCI / unidades de reducción en un 60% (no asume ninguna reducción en las transferencias en unidades médicas o quirúrgicas).	Habitaciones adaptadas a Agudos.

Reducción en eventos adversos de medicamentos	US\$617,400 (CLP\$288,943,200)	0,9 acontecimientos adversos de fármacos / 100 días de paciente x 87.600 días de paciente por año = 788 eventos / año; Suponiendo que el 56% son evitables, 441 eventos prevenibles x US\$7,000 / evento = US\$3,087,000 gastados en eventos prevenibles de medicamentos / año. Un estudio mostró que los errores de dispensación de medicamentos se redujeron en un tercio con niveles más altos de iluminación en la superficie de trabajo. El Clarion Methodist mostró una reducción en los errores de medicación del 70%. Las características de diseño ayudan a reducir los eventos adversos de medicamentos en un 20%.	Dormitorios privados de pacientes más grandes, salas adaptables a Agudos, iluminación del área de tareas de medicación, medidas de reducción de ruido, e-ICU.
Reducción de las infecciones asociadas al cuidado de la salud	US\$355,400 (CLP\$166,327,200)	Dos infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (HAIs) / 1.000 pacientes permanentes x 19.500 estancias de pacientes / año = 39 AI / año; Costo incremental medio / paciente con HAI = US\$43,000; 39 x US\$43,000 = US\$1,677,000. Las características de diseño ayudan a reducir las infecciones relacionadas con el cuidado de la salud en un 20%.	Dormitorios individuales más grandes, instalaciones de higiene de manos, filtración HEPA, mejora de la calidad del aire interior.
Reducción en la duración de la estadía	US\$1,092,975 (CLP\$511,512,300)	87.600 días de pacientes / 4.5 días de estadía promedio = 19.500 estadías de pacientes. Un estudio mostró una duración reducida de la estadía de un día / estadía como resultado de un mayor acceso a la luz solar. Siendo conservador, utilizamos una reducción de medio día: reducción de 0,5 días / estadía x \$ 1,121 / día10 = \$ 10,929,750. Las características de diseño contribuyen a la reducción de la duración de la estadía en un 10%.	Ventanas más grandes, aumento de la luz natural, medidas de reducción de ruido, arte sanador, jardines sanadores.
Reducción en la rotación de enfermería	US\$478,500 (CLP\$223,938,000)	Con 5.45 empleados / cama ocupada, Fable cuenta con 1.310 empleados a tiempo completo, 395 de los cuales son enfermeras; Desgaste del 14%, o 55 enfermeras / año x US\$60,000 reclutamiento y capacitación por enfermera = US\$3,300,000 en costos de renovación de enfermería por año. El Bronson Methodist Hospital redujo la facturación de enfermería del 14% (promedio nacional) al 10%, una disminución del 29%. Fable redujo la facturación de enfermería un 29%, o US\$957,000. Las características de diseño ayudan a reducir los costos de rotación en un 50%.	Ventanas más grandes, medidas de reducción de ruido, arte sanador, jardines sanadores, áreas de descanso para el personal y dormitorios individuales.
Reducción en las lesiones de las enfermeras	US\$2,132,000 (CLP\$997,776,000)	821.600 horas / año de enfermería x 20 lesiones por manipulación de pacientes, por 100.000 horas trabajadas = 164 enfermeras heridas / año, calculadas en US\$26,000 / lesión, 13 ó US\$4,264,000 en costos de lesiones del personal de manejo de pacientes / año. Las características de diseño ayudan a reducir las lesiones de manejo del paciente en un 50%.	Baños más grandes para pacientes con acceso de doble puerta, elevadores de pacientes.
Ahorros e-UCI	US\$2,239,056 (CLP\$1,047,878,208)	Ahorro de costos de US\$2,556 / paciente x 2190 pacientes (en 75 salas de UCI) en Fable = US\$5,597,640. El modelo e-ICU, dependiente de las características del diseño, ayudó a reducir los costos de los pacientes de la UCI en un 40%.	e-UCI.
Reducción en la demanda de energía	US\$653,400 (CLP\$305,791,200)	Costo promedio de energía hospitalaria en los Estados Unidos por año: \$ 64.79 / m2, o US\$3,630,000. El Centro Médico Infantil de Dell de Texas Central redujo la demanda de energía en un 45%. El promedio de hospitales que obtienen la certificación LEED puede esperar una reducción de aproximadamente 18% en la demanda de energía. Reducción del consumo energético del 18%.	Envolvente y acristalamiento de edificios que ahorran energía, sistemas de calefacción y refrigeración eficientes en combustible, sistema de recuperación de calor
Reducción en la demanda de agua	US\$51,765 (CLP\$24,226,020)	Consumo de agua promedio en los hospitales de Estados Unidos: 300 galones / cama / día, o 32.8 millones de galones / año; El costo promedio del agua es de US\$2,720 por millón de galones (sin incluir alcantarillado, calefacción u otro tratamiento). Reducción de la demanda de agua del 30%, o 9,84 millones de galones; US\$26,765 por año más US\$13,000 cargos de alcantarillado reducidos y US\$12,000 por recargos menores de tratamiento / calefacción.	Instalaciones de bajo caudal, captura de agua de lluvia, equipos de servicio de alimentos de alta eficiencia
Total Ahorro Anual	US\$10,032,162 (CLP\$4,695,051,816)	US\$29,246,275 costo total por DBEv+DBEx/US\$10,032,162 ahorro anual = un retorno de la inversión en un plazo de tres años.	

Tabla 6: Mejores Resultados y Ahorro de Costos.

Fuente: Extraído de "Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities, 2011. Editado por el autor

5.2.2. ANÁLISIS DE PSICOTERAPIA CONTEMPORÁNEA

Modelos generales de psicoterapia

Actualmente existen más de 400 dispositivos de psicoterapia y dentro del área del psicoanálisis existen alrededor de 200 variantes. Es decir, el escenario de las psicoterapias es heterogéneo y se ha ido diversificando ampliamente. No existe un criterio claro de demarcación del concepto de psicoterapia, sin embargo, se puede definir como intervención psicoterapéutica cualquier tipo de tratamiento que se base en una relación de al menos dos personas, en donde una de ellas desarrolla una acción discursiva sobre la otra (Benito, 2008).

“Podríamos decir que un procedimiento, para ser considerado psicoterapéutico, debe basar sus intervenciones en una teoría científica del funcionamiento y del cambio conductual/psicológico de las personas y presentar un conjunto organizado de técnicas, capacidades o formas de promover una mejora en las condiciones que generan el motivo de consulta del paciente.” (Benito, 2008:2)

Al no estar claramente definido el concepto de psicoterapia, existen muchas de ellas que se presentan como opción en la atención en salud mental, pero que son de dudosa procedencia teórica y sin probada aplicabilidad clínica (Benito, 2008).

A continuación se exponen brevemente los modelos generales de psicoterapia existentes:

<i>Modelo de psicoterapia</i>	<i>Fundamentos</i>	<i>Tratamiento</i>
Modelo conductual	La patología se define como una forma de comportamiento aprendida que se desarrolla según las mismas leyes que rigen la conducta normal. Según este enfoque, la conducta normal y anormal no son cualitativamente diferentes, sino que representan distintos grados al interior de una misma escala.	Se registra el comportamiento del paciente en su vida cotidiana. En base a esto, se diseña con él y de acuerdo a sus necesidades, un programa de reaprendizaje enfocado de manera específica a la modificación, disminución o eliminación de sus síntomas.
Modelo cognitivo	Se pone el foco en los procesos de pensamiento y en cómo éstos pueden afectar la manera en cómo el paciente construye su experiencia de mundo, llevándolo a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades emocionales.	Se utiliza la técnica de reestructuración cognitiva, a través de la cual se abordan los pensamientos más superficiales del paciente. Luego se revisan y modifican los esquemas y creencias menos conscientes que dan forma a su interpretación de la realidad, generando nuevas formas de significación de la experiencia que no le produzcan malestar.
Modelo existencialista-humanista	Cada individuo tiene capacidades para el autoconocimiento y el cambio constructivo, por lo que el terapeuta debe ayudarlo a desarrollarlas. Éste necesariamente debe tener empatía, autenticidad y aceptación positiva incondicional para tratar al paciente.	Se asume que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es insuficiente para curar el trastorno, por lo que se desarrollan ejercicios físicos con el fin de mejorar la consciencia general del paciente sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente.
Modelo sistémico (interaccional o comunicacional)	Toda conducta es comunicación. La persona es entendida como parte de un sistema, siendo los miembros de ese sistema interdependientes.	Se modifican los patrones de interacción entre las personas con el fin de generar cambios en sus integrantes. No se conciben los trastornos como conflictos individuales sino como patologías de una relación. El modelo terapéutico está dirigido a parejas y familias.

Tabla 7: Modelos generales de psicoterapia.
Fuente: Elaboración propia, en base a Benito, 2008

Los modelos de psicoterapia expuestos poseen a su vez distintas vertientes, y cada una de ellas poseen distintos fundamentos y especificidades. Existen tantos cuadros psiquiátricos como maneras de comprenderlos, por lo que no es el objetivo de la presente investigación poner en tela de juicio la legitimidad y la validez de cada psicoterapia. El breve análisis que se plantea es más bien una forma de posicionar los lineamientos de diseño del presente estudio en relación a la contingencia terapéutica local. En Chile se practican todos los modelos de psicoterapia, por lo que es atinente conocer el panorama general de lo que se está haciendo.

A continuación se expone una psicoterapia específica como ejemplo para aplicar las propuestas de diseño planteadas. El motivo de su elección se sustenta, en primer lugar, en que se practica frecuentemente en nuestro país, y en segundo lugar, en que sus fundamentos principales poseen una relación cercana con la forma en cómo la persona (paciente) se posiciona frente a su entorno físico. Por último, esta terapia se practica de forma relativamente transversal, es decir, no se enfoca en un número reducido de afecciones mentales, pudiendo incluso se aplicada a personas sin ningún tipo de "alteridad" mental.

Psicoterapia Gestalt (Aragón, 2015)

Esta psicoterapia posee influencias del psicoanálisis y la filosofía oriental, y se circunscribe en el modelo humanista, por lo que no se centra en la enfermedad, sino más bien en generar salud desde la potencialidad intrínseca de la persona. Los principales creadores de la Gestalt fueron el psiquiatra Fritzs Perls, la psicóloga Laura Perls y el sociólogo Paul Goodman.

Los preceptos básicos de esta terapia son los siguientes:

- **Aquí y ahora:** La terapia Gestalt se enfoca en el momento presente, comprendiendo que todo lo que ocurre es en el ahora, en cuanto el pasado ya no existe y el futuro aún no. El aquí (dimensión espacial) y el ahora (dimensión temporal) son concepciones elementales provenientes de la filosofía oriental. La terapia Gestalt interpreta estos conceptos a su vez como maduración y crecimiento, en donde el individuo se responsabiliza de sí mismo mediante la autoayuda.
- **Atención y aceptación de la experiencia:** Poner atención en la experiencia conlleva necesariamente poner atención en el momento presente. Aceptar la experiencia sólo puede llevarse a cabo haciendo consciente lo que se está viviendo. La Gestalt concibe la atención como atenderse a sí mismo, identificando las emociones y los sentimientos producidos por una situación determinada, de modo tal que se afronte la experiencia. Cuando no se identifica un miedo, rabia, alegría o rechazo, se está reprimiendo, lo que llevará a esa emoción o sentimiento a quedar estancado, produciendo un gran malestar y, en consecuencia, se manifestará de forma psicomática (afectación del cuerpo originado por un proceso psíquico).
- **Responsabilidad:** En la terapia Gestalt se busca constantemente que el paciente (o persona) que está en un proceso de desarrollo personal se responsabilice de lo que hace y lo que siente a raíz de su experiencia, sin culpabilizar a otras personas o al entorno de lo que le ocurre. Cuando el individuo se ha responsabilizado de sí mismo, es capaz de controlar su vida de manera genuina.

Capítulo VI

CONCLUSIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO

- 6.1. En relación a los objetivos e hipótesis de la investigación planteados
- 6.2. Proyecciones del Estudio

6.1. EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN PLANTEADOS

En relación al Objetivo Específico 1, referente a los modelos paradigmáticos de instituciones psiquiátricas utilizados tanto nacional como internacionalmente a través de la historia de la disciplina.

