

Universidad de las Américas
Facultad de Arquitectura, Diseño y Construcción

Escuela de Arquitectura

CASA DE SALUD MENTAL **CONCEPCIÓN, REGIÓN DEL BÍO-BÍO**

Katherine Nicole Sandoval Torres
Rut: 17.395.518-9
Profesor Guía: Juan José Calderón Díaz
2017

CASA DE SALUD MENTAL



Concepcion,
Región del Bio-Bio, Chile
2017

Dedicatoria

Mis padres: Maria Torres y Luis Sandoval, quienes me han brindado valores y enseñanzas para poder cumplir mis objetivos.

Mi hermana: Nathalie Sandoval, por su ayuda y confianza.

Mi amigo: Hector Contreras por su paciencia y ayuda en este último proceso.

Gracias a todos aquellos que han contribuido de alguna u otra manera en el desarrollo de esta carrera universitaria.

Índice de contenido	Página
INTRODUCCIÓN	1
I_TEMA-PERTINENCIA-RELEVANCIA	
I_I Enfermedad mental en la historia	
Conceptos Generales.....	2
Edad Antigua.....	3
Edad Media.....	3
Siglo XVII.....	4
Siglo XVIII.....	4
I_II Situación mental en Chile	
Etapa asilar o manicomial 1810-1952.....	5
Etapa Hospital Psiquiatrico 1953-1970.....	6
Etapa salud mental comunitaria 1971.....	7
Etapa de transición 1990-2010.....	8
Etapa actual.....	9
Normativa vigente.....	10
Conclusión Tema.....	12
I_III Situación mental en Concepción	
La ciudad.....	13
Catastro de proyectos de salud mental.....	14
Datos estadísticos.....	14
Funcionamiento de servicios de salud mental.....	15
I_IV Casa de salud mental /Concepto guía del proyecto	
Definición de casa.....	16
Definición de COSAM.....	17
Definición casa de salud mental.....	18
Conclusión Pertinencia.....	19
Conclusión Relevancia.....	20

Índice de contenido

Página

II_USUARIO

La enfermedad mental.....	21
La estigmatización social.....	22
La forma física, cuerpo y espacio.....	23
La proporción.....	24
El color.....	25
La luz.....	26
Tipos de integración social.....	27
Conclusión usuario.....	28

III_DISCUSIÓN BIBLIOGRAFICA

Introducción al texto.....	29
Conceptos claves.....	30
Premisas arquitectónicas	
La escala.....	31
El encuentro.....	32
Pacientes-núcleos.....	33
Luz natural.....	34
Jerarquía central.....	34
Estructura flexible.....	35
Acontecer básico.....	35

IV_REFERENTES ARQUITECTÓNICOS

Sowa Unit.....	36
Residencia y centro de día para disminuidos psíquicos.....	39
Proyecto Hombre.....	43
Centro de día para enfermos de Alzheimer.....	44

Índice de contenido

Página

Centro de día.....	45
Centro de tratamiento.....	46
Centro para el cuidado del cáncer.....	47
V ENTREVISTA.....	48
VI ANÁLISIS LUGAR	
Condiciones de emplazamiento.....	53
Contexto comunal.....	54
Contexto de barrio.....	54
Análisis de normativa.....	56
Análisis macro.....	57
Análisis local.....	58
Análisis acontecer.....	59
Análisis sitio.....	60
Análisis situación.....	61
VII PROYECTO	
Acto como condicionante espacial.....	62
Problemática, solución e idea arquitectónica.....	63
Conceptos.....	64
Estrategias proyectuales.....	65
Propuesta volumétrica.....	67
Estrategia urbana.....	68
Sesgo.....	69
Programa.....	70
Gestión y carga de ocupación.....	72
Criterio de sustentabilidad.....	73
Detalles.....	74
Planimetría.....	78



Introducción

El objetivo de esta memoria es dar a conocer el proceso de investigación y posterior etapa de diseño del proyecto Casa de salud mental en la ciudad de Concepción, entregando una opción diferente de tratamiento a la población con enfermedad mental leve.

El proyecto consiste en una Casa de salud mental en la ciudad de Concepción, enfocado en el tratamiento y mejora de pacientes con enfermedad mental leve.

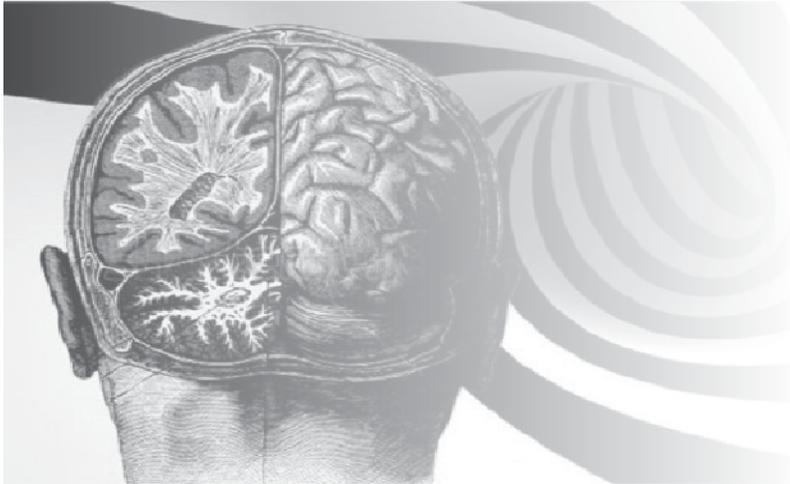
La investigación esta enfocada en entender lo que sucede en el interior y exterior del paciente y como el ambiente arquitectónico, social, psicológico y ambiental son la base del proceso de la integracion del paciente psiquiátrico.

Ya en 1952 la OMS postulo los principios para un adecuado desarrollo del paciente en un clima terapéutico favorable a fin de **mantener una estrecha relación con la población del lugar donde están situados.**

La investigación nace a partir de la **inquietud personal** por conversaciones y lectura de noticias relacionadas con las soluciones poco favorables del paciente psiquiátrico y su entorno arquitectónico, como es el caso del Psiquiátrico de Concepción , donde la espacialidad es entendida de una forma poco integradora al contexto espacial y urbano inmediato .

*No hay loco de quien algo no pueda aprender el cuerdo....
Por: Pedro Calderón de la Barca.*

I_ Enfermedad mental en la historia



Al enfermo mental se le fué considerado como un alienado no como enfermo, alejándolo de la vida urbana y social que los excluye, donde los modelos espaciales solo fomentaban la aislación y nula reincorporación del sujeto a la sociedad y tu trama urbana, se perdía el sentido de pertenencia a algo (comunidad,barrio,etc)

Luego este concepto cambió con el modelo incorporado en 1971 durante la etapa social comunitaria, donde el sujeto cambia la concepción del espacio pasando desde la aislación a la inclusión, con espacios mas acotados y en un entorno que lo hace participe de una comunidad, del barrio, de la ciudad, al paciente se le trata dentro de la trama urbana activa, pasa a ser un usuario activo del espacio que lo rodea

Conceptos Generales

Para poder comenzar a entender el mundo de las personas con discapacidad mental debemos tener presente los siguientes conceptos bases:

I_ Trastorno mental: se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.¹

Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo.

II_ Integracion Social: todo proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal (marginación) participar del nivel mínimo de bienestar sociovital alcanzado en un determinado país.²

III_ Discapacidad: Restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad, dentro del margen que se considera promedio y común para un ser humano (O.M.S.)³

IV_ Rehabilitacion: acción y efecto de rehabilitar. Este verbo refiere a restituir a alguien o algo su antiguo estado, habilitándolo de nuevo.⁴

1 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

2 https://es.wikipedia.org/wiki/Integraci%C3%B3n_social

3 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

4 <http://definicion.de/rehabilitacion/>

Edad Antigua

Los antiguos creían que la locura era sagrada, obra de dioses. Las divinidades enviaban la locura como castigo o como venganza.

Las personas no eran culpabilizadas por su trastorno, eran más bien consideradas como víctimas inocentes de fuerzas sobre las que no tenían control alguno.



Edad Media

Los antepasados no conocían el cerebro por ende **atribuían la locura a fuerzas externas, sobrenaturales y oscuras que interrumpían en la mente y enloquecían a las víctimas.**

El loco era considerado como alguien controlado por las fuerzas del mal. **Nacen la trepanación**, que consiste en extirpar una piedra en el cerebro a la que se le acusaba el origen del mal, **así como una serie de torturas y actos como el exorcismo.**



Siglo XVII

En esta etapa comienza el **encierro en asilos y hospitales generales**, por ende el hacinamiento y el compartir con delincuentes, prostitutas, borrachos, violadores, etc dificultó la mejora del enfermo mental.

Nacen los manicomios , entendidos mas bien como una cárcel que un centro de tratamiento mental. Se configuraban a apartir de un pasillo central y habitaciones sombrías a los costados.

La Locura fue considerada como un defecto moral.



Siglo XVIII

El loco, deja de ser un insensato y pasa a ser un *alienado*, un paciente al cual hay que escuchar y atender y no ignorarlo.

Segun Phillipe Pinel, *el origen de la enfermedades mentales por las herencias e influencias ambientales.*⁵

Propone un cuerpo medico especializado en la atencion de los pacientes y una terapia moral.



⁵ <http://es.slideshare.net/alinslide/breve-historia-de-la-locura-6382435>

I_II Situación mental en Chile



Etapa asilar o manicomial 1810-1952

Según la propuesta de Minoletti, Rojas y Sepulveda, año 2010, es posible delimitar tres grandes etapas en la salud mental en Chile.⁶

Previo a 1810 a los locos se les encontraba deambulando por las calles, provocando risas o bien siendo encarcelandolos cuando poseían crisis y perturbaban a la sociedad.

Esta situación no varía mucho sino hasta **1852, donde se construyó el primer centro hospitalario de Chile, La casa de locos de nuestra señora María de los Angeles**, en Barrio Yungay. El exceso de demanda y escasez económica llevaron el centro hospitalario al deterioro y la miseria. *Actual Instituto Psiquiátrico DR. José Horwitz Barak*

En 1858, se fundó el actual centro Hospitalario en Yungay, por el arquitecto Femín Vivaceta.

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

Ya en 1910, surge la necesidad de crear hospitales psiquiátricos en el Norte y Sur del país, debido a la alta demanda y descuido hacia los pacientes con enfermedad mental.

En 1952 se crea Servicio Nacional de Salud.



⁶ http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis_estrategia_salud_mental.pdf



Etapa Hospital Psiquiatrico 1953-1970

Etapa marcada por la fuerte influencia de acontecimientos extranjeros, como el fuerte impacto en la salud mental debido a la II Guerra Mundial, avances en farmacoterapia, investigaciones psiquiátricas y desarrollo de la psicoterapia.⁷

Por lo tanto, **nacen las primeras reformas de salud implementadas en Chile** tales como; Inserción de la psiquiatría y la salud mental en instituciones de salud general, surgimiento de investigaciones respecto de epidemiología psiquiátrica y la creación del Programa Nacional de Alcoholismo.