Paradigmas en psiquiatría

La psiquiatría es una disciplina que ha mutado constantemente. Durante la segunda mitad del siglo XX fue blanco de un fuerte cuestionamiento a sus bases científicas desde distintas corrientes de pensamiento, que provenían incluso de intelectuales ligados al campo de la psiquiatría.

Ha sido una labor titánica para la ciencia analizar la compleja mente de las personas que sufren trastornos mentales. Durante la mayor parte de la historia la “solución” propuesta por la sociedad frente al problema de la locura fue la exclusión y el confinamiento, como si el estado mental de un “loco” fuese un motivo de vergüenza; un acto digno de castigar, por encontrarse fuera de los parámetros morales y socialmente aceptados.

Pero detrás de este proceso de subjetivación existen mecanismos de poder que se han manifestado de distinta forma. Para el Estado Moderno, la sinrazón del loco representaba (o por qué no decirlo: representa) una seria amenaza al normal funcionamiento de su gobernabilidad. El loco podría concebirse como insubordinado frente al orden de la razón, la cual es la principal herramienta con la cual el Estado Moderno ejerce poder. El loco vendría a ser similar a la figura de un disidente en un Estado totalitario.

El mencionado cuestionamiento del saber psiquiátrico decantó en una reforma a nivel mundial de esta disciplina. Lo que se buscaba reformar, en última instancia, era la forma en cómo la sociedad concibe la figura del loco; si se concibe a un sujeto como anormal, reprobable y perverso, es muy probable que se legitimen actos de abuso en su contra. Probablemente es esta subjetivación por parte de la sociedad el mayor problema que hasta el día de hoy no se ha disipado.

La reforma en la psiquiatría tuvo, y sigue teniendo, resultados positivos, como la transformación que se desarrolló en la ciudad de Trieste a manos de Franco Basaglia, en donde en la actualidad los pacientes encuentran una rehabilitación en todo orden, mostrando mejores condiciones cognitivas que pacientes mentales de otros lugares.

La corriente crítica a la psiquiatría fue fagocitada por el sistema político-económico, que usó esta perspectiva teórica como excusa para cerrar los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, ésta no fue pensada como una forma de proporcionar una mejor rehabilitación a los pacientes mentales, sino que con el fin de reducir el presupuesto destinado a la salud mental y por ende incrementar su privatización.

Lo que se tiene hoy en día como resultado es una tendencia mundial a la psiquiatría ambulatoria, en la cual se han cerrado gradualmente los hospitales psiquiátricos centralizados, sustituyéndose por

centros de salud mental dispersos en el territorio. El cuestionamiento que surge es el siguiente: ¿Este cierre progresivo del hospital psiquiátrico se puede asociar directamente a una mayor reinserción de los pacientes en la sociedad y una rehabilitación mental? Si bien éstos tienen ahora un mayor contacto con sus familiares, pareciera que el estigma social de la locura no ha desaparecido, y los niveles de rehabilitación no han mejorado del todo; prueba de ello es la excesiva medicalización usada en los tratamientos psiquiátricos.

Distintas disciplinas científicas están tendiendo cada vez más a concluir que gran parte de las afecciones mentales no son causados por una predeterminación biológica, y que el entorno físico, social y económico tienen mucho que decir en las respuestas esquizofrenizantes del sujeto. En el sistema de salud mental que funciona en Trieste, y en los referentes internacionales expuestos, comprendieron que factores como la recomposición de las relaciones afectivas, la ausencia de medidas coercitivas y de jerarquías entre personal médico y paciente, y que incluso el entorno físico optimizan los tratamientos psiquiátricos.

Psiquiatría evolucionaria

La aparición de esta forma de hacer psiquiatría es incipiente y eventualmente va a desarrollarse y aumentar su incidencia en las prácticas institucionales psiquiátricas en el futuro. Esto significaría un cambio sustancial en el campo de la salud mental, ya que es la primera corriente en psiquiatría que considera los factores evolutivos que condicionan el comportamiento humano.

Sin duda, este enfoque se condice directamente con las propuestas de diseño expuestas en la presente investigación. Las teorías evolucionarias reconocen la existencia de una naturaleza humana que necesita de las relaciones afectivas de la “tribu” y el contacto con elementos de la naturaleza. Bajo este razonamiento, cobran mayor sentido los resultados de esta investigación, ya que dan cuenta de una similitud entre este paradigma incipiente en psiquiatría, y las propuestas provenientes desde la psicología ambiental y el diseño basado en la evidencia.

Existencia de modelos arquitectónicos en las instituciones psiquiátricas

Los paradigmas estudiados ciertamente han modificado las tipologías arquitectónicas a lo largo de la historia, sin embargo, no se puede aseverar que existen modelos arquitectónicos que representen a dichos paradigmas. Lo que se tiene son criterios de diseño específicos que responden de manera espontánea a las “exigencias paradigmáticas del campo de la psiquiatría”. El ejemplo más claro para representar esta idea puede ser el Panóptico, que abstrae los principales postulados del tratamiento custodial y les otorga forma arquitectónica, a través de espacios destinados a la supervigilancia.

Lo que se podría acercar más a la idea de modelo arquitectónico es la tipología del Open Door, presente en los inicios del Hospital Psiquiátrico El Peral, en cuanto se puede considerar como una tipología traída desde Inglaterra y replicada en tres zonas geográficas de Chile. Sin embargo, ocurre algo similar en el caso del Panóptico: se proporciona la plataforma física, ligada a la naturaleza y al campo, para practicar la laborterapia. Sin embargo, no se establecen patrones de diseño ligados al paradigma psiquiátrico que se repliquen de manera universal.

En relación al Objetivo Específico 2, referente a los casos paradigmáticos del contexto nacional relacionados con la arquitectura de la salud mental.

Hermetismo de las instituciones psiquiátricas

El panorama que se obtuvo de la psiquiatría contemporánea en el contexto nacional posee limitaciones de tipo metodológicas que dicen relación con el hermetismo de esta disciplina científica. Se debe considerar que históricamente ha sido el área de la salud que más cuestionamientos ha recibido, debido a su complejidad. Esto ocasiona que, en el presente estudio, el acceso a las prácticas institucionales de manera presencial fuese negado. Es decir, no se pudo acceder a una sesión psicoterapéutica, o al interior de las salas de los pacientes.

Pese a lo anterior, las técnicas metodológicas fueron suficientes para concluir que independientemente de la tipificación de los trastornos mentales, el entorno físico construido incide de manera parcial en la evolución de los usuarios de la salud mental.

Hospital Psiquiátrico El Peral

Este caso de estudio fue de suma importancia para el desarrollo de la investigación, tanto por el análisis de su historia como por la reforma institucional que se llevó a cabo en la década de 1990 y, principalmente, por el contexto urbano en el cual está emplazado el establecimiento.

La perspectiva de los forjadores de esta institución posee ciertas similitudes con el enfoque de la presente investigación. El “Open Door”, si bien alejaba a los pacientes de su contexto social, les ofrecía la posibilidad de “escapar” del contexto urbano, el cual posiblemente aumentaba el estrés y los detonantes de muchas afecciones mentales. Es interesante cómo la noción del “being away” que en la actualidad se materializa en los hospitales psiquiátricos más vanguardistas a nivel global, como el Homewood Health Centre o el Whitby Mental Health Centre, se concebía desde hace muchas décadas, incluso siglos, como es el caso del estudiado York Retreat a través del tratamiento moral. Nuevamente, esta perspectiva de que es necesario alejarse de las ciudades y volver a la vida rural se hace patente, buscando quizás una conexión con nuestras raíces antropológicas. No es casualidad que el concepto de Open Door sea originario de Inglaterra; uno de los primeros países donde tuvo cabida el tratamiento moral.

Si bien esta búsqueda de una relación con la naturaleza fue sumamente positiva desde un principio, la institución poseía deficiencias considerables en sus prácticas, como el uso de la coerción para contener a los pacientes. Estas prácticas no fueron cuestionadas hasta el surgimiento de la psiquiatría comunitaria a fines de la década de 1960. Sin embargo, la dictadura militar ralentizó este proceso de reforma que se vivía a nivel mundial, y no será hasta la década de 1990 que se desarrolló una importante reforma institucional en el hospital, a través del Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico El Peral. La implementación de dispositivos alternativos de recuperación del paciente, como los hogares protegidos, da cuenta de una intención real por reinsertar a los pacientes en la sociedad.

Por último, el emplazamiento del Hospital El Peral dentro de un parque natural precordillerano sirve de referencia para futuros proyectos. Si bien se han deteriorado dos pabellones por las condiciones del suelo, la gran cantidad de vegetación y la vista privilegiada a la cordillera hacen que este sea un lugar indicado para la recuperación de pacientes mentales. De esta manera, se concluye que el Estado debiese inyectar recursos en la rehabilitación de los pabellones deteriorados del Hospital El Peral, e integrar criterios de diseño pensados en la recuperación del paciente. Las energías debiesen concentrarse en el diseño de interiores, en la dotación de un programa deportivo y en la optimización de los espacios al aire libre,

proyectando rutas para los pacientes e hitos asociados a los elementos naturales.

Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Es poco lo que se puede extraer del diseño de este establecimiento. Al ser reconstruido con los criterios de la arquitectura moderna, se perdió el rol preponderante que se le asignaba a los espacios exteriores en la recuperación de los pacientes en la antigua Casa de Orates, en donde habían jardines que se relacionaban directamente con el interior. El higienismo y la subvaloración de la antigua noción de los poderes curativos de los espacios naturales llevó a un diseño hospitalario de pabellones cerrados y estrictamente funcionales que perdura hasta la actualidad.

Mención aparte merece la escasa relación del establecimiento con el contexto urbano, separado por un muro ciego, en un sector de Recoleta que a ratos parece abandonado. El emplazamiento del hospital era muy distinto en su origen; en la actualidad está rodeado de cemento, sin ningún elemento natural con el que pueda relacionarse. A sólo 150 metros se encuentra el Cerro Blanco, sin embargo no sería factible vincular el hospital al cerro, debido a que se haría difícil la supervisión de los pacientes.

Al igual que en el Hospital El Peral, en el Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz se han implementado Servicios de Rehabilitación fuera de las dependencias de la institución, con el fin de reinsertar a los pacientes en la sociedad. Esta medida es una apuesta interesante y que ya ha experimentado resultados positivos, pero aún se encuentra en una etapa de maduración. Se puede concluir que si bien estas residencias protegidas representan un avance significativo en el proceso de la reforma psiquiátrica en Chile, podría mejorarse si fueran diseñadas y construidas especialmente para acoger a los pacientes, con criterios de diseño extraídos del diseño basado en la evidencia y de la psicología ambiental. En la actualidad simplemente se adaptan residencias comunes, lo que limita el potencial arquitectónico para la continuación de la recuperación del paciente.

Jardines terapéuticos

Este caso de estudio es distinto a los dos anteriores. En primer lugar porque surgió a raíz de la investigación, es decir, no estaba contemplado desde un inicio. En segundo lugar, es un caso de estudio que es contemporáneo y totalmente atingente a los objetivos que persigue el presente estudio. Se puede decir que los jardines terapéuticos son los únicos referentes arquitectónicos que han sido implementados en el contexto local que conciben el diseño como una herramienta de sanación, tanto física como mental.

A pesar de haber llegado hace sólo unos años a Chile, los jardines terapéuticos han tenido una recepción muy positiva por parte de los usuarios de los hospitales. Prueba de ello es la ejecución de 7 proyectos por parte de la fundación Cosmos e Inspira en un período de sólo 4 años. Estas fundaciones no sólo se han dedicado al diseño, sino que también a difundir los fundamentos científicos provenientes de Europa y Norteamérica, a través de seminarios y publicaciones.

Lo anterior hace prever una proliferación de jardines terapéuticos en instituciones de salud en Chile. Aunque dependerá en gran medida del impacto que tengan los proyectos en la recuperación de los pacientes a largo plazo y del nivel de satisfacción que provoque en el personal médico y en los familiares de los pacientes, que, según la experiencia internacional, debiese ser positivo. En cuanto al ámbito de la salud mental, aún no se pueden establecer conclusiones, debido a que existe un proyecto en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna para niños en el sector de Neurología y Psiquiatría, pero recién está en etapa de diseño.

En relación al Objetivo Específico 3, referente a los instrumentos de análisis y estrategias de diseño planteadas desde la arquitectura de instituciones ligadas a la salud mental, tanto de referentes nacionales como internacionales, que utilicen la arquitectura como una herramienta terapéutica.

Corrientes de investigación para el diseño hospitalario en salud mental

La investigación científica revisada en el presente estudio recoge sólo los puntos principales de cada enfoque. La psicología ambiental lleva más de medio siglo de investigación, y ha sido continuamente nutrida por diversas disciplinas técnicas y científicas. Las cuestiones planteadas en torno al impacto del entorno físico construido en el comportamiento humano son complejas y sujetas a la interpretación del investigador: un arquitecto no extraerá las mismas conclusiones de un estudio que un psicólogo, un psiquiatra, un antropólogo, o un biólogo.

Si bien cada año se publican nuevos estudios y conclusiones en torno a este tema, se puede decir que las corrientes de investigación en cuestión (psicología ambiental, diseño basado en la evidencia) han llegado a una etapa de maduración, en donde han logrado respeto y consagración en la comunidad médica a nivel internacional.

De esta manera, se puede decir que se ha alcanzado el nivel suficiente como para que el diseño arquitectónico pueda basarse en los insumos provenientes de estas corrientes. Los hospitales diseñados bajo estas premisas ya han comprobado los aciertos de décadas de investigación, como es el caso del Östra Psychiatric Hospital, en donde los criterios de diseño causaron la reducción del uso de la restricción física a pacientes por parte del personal en casi la mitad.

En la misma línea, llama la atención el escaso diálogo que existe en la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile con estas áreas de investigación que podrían aportar sobremanera al diseño de proyectos, incluso en una instancia académica. Si bien la psicología ambiental se podría confundir con una corriente concerniente meramente al ámbito de la salud mental, su aportación excede este campo. Lo mismo ocurre con el diseño basado en la evidencia, que si bien su fuerte se encuentra en el campo de la salud, ha sido aplicada en diversas áreas del diseño. Debiese mutar el método de enseñanza, desde un diseño basado en criterios grandilocuentes y formalistas, a un diseño austero y atento a los factores tangibles que condicionan y proporcionan lineamientos a los criterios de diseño, como los expuestos por décadas por estas corrientes de investigación, y que muchas veces son ignorados en los proyectos de arquitectura.

Referentes arquitectónicos de instituciones de salud mental internacionales

Los tres referentes arquitectónicos expuestos en el capítulo de “Estrategias de Aplicabilidad” poseen muchas características en común. En primer lugar, fueron proyectados en países desarrollados, lo que explica la alta inversión en el diseño; al observar los espacios construidos se hace difícil asimilar que se trata de un hospital psiquiátrico, y es más fácil asociarlos con un hotel. Sin embargo, en el estudio aplicado al Fable 2.0 se estimó que el alto costo inicial del diseño basado en la evidencia se retribuye en un plazo de 3 años. De cualquier manera, pareciera ser que el escenario económico-político nacional está lejos de invertir en este tipo de proyectos, no tanto por la falta de recursos, sino por la subestimación de la importancia de la salud mental como un problema país. Así lo demuestra el escaso presupuesto destinado a esta área de la salud. Los jardines terapéuticos son los proyectos que más se acercan a esta noción de arquitectura, pero están siendo impulsados y promovidos por privados, y no por organismos estatales.

Se puede decir que el aspecto más relevante en los tres referentes es el intento por generar espacios que se distancien de la noción de hospital. Esto se aprecia de manera clara en todos los ejemplos, dando cuenta de una real preocupación por el bienestar psicológico del usuario: al evitar un aspecto hospitalario, se inhibe el impacto negativo que provoca en el usuario el “sentirse dentro de un hospital” y por ende asumirse como “enfermo”. En última instancia, lo que se busca es reducir el estigma asociado a la categorización de “enfermo mental”. En lugar de esto, se plantean espacios con aspecto residencial y rural, con los consecuentes beneficios antes mencionados.

El contexto inmediato es determinante en los tres referentes estudiados. Todos están emplazados en sectores con elementos naturales y tanto el Homewood Health Centre como el Whitby Mental Health Centre poseen más de 200 mil metros cuadrados. El rol de los elementos naturales en los 3 casos no es pasivo, sino que, por el contrario, está integrado en el diseño y en el programa de manera preponderante.

Mención aparte merece la configuración espacial interior del Östra Psychiatric Hospital, en donde se conjugan de manera inteligente aspectos como la privacidad (a través de los dormitorios individuales que se relacionan visualmente con el exterior del edificio), la potenciación de las relaciones sociales entre los pacientes (a través de la dotación de salas de charlas y de verandas) y seguridad (a través de la buena visibilidad de todos los espacios por parte del personal). En el Östra no se distinguen pabellones hospitalarios estandarizados monofuncionales como es común, sino que, por el contrario, se mezclan y se complementan en cada Unidad de Cuidado en torno a “The Heart”: un pequeño patio acristalado que interconecta los 4 niveles de la edificación. Incluso se puso el foco en detalles como la eliminación de pasillos extensos con el fin de evitar espacios sociófugos.

Directrices de diseño vanguardistas

Las directrices de diseño expuestas abarcan distintos ámbitos del diseño y del programa. Las fuentes seleccionadas provienen de estudios clínicos y científicos desarrollados en las últimas décadas. Lo que se plantea es concebir cada elemento físico al interior del establecimiento psiquiátrico como un potencial sanador en el proceso de recuperación del paciente mental, desde elementos de señalización y el color de la pintura en los muros de los dormitorios, por ejemplo, hasta los elementos naturales del entorno, como ríos y el tipo de vegetación.

Lo interesante de estas directrices es que la mayoría de ellas se pueden implementar en hospitales psiquiátricos ya construidos, con operaciones constructivas relativamente menores. Sin embargo, otros elementos del entorno físico, como el contexto urbano inmediato, son difíciles de transformar bajo las premisas de estas directrices. Los jardines terapéuticos intentan emular un entorno natural en un contexto urbano, lo cual es muy beneficioso, sin embargo, no supe del todo la carencia de elementos naturales que serían preponderantes. Un ejemplo de ello es el estudiado Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz, en donde no existen elementos naturales que los pacientes puedan explorar. De esta forma, el emplazamiento de los futuros proyectos ligados a la salud mental en un entorno con elementos naturales importantes será fundamental, ya que puede influir en la recuperación del paciente, y en este sentido, puede ahorrar bastante trabajo si se pretenden implementar estas directrices.

En relación al Objetivo Específico 4, referente a las terapias utilizadas en la actualidad en el tratamiento de la salud mental.

El aumento exponencial de la cantidad de psicoterapias en las últimas décadas es una consecuencia directa de la apertura que ha experimentado la psiquiatría a otras disciplinas, enfocándose nuevamente

en la psique de la persona y cómo ésta se relaciona con su entorno (ver capítulo 3.2.2.1). La psiquiatría biológica está dando paso a una comprensión de la psicología humana mucho más rica, en donde ya no sólo se comprenden los procesos relativos a la mente como pura consecuencia de procesos biológicos.

De esta manera, se invita a los diseñadores a explorar los distintos modelos psicoterapéuticos existentes, y adaptar los criterios de diseño a ellos. El ambiente terapéutico juega un rol importante en el proceso terapéutico, influyendo incluso en el desarrollo y en los resultados del proceso.

No se acotó el tipo de psicoterapias a un rango reducido. Por el contrario, se puso como ejemplo una psicoterapia muy amplia en cuanto al tipo de individuo al cual apunta (tipo de afección mental, rango etéreo, experiencias vividas, etc.). Esta elección es intencional, en concordancia con la negativa a enmarcar la presente investigación en una afección mental específica, ya que, se puede decir como conclusión, que no hay afecciones mentales que tengan una relación más directa con el entorno físico que otras, sino que, por el contrario, todo ser humano tiene una relación primigenia con el entorno. Es decir, el diseño ambiental incide en el comportamiento de todos los seres humanos de manera similar.

En consecuencia, se concluye que todos los modelos terapéuticos poseen fundamentos teóricos y planteamientos que responden a estudios serios y a una reflexión profunda, por lo que todos ellos entregan una aportación al arquitecto en la tarea de establecer criterios de diseño. Una práctica interesante en el diseño participativo podría ser asistir a las sesiones terapéuticas y, se hace incluso necesario recoger la opinión del psicoterapeuta en cuanto a sus impresiones en torno al ambiente terapéutico.

En relación a la Hipótesis Inicial: “La afección mental proviene, en su mayor parte, de un entorno hostil, conformado por una esfera social, física y económica. De esta manera, el entorno físico construido, a lo largo de la historia, ha sido un factor influyente en la evolución de la afección mental en los pacientes de las instituciones psiquiátricas.”

A través tanto del marco teórico como de las distintas técnicas de investigación utilizadas se pudo corroborar la hipótesis de que el entorno físico efectivamente influye en el comportamiento humano. Numerosas son las investigaciones y las proyecciones que apuntan en esta línea, como el Diseño Basado en la Evidencia, liderado por Ulrich, toda la teoría aportada por la Psicología Ambiental, el Diseño Biofílico, entre otras.

Sin embargo, una reflexión más profunda surge en esta línea, que dice relación con la aplicabilidad de la arquitectura como herramienta terapéutica no sólo en el campo de la salud mental, sino en todas las áreas de la rehabilitación, como por ejemplo en la superación de adicciones, o en entornos penitenciarios.

El entorno físico, ya sea construido o natural (en este último la arquitectura de igual forma juega un rol, a través de criterios paisajísticos) puede propiciar tanto conductas conflictivas, como también de interacción social, confort y de relación con la naturaleza, por lo que su alcance trasciende el foco del presente estudio: la salud mental. Es por esto que no se buscó poner énfasis en un grupo reducido de diagnósticos psiquiátricos, ya que todos ellos tienen una relación importante con el espacio; el ser humano tiene una relación directa con el espacio.

Se debe cuestionar entonces el por qué no se piensa el diseño de las ciudades completas con el fin de garantizar salud mental a las personas, en una lógica no sólo reactiva, sino propositiva. La psicología ambiental y los criterios concluidos en el presente estudio podrían llevarse al campo de la planificación urbana, poniendo especial énfasis en la sociopetalidad de los espacios públicos, los cuales cada vez cumplen menos su función. Probablemente la ciudad es uno de los factores más esquizofrenizantes del

ambiente, y la arquitectura y el urbanismo poseen las herramientas para hacerles frente.

La planificación de ciudades como Copenhague han avanzado en esta dirección, privilegiando el espacio público como elemento de socialización, oponiéndose al uso indiscriminado del automóvil. En cuanto a la relación con la naturaleza, los jardines terapéuticos son un buen ejemplo de diseño, pero que aún no se replica de forma masiva en el exterior, debido a que su irrupción es incipiente. La relación entre el diseño de la ciudad y la salud mental es un potencial nicho de investigación y de proyectación que ha sido muy poco explorado en Chile.

6.2. PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Consideración de una perspectiva evolucionista en el diseño de las ciudades

El diseño de las ciudades modernas ignora el carácter evolutivo del ser humano; misma crítica que hacen los psiquiatras evolucionistas a la psiquiatría biológica. La tendencia de las metrópolis a albergar cubículos que aíslan al ser humano de su entorno social (al no existir espacios para la socialización) y natural (al imponerse rascacielos que alejan cada vez más a las personas del suelo y hacer tábula rasa de los elementos geográficos naturales) da cuenta de ello.

Dicho de otra forma, el hombre posee una naturaleza humana condicionada por su evolución, y que dice relación con necesidades primitivas que no están siendo cubiertas por las ciudades. Estas necesidades son su relación con la naturaleza, o las relaciones sociales establecidas en las tribus por miles de años. El ser humano tiene 170 mil años de vida como homo sapiens sapiens, y la proporción de tiempo que ha vivido en las ciudades es minúscula, por lo que nuestra información genética está predeterminada para adaptarse a un entorno contrario a la ciudad. Éste es un hábitat muy nuevo al cual debemos adaptarnos forzosamente. Sin embargo, la solución no debería ser destruir las ciudades, sino transformarlas, en función de este enfoque evolucionista.

Intervenciones arquitectónicas en el ámbito local

La aplicabilidad de los conceptos tratados es sumamente amplia, sobre todo en la salud mental, en donde existe una extensa red de dispositivos de distintas escalas y con distintas funciones dentro de la red (tratamiento del paciente, urgencia, consulta, rehabilitación, etc.).