El hospital psiquiátrico es comprendido como un gran edificio que alberga miles de pacientes, donde la necesidad de abarcar un mayor número de éstos, **contrasta con la atención personalizada que requiere el enfermo mental, este se sentía disminuido y desvalorizado** respecto a la atención que recibía por toda su vida, **el espacio no estaba siendo un ente que fomenta la mejoría del enfermo, por el contrario, potenciaba aun más la sensación de olvido a la que estaban enfrentados los pacientes.**



⁷ http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis_estrategia_salud_mental.pdf



Etapa salud comunitaria 1971

A partir de 1960, nace la Psiquiatría Comunitaria, liderada por M.Cordero en Temuco, intervenciones de Salud Mental Poblacional de L. Westein y Psiquiatría Intercomunitaria de J.Marconi.

Se entiende que la enfermedad ya no es solo un problema del paciente, sino que el grupo que rodea al enfermo; profesionales, técnicos, comunidad y la familia son los principales entes para su tratamiento y recuperación. **Es un modo de intervención de salud mental dirigido al individuo y al medio colectivo, donde el sujeto se abre a una dimensión social de su enfermedad.**

Este nuevo método implica un rol activo de parte del Estado y la sociedad, teniendo como objetivo accionar una reforma y transformación de las instituciones y el modelo en trabajo de salud mental en la búsqueda del **desarrollo humano general.**

Este modelo se ve interrumpido por la Dictadura Militar que afecta a la época en Chile, produciendo que los sistemas de salud mental orientados a la participación ciudadana se suspendieron o extinguieron, ya que sus protagonistas fueron exiliados, presos o asesinados.⁸

⁸ http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis_estrategia_salud_mental.pdf

⁹ SILVA IBARRA, Hernán; La esquizofrenia de Kraepelin al DSMIV. Editorial Universidad Católica. p 118.



No sólo se benefició a un gran número de enfermos, sino que cambió notablemente la atmósfera de las instituciones psiquiátricas. Muchos pacientes condenados a una reclusión permanente pudieron reintegrarse a la sociedad. ⁹



Etapa de transición 1990-2010

Ocurre un proceso de transición de la Dictadura militar a la Democracia, **surge un ambiente optimista que genera la creación de un nuevo sistema de salud mental.**

Se da énfasis al tratamiento mental post-dictadura, la violencia doméstica, las adicciones, rehabilitación e integración social de personas con enfermedad mental.

EN 1993, Surge un plan de salud mental y psiquiatría de parte del Ministerio de Salud, que se sustenta en las conclusiones obtenidas en la Declaración de Caracas en 1990, que **busca principalmente salir del modelo institucional e implementar el tratamiento sin perder la inserción social del enfermo mental.**

Destaca la reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en Red comunitaria de salud mental y Psiquiatría desde 1998 hasta 2013.

Pese al optimismo de este nuevo modelo, comienza a decaer por problemas de **descentralización** de los diversos Servicios de Salud y los **obstáculos financieros**, llevaron a la creación de un nuevo Plan de Salud Mental y psiquiatría a partir del 2000-2010.





MODELO ACTUAL

- Caracter:** aprendizaje, terapia y rehabilitación
- Institución como parte de la terapia**
- Integración horizontal:** médico-paciente-sociedad todo en una línea de integración
- Hospitalización transitoria**
- Programa rehabilitadores**

Etapas actuales

Luego de implementar el nuevo Plan de Salud Mental y Psiquiatría del año 2010, **aumentaron los recursos financieros de un 1% a un 3%, aumento de camas disponibles de 304 a 507 plazas en hospitales generales, de 160 a 740 plazas en centros hospitalarios de día, unidades ambulatorias de salud mental de 41 a 123 y aumento de atención psicológica en centros de atención primaria de un 23% a un 100%.**

El sistema **AUGE**, también ayudó al servicio de salud mental, para soporte y visibilidad de la enfermedad mental.

Actualmente existen varios desafíos por corregir:

1. *Mejorar Debilidades en la Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 detectadas con WHO]AIMS.*
2. *Desarrollar Centros de Salud Mental Comunitarios como la Alternativa Principal de Atención Ambulatoria.*
3. *Formular una Política Nacional de Salud Mental Infante Juvenil.*
4. *Utilizar Resultados como Línea Base para Monitorear el Impacto de la Reforma de Salud en el Sistema de Salud Mental.*
5. *Incorporar Disposiciones que Resguarden los Derechos Humanos de las & Personas con Enfermedades y Discapacidades Mentales en la Legislación Chilena.*
6. *Formular una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Mental.*
7. *Monitorear la Participación del Intersector en Salud Mental, Utilizando los Resultados WHO]AIMS como Línea Base.¹⁰*

10 http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis_estrategia_salud_mental.pdf



I_ Políticas, Plan y Gestión

Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, Aprobado por Resolución Exenta N° 568 del 8 de Octubre 1993.

Norma Técnica: Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación. Aprobada por Resolución Exenta N° 802 del 9 de Abril 1999.

II_ Trastornos Hipercinéticos y de la Atención

Norma Técnica: para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipercinéticos en la Atención Primaria. Aprobada por Resolución N° 1472 del 3 de Octubre 1997.

III_ Trastornos de Salud Mental asociados a Violencia

Norma Técnica: para la Atención de Personas afectadas por la Represión Política ejercida por el Estado en el Período 1973-1990. 2000.

IV_ Depresión

Intervención Grupal: para el Tratamiento de la Depresión. Manual de Atención Primaria. 2001. (Elaborado en conjunto con la División de Atención Primaria)

V_ Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas

Reglamento: sobre el Ejercicio de la actividad de Técnico en Rehabilitación de personas con dependencia a drogas. Aprobado por Decreto Supremo N° 225 del 7 de Abril de 1998, que modifica el N° 2298.

Normativa Vigente

VI_ Trastornos Psiquiátricos Severos: Esquizofrenia

Norma Técnica: Uso Clínico de Clozapina. Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos. 2000.

Reglamento: para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. Aprobado por Decreto Supremo N° 570, del 28 de Agosto de 1998.

VII_ Alzheimer y otras Demencias

“Depresión, Demencia e Insomnio”. Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Programa del Adulto MINSAL, 1999.

VIII_ Otros

Normas Técnicas: Epilepsia, Diagnóstico y Tratamiento. 1990

Manual de Trastornos Emocionales. 1993

Manual : Prevención, Detección y Manejo de Problemas de Salud Mental en la Escuela. Abril de 1997.

Cómo ayudar a niños y niñas después de un desastre. Guía práctica de profesores. 1998.

Guía Conductas Saludables en el Ambiente Pre Escolar, 1999.¹¹

Se plantea el traspaso de los programas institucionales a el plan de acción comunitaria, donde las instituciones son elementos de apoyo y coordinacion técnica. Dicha acción de desinstitucionalización mejora la integración social del paciente a partir de la rehabilitación y tratamiento psicoterapeutico.

Como método de mejora de pacientes con enfermedad mental la OMS plantea bajar de manera progresiva la hospitalización psiquiátrica a entes comunitarios.

Servicios de salud comunitaria: ofreciendo tratamiento a nivel local, de fácil acceso y que contribuya de alguna forma a la comunidad en la cual se inserta.

Esto permite bajar niveles de estigmatización, bajar las tasas de detección de enfermedades mentales leves, mejorar vínculos entre sujetos y el entorno inmediato.

Actualmente se implementa el **Plan nacional de salud mental y psiquiatría**, enfocado principalmente en que el sujeto, su familia y la comunidad que lo rodea sea parte activa de la recuperación de éste, creando un espacio mas cohesionado.

Este plan debe: **“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medioambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”**¹²

¹¹ <http://www.minsal.cl/salud-mental/regulacion>

¹² Ministerio de Salud de Chile. Unidad de salud mental. “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.” p 5.

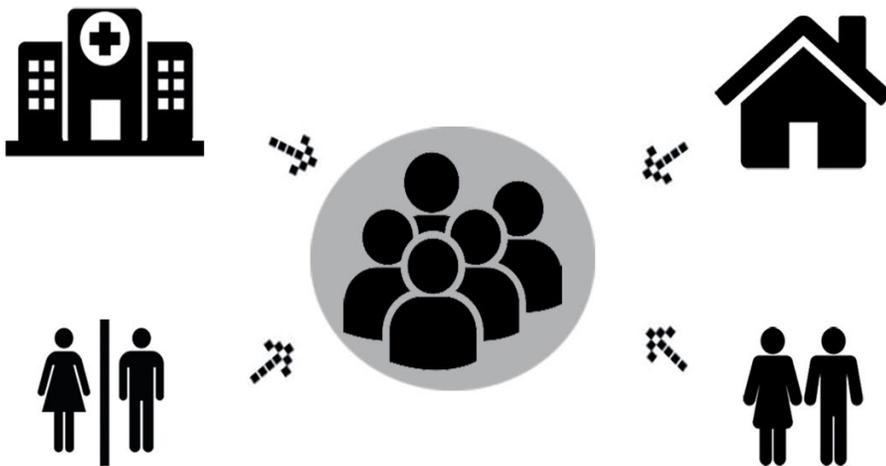
Conclusión Tema

Se trata de un espacio intermedio de atención mental, que oscila entre la condición hospitalaria y la inserción en la comunidad.

Es un lugar de contención terapéutica con entorno físico agradable, donde se vela por las habilidades sociales. Se brinda un espacio de calma, junto con una variedad de actividades en base a talleres colaborativos de menor a mayor número de asistentes, según el grado de avance de éste y la manera o preparación que posee para compartir con otro par.

Este espacio esta destinado para todos aquellos pacientes que posean una enfermedad mental leve, es decir, en su etapa inicial comienzan a aparecer los trastornos y actitudes de desadaptación con la realidad (trastorno de sueño, estrés, depresión, ansiedad, etc), y que pertenezcan en primera instancia a la ciudad de Concepción y sus alrededores.

La idea es entregar un espacio que se haga cargo de la condición mental leve que padecen las personas y que cada día aumenta según el ritmo de vida en la ciudad.



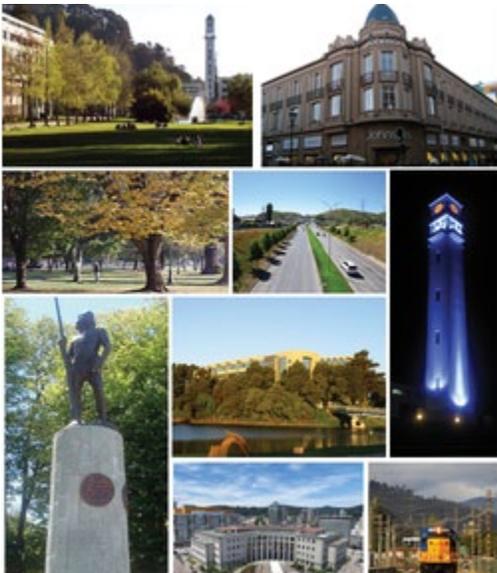
I_III Situación mental en Concepción



La ciudad

Concepción se encuentra ubicada en la XVIII región del Bío-Bío, Chile.

Limita al norte con Hualpén, Talcahuano y Penco; al sur con Chiguayante y Hualqui; al este con la comuna de Florida y al oeste con el río Biobío y las comunas de San Pedro de la Paz, Coronel y Lota.⁷ Antiguamente se localizaba en la Bahía de Concepción, en el territorio que actualmente ocupa la localidad de Penco, su gentilicio, «penquista», deriva de su primera ubicación.



La comuna alberga variados puentes, murales, parques y lagunas. Concepción concentra su actividad en el área de servicios y funciona como el centro financiero del Gran Concepción.¹⁰ Posee también numerosos colegios y universidades, entre las que destacan la Universidad de Concepción



Servicio de salud
Concepcion

Centros APS con psicologo 28	Centro comunitario SM 1	Hospital de día 2	Unidades Psiq Ambulatoria 1
Corta estadia H.General 1	Centro Diurno 1	Hogar y residencia protegida 2	

Datos obtenidos de informe WHO-AIMS Sistema de Salud Mental en Chile año 2004

Prevalencia de discapacidad en año 2016

	Centro comunitario SM	Centro referencia salud	Centro diagnostico-tratamiento	Consultorio adosado a Hospital
Uso de sustancias	18%	4,9%	4,2%	9,8%
Esquizofrenia	3,6%	8,0%	24,5%	15,9%
Trastornos de humor	22,6%	17,5%	28,2%	27,0%
Trastornos de estres	21,0%	46,3%	10,4%	20,5%
Trast. Personalidad	8,0%	5,0%	3,7%	6,7%
Otros	26,9%	18,4%	29,0%	20,2%

Catastro de proyectos de salud mental

Concepcion se encuentra en el quinto lugar con mayor cantidad de Centros APS con sicologo a nivel nacional.

Y con 1 centro diurno hasta el año 2004, situacion que ha ido mejorando hasta tener aproximadamente 5 centros diurnos en El Gran Concepcion, repartidos en las comunas de Talcahuano, Hualpén, Concepcion y San Pedro.

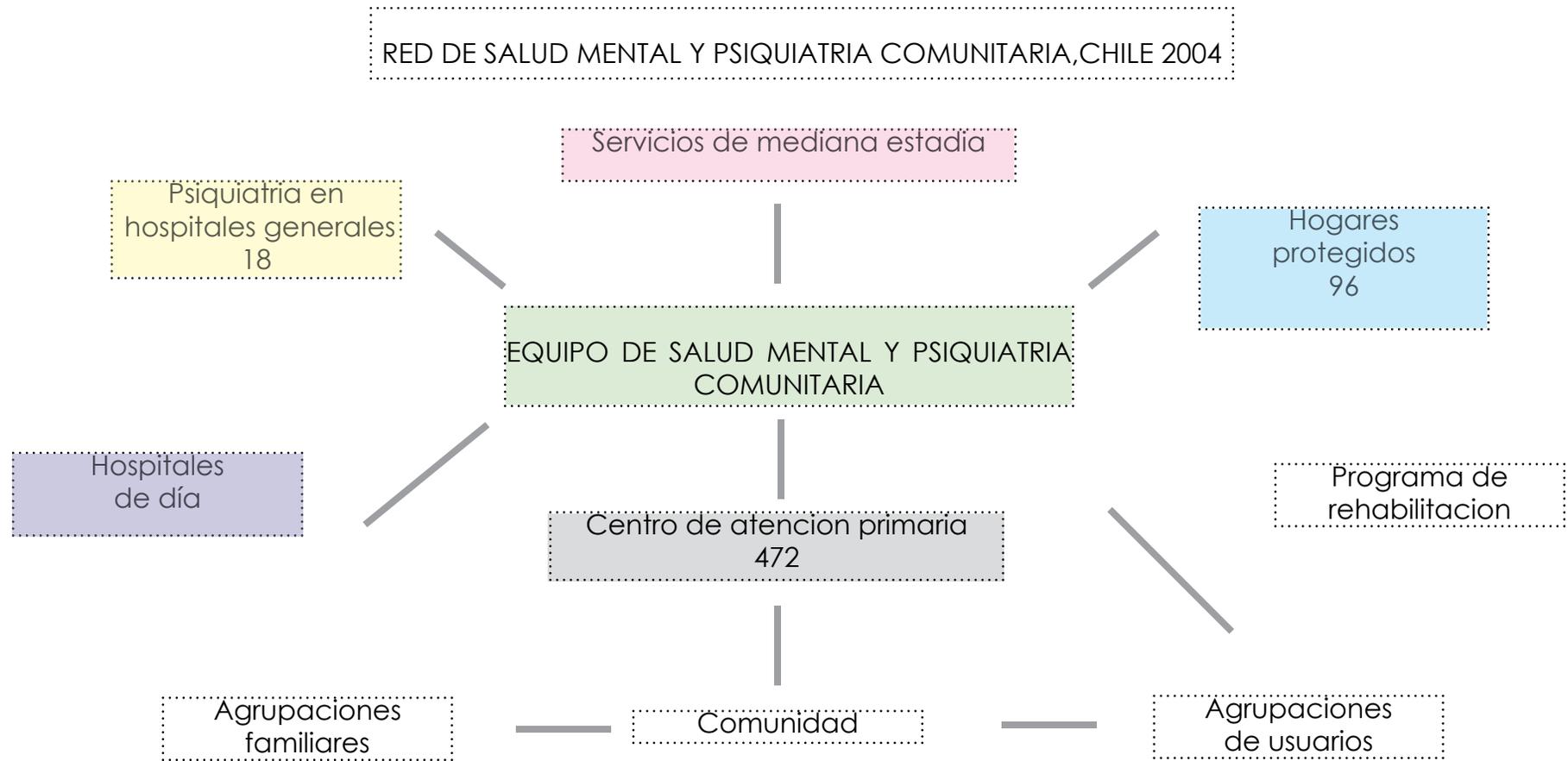
Datos estadísticos

En Concepcion existe una alta tasa de enfermedad mental derivada de sustancias ilicitas tales como; alcohol, cocaína y marihuana.

Este tipo de enfermo mental requiere un tratamiento a largo plazo, ya que su estructura social, laboral y familiar presenta un quiebre que requiere hospitalizacion.

Por lo tanto, el usuario a tratar serán paciente LEVE: aquel que posee control de su vida, pero puede presentar alguna crisis, estos son; Trastornos como estrés, y de personalidad (ansiedad y depresión), patologías que son tratadas de manera ambulatoria.

Funcionamiento de servicios de salud mental



Actualmente la integración del paciente con enfermedad mental esta dirigida al concepto de **hacer participe a la comunidad que rodea el centro**, siendo ésta el principal actor que **potencia la rehabilitación y posterior integración del paciente**, desde los aspectos cotidianos, hasta el fortalecimiento comunitario y social que busca el enfermo mental para su adecuado desarrollo como parte de la sociedad.

I_IV Casa de salud mental



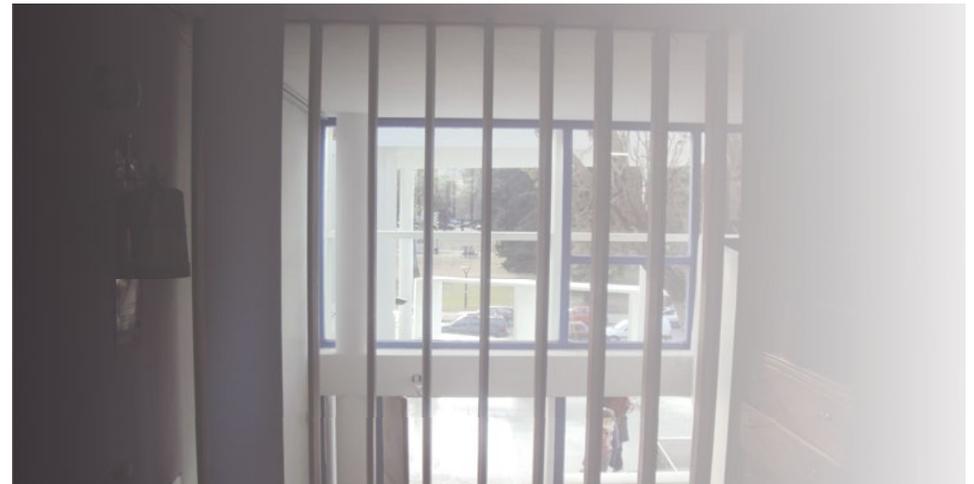
Definición de casa

“Edificación destinada para ser habitada. Lugar en que históricamente se desarrollaron las actividades y relaciones específicas de la vida social o familiar, desde el nacimiento a la muerte de muchos de sus componentes.”. 13

“la vivienda como “máquina para vivir” en la que la belleza y el diseño debían estar subordinados al objetivo de hacer de la casa un lugar perfecto para vivir entendido este concepto no solo desde el punto de vista material sino metafísico”.14

“La casa debe ser el estuche de la vida, la maquina de felicidad”.

Le Corbusier



13 <https://es.wikipedia.org/wiki/Casa>

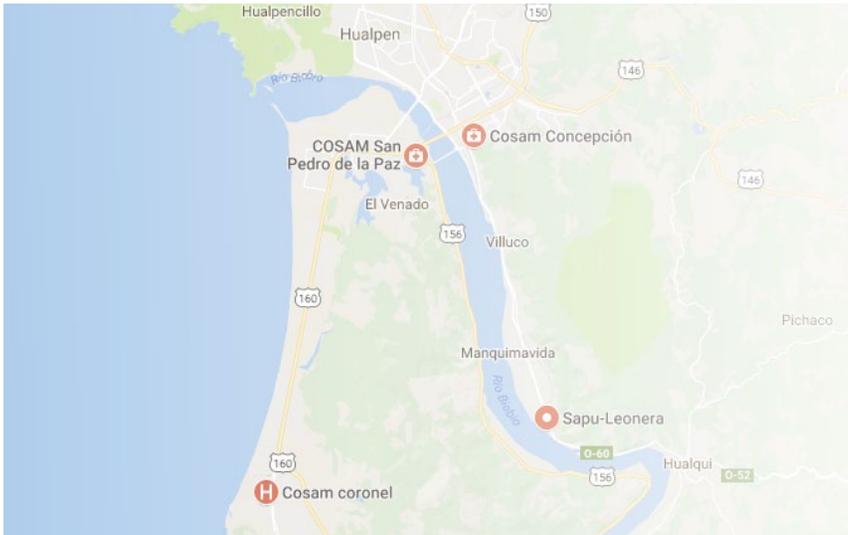
14 <http://www.holacielo.com/es/2014/08/27/>



Definición de COSAM

“El Centro Comunitario de Salud Mental es un establecimiento de atención ambulatoria, con dedicación exclusiva a la salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los centros de salud de la comuna.