En algún momento se pensó en abarcar un número reducido de afecciones mentales que “tuvieran una relación más cercana con el entorno físico”. Sin embargo, no existen afecciones que tengan una relación más cercana que otra con el espacio; todas ellas y en general el ser humano en su esencia tiene una relación estrecha con el entorno físico. De todas maneras, el Dr. César Ojeda señala en la entrevista realizada por el autor que existen cuadros que serían muy difíciles de tratar desde la arquitectura, ya que inciden factores genéticos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar severo, o las demencias. Exceptuando estos cuadros, existe un espectro amplio de otras alteraciones, como el trastorno depresivo, trastorno ansioso, el trastorno de personalidad, que tienen absoluta relación con la manera de vivir, y por ende, son susceptibles a ser influidos por el diseño ambiental.

Dicho esto, se reconoce la versatilidad de los criterios de diseño propuestos, que se pueden utilizar en cualquier dispositivo de la red de servicios de salud mental de Chile. Considerando el panorama de desinstitucionalización de pacientes actual, es recomendable poner énfasis en la intervención de los establecimientos ya existentes, y la construcción de establecimientos de escala menor, como las residencias protegidas.

Capítulo VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MATERIAL CONSULTADO EN INTERNET

24horas.cl, (2016). *Informe Especial: La lucha por reivindicar a las personas con trastornos mentales en Chile*. Recuperado el 01 de agosto de 2016 de <http://www.24horas.cl/programas/informe-especial/informe-especial-muestra-la-lucha-por-reivindicar-a-las-personas-con-trastornos-mentales-en-chile--2091023>

Aragón, R. (2015). *¿En qué consiste la terapia Gestalt?*. [online] lamenteesmaravillosa.com. Recuperado el 21 de Febrero 2017 de <https://lamenteesmaravillosa.com/en-que-consiste-la-terapia-gestalt>

Araya Ibacache, C. y Leyton Robinson, C. (2009). *Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950*. [Nuevomundo.revues.org](http://nuevomundo.revues.org). Recuperado el 10 de abril de 2016 de <http://nuevomundo.revues.org/52793>

Dell'Acqua, P. (2012). *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. (1ra ed.). iDeass. Recuperado el 16 de agosto de <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

Gambina, L., Gutiérrez, G. y Bilbao, J. (2008). *¿Es posible la desmanicomialización en la Ciudad Autónoma de Bs.As?*. *Topia*. Recuperado el 17 de agosto de 2016 de <https://www.topia.com.ar/articulos/%C2%BFes-posible-la-desmanicomializaci%C3%B3n-en-la-ciudad-aut%C3%B3noma-de-bsas>

Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad CADAH. (2012). *¿Qué Es El DSM? ¿Afectará La Nueva Versión DSM-5 Al TDAH?*. Recuperado el 04 de mayo de 2016 de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-dsm-iv-tr-afectara-la-nueva-version-dsm-5-al-tdah.html>

Fundación Cosmos | *Creando espacios de conexión con la naturaleza*. (2016). [Fundacioncosmos.cl](http://www.fundacioncosmos.cl). Recuperado el 11 de Noviembre de 2016 de <http://www.fundacioncosmos.cl>

Howard S., Hitchcock T. y Shoemaker R. (2012) 'Bridewell Prison and Hospital' en *London Lives 1690-1880- Crime, Poverty and Social Policy in the Metropolis*. Recuperado el 05 de agosto de 2016 de <http://www.londonlives.org/static/Bridewell.jsp#toc2>

Jiménez, Á. y Radiszcz, E. (2012). Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social. *CIPER*. Recuperado el 07 de junio de 2016 de <http://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>

Menand, L. (2006). Acid Redux. The life and high times of Timothy Leary. *The New Yorker*. Recuperado el 25 de mayo de 2016 de <http://www.newyorker.com/magazine/2006/06/26/acid-redux>

Ministerio de Salud. (2009). *Historia Hospital Psiquiátrico El Peral*. Santiago. Recuperado el 12 de octubre de 2016 de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Psiquiatrico-El-Peral.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *:: Hospital Psiquiátrico :: Psiquiatricoputaendo.cl*. Recuperado el 17 de octubre de 2016 de <http://www.psiquiatricoputaendo.cl/>

Richardson, H. (2016). *The Retreat, York. Historic Hospitals*. Recuperado el 11 de agosto de 2016 de <https://historic-hospitals.com/2016/03/12/the-retreat-york/>

Roberts, Andrew (1981) *Mental Health History Timeline*. Recuperado el 20 de junio de 2016 de <http://studymore.org.uk/mhhtim.htm>

Ulrich, R. (2013). Designing for Calm. *The New York Times*. Recuperado el 08 de enero de 2017 de <http://www.nytimes.com/2013/01/13/opinion/sunday/building-a-space-for-calm.html>

White Arkitekter AB. (2009). *Healthcare Building for psychiatry, Östra Hospital*. White. Recuperado el 8 de enero de 2017 de <http://en.white.se/projects/healthcare-building-for-psychiatry-ostra-hospital/#>

- **LIBROS, INFORMES, TESIS DE DOCTORADO**

Andrews J., Briggs A., Porter R., Tucker P., Waddington K. (1997). *The History of Bethlem*. London & New York: Routledge.

Aroca, A. y Figueroa, G. (2010). La psiquiatría en Valparaíso y Viña del Mar. El Hospital del Salvador. En A. Armijo, *La psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia* (1ra ed., pp. 48-56). Santiago: Royal Pharma.

Bentham, J. (1791). *El Panóptico* (16th ed.). Madrid: Fermín Villalpando.

Biddle, S., Fox, K., & Boutcher, S. (2000). *Physical Activity and Psychological Well-being* (1era ed.). London: Routledge.

Bowers, L., Steward, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffery, D. (2011). *Inpatient violence and aggression: a literature review*. London: Kings College London.

British Gypsum, (2015). *Benefits of sound absorbing ceiling tiles in healthcare*. pp.1-4.

Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus. 1era edición en inglés: 1967.

Cooper Marcus, C. y Barnes, M. (1995). *Gardens in healthcare facilities: uses, therapeutic benefits, and design recommendations* (1era ed., pp. 59-64). United States of America: The Center for Health Design.

Dalke, H., Littlefair, P., Loe, D. y Camgöz, N. (2004). *Lighting and colour for hospital design: A report on an NHS Estates Funded Research Project*. Norwich, Reino Unido: NHS Estates y BRE.

Dickens, A. G. (1989). *The English Reformation* (2nd ed.). London: B. T. Batsford. 1-511.

Foucault, M. (1998). *La historia de la locura en la época clásica*. (2da ed.) Bogotá: Proyecto Espartaco. 1era edición en francés: 1964.

Gibson, J. J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston: Houghton Mifflin.

Gómez, M. & Villanueva, M. (2010). Hospital Psiquiátrico El Peral. En A. Armijo, *La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia* (1ra ed., pp. 30-47). Santiago: Royal Pharma.

Gonzalez, S. (2004). *Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Rehabilitación e integración social* (Tesis de Arquitectura). Universidad de Chile.

Hall, E. (1981). *Beyond culture*. New York: Anchor Books.

Hall, E. (1998). *La dimensión oculta*. México: Siglo Veintiuno.

- Hunt, J. & Sine, D. (2016). *Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities*. The Facilities Guideline Institute.
- Jiménez, F. y Aragonés, J. (1986). *Introducción a la psicología ambiental*. Madrid: Alianza.
- Jones, K. (1972) *A History of Mental Health Services*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Knishinsky, R. (2000). *Alternativas para el Prozac: Remedios naturales para la depresión* (1ra ed.). México DF: Inner Traditions.
- Larsen, L. (1992). *Nature as Therapy: an Assessment of Schizophrenic Patients Visual Preferences for Institutional Outdoor Environments* (Master in Landscape Architecture). University of Guelph, Guelph, Ont., Canada.
- López, I. (1986). Efectos sociopsicológicos del ruido. En: F. Jiménez y J. Aragonés, *Introducción a la psicología ambiental* (1ra ed, pp. 135-138). Madrid: Alianza.
- Malkin, J. (1992). *Hospital Interior Architecture: Creating Healing Environments for Special Patient Populations* (1era ed.). New York: Library of Congress Press.
- Marberry, S. (1996). *Healthcare Design*. John Wiley and Sons.
- McGuire, M. y Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Mcgrath, J., Avramopoulos, D., Lasseeter, V., Wolyniec, P., Fallin, M., Liang, K., Nestadt, G., Thornquist, M., Luke, J., Chen, P., Valle, D. y Pulver, A. (2009). Familiarity of novel factorial dimensions of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 591-600.
- Ministerio de Salud,. (2009). *Medicamentos Herbarios Tradicionales*. Santiago.
- Morales, F. (1986). La intimidad y la psicología ambiental. En: F. Jiménez y J. Aragonés, *Introducción a la psicología ambiental* (1era ed, pp.175-191). Madrid: Alianza.
- Munizaga Aguirre, C. (1992) Proposición de un estudio latinoamericano de los internados psiquiátricos para pacientes crónicos. En: F. Lolas, *Ciencias Sociales y medicina: perspectivas latinoamericanas*. Santiago: Universitaria.
- Navarro, T. (2010). *El lugar del extravío*.
- Niemeyer, H.M. y Teillier, S. (2007). *Aromas de la flora nativa de Chile*. Productora Gráfica Andros Ltda., Santiago.
- Ojeda, C. (2003). *La Tercera Etapa*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud, (2006). *WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago.
- Osmond, H. (1978). La función, como base para el diseño de la sala de psiquiatría. En: H. Proshansky, W. Ittelson y L. Riolin, *Psicología ambiental: el hombre y su entorno físico* (1era ed. pp.724-734). México: Trillas.

- Perkins, N. (1999). Homewood Health Centre, Guelph, Ontario, Canada. En: C. Cooper Marcus y M. Barnes, *Healing Gardens: Therapeutic benefits and design recommendations* (1era ed., pp. 293-304). New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- Perkins, N. y Barnhart, S. (1996). Summary of Behavioral Observations of Patient and Staff Use of the Homewood Grounds. Guelph, Ont., Canada: Homewood Health Centre Grounds Master Plan.
- Phiri M, (2004) *One Patient One Room - Theory and practice: An evaluation of the Leeds Nuffield Hospital*. Leeds, Reino Unido: NHS Estates R&D Report.
- Porter, R (1997). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: Fontana Press.
- Porter, R. (2002) *Madness: A Brief History*. Oxford: Oxford University Press.
- Postel, J. y Claude Q. (1993) *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quijada, M. (2010). Hospital Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel de Putaendo. En: A. Armijo, *La psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia*, (1a ed., pp.57 - 65). Santiago: Royal Pharma.
- Radaman, M. (2016). *Towards Healing Environment for the Inpatient Unit in Psychiatric Hospital*. Lecture, London.
- Rapoport, A. (2003). *Cultura, Arquitectura Y Diseño*. Barcelona: Ediciones UPC.
- Roa, A. (1974). *Demonio y psiquiatría*. Santiago: Andrés Bello.
- Sabrana, F. (1986). La influencia de los factores físicos ambientales en el comportamiento. En: F. Jiménez y J. Aragonés, *Introducción a la psicología ambiental* (1ra ed, pp.115-125). Madrid:Alianza.
- Sachs, N. (1999a). *The therapeutic value of outdoor space in psychiatric healthcare facilities* (Master). University of California, Berkeley.
- Sachs, N. (1999b). Psychiatric Hospitals. En: C. Cooper Marcus y M. Barnes, *Healing Gardens: Therapeutic benefits and design recommendations* (1era ed., pp. 304-316). New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- Sangrador, J. (1986). El medio físico construido y la interacción social. En: F. Jiménez y J. Aragonés, *Introducción a la psicología ambiental* (1ra ed, pp.147-165). Madrid: Alianza.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. New York. London: Guilford Press.
- Stevenson, C. (2000) *Medicine and Magnificence: British Hospital and Asylum Architecture 1660-1815*. Connecticut: Yale University Press.
- Sternberg, E. (2009). *Healing Spaces: the science of place and well-being* (1st ed.). London: Harvard University Press.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations o/a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row.
- Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Uruguay: CSIC de la Universidad de la República.

Tuke, S. (1813). *Description of the Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends*. Philadelphia.

Ulrich, R., y Parsons, R. (1990). Influences on passive plants in individual well-being and health. En *Proceedings of the National Symposium on the Role of Horticulture in the Well-Being and Social Development*, Washington, DC.

Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). *The role of the physical environment in the hospital of 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity* (1st ed.). Concord, CA: Center for Health Design.