Además de contar con atención psicológica y psiquiátrica a usuarios con problemas de salud mental y enfermedades mentales, el COSAM ha generado y autogestado desde hace 11 años, un modelo de intervención con metodología de comunidad terapéutica gratuito para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicción moderada a severa de drogas”.¹⁵



COSAM San Pedro de la Paz, Región del Bío-Bío, Chile



COSAM Concepción, Región del Bío-bío, Chile

¹⁵ http://www.comudef.cl/?page_id=95

Definición de Casa de Salud Mental

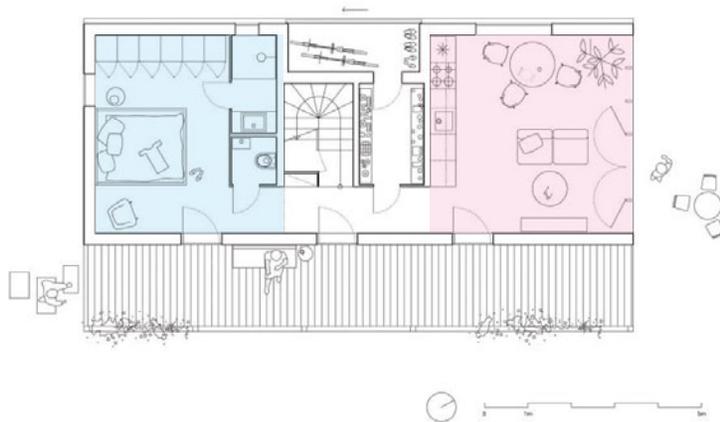
El concepto de casa de salud mental tiene como objetivo garantizar una atención biopsicosocial oportuna y eficaz a usuarios que presenten patologías de baja complejidad.

En la casa de salud mental el trato es personalizado y cercano porque todo está inserto dentro de una escala humana y no hospitalaria donde el espacio tiene a ser desmedido.

Corresponde a un espacio que ofrece atención ambulatoria, donde no se reside ni hospitaliza al usuario y es tratado bajo un ambiente hogareño donde se vela por la sociabilización del paciente como método de mejora en su proceso de recuperación.

Dicha escala de casa, permite un bienestar constante, ya que el espacio permite generar relaciones cercanas entre paciente-profesional, es decir, se opta por un trato horizontal donde todos compartan un mismo espacio.

Es un espacio de escala baja de menor impacto sobre la trama urbana, opta por el uso de espacios con ciertos grados de intimidad al igual que una vivienda, desde lo personal (habitaciones), hasta lo colectivo como el estar o comedor.





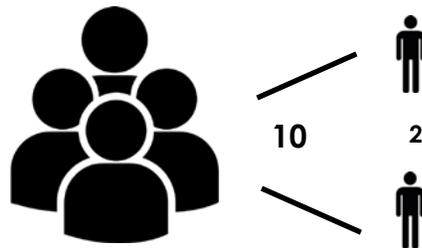
Conclusión Pertinencia

Actualmente, según la OMS, señala que de cada 10 personas, 2 de ellas poseen alguna enfermedad mental silenciosa como la depresión.

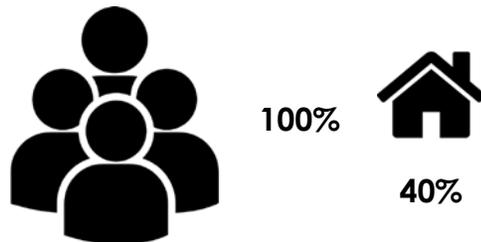
Este proyecto busca incorporar un espacio inexistente en la ciudad de Concepción, ya que solo predomina el tratamiento mental de los usuarios a nivel hospitalario, como el Hospital Psiquiátrico de Concepción y servicio de Cosam principalmente.

El actual funcionamiento de ambas entidades dificulta la mejora del paciente, ya que según la OMS, el 40% de las personas que ingresan a un hospital psiquiátrico ve obstruida su mejora por estar inserto un un ambiente que no es personalizado, bajo una escala que aleja al paciente del profesional y que muchas veces por la falta de espacio, ingresan pacientes con diversos grados de enfermedad mental.

Dicho 40% de los pacientes que ingresan a una internación a puertas cerradas deben mejorar su condición en un ambiente a menor escala, bajo el concepto de **casa u hogar que genera relaciones sociales mas cercanas y cohesionadas entre pares y paciente-profesional.**



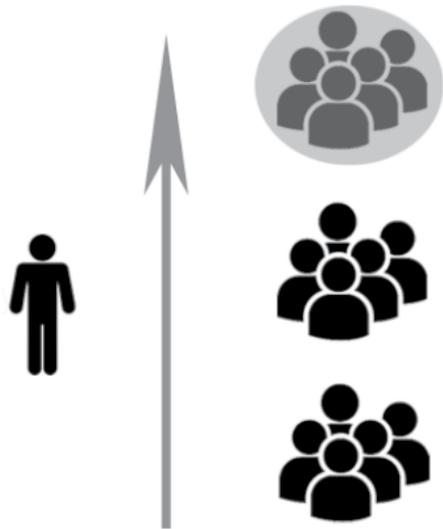
Enfermedad silenciosa



Porcentaje tratado en concepto de casa



Edad a tratar en proyecto en Concepción



3° Red de apoyo comunitario/
Mejora del paciente en
PROYECTO

2° Red de apoyo comunitario/
Inserción en barrio activo

1° Red de apoyo social/
Familiares y amigos cercanos

Conclusión Relevancia

El ritmo actual de la vida, el estrés, los cambios demográficos (de la ciudad al campo), evidencia una situación negativa respecto de la salud mental de los ciudadanos, cada vez son mayores las licencias mentales y la tasa de suicidios a nivel nacional que van en aumento por la indadecuada atención o detección de las enfermedades contemporáneas.

La relevancia esta dada bajo la premisa de que el método de recuperación del paciente, parte cuando se le entregan los medios y el espacio adecuado para una mejora a traves de la sociabilizacion.

Esto se basa en generar las redes de apoyo necesarias para la mejora del paciente, tales como:

II_USUARIO



La enfermedad mental

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: **«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»**

Es una desintegración de la personalidad, no pudiendo contener sus componentes buscando exteriorizar el problema para enfrentarlo de mejor manera.

La salud mental **es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.** En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que **la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.**¹⁶

¹⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>



La estigmatización social

Estigma social: es una desaprobación social severa de características o creencias de carácter personales que son percibidas como contrarias a las normas culturales establecidas.¹⁷

Al enfermo mental se le considera imprevisibles, incapaces de tomar desiciones laborales o personales, poroc inteligentes, debiles y agresivas.

Algunos factores que desencadenan el estigma social son :

I_Aislamiento social, por incomension o rechazo.

II_Exclusion de actividades sociales, salir, comprar una vivienda, compartir con otros.

III_Dificultad para mantener un trabajo estable

IV_Dificultad al momento de pedir ayuda, por miedo al rechazo

V_Autoestigma, se asumen estereotipos que bajan la autoestima y falta de expectativa de recuperacion.

El 28 % de la poblacion general no entrevistaria para un trabajo a una persona con un trastorno mental.



El 44,9% de los familiares de las personas con un trastorno mental no alquilaria un piso a una persona afectada.



El 18 % de la poblacion considera que las personas con enfermedad mental son peligrosas.



El 51% de las noticias sobre la enfermedad mental estan relacionadas con asesinatos



Fuente: <https://obertament.org/es/salud-mental-y-discriminacion/estigma-y-discriminacion>

¹⁷ https://es.wikipedia.org/wiki/Estigma_social



La forma física, cuerpo y espacio

Desde la antigüedad, la Arquitectura nos modela como seres humanos, genera diversas situaciones que nos alegran, oprimen y liberan entre otras serie de sensaciones.

La Arquitectura es el medio construido que nos hace participe de la manera en que habitamos con nuestras emociones y con los demás.

“No habitamos porque hemos construido, sino que hemos construido en la medida en que habitamos, es decir, en cuanto que somos lo que habitamos”¹⁸

La manera de percibir el espacio y su habitabilidad **varia según nuestras experiencias personales y se adecúa entorno a la realidad que se nos presenta**, he aquí la diferencia con una persona con enfermedad mental, ya que posee una disociación de la realidad, ocurre un quiebre o ruptura que le cuesta percibirla de manera adecuada.

El enfermo mental, al mantener una prolongada sensación de desintegración o aislamiento, su concepción espacial se ve afectada tal manera que debe reestructurarse, lo que se interioriza busca poder exteriorizarse, por ejemplo las fobias o manías, que son un problema interiorizado que lo lleva al exterior y afecta la manera de comprender el espacio.

¹⁸ HEIDEGGER, Martín. *Construir, habitar, pensar*. [citado 18 Marzo 2004]. Disponible en: http://personales.ciudad.com.ar/M_Heidegger/construir_habitar_pensar.htm



La proporción

La constante retroalimentación existente entre espacio-cuerpo está directamente relacionada con la manera en que se nos presenta el espacio, por ejemplo no es lo mismo estar en la esquina de un barrio que estar en la mitad de la plaza, donde las proporciones escalares se escapan del control del ser humano.

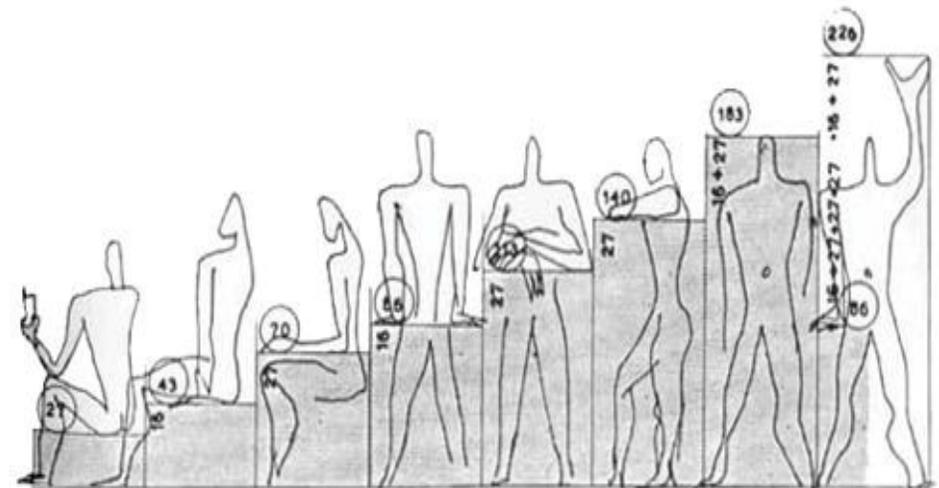
*“Para formular respuestas que dar a las formidables problemas planteados por nuestro tiempo y relativos al aspecto extremo de nuestra sociedad, hay un único criterio aceptable, que reconducirá todos los problemas a sus verdaderos fundamentos: este criterio es el hombre”.*¹⁹



Escala ciudad



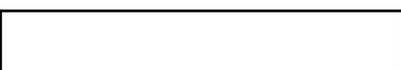
Escala de barrio



¹⁹ Le Modulor, Le Corbusier, 1942-1954, Sistema de medida y proporción





Invita a la acción, puede desencadenar agresividad	
Invita a la sociabilidad, equilibrio, seguridad y confianza	
Invita a la calma, debilidad y tranquilidad	
Invita a la creatividad, buen humor, alegría y positivismo	
Invita a la paz, curativo, da seguridad y esperanza	
Invita a la seriedad, confianza y brinda tranquilidad	
Invita a la armonía, disminuye angustias, fobias y miedos	
Invita a la pulcritud, brinda sensación de limpieza, paz y fe	
Invita a la tristeza, brinda dolor, formalidad y solemnidad	
Invita a lo sombrío, expresa elegancia, respeto y aburrimiento	

El color

Los efectos psicológicos que se han podido comprobar son básicamente de dos tipos, los que se definen como **directos**, los cuales hacen que un ambiente parezca alegre o sombrío, frío o cálido, etc. y los **indirectos**, relacionados con los afectos y con asociaciones subjetivas u objetivas de los individuos frente a los colores.

Esta característica subjetiva de la apreciación de los colores, hace que los efectos secundarios sean los más discutidos, ya que pueden variar de acuerdo con los diferentes individuos.

Otro componente que juega un papel importante en la apreciación de los colores, es la **iluminación del ambiente**, ya que ésta no sólo puede modificar el color de acuerdo con la forma en que incide sobre la superficie pintada, sino que además puede “crear un ambiente” por sí misma.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es el **contraste** creado cuando sobre un color o una imagen de fondo colocamos otro color diferente, o cuando situamos próximos en nuestra página dos o más colores distintos.²⁰

Este estudio sirve para escoger la gama de colores básicos a usar:

- Verde: calma / vegetación
- Blanco: paz / muros
- Azul: confianza / espejo de agua

²⁰ <http://www.escuelaweb.com.mx/amazon2.htm>



La luz

El cuerpo actúa como captador de sistemas, de sensaciones, reacciones, absorbe lo que sucede a su alrededor y lo entendido como realidad, bajo este concepto la manera de entender la realidad varía según como se comporte el cuerpo de cada individuo. El individuo con disociación de la realidad tiende a ser más sensible en la manera de entender el espacio que lo rodea, factores como la luz, la proporción, el color, las formas, van moldeando el comportamiento de la persona.

Un parámetro importante que se estudió es el uso de la luz y de cómo afecta al paciente en su mejora.

Al hablar de la luz y espacio se habla de relaciones, de cómo el paciente busca relacionarse con el otro, enfocado principalmente a:

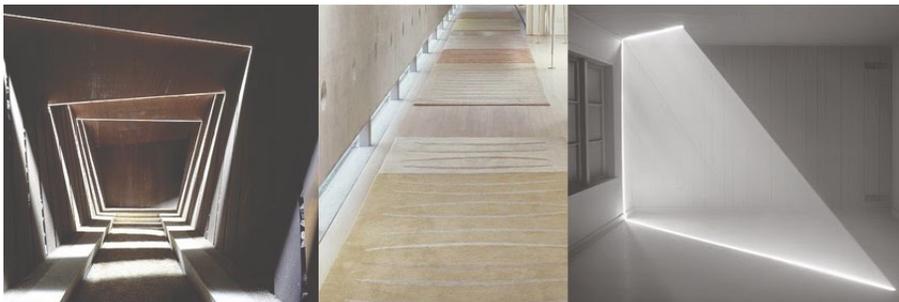
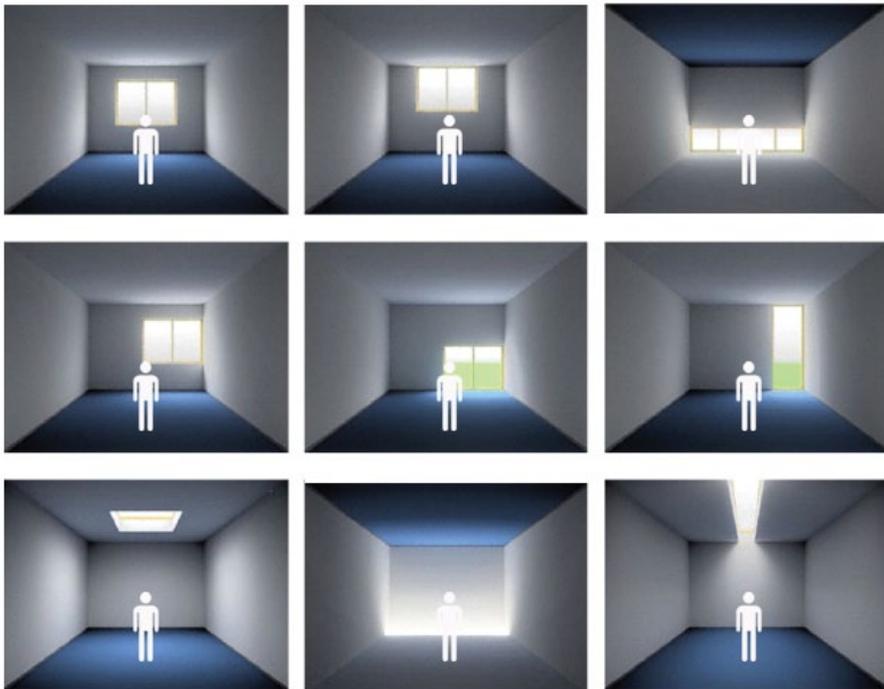
Luz Natural: afecta de manera positiva las acciones del cuerpo, brinda un mejor estado de ánimo.

Luz Baja: casi nula relación con el exterior, búsqueda de privacidad.

Luz cenital: mayor relación con el plano superior, y la búsqueda de superación.

Total o continua: mayor relación con el exterior.

Media o discontinua: grados de entrever lo que lo rodea.





- I_ Psicoterapia individual, grupal, familiar.
- II_ Control psiquiátrico. Prescripción farmacológica
- III_ Actividades contextuales programadas
- IV_ Terapia Ocupacional
- V_ Musicoterapia
- VI_ Expresión corporal
- VII_ Actividades de apertura y cierre, recreativas y sociales
- VIII_ Supervisión de casos
- IX_ Administración y control de medicación a cargo de Enfermería.
- X_ Entorno familiar
- XI_ Solución habitacional

Tipos de integración social

En todo el mundo, las personas con trastornos de salud mental están **expuestas a una serie de violaciones de los derechos humanos**. La **estigmatización** que afrontan **hace que se las margine socialmente y no se les dispensen la atención ni los servicios ni el apoyo que necesitan para desarrollar una vida plena en la comunidad**.

En algunas comunidades, las personas con trastornos mentales son abandonadas semidesnudas o vestidas con harapos en las afueras de la ciudad o aldea, atadas, golpeadas y sin comida.

En muchos hospitales de salud mental las personas están apenas mejor. Se les mantiene encadenadas, confinadas en camas con barrotes, privadas de ropa, ropa de cama, agua potable o baños adecuados, y son objeto de abusos y negligencia.

Además, las personas con trastornos de salud mental **sufren discriminación cotidianamente, en particular en los ámbitos de la educación, el empleo y la vivienda**.

En algunos países, incluso, se les prohíbe votar, casarse o tener niños. Se estima que sólo entre un 25% y un 40% de los pacientes está integrado en el mundo laboral. Siempre depende de la evolución de la enfermedad.²¹

21 <http://www.who.int/features/qa/43/es/>



El usuario a tratar serán los pacientes con **enfermedad mental leve o en sus inicios**, ya que al estar bajo medicación no presentan un riesgo para si mismos, para sus pares y para la comunidad y el barrio en el cual se encuentra el proyecto.

Las patologías específicas del usuario son básicamente las que han ido en aumento durante los últimos años según la OMS a nivel nacional y según entrevista realizada a psicólogo en COSAM, por tanto éstas son:

Trastornos de estrés

Trastornos de personalidad (ansiedad y depresión).

Trastornos traumatizantes (haber pasado por un hecho que marca un antes y un después en la manera de entender la realidad, como una gran pena, un hecho de catástrofe natural, etc).

Conclusión usuario

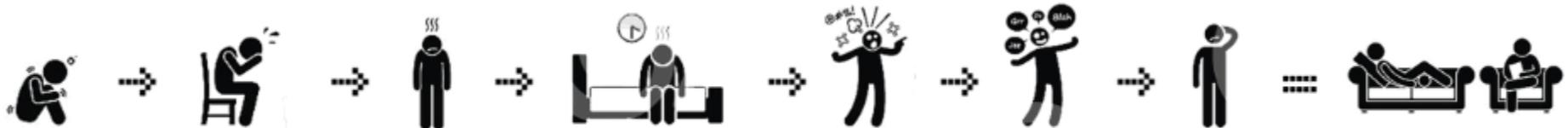
La vida del paciente pasa desde la inseguridad, la incomprención, cambios en la personalidad, la curiosidad, la búsqueda de la mejora con ayuda profesional, las terapias individuales a grupales y la convivencia entre pares y con la comunidad inmediata que rodea el proyecto y luego su relación.

La tipología espacial se basa en los tres estados mas importantes del paciente:

Estado inicial: espacios controlados a partir de un pasillo central con recintos a los lados.

Estado medio: espacios semi controlado ya que comienzan a ser observados por medio del pasillo que se abre hacia el estado leve.

Estado leve: espacios donde el control pasa por parte del sujeto, se tiene mayor dominio del espacio por su ubicación al costado contrario del acceso al proyecto, es decir, paciente esta dispuesto a caminar y relacionarse con los demás.



III_ DISCUSIÓN BIBLIOGRAFICA

SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y ARQUITECTURA

A. BAKER

*Deputy Physician-Superintendent, Banstead Hospital,
Surrey, Inglaterra*

R. LLEWELYN DAVIES

*Director, Division for Architectural Studies,
Nuffield Foundation, Inglaterra*

P. SIVADON

*Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine,
Francia*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1963

Intruducción al texto

El texto anlizado fué **Servicios Psiquiátricos y Arquitectura (A, y otros, 1963)**, el cual establece los conceptos claves que me guiaron en la correcta elección del tipo de proyecto a desarrollar y sus cualidades espaciales necesarias para la mejora del paciente a través de la arquitectura.