Vázquez García, F. (1995). *Foucault, la historia como crítica de la razón*. Barcelona: Montesinos.

Winnicott, D. y Piatigorsky, J. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

- **ARTÍCULOS DE REVISTA ACADÉMICA**

Allderidge, P. (1979). Hospitals, madhouses and asylums: cycles in the care of the insane. *The British Journal Of Psychiatry*, 134(4), 321-334.

Aroca, A. (2010). Historiografía de la locura. El péndulo de la historia. *Observaciones Filosóficas*, 10, 26-29.

Bargh, J. y Dijksterhuis, A. (2001). The perception-behavior expressway: automatic effects of social perception on social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 1-40.

Benito, E. (2008). Las psicoterapias. *Revista Psiencia*, 1(1).

Edginton, B. (1994). The Well-Ordered Body: The Quest for Sanity through Nineteenth-Century Asylum Architecture. *Canadian Bulletin of Medical History*, 11, 375-86.

Ellett, L., Freeman, D. and Garety, P. (2008), The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: the Camberwell Walk Study. *Schizophrenia Research*, 99, 77-84.

Errázuriz, P., Valdés, M., Vöhringer, P. y Calvo, E. (2015), Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143, 1179-1186

Escobar, E. (2013). Edginton, B. (1994) The Well-Ordered Body: The Quest for Sanity through Nineteenth-Century Asylum Architecture' *Canadian Bulletin of Medical History. Psiquiatría Y Salud Mental*, XXX(2), 80-85.

Gallagher, S. (2007). Pathologies in narrative structures. *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 60, 203-224.

Garafulic, J. (1957). Evolución de la psiquiatría en Chile. *Revista Chilea De Neuropsiquiatría*, XX(1), 60-65.

Garety, P. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.

Golembiewski, J. (2013). Lost in space: The place of the architectural milieu in the aetiology and treatment of schizophrenia. *Facilities*, 31(9/10), 427-448.

- Gómez, M. (2005). La Reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en Red Comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales*, 45(4), 285-299.
- Jantzen, K., Seifert, M., Richardson, B., Behmer, L., Odell, C., Tripp, A., & Symons, L. (2012). Dorsal stream activity and connectivity associated with action priming of ambiguous apparent motion. *NeuroImage*, 63(2), 687-697.
- Laval, E. (1955). El destino de los enfermos mentales en Chile durante la colonia. *Boletín De La Academia Chilena De La Historia*, XXII(53), 79-93.
- Kelly, B., O'callaghan, E., Waddington, J., Feeney, L., Browne, S., Scully, P., Clarke, M., Quinn, J., Mctigue, O. y Morgan, M.G. (2010). Schizophrenia and the city: a review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia Research*, 116, 75-89.
- Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L., Morawska, L. y Reijula, K. (2013). Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1).
- Lankston, L., Cusack, P., Fremantle, C., & Isles, C. (2010). Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 103(12), 490-499. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2996524/>
- Matte Blanco, I. (1944). Electroshock. *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, IX(1).
- Mercado, S., Urbina J., y Ortega P. (1987). Relaciones hombre-entorno: la incursión de la psicología en las ciencias ambientales y del diseño. *Omnia*, 3(6), 5-11.
- Onaran, B. S. (2009). Sustainable therapy room surfaces in acute mental health hospitals. *WSEAS transactions on environment and development*, 5(2), 219-228.
- Parker, D. (1991). A better buildings and benefits. *Modern Healthcare*, 21(47), 30.
- Passione, R. (2004). Italian psychiatry in an international context: Ugo Cerletti and the case of electroshock. *History of Psychiatry*, 15(1), 83-104.
- Reed, D. (1995). The Therapeutic Garden. *Art New England*, Agosto/Septiembre, 21.
- Ryan, P. (1981). El origen del tratamiento moral en psiquiatría. *Salud Mental*, 4(2), 30-32.
- Sadler, B., Berry, L., Guenther, R., Hamilton, D., Hessler, F., Merritt, C., y Parker, D. (2011). Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities. *The Hastings Center Report*, 41(1), 13-23.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M., Graham, R., y Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal Of Sports Medicine*, 32, 111-120.
- Šendula-Jengiđ, V., Juretiđ, I., Hodak, J. (2011). Psychiatric Hospital - From Asylums to Centres for Mind-Body Wellness. *Collegium Antropologicum*, 35(4), 979-988.
- Stevenson, C. (1996). Robert Hooke's Bethlem. *Journal of the Society of Architectural Historians*, 55(3), 254-275.

Topp, Leslie (2005). Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding. *The Art Bulletin*, 87(1), 130-156.

Stroupe, J. (2014). Behavioral health design, effective patient spaces for treating mental illness. *Health Facilities Management*. Recuperado el 12 de enero de 2017 de <http://www.hfmmagazine.com/articles/1370-behavioral-health-design>

Torres, L. (2014). Tratamiento moral y condiciones de encierro en la Casa de Orates: los límites del proceso de medicalización en Santiago, 1852-1891. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 18(1).

Van Os, J. (2004). Does the urban environment cause psychosis?. *British Journal of Psychiatry*, 184, 287-288.

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 31(Marzo 2011).

Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.

Zilleruelo J. C. (1896). Estudio sobre la hospitalización de la locura. *Revista Chilena de Higiene*, Tomo III(10), 77-114.

- **ENTREVISTAS**

Foucault, M. (1980). *El ojo del poder*.

Gilligan, J. (2010). *Zeigeist Moving Forward*, Cap. I Human Nature.

Hoffens, A. (2016). *Jardines que hacen bien*.

Marconi, J. (2004). *Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena*.

Maté, G. (2010). *Zeitgeist Moving Forward*, Cap. I Human Nature.

Sapolsky, R. (2010). *Zeigeist Moving Forward*, Cap. I Human Nature.

Wilkinson, R. (2010). *Zeigeist Moving Forward*, Cap. I Human Nature.

- **ARCHIVOS**

Diario EL MERCURIO de Valparaíso, 5 julio 1852

Sazié, Carlos. *Influencia del trabajo i de las distracciones en el tratamiento de la enajenacion mental*. Santiago de Chile: Imprenta Nacional, 1881. Impreso.

Capítulo VIII

ANEXOS

- 8.1. Glosario de términos técnicos
- 8.2. Entrevistas a especialistas

8.1. GLOSARIO DE TÉRMINOS TÉCNICOS

Alienación: Pérdida de la personalidad o de la identidad de una persona o de un colectivo.

Alquídicas (resinas): Productos termoendurecibles que se obtienen por esterificación de polialcoholes con poliácidos. Se emplean para la protección antioxidante de la carrocería, para relleno y en la composición de los esmaltes de acabado.

Arce: Árbol de tronco retorcido, copa globosa, corteza de color gris oscuro, ramas opuestas, hojas palmeadas caducas, lobuladas y angulosas, flores en racimo y fruto ligero rodeado de una especie de alas; puede alcanzar hasta 20 m de altura y la madera se emplea en ebanistería.

Astenia: Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

Biologismo: Posición teórica, cuyos defensores sostienen que los fenómenos psicológicos, sociales y culturales dependen de condiciones orgánicas o biológicas, de modo que para comprender estos fenómenos se debe buscar las causas en las raíces biológicas que los subyacen. Sin embargo, este enfoque filosófico incurre en una forma de reduccionismo, debido a que al recurrir a una categoría biológica para explicar hechos sociales y culturales se puede caer en prejuicios ideológicos, sobre todo para intentar apelar a diferencias biológicas para justificar diferencias sociales y culturales.

Bosque de segundo crecimiento: Es el que se forma después de haberse eliminado la masa original adulta en forma total o parcialmente.

Cedro: Árbol de tronco grueso y recto, copa en forma de cono, ramas horizontales, hojas perennes casi punzantes y fruto en forma de piña; puede alcanzar hasta 50 metros de altura; vive en regiones montañosas y la madera es muy compacta e incorruptible y es usada en construcción y en ebanistería.

Colecistectomanía: Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

Consciencia/Conciencia: Consciencia y conciencia poseen distintos significados. Consciencia es la capacidad del ser humano de reconocerse a sí mismo y lo que lo rodea; conciencia tiene el mismo significado, pero llevado al terreno de la distinción entre el bien y el mal. De esta forma, las formas de experiencia de la locura en la Época Clásica que explica Foucault, son distinciones morales que la sociedad atribuía en esa época al fenómeno de la locura.

Custodial: [adjetivo]. Este vocabulario es de uso obsoleto y hace referencia a que es concerniente, alusivo y perteneciente a la custodia como la acción y efecto de cuidar, guardar, custodiar y de conservar con mucho cuidado de la persona encargada de custodiar a un preso.

Dosel: Cubierta ornamental de madera o de tela que decora y ennoblece un asiento, una imagen o una cama.

Epigenético: Término acuñado por Conrad Hal Waddington en 1942. El prefijo “epi” significa “encima de”, de modo que la influencia epigenética es lo que ocurre cuando se activan o desactivan ciertos genes en función del entorno.

Etiología: Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

Excitación e inhibición neuronal: Las neuronas se excitan por la actividad de los receptores sensoriales o por los impulsos que provienen de otras neuronas. El impulso nervioso puede trasladarse en ambas direcciones a lo largo del axón. El potencial de excitación se da cuando un impulso nervioso alcanza la sinapsis, provocando un cambio en la membrana de la neurona próxima, lo que da lugar a un impulso que se transmite a esta segunda neurona. La inhibición ocurre cuando existe un cambio de potencial en la neurona, de modo tal que suprima el desarrollo del impulso nervioso.

Fagocitar: la acepción que se utiliza es: Absorber o neutralizar [una cosa] a otra.

Ficus: Planta de clima subtropical, de porte arbóreo o arbustivo, con hojas grandes, lanceoladas y de haz brillante.

Hospital psiquiátrico: Centro hospitalario destinado al tratamiento, cuidado y custodia de los enfermos mentales.

Lazareto: Recinto sanitario que se dedica a la observación y tratamiento de desinfección de personas que pueden ser portadoras de una enfermedad contagiosa.

Metaanálisis: El término fue empleado por primera vez por GV Glass en 1976, para referirse al análisis estadístico del conjunto de resultados obtenidos en diferentes ensayos clínicos sobre una misma cuestión, con la finalidad de evaluarlos de manera conjunta. Fue inicialmente aplicado en ciencias sociales y psicología.

Molar: [proceso] Que se considera formando un todo global, por oposición al carácter molecular de los elementos particulares.

Neuropsiquiatría: Parte de la patología que estudia las enfermedades nerviosas y mentales, incluidas las que no tienen una base orgánica.

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

Paciente ambulatorio: Es aquel que debe acudir regularmente a un centro de salud por razones de diagnóstico o tratamiento pero que no necesita pasar la noche allí (es decir, no queda internado). Por esta razón, también se conoce al paciente ambulatorio como diurno o de día.

Panoptismo: La palabra Panóptico deriva del griego: “Pan” significa “todo”, el sustantivo “opsis” es equivalente a “vista” y el sufijo “tikos” se usa para indicar “relativo a”. Por lo que su significado sería: todo lo ve.

Pleomorfo: [adjetivo] BIOL. Que asume o presenta formas variadas

Población clínica: Una población clínica es un grupo de personas que son estudiadas por razones de salud pública. Por ejemplo, se estudiará un grupo de personas con un rango de edad o sexo específico para ver los efectos de diferentes medicamentos.

Porche: Estructura con cubierta soportada por columnas y arcadas a lo largo de una fachada o rodeando una plaza a modo de claustro.

Psicofármaco: Fármaco o medicamento que tiene efectos psíquicos y actúa sobre la actividad mental.

Psiquiatría biológica: rama de la psiquiatría que intenta comprender los trastornos mentales en términos de la función biológica del sistema nervioso.

Purdah: Conocida como la práctica entre las mujeres en algunas sociedades musulmanas e hindúes de vivir en una habitación separada o detrás de una cortina, o de vestirse en que todo lo envuelve la ropa, con el fin de permanecer fuera de la vista de los hombres o de los extraños.

Ritmos circadianos: Son cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo aproximado de 24 horas y que responden, principalmente, a la luz y la oscuridad en el ambiente de un organismo. Se encuentran en la mayoría de los seres vivos, incluidos los animales, las plantas y muchos microbios diminutos.

Shiatsu: Práctica de la medicina tradicional japonesa que consiste en presionar con los dedos en determinados puntos del cuerpo humano para aliviar dolores, anestesiar determinadas zonas y curar ciertas enfermedades.