La metodología para analizar el libro, partió por entenderlo de manera general, donde la búsqueda es a través del índice, donde se analizan tres temas importantes;

- I. **Plan de un servicio Psiquiátrico**, que es a partir de entender el comportamiento del paciente y sus necesidades espaciales y medicas necesarias para su correcto desarrollo
- II. **Los elementos del servicio psiquiátrico**, donde se profundiza en los tipos de centros para poder tratar al paciente
- III. **Concepción Arquitectónica de un psiquiátrico**, donde se enfatizan conceptos generales para cualquier servicio psiquiátrico.

Conceptos claves

Dentro del análisis del texto aparecen conceptos claves que guían la escala y el programa del proyecto arquitectónico a realizar.

Conceptos claves

Dispensario:

Establecimiento destinado a prestar asistencia médica y farmacéutica a enfermos que no se alojan en él.

Centro de tratamiento precoz:

Centro de dispensario alejado de centro psiquiátrico, con camas para convertirlo en centro de hospitalización y tratamiento del paciente.

Dentro del libro destaco dos temas para entender la manera general y específica de cómo integrar al paciente en el espacio y la comunidad, respectivamente.

Tema 1 Principios generales

Concepción Arquitectónica de un Psiquiátrico

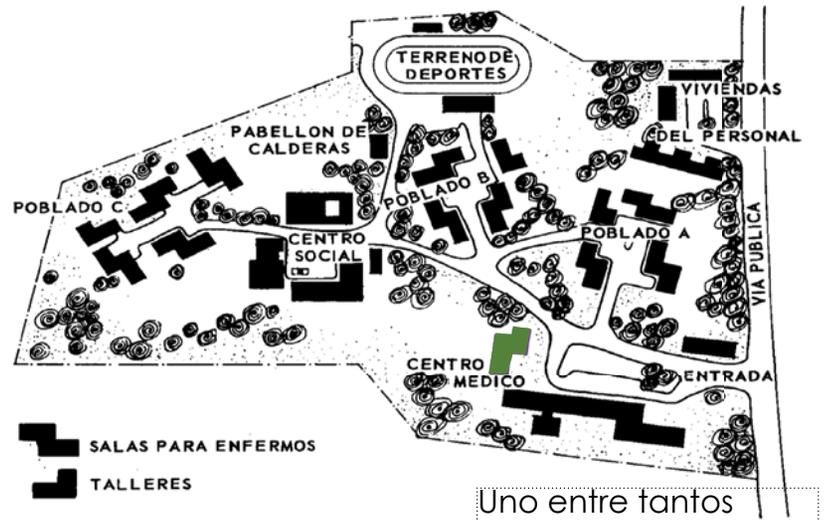
Tema 2 Los elementos del Servicio Psiquiátrico

El dispensario y el centro de tratamiento precoz

Temas que arrojaron las siguientes premisas arquitectónicas:

Premisas arquitectónicas

FIG. 3. PLANO GENERAL DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO DE 280 CAMAS



Uno entre tantos

Uno



- A. Sala de espera
- B. Secretaria
- C. Salas de conversacion con psiquiatra
- D. Sala de asistente social
- E. Sala de tratamiento medico
- F. Insumos medicos
- G. Sanitario
- H. Encuentro personal-pa-

La escala

Cambio de percepcion arquitectonica de como tratar al paciente, de lo hospitalario a lo domestico.

Aborda la creación de un nuevo concepto sobre el trato hacia los pacientes psiquiátricos.

Este nuevo concepto involucra al paciente en un clima doméstico y familiar, alejándose del tradicional entorno hospitalario. Este nuevo concepto es apoyado por conceptos arquitectónicos ligados a la escala de las formas propuestas y la teoría del color y su percepción.

*“lo que se necesita en la actualidad es crear una atmosfera que ayude a los médicos y a las enfermeras a reestablecer la salud de los enfermo. El personal del hospital debe esforzarse por crear un medio terapéutico y ese mismo fin es el que ha de inspirar al arquitecto”.*²²

Esta probado que la recuperacion del paciente se acentua en un clima familiar como metodo de integracion social.

El paciente se siente parte de todo en un clima doméstico mas que un hospital, donde el espacio lo invade y éste no logra dominio sobre el.

El Encuentro

Se postula la **Necesidad de compartir con los demás pacientes**, ya sea en **pasillos**, **salas de sociabilización**, **talleres**, **salas de espera**, que tengan esta condición espacial del encuentro a escala reducida, para no generar situaciones de crisis a fin de **mantener controlado el espacio**.

Se busca una una relacion horizontal entre profesionales, personal de trabajo, familiares y la comunidad, que no existan grados de relaciones sociales entre éstos.



- A. Sala de espera
- B. Secretaría
- C. Salas de conversacion con psiquiatra
- D. Sala de asistente social
- E. Sala de tratamiento medico
- F. Insumos medicos
- G. Sanitario
- H. Encuentro personal-paciente

Pacientes-núcleos

Entender a pacientes como núcleos según su gravedad. En el caso de la planta esquemática, se retiran los núcleos de pacientes de mayor gravedad lejos del acceso al volumen, mientras que los pacientes de menor cuidado se acercan al acceso al lugar, evidenciando el carácter médico del paciente que deriva en una postura espacial arquitectónica clara lejano/cercano.

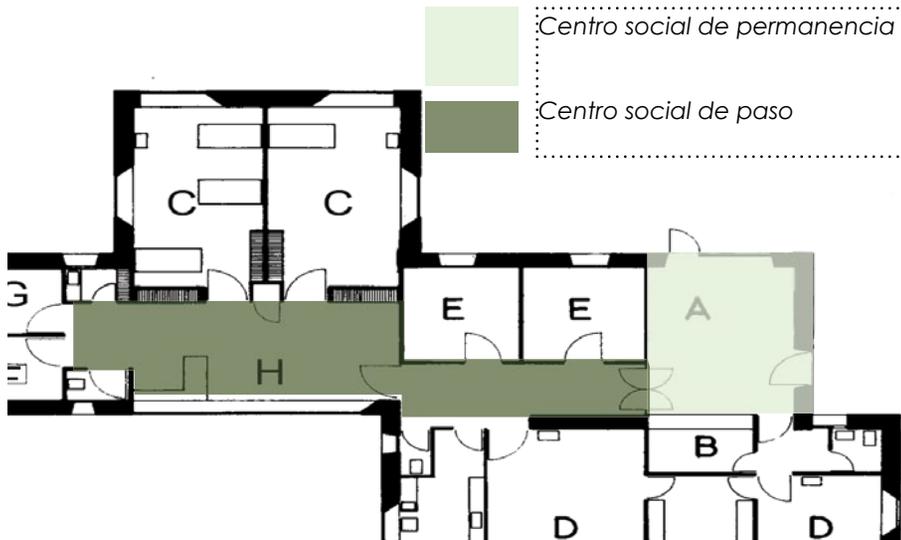




Luz natural

Que el orden espacial de la volumetría busque la orientación hacia la luz natural de los espacios de permanencia, es decir, de interacción social.

El efecto positivo que ejerce sobre nuestro comportamiento la luz natural prima por sobre las condiciones negativas o forzadas que exige la luz artificial, pudiendo afectar el comportamiento de pacientes psiquiátricos.

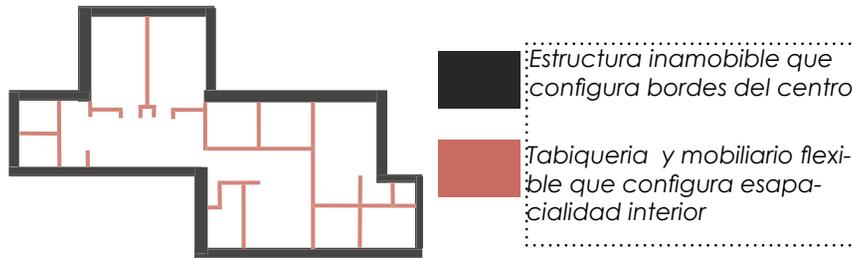


Jerarquía central

Dar jerarquía a centro social como espacio de mayor importancia dentro del volumen, hacia el interior y el exterior del edificio.

Estructura flexible

Que debe existir una estructura inamovible y otra flexible que busque **potenciar el programa en cuanto a calidad espacial que sea cambiante** incentivando la curiosidad y búsqueda de estar con el otro en comunidad de diferentes maneras de entender el espacio, ya sea, desde la apropiacion del espacio a nivel personal, familiar y comunitario.



Acontecer básico

El programa debe contemplar los actos básicos que potencian la integración del paciente, actividades como; conversar, observar su contexto inmediato y la gente que lo rodea, entablar una conversación, estar relajado al momento de atenderse con profesionales.



IV_ REFERENTES



Sowa Unit

Arquitecto: Kensuke Watanabe

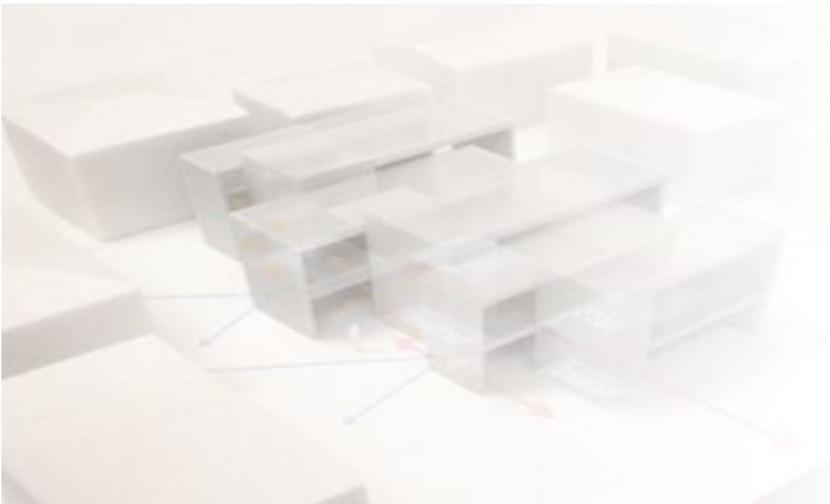
Ubicación: Saitama, Saitama Prefecture, Japón

Área: 288.84 m²

Año Proyecto: 2010

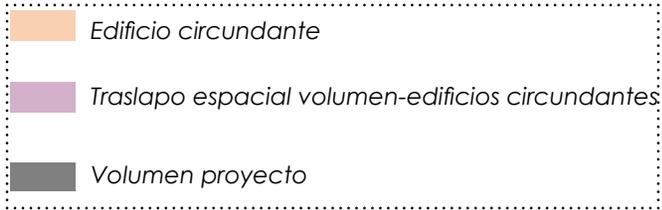
Hacer parte el exterior al interior del proyecto.

El enfoque de diseño busca estimular y alentar a los discapacitados. El proyecto se dispone a generar espacios abiertos, animando a sus usuarios a estar física y visualmente conectados con otras personas.