Somatizar: Convertir los trastornos psíquicos en síntomas orgánicos y funcionales.

Sotobosque: Vegetación formada por matas y arbustos que crece bajo los árboles de un bosque o monte.

Trastorno de ansiedad: Término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica

Trastorno mental: Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Veranda: Galería o balcón cubierto y cerrado, generalmente con cristales.

8.2. ENTREVISTAS A ESPECIALISTAS

A continuación se exponen extractos de las tres entrevistas que se consideraron más relevantes para el desarrollo de la presente investigación. Los extractos presentados fueron seleccionados en función de la variedad de temáticas que se abordaron en las entrevistas, con el fin de evitar la redundancia. El entrevistador en cada una de las entrevistas fue el autor y sus transcripciones están editadas por el mismo.

8.2.1. ENTREVISTA A PSIQUIATRA EVOLUCIONISTA (César Ojeda)

Entrevistador: ¿Puede la arquitectura ser concebida como una herramienta terapéutica? Es decir, ¿es posible modificar el entorno físico de manera tal que se puedan configurar espacios más amables y menos dañinos para propiciar la salud mental de las personas?

César Ojeda: Para poder entender cómo habita el ser humano en el planeta no se puede partir desde ayer, porque nosotros como homo sapiens sapiens tenemos 170 mil años de existencia en el planeta [...] con características un poco distintas a otras especies, pero somos una especie extraordinariamente joven y que lleva muy poco tiempo evolutivo.

La vida existe en el planeta Tierra hace 3500 millones de años, y el planeta Tierra tiene 4500 millones de años desde su formación, y el universo tiene 14 mil millones de años desde que se produce el inicio del universo. Entonces, 3500 millones de años en 14000 millones es una cifra que está dentro de la misma dimensión. Pero por supuesto que no tenía la forma que tiene ahora. Lo primero que hubo son bacterias, y después hubo una larguísima evolución, las bacterias cambiaron la atmósfera, la atmósfera, a su vez, cambió las posibilidades de la vida, porque la vida altera el ambiente y el ambiente altera la vida, en una relación dialéctica. [...] La evolución de la vida en el planeta es compleja, y nosotros aparecemos hace 170 mil años. Es decir, si tomamos la historia de la vida y la ponemos en un reloj de 24 horas, estos son 3500 millones de años atrás, en donde aparecen las primera bacterias. Esto ha ido evolucionando, aparecen los animales, aparecen muchas especies, y siguen dando vuelta, hasta el día de hoy. En este reloj de 24 horas, el ser humano aparece en los últimos 4 segundos. Y la vida cultural es un décimo del último segundo.

En la última parte del último segundo aparece la cultura, como nosotros la conocemos, Ya no como prehistoria, sino como historia. Y ahí aparece todo lo que significó el cambio de ahí en adelante. O sea, somos una especie que no tiene nada de tiempo en el planeta, y la cultura es casi insignificante, desde el punto de vista del tiempo total. Son 24 horas y nosotros tenemos algunos segundos, ni siquiera segundos, décimas de segundo. Entonces, la pregunta es cómo ha vivido esta especie en los últimos 170 mil años, cómo está estructurada, cómo está organizado su sistema biológico y su cerebro. Y eso está claro que no está hecho para vivir en ciudades. Durante 154 mil años éramos nómades. O sea, no teníamos

arquitectura, la arquitectura era la naturaleza, no había nada artificial. Los seres humanos vivían arriba de los árboles, en las cuevas, en las sabanas cazando, migrando permanentemente, no había agricultura.

Esa era la vida, y para eso estamos estructurados; el cerebro nuestro no ha cambiado. Desde que nacemos como especie, hay estudios que muestran que no ha habido ninguna modificación estructural en el cerebro humano, no es que hayamos progresado. Lo que ha progresado; lo que ha cambiado es la cultura que nosotros creamos, pero no el cerebro. Cada individuo nace con una cultura, pero una cultura que ya está hecha. Por ejemplo, hace 200 años, comenzó una revolución tecnológica que tuvo un desarrollo exponencial. O sea, entre una punta de flecha de piedra y de metal pasaron miles de años. En cambio, entre la radio a galena, los celulares, la internet y toda la estructura informática actual, pasaron sólo 100 o 150 años. Es una cuestión que se dispara.

Entonces, para poder entender lo que me estás preguntando, lo importante es tener en cuenta que los seres humanos, naturalmente, no estamos hechos para vivir en sistemas artificiales. Eso es una primera constatación. Ahora, todo lo que ocurre en el ámbito de la creación cultural, que cambia el ambiente, genera efectos sobre el ser humano. Por ejemplo, comportamientos que eran conductas adaptativas hace muchos miles de años, hoy son “trastornos mentales”. Es una muy mala expresión trastorno mental.

Entrevistador: ¿Cuál es la denominación técnica o la forma adecuada de referirse al “trastorno mental”?

César Ojeda: Se podría hacer una definición operacional, pero son todas insuficientes porque la verdad es que la cuestión es mucho más compleja. Pero te voy a dar un ejemplo: las reacciones de alarma eran muy importantes durante todos estos cientos y tantos miles de años que ha vivido el ser humano. Por ejemplo, la angustia o la anticipación del peligro era muy importante, porque si tú no te anticipabas al peligro te mataban y te comían, porque somos como especie muy débiles físicamente; no tenemos casco, no tenemos garras, no tenemos colmillos, corremos muy lentamente, nuestros reflejos son lentos, no tenemos la capacidad de trepar, ni de correr, ni de saltar. Físicamente somos unos seres muy limitados. Entonces ¿Cómo sobrevivir? porque el conejo arranca, el ave vuela, el león tiene garras y colmillos, tiene potencia; nosotros no tenemos nada de eso.

Entonces sobrevivíamos solamente a través de evitar el peligro. Si un cocodrilo se comió a alguien del clan porque fueron a tomar agua ahí en la tarde, no van más ahí; se la arreglan para anticipar. Pero eso requiere tener miedo, entonces el miedo es una conducta muy adaptativa, en aquella época. Pero hoy en día, que no estamos sometidos a esas cosas naturales [...] el miedo se transforma en crisis de pánico, en angustia, etc., que no tiene un correlato específico, sino que es un correlato simbólico.

Te voy a dar un ejemplo: hay gente que le tiene miedo a los ascensores ¡Tremendo! no se puede subir a un ascensor porque se siente atrapado. Uno dice: eso es una alteración mental. Bueno, pero eso hasta no mucho tiempo era muy importante, porque un individuo que queda atrapado en la naturaleza se le enreda el pie en una liana y te depredan a los 5 minutos [...] Y por lo tanto, ahora simbólicamente, la sensación de atrapamiento produce angustia.

Entrevistador: Entonces ¿las conductas adaptativas son naturales, y para la cultura, o para las pretensiones de nuestra sociedad, se consideran como anormales?

César Ojeda: Claro, porque ya no se necesitan, y se transforman en conductas desadaptativas. Por ejemplo: hay gente que tiene lo que se llama la fobia de escena. Es decir, no pueden presentar en público; ante un auditorio se bloquean, o durante un examen oral. ¿Por qué pasa eso? En la naturaleza, los depredadores tienen que elegir a un individuo dentro de la manada, y a ese le ponen el ojo, y lo persiguen obstinadamente. No es al azar, no es el que esté más cerca; lo eligen por alguna razón, porque se quedó

retrasado de la manada, y al quedar individualizado es víctima segura. Entonces, cuando una persona está en el auditorio escuchando a alguien está en la masa; nadie lo está mirando específicamente a él, ni pidiéndole nada específicamente a él. Pero cuando te subes al escenario quedas individualizado, se trata de ti [...] Y eso genera angustia, porque quedas separado de la manada. Y ese pánico escénico corresponde al pánico de quedar desprotegido frente a los depredadores, pero que ahora se expresa simbólicamente, porque naturalmente no existe el peligro real, sin embargo, la estructura de la situación gatilla en el cerebro las reacciones de alarma correspondientes.

Todo esto se llama psiquiatría evolucionaria, que toma en cuenta la evolución de los seres vivos y del ser humano, para entender lo que nos pasa hoy día. Bueno, si se toman estos ejemplos, en el tiempo en el que nosotros vivíamos como recolectores cazadores, no habían auditorios, no habían ascensores, no habían automóviles, no había nada. Vivíamos en un ambiente absoluta y completamente natural. Entonces, teníamos una capacidad que era muy particular; sin tener una gran vista, era muy importante la visión. El ser humano está hecho para mirar a la distancia, porque en la distancia se distinguen los peligros, no sacas nada con ver el león cuando lo tienes al lado; lo ves a la distancia, o ves algunos signos en especial, entonces te ocultas o escapas. Y resulta que nosotros en una ciudad nunca vemos más allá de 60 metros, y nuestro ojo está esforzándose constantemente para poder ver lo que está cerca. Es lo que se pierde con la vejez; la presbicia consiste en que el cristalino pierde potencia y por lo tanto no puede enfocar lo cercano, entonces los tipos empiezan a leer cada vez más lejos, y al final tienen que usar anteojos. Por eso nos gusta tanto ir al campo, o a la playa, o ver al horizonte, o a la estepa; porque puedes mirar a la distancia. En cambio en las ciudades no tenemos perspectiva nunca. Entonces el problema es que la arquitectura es una forma artificial de generar ambiente.

Entrevistador: Entonces, está esta perspectiva evolucionista que dice que en estas conductas adaptativas está el origen de algunas emociones negativas. Pero este es sólo un factor ¿Cierto? ¿El entorno también juega un rol en el bienestar humano?

César Ojeda: El cerebro tiene respuestas características. Cuando se cambia el entorno, el cerebro a veces queda perplejo, no sabe cómo reaccionar; sigue reaccionando con los mismos mecanismos que tiene, pero esos mecanismos ahora no le sirven para sobrevivir, sino que le generan un problema de angustia, de inseguridad, etc. Y para poder comprender el modo de vida humana hay que siempre pensar mucho más en la tribu que en la familia nuclear [...] En una tribu está todo abierto, los niños circulan por todas partes, no importa de quién son los hijos, todo el mundo cuida a los niños. Los hombres salen juntos a cazar, las mujeres preparan las pieles, está todo compartido, es todo colaborativo. Entonces no está esta separación de la familia nuclear, porque eso no corresponde a la manera de vivir de los seres humanos, y ahora se considera que la familia nuclear es la base de la estructura social, lo cual es un error, no es así. La base de la estructura social es la comunidad, pero una comunidad en la cual se comparte no sólo la fiesta, la diversión, sino que se comparte la función, el trabajo, etc.

Te voy a contar una historia que leí hace muchos años, de unos antropólogos que estudiaron en Brasil a unas comunidades que vivían en la Edad de Piedra, en Brasil. Y esta tribu vivía del siguiente modo. Construían unas estructuras circulares gigantescas de paja, con un hoyo al medio para poder tener un fogón y que salga el humo. Unas hamacas para dormir estaban dispersas en el ángulo de esta gran estructura. El piso era de tierra húmeda. Habitualmente, el fogón estaba al centro, y en el fogón se juntaban a comer, y ahí los ancianos contaban la historia del universo y de los seres humanos; todas las cosmologías aparecen en torno al fogón. Entonces llegaron unos curas, creo que eran salesianos, y consideraron que ésta era una manera promiscua de vivir. No debe ser que las parejas estén ahí en un rincón y los niños estén en otra parte, les parecía que era promiscuo. Entonces, qué hicieron: construyeron estructuras básicas con radier de cemento, y palafitos separados, con ventanas, con techo, y los resultados fueron nefastos, porque normalmente los niños orinaban o defecaban en el piso,

y con un machete lo sacaban, lo metían en una hoja y lo llevaban para afuera, pero en el cemento eso no se puede hacer. Empezaron los robos, empezó la desconfianza entre uno y otro; no sabían lo que estaba haciendo el otro. O sea, se desestructuró absolutamente la cosmología de la manera de vivir que tenían estas personas, que era una forma de vivir tribal, para transformarlo en una forma de vivir aislada, separada. ¿Y quién contribuyó a eso? la arquitectura, al tener la idea de que se debe habitar en “cajitas de fósforo”. Entonces, el problema es que se introduce un elemento artificial dentro de estructuras que no son propiamente humanas, y esto es lo que pasa en las ciudades.

[...] Lo que quiero decir es que, para que la arquitectura sea funcional, tiene que hacer ciertas preguntas relativas a cómo somos los seres humanos, porque no puede ser la arquitectura un sistema que aisle. Para mi gusto, lo primero es que hay ciertas dimensiones que conservar. Hay comunidades que viven como las comunidades ecológicas, o como las comunidades que hizo Castillo Velasco en La Reina. Son casas pequeñas que están orientadas hacia un tremendo parque que pertenece a la comunidad. Entonces todos los niños salen a jugar de todas las casas, y entran a todas las casas. Es como una tribu. Entonces, los padres no tienen que estar cuidando a los niños ahí, porque los niños circulan por todas partes, entran a la casa del vecino, el vecino lo conoce, todos se conocen los nombres, los niños son amigos. Castillo Velasco tuvo un concepto de la arquitectura totalmente distinto al concepto que se aprecia en un edificio común.

Lo que hay ahora son colmenas, son sistemas aislados, la gente no conoce a sus vecinos, no quieren saber nada de ellos, pelean frecuentemente. El compartir no es una condición cultural. La arquitectura ha tratado por razones económicas de perpetuar la construcción de cubículos con los edificios, porque naturalmente construir en una cantidad de metros cuadrados en un edificio de 15 pisos no es lo mismo que hacer una casa, o un parque; es una cuestión económica. Ahora, lo que te describo es la realidad de nuestro país, que es diferente a otras regiones del mundo. Por ejemplo, los europeos tienen 2500 años de evolución, que comparado con los 200 años que tenemos como país independiente, es una diferencia monumental. Es común ver una construcción de más de 100 años, y la gente sigue habitándolas y las mantienen perfectamente bien. Lo que te quiero decir es que ellos aprendieron a habitar las ciudades. Entonces, en vez de tener un jardín en cada casa, tienen varios parques en la ciudad.

Por ejemplo, El Retiro, en Madrid, o el High Park en Londres, son inmensos, son parecidos a este jardín compartido que tienen las comunidades de Castillo Velasco. Entonces la gente, cuando quiere naturaleza, sale a los parques públicos, y ahí se encuentra con gente; las ciudades son habitadas. Recién Santiago está comenzando a habitarse, lo que significa que ya la ciudad no es sólo un elemento de tránsito; ya no es sólo para ir de tu casa a la oficina. [...] El espacio público es un espacio totalmente democrático, da igual si alguien anda en un Mercedes Benz o en una citroneta, tiene que parar en luz roja. En Viena, en París, en Londres, que está lleno de cafés, la gente vive en los cafés, los cafés están en la vereda, la gente se mira al pasar, hay un señor que toca el acordeón. Es decir, la gente no vive en sus cubículos privados.

En Madrid, por ejemplo, los estudiantes no se invitan a las casas, todos se juntan en los cafés, en la cafetería, y hay mucha cafetería con distintas cosas, algunos con música, otros con cosas literarias. Se reúnen y no importa si eres hijo de un magnate o eres hijo de un obrero, porque tu familia no tiene nada que ver, ni se conocen las casas, no es la casa para impresionar a los otros, para atraer. En cambio aquí la segregación es tan espantosa, que los jóvenes no pueden ni siquiera compartir [...] Lo que te quiero decir es que la ciudad se está comenzando a habitar recién. En Providencia están apareciendo los cafés, en donde va gente a las 10 - 11 de la mañana. Mucha gente va un rato, conversan, hablan cosas habituales de ese café, o almuerzan ahí, y comparten las ciudades, y comparten los parques. El parque Bicentenario, el parque Providencia, o el Parque Forestal, que está lleno de gente. La gente está comenzando a compartir en la ciudad. Pero la tendencia natural, sobre todo de las élites, donde la gente

más rica, es ir arrancando de eso.

Entrevistador: ¿Si estos conceptos de los que hemos hablado, como el sentido de la tribu y la relación antropológica del ser humano con la naturaleza, se incorporaran en el diseño arquitectónico, influirían positivamente en la recuperación de un paciente mental?

César Ojeda: Separando a un par de enfermedades mentales que son muy complejas, porque tienen muchos factores genéticos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar severo, o las demencias, hay todo un espectro de otras alteraciones, que van desde el trastorno depresivo, ansioso, el trastorno de personalidad, que sí tienen que ver con la manera de vivir. Y dentro de esa manera de vivir, alguna incidencia puede tener este fenómeno de aislamiento, el fenómeno de anti-naturalidad en los espacios cortados, protegidos; el no poder estar en contacto con la naturaleza.

Si lo pensamos, nuestros pies no se contactan con la tierra, nunca. Tú tienes la suela del zapato, el piso, los bloques de cemento. En cambio, si vas a la playa y te sacas los zapatos, y caminas sobre la arena, tienes una sensación placentera. O en el campo, si caminas sobre la hierba, tienes una sensación de estar en contacto con algo que te has perdido durante toda la vida: contactarte con el planeta. Porque estamos hechos para eso. Las personas en las tribus nunca usaban zapatos como los nuestros; muchos de ellos no usaban zapatos sencillamente. Estaba siempre su cuerpo contactado con lo natural, con el aire, con la vegetación, con el pasto, con el frío, con el calor. En cambio, nosotros vivimos artificialmente, y no tenemos contacto, ni con el otro, ni con el planeta, ni con la tierra, sino que estamos como colgados en la nada. Entonces, eso algo tiene que ver con los fenómenos de angustia y depresión, porque obviamente la depresión es como un estado de pérdida, de desazón, de pérdida de sentido, y que se puede tratar bastante mejor cuando hay gente cercana. Por ejemplo, los suicidios son mucho mayores en personas solas, y que consumen drogas. En cambio, cuando la persona tiene un buen soporte social, como amistades, gente con las cuales participa, es mucho menor.

8.2.2. ENTREVISTA A DIRECTOR DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL PERAL (Hernán Garcés)

Entrevistador: En base a su experiencia y conocimientos, ¿El entorno físico construido o la arquitectura tienen alguna incidencia en la recuperación del paciente?

Hernán Garcés: Yo creo que es súper relevante el entorno de una persona, tenga o no problemas psiquiátricos. Y si uno piensa cómo se fue dando en Chile la construcción de los espacios que fueron siendo entregados a las personas con problemas psiquiátricos, no sé si hubo mucha planificación, pero sí hubo ciertos conceptos detrás, creo yo, de lo que creían las primeras personas que trabajaban en este tema, en el sentido de ver qué se hace con los pacientes psiquiátricos, dónde se ubican en términos espaciales. Y si uno mira la historia de la psiquiatría en Chile (me imagino que es parecida a otros países) se pensó que los pacientes tenían que estar alejados de la sociedad, porque como aparentemente en esa época con estas personas no sabían qué hacer, los fueron dejando en algún espacio, entonces los fueron alejando de la comunidad, y así por ejemplo se generó como una suerte de ciudad propia para el paciente psiquiátrico.

Por ejemplo, la historia del hospital psiquiátrico más importante acá en Santiago, que es el Horwitz, comienza con la Casa de Orates y el Manicomio Nacional, y lo que se intentó hacer es que las personas que entraran y no pudieran salir más. Entonces los que se les consideraba “locos de remate” había que entregarles todo para que no tuvieran que salir. Incluso habían espacios auto-sustentables para trabajos en la tierra, habían peluquerías dentro. Todo para que ojalá no salieran ni siquiera del hospital.

En el hospital psiquiátrico Horwitz habían pabellones quirúrgicos, radiología, y un montón de tecnología médica, justamente para que el paciente no tuviera que salir del hospital. Era como una verdadera ciudadela pequeña dentro de la ciudad. Entonces, me imagino que en ese momento los diseñadores se cuestionaban cómo hacerlo para que estas personas tengan todo lo de una pequeña ciudad, sin tener que salir a los espacios generales, para no mezclarse con la gente y no asustar, porque había mucho temor a los orates.

El Hospital Psiquiátrico El Peral era una hacienda enorme que tenía el mismo nombre. Iba desde lo que es hoy Vicuña Mackenna (las Viscachas) hasta los faldeos del cerro. Y esa la compraron en el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo, en 1928. En el año '25-'26 lo compra el Estado chileno, a propósito de que un integrante del Ministerio de Salud había ido a ver a Inglaterra qué se hacía con los pacientes psiquiátricos. Y allá le mostraron que los llevaban al campo, alejándolos de la ciudad, y los hacían trabajar, porque en este tiempo se estaba iniciando lo que se llamaba la ergonomía en el trabajo, lo que significaba que las personas que tenían desórdenes mentales y desórdenes del comportamiento había que estructurarles la vida en forma muy rutinaria y ocuparles el tiempo ocioso, es decir, había que hacerlos trabajar. A esos lugares en Inglaterra les llamaban "Open Door".

En Chile se decidió comprar 3 lugares para hacer "Open Doors". Se iba a hacer uno en el centro, uno en el sur y uno en el norte. Por eso al Hospital Psiquiátrico El Peral aún se le llama "Open Door". Este lugar estaría preparado para explotar la tierra, explotar los animales (chanchos, vacas), y los pacientes atendieran las funciones agrícolas. Entonces, probablemente la arquitectura, los diseños fueron acomodándose de acuerdo a esa mirada inicial. Habían lecherías, habían chancherías, habían pajarerías. Posteriormente, se construyeron pabellones, o sectores, y fueron sectores aislados. De hecho, en alguna parte de los escritos se señala que cuando los diseñan, lo hacen de tal manera que no pudieran verse unos pacientes con otros, lo que fue facilitado por las colinas que contiene el terreno. Esto explica que aún en la actualidad existan algunos aislados, los cuales son complicados para darle una estructura funcional, porque hoy en día tener un servicio en un lado y un kilómetro más allá otro es complejo, incluso para darles la comida a los pacientes.

Entrevistador: ¿En qué consiste el modelo comunitario de psiquiatría en la actualidad?

Hernán Garcés: Es para diferenciar lo que algunos plantean respecto a la psiquiatría biológica, que es más farmacológica. Se plantea que la psiquiatría comunitaria viene a contrastarse con el modelo asilar. Cómo la comunidad, que fue la que lo asiló, debe hacerse cargo de lo que les pasa a las personas con problemas psiquiátricos, y ya no sólo puede ser un problema de una especialidad, sino que debe ser un problema de toda la comunidad. Entonces, lo que se plantea es que la persona que tiene un problema psiquiátrico, en donde mejor se puede "curar" es en su nicho comunitario, el lugar donde vive y está inserto socialmente en forma natural.

Este modelo, a nivel internacional, nace en la década de 1950. Hay 3 factores que se deben considerar para entender el cambio desde el modelo asilar al comunitario. En primer lugar, la aparición de ciertos fármacos; un fármaco especial que se llama clorpromazina, el cual provoca toda una revolución en el manejo del personal psiquiátrico. En segundo lugar, se plantea que las personas con problemas psiquiátricos son personas también, que tienen los mismos derechos. Para ello nace la Declaración Mundial de los Derechos Humanos, en donde se establecen los derechos humanos para todos igual. De esta manera, se empieza a mirar a las distintas personas diversas (incluyendo a las personas con problemas psiquiátricos) como una persona plena y llena de derechos igual que cualquiera. Es decir, los movimientos de los derechos humanos impactaron en la psiquiatría y en el manejo de la salud mental de las personas. En tercer lugar, nace la OMS, que plantea por primera vez el ir acercando la psiquiatría a la comunidad y desinstitucionalizar progresivamente a los pacientes. Entonces se ha ido humanizando, si

se quiere, la atención psiquiátrica.

El modelo comunitario también plantea que no puede ser un tratamiento sólo biomédico, por lo que se incorpora el enfoque biopsicosocial. Por lo tanto confluyen otras miradas, ya no sólo la del psiquiatra; es bueno que haya un muy buen psiquiatra, que sepa mucho de psiquiatría, y conozca muchos psicofármacos. Pero tiene que ser acompañado de otras miradas. De esta manera surge la figura del terapeuta ocupacional como parte del equipo de salud mental; la enfermería que siempre ha estado acompañando al médico en todos los aspectos de la salud; la psicología; el trabajo social.

Como resultado, en la actualidad ya no se concibe una atención única de un especialista con un paciente, sino que es un equipo que lo observa desde distintos ángulos, incluyendo el social, el comunitario y el de rehabilitación laboral. Entonces, esa mirada también la incorpora el modelo comunitario, ya no este modelo más biologicista, en donde la patología es un tema genético. Esto no significa que no se requieran psiquiatras, o que en ocasiones no se requiera aislar al paciente de la comunidad y ponerlo en un lugar distinto un tiempo e intentar reinsertarlo después. Eso todavía es necesario. Sino que tiene que ver con la mirada con la cual se observa al paciente.