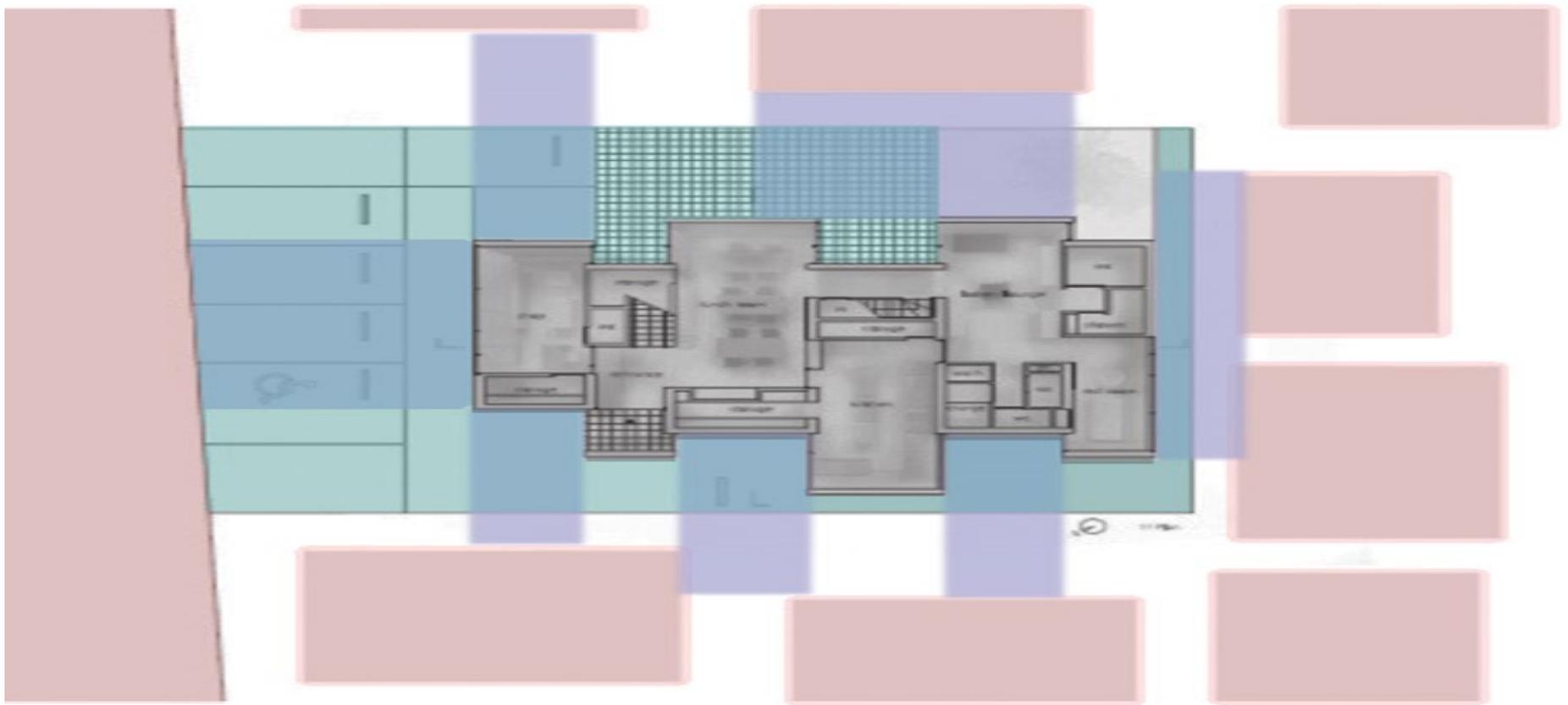


El edificio se compone de seis bandas que se van desplazando y cambiando su posición. Esto permite que la actividad y el espacio interior del edificio puedan ser conectados entre sí o hacia la calle y la ciudad, al mismo tiempo de mantener una cierta distancia hacia los edificios vecinos.

El programa de carácter público, cafetería, comedor, oficinas o salas de trabajo de formación se encuentran orientados hacia la calle y poco a poco se hacen más privados al avanzar al final del edificio.



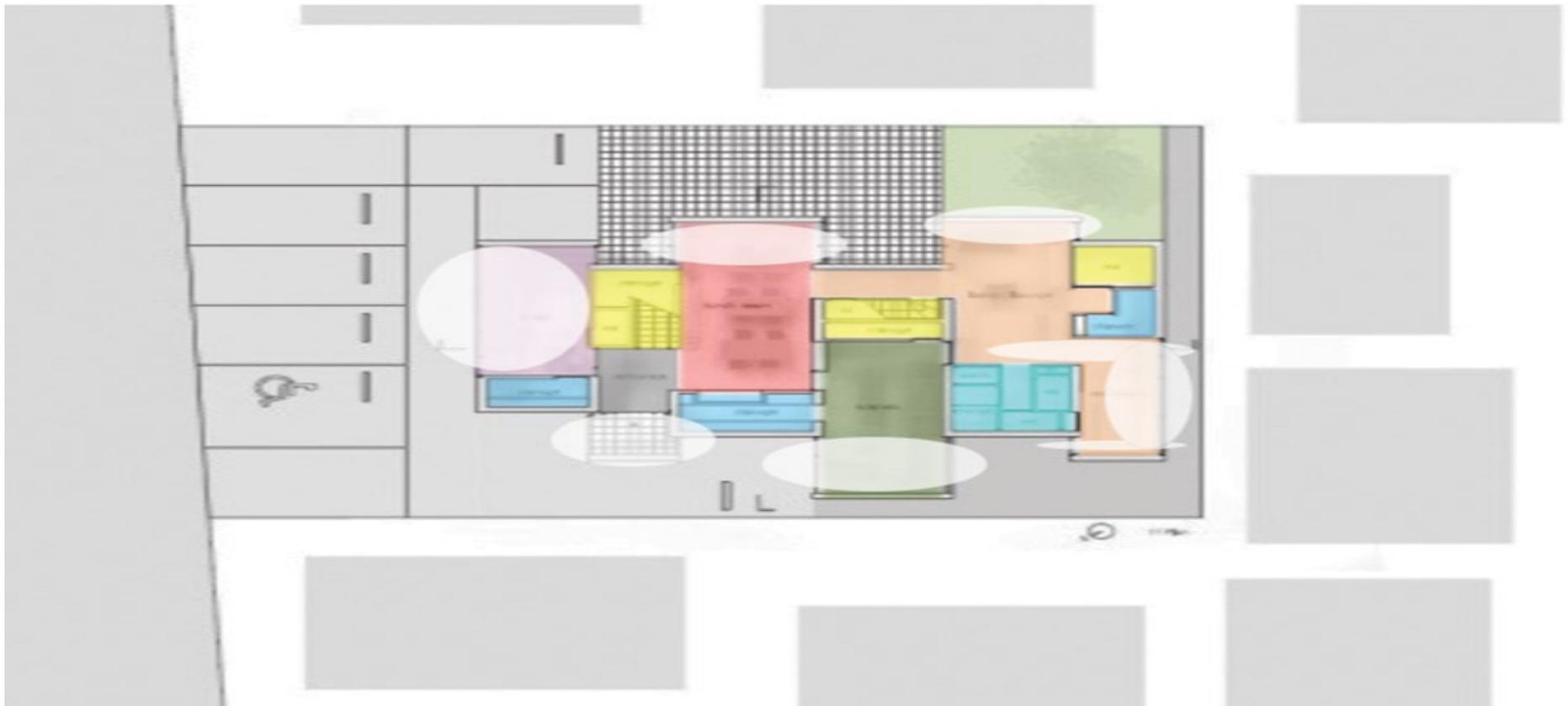
Existe una relación directa del medio construido que rodea el centro de rehabilitación y su espacialidad interior, donde volúmenes circundantes se traslapan entre si y hacia el centro, se genera un vaivén de situaciones espaciales como el enfrentamiento y retraimiento espacial.





 Paisajismo	 Comedor
 Caja escalera-bodega	 Cafeteria
 Talleres	 Closets
 Baños	 Hall

El hecho que exista este traslazo a nivel de volumetría y contexto inmediato, determina espacialmente que en el interior del edificio se desarrollen actos de carácter público y semi privado, donde la gente que no va al centro de rehabilitación si puede ver lo que sucede en su interior e incluso caminar por entre los espacios arrinconados a la vista que muestra el volumen.





Residencia Y Centro De Día Para Disminuidos Psíquicos

Arquitecto: Aldayjover

Ubicación: Gran Vía 970, Barcelona , España

Área: 2,098 m2

Año Proyecto: 2010

El patio como elemento articulador de espacios.

Centro especializado y específico destinado a personas con enfermedad mental crónica. Edificio entorno a un patio ajardinado en los distintos niveles. Se manifiesta a la calle como un paramento enigmático, un lienzo de celosía coronado por un jardín que se convierte en protagonista de la imagen exterior, en una actitud reconocible en muchos rincones de Barcelona.



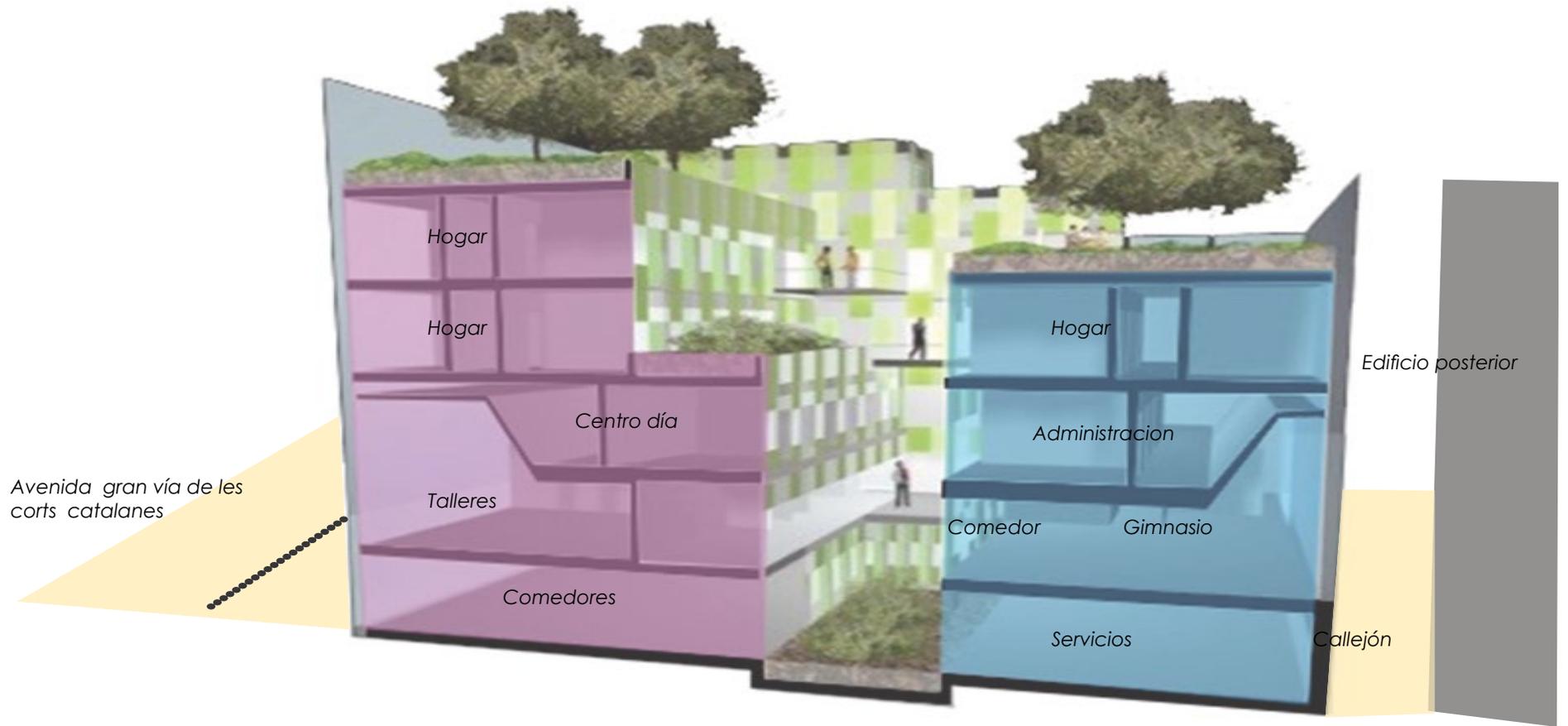
Este patio parte longitudinalmente el edificio en dos volúmenes desiguales en las plantas inferiores, y no sólo articula volúmenes y usos sino que se convierte en la referencia fundamental para la orientación de los usuarios dentro del centro