Entrevistador: ¿El escenario político ha tenido incidencia en los modelos psiquiátricos en Chile?

Hernán Garcés: La psiquiatría comunitaria partió en la década de 1960, y en la dictadura se produjo un gran paréntesis, porque todo lo comunitario sonaba a comunista. Cuando retorna la democracia se retoma, y por lo tanto, en 1999 se creó el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental [...] En la década de 1990 se lleva a cabo la Reforma Psiquiátrica para impulsar la psiquiatría comunitaria, y se instala en esta área de salud. En 1980 se terminó con el Servicio Nacional de Salud, y se transforma en Sistema Nacional de Servicios de Salud, en donde se descentraliza y se constituyen 28 Servicios de Salud a lo largo del país, que son los que existen en la actualidad.

Cuando vuelve la democracia se implementa el Plan de Psiquiatría Comunitaria, en el área sur de Santiago. Este modelo de psiquiatría fue copiado del modelo Andaluz, en España. Se desarrolló una serie de dispositivos muy poco desarrollados en Chile hasta ese entonces, como residencias protegidas, hospitales de día y talleres de rehabilitación. Por ejemplo, se implementan por primera vez consultas psiquiátricas de urgencia en una posta general, y la única que existe en Chile es la del Hospital Barros Luco. Esta medida se iba a replicar en todos los hospitales grandes, pero el plan no se ha llevado a cabo, entre otros factores por el impacto monetario que significa tener psiquiatras de urgencia.

Entrevistador: En base a su experiencia, ¿Dentro de la psiquiatría habrán cuadros que tengan una relación más directa con el espacio?

Hernán Garcés: A los tuberculosos los mandaban a respirar aire puro a las montañas, y eso servía. Y los pacientes psiquiátricos se supone que si estaban en un ambiente tranquilo, con poco estímulo, sin muchos ruidos, les hace bien. Eso es lo que uno aprende y enseña, y en psiquiatría se le denomina ambiente terapéutico. Pero éste es mucho más que solamente la estructura física; ésta es una parte. Entonces, el ambiente terapéutico que se les otorga en el lugar donde van a ser atendidos es relevante cómo se le construye; que sea un ambiente que le hace bien y le ayuda. Desde luego, la estructura física es parte de un buen ambiente terapéutico.

8.2.3. ENTREVISTA A ARQUITECTOS DE FUNDACIÓN COSMOS (Francisco Croxatto y Felipe Correa)

Entrevistador: ¿En qué consiste y cuál es el objetivo de los jardines sanadores?

Francisco Croxatto: Los jardines sanadores son incipientes en Chile, pero tienen más de 30 años de estudio, principalmente en Estados Unidos, también en Europa, y básicamente tiene que ver con que todos sabemos que la naturaleza tiene un poder sanador, o todos sabemos que hace bien. Por eso la gente va a los parques, quiere tener un jardín, va a la montaña, va al mar. Hay un vínculo directo con la naturaleza. Y hace 30 años se empezó a medir eso: cuáles eran los beneficios directos que tenía la naturaleza en la salud. Y yo creo que hasta antes del desarrollo tan potente de la ciudad, básicamente el hombre siempre estuvo relacionado con la naturaleza. Cuando nos conectamos con la naturaleza hay una restauración de ese vínculo. El doctor Roger Ulrich comenzó a observar que los pacientes que estaban sometidos a recuperación quirúrgica y tenían visibilidad a espacios naturales a través de la ventana, desde su habitación del hospital, tenían mayor capacidad de recuperación; mayor resistencia al dolor.

Hay toda una serie de beneficios que tienen que ver con una mayor capacidad de recuperación, y también tiene que ver con la disminución del estrés. Hay una serie de propiedades que están estudiadas y que la naturaleza nos aporta. Entonces eso que todos sabemos; esa intuición de que la naturaleza de alguna manera hace bien, se comenzó a medir para que dejara de ser básicamente una intuición y sea un argumento científico, porque en paralelo, los hospitales a lo largo de la historia, siempre estuvieron vinculados a los jardines. A lo largo de la Edad Media la salud era mucho más una cosa espiritual, incluso. Entonces, en los monasterios, por ejemplo, estaban estos patios interiores que propiciaban tanto la salud mental como la salud espiritual, y la salud del cuerpo. Era un todo. Y de alguna manera, con la modernización de los hospitales y la higienización, a mediados del siglo pasado, se comenzó a perder el vínculo. Entonces los hospitales se volvieron cerrados, dejaron de tener espacios exteriores.

Entonces estos estudios lo que están haciendo es volver a instalar el rol de los espacios exteriores en los centros de salud, y no sólo como espacios para salir y relajarse, sino también como plataformas terapéuticas súper específicas. En Estados Unidos hay todo un desarrollo de distintos tipos de jardines sanadores, dependiendo del tipo de enfermedad. No es lo mismo desarrollar un jardín, por ejemplo, para pacientes psiquiátricos, pacientes con Alzheimer, para niños que sufren de abusos, para pacientes con cáncer. Son distintos tipos de jardines en los que el diseño actúa de manera distinta.

Entrevistador: ¿Cuáles han sido sus experiencias como Fundación Cosmos y cuánto tiempo llevan realizando proyectos?

Francisco Croxatto: Comenzamos el 2014 y hemos tenido 2 experiencias súper potentes. Una es la remodelación de los jardines del Hospital del Salvador, que es un hospital público, donde los jardines no cumplen sólo un rol terapéutico, sino que buscan generar espacios para los pacientes, pero también para el cuerpo médico, enfermeras y familiares. Cada vez que la gente va a los hospitales hay un sometimiento a estrés, tanto por lo que te vayan a decir, y por los síntomas; o por los familiares que van preocupados. En Estados Unidos, por ejemplo, la principal causa de muertes son por negligencias médicas, y es porque los doctores están sometidos a un alto nivel de estrés. Entonces en el Hospital Salvador se han podido trabajar esos distintos enfoques: espacios que funcionan como salas de espera al aire libre, en contacto con la naturaleza, como también otros patios que están asociados a pabellones. Se hizo un jardín que está específicamente enfocado en ser un espacio para el cuerpo médico del área de urgencia.

La segunda experiencia es en una institución médica que se llama Pequeño Cotolengo. Ellos acogen gente principalmente con daños cerebrales. Muchos de ellos en situación de calle y abandono, y también muchos en estado de postración, en camilla, sin movilidad. Y dentro de esa institución hay distintos

pabellones. Hay uno que es de niños, en donde originalmente ellos no tenían posibilidades de salir en sillas de ruedas. Eran dos patios que estaban aislados y separados por un muro. Entonces lo que se hizo fue unir los espacios a través de un espacio central, en el que tuviera visibilidad. Antes las ventanas estaban más arriba de lo que los niños podían ver en sillas de ruedas. Entonces se modificó el recinto de manera tal que los niños pudieran salir al jardín o estar en este espacio central, siempre en conexión con la naturaleza. Se diseñó un patio sensorial, de estímulos, donde hay olores, texturas, en donde los niños pueden tocar y empezar a recuperar sus estímulos, y otro patio que era más contemplativo, donde había una fuente de agua. A veces habían niños que se quedaban pegados escuchando el agua. Han sido increíbles los cambios: se mueven con libertad, salen solos, el patio es súper seguro.

A raíz de estos dos proyectos, ha comenzado a surgir el interés de otros recintos. Nosotros estamos empezando a trabajar con el Hospital Barros Luco [...] Ahora estamos en el proceso de acercarnos a las instituciones, porque una parte muy importante es conocer a toda la administración del hospital [...] De alguna manera hemos ido desarrollando una metodología donde primero hay un diagnóstico, tanto físico como arquitectónico, pero también de las necesidades del cuerpo médico. Después hay una etapa de elaboración participativa de un diseño. Después un proceso de ejecución del patio, donde es una construcción profesional, pero también incluye ciertas etapas de construcción participativa, donde el cuerpo médico también, con ciertas actividades puede participar en la plantación, la elección de las especies, etc. Y después una etapa de inauguración, seguimiento y mantenimiento del jardín, que es súper importante.

Entrevistador: ¿Conoces casos de jardines terapéuticos implementados en instituciones de salud mental?

Francisco Croxatto: Existen casos, pero no en Chile. En Estados Unidos el área de salud mental a veces es más potente. Hay mucho alzheimer, que no es necesariamente una enfermedad psiquiátrica, pero es una enfermedad mental, y básicamente tiene que ver con que los espacios exteriores no pueden generar sensaciones de angustia, no se pueden diseñar espacios estrechos como túneles, tienen que ser jardines donde siempre haya un contacto visual con el cuerpo que está supervisando este lugar. También es importante que en los jardines ellos puedan desarrollar actividades que los conecten con su infancia. La selección de las especies, o la selección de ciertos artefactos y la presencia de elementos naturales como agua, o el alimento para pájaros que trae vida silvestre, deben hacer que el paciente esté en contacto con la naturaleza, ya que los ayuda a estar enfocados. Me acuerdo de un caso de un patio en donde había una escultura de una cola de una ballena que se estaba sumergiendo en el suelo. Entonces, con un problema mental no puedes poner esculturas que generen duda.

Entrevistador: ¿Cuál es el costo real de implementación de un jardín sanador, aproximadamente? ¿Quién lo financia?

Francisco Croxatto: En general tratamos nosotros de hacer un financiamiento compartido. La fundación dispone a veces de algunos recursos. En lo posible el hospital se compromete con recursos, y es importante que así lo haga, para que sienta que es una obra de ellos y así la cuidan. También se puede postular a fondos públicos. Yo creo que eso es diverso, y por suerte, generalmente los hospitales tienen patios pequeños, entonces son proyectos súper medibles en donde se puede desarrollar un proyecto en un lapso de 6 meses a 1 año. Y el valor también es variable, porque también se deben priorizar costos de mantención. No significa necesariamente que sean aspectos de alto costo, sino que también tiene que ver con cómo se disponen los elementos, cuáles son las especies adecuadas, etc. No es necesariamente más caro que un jardín.

Felipe Correa: La presencia de agua es súper importante en un jardín terapéutico, y eso a veces es un elemento que podría ser un ítem más caro porque requiere mantención, y a veces bombas de por medio

[...] La accesibilidad es un ítem que encarece los patios. Por ejemplo barandas que generen paseos para personas de tercera edad que necesitan un cierto circuito, ese tipo de cosas suben los costos. Nosotros generalmente implementamos una superficie de maicillo para las circulaciones, que es una superficie que permite la circulación de una silla de ruedas, pero es lo mínimo, y es una superficie que para que tenga una permanencia en el tiempo, se debe apisonar cada cierto tiempo, a diferencia del asfalto.

Entrevistador: ¿Ven factible la proliferación de este tipo de proyectos en el ámbito público, teniendo en consideración el contexto económico actual de la salud?

Francisco Croxatto: Ese es uno de los mayores desafíos y creemos que sí. Yo creo que se va a volver una demanda. Estamos aspirando a eso, y la idea es poner el tema en la salud pública. Parte de los desafíos de la fundación hoy es poder poner este tema en la salud pública, porque básicamente son los lugares que más lo necesitan. Muchas veces los espacios exteriores de los hospitales ayudan mucho a la experiencia de ir al hospital.

Felipe Correa: Hoy en día los proyectos de la fundación se llevan a cabo en hospitales o centros de salud que están en funcionamiento y que ya llevan varios años funcionando, y la idea, más que crear un espacio nuevo, es la recuperación de espacios. En eso nos hemos enfocado. Pero, como decía Francisco, para nosotros la aspiración es poner este tema en la agenda pública, y que todas las nuevas licitaciones ojalá incorporen la temática; no sólo un paisajismo que sea bonito, sino que efectivamente jardines que apoyen la recuperación de los pacientes y el bienestar de los familiares y de los funcionarios del hospital. Esa es la máxima aspiración.

Hoy día nosotros hemos tenido acercamientos con organismos que están desarrollando nuevos hospitales, y nos señalan que efectivamente al momento de la licitación y cuando se adjudica la propuesta, si está demasiado caro, el primer ítem que se saca es el paisajismo. De alguna manera, nosotros queremos que esa operación que es común en la actualidad se revierta, y que se reconozca la real necesidad de estos espacios en la totalidad del conjunto.