Los espacios de la residencia y centro de día y, en especial, las circulaciones y espacios comunes, se estructuran a un patio de la mayor longitud posible y que se va escalonando, ampliándose en los niveles superiores.



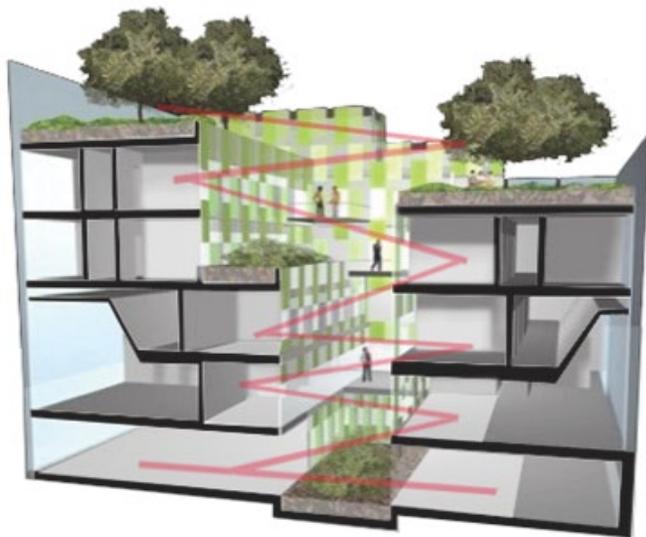
-  *Area que responde hacia espacio publico*
-  *Area que responde hacia espacio privado*

El edificio se divide en dos espacios vinculados hacia el área privada y pública; donde el vuelco hacia lo público toma mayor proporción en altura y en cantidad de niveles a diferencia de su frente privado, donde el espacio se comprime y cierra hacia el jardín interior.





El jardín interior no es tan solo la excusa de la integración a través de la naturaleza, sino que espacialmente permite un rebote de la iluminación natural, donde los espacios se preceden uno de otro, manteniendo una relación formal en la trama vertical entorno a este patio central.



Rebote espacial de luz natural hacia el interior del edificio



La proporción del volumen del proyecto en relación al contexto inmediato, es de escala residencial, que responde a edificios de menor altura a la escala que se aprecia de color amarillo que responde a la zona céntrica de Barcelona.



Escala urbana



Asoleamiento



Escala residencial en altura



Proyecto



El proyecto enfrenta una vía principal, Gran Vía, donde la vegetación genera el cambio de percepción de lo público a lo privado, prevalece el silencio y las actividades al aire libre, a diferencia de las zonas cercanas, donde prevalece el trabajo, zona industrial y lo turístico, zona centro.



- Arboles de mediana altura que marcan borde de la avenida
- Espacio público para uso deportivo-recreativo
- Vías principales
- Vías secundarias
- Zona céntrica
- Zona residencial
- Zona industrial

Proyecto hombre

Arquitecto: Urquijo arquitectos

Ubicación: Santiago de Compostela, España

Área: 2996.0 m²

Año Proyecto: 2012

Volumen respetuoso de la condición mental

La respuesta de diseño reconoce el papel del paisaje, la naturaleza y el rol de la comunidad en apoyo a la salud.

Éste optimiza los beneficios terapéuticos de la luz natural, el acceso a la naturaleza, y las vistas al horizonte del parque y la ciudad circundante para asegurar que los pacientes y el personal se sientan constantemente conectados con el mundo exterior.





Centro de día para enfermos de Alzhéimer

Arquitecto: Cid y Santos

Ubicación: Pontevedra, España

Área: 497.0 m²

Año Proyecto: 2006

Concepto de materialidad translúcida, hacer parte el exterior hacia el interior

El proyecto pretende huir de un centro gueto, facilitándoles un entorno cálido, agradable, alegre, con fuertes referencias visuales y, sobre todo, con una relación amable con el exterior, tanto desde el punto de vista del usuario, como del transeúnte.

En la fachada con frente a una pequeña plaza, de carácter casi privado, aparece únicamente una piel de vidrio de color que tamiza la luz en una escala de verdes, y que combina bandas traslúcidas y transparentes. Los espacios interiores, contiguos a esta fachada, se bañan así de color configurándose una pantalla de apariencia vegetal en un entorno urbano.



.....

Centro de día

Arquitecto: Guillem Carrera

Ubicación: 43411 Blancafort, Tarragona, España

Área: 647.0 m²

Año Proyecto: 2013

Rehabilitación de lo existente

El presente proyecto consiste en adaptar la estructura existente de unas viviendas tuteladas a Centro de Día, modificando tramos de tabiquería y dotándolo de las instalaciones propias que requiere este tipo de edificación para conseguir cada uno de los principios básicos de comodidad para el usuario, economía de mantenimiento, funcionalidad y confort visual, así como una imagen representativa y atractiva relacionada con las fachadas tradicionales manchegas.

Resulta fundamental resolver de manera adecuada la dotación de las instalaciones necesarias para el correcto funcionamiento de un Centro de Día, pero también es imprescindible encontrar un sistema que permita la flexibilidad de uso, fundamental en estos casos, compartimentando zonas de dimensión controlada sin perder las ventajas que un espacio único de grandes dimensiones puede aportar.



.....

Centro de tratamiento

Arquitecto: G. Bang

Ubicación: Zaragoza, España

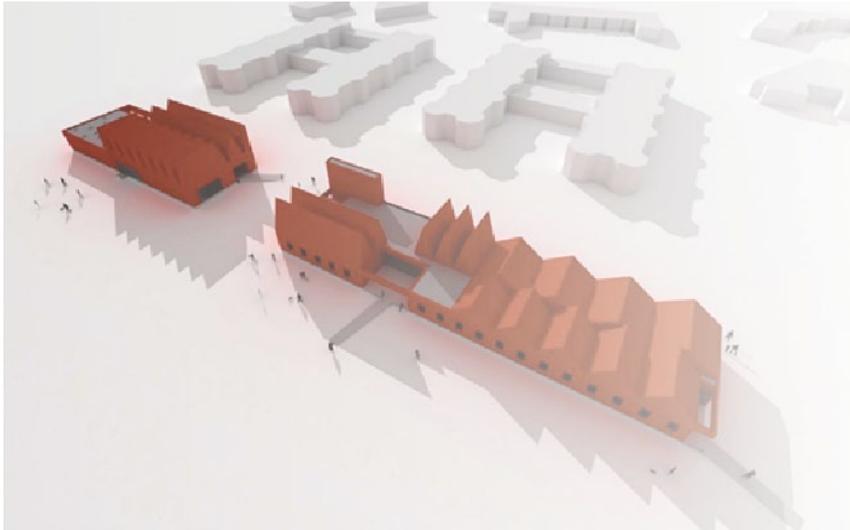
Área: 12000.0 m²

Año Proyecto: 2011

Tratamiento interior de la luz a través de la cubierta

Es un centro de apoyo para los jóvenes con problemas de conducta, e instalaciones que actualmente comparten con la sección de geriatría y, por la naturaleza de su tratamiento y la patología, era necesario llegar a ser independiente.

El techo, en su mayor parte, tiene forma de dientes, con pendientes variables - muy fuerte en algunos puntos - y refleja, desde el exterior, el grado de actividad mental interior en relación con el tipo de habitaciones que ocupan: el área de descanso o dormir con una pendiente de 60%, las áreas comunes o con una actividad máxima de pendiente de 240%.



Centro para el cuidado del cáncer

Arquitecto: Snohetta

Ubicación: Aberdeen, Aberdeen, Reino Unido

Área: 350.0 m²

Año Proyecto: 2013

Lo doméstico como recuperación

No es un centro de tratamiento, sino un lugar donde las personas pueden reunirse, conectarse y recibir ayuda y orientación. El edificio está concebido como un pabellón que configura zonas verdes.

La forma exterior suave envuelve la totalidad del centro y esculpe los espacios principales, mientras que los edificios interiores de madera generan habitaciones más íntimas.

El patio se encuentra en el corazón del centro y forma un espacio al aire libre aislado. Este patio está cubierto con una mezcla de superficies duras y blandas.

Las texturas y el corte de la hierba forma un patrón a gran escala que guía la forma del proyecto.



V_ENTREVISTA

Nombre: Patricio Alejandro Pizarro Bergeon

Edad: 38 años

Título Profesional: Psicólogo Clínico

Lugar de trabajo: COSAM (Corporación de salud mental)

Cargo: Psicólogo y Jefe Subrogante

Experiencia: 10 años en sistema público y privado



La entrevista se desarrolló en Cosam de Concepcion, en un espacio domestico, donde los pacientes se topan con personal de aseo, salud y psiquiatras que mantienen una relacion familiar dentro del espacio.

La manera de abordar la entrevista fué en base a; **aclarar la manera en como debemos entender a un paciente con enfermedad mental**, dejando de lado muchos prejuicios, donde pocas veces nos detenemos a reflexionar si realmente como sociedad somos un aporte para estas personas.

Luego de comprender el **qué y cómo se desarrolla un paciente con enfermedad mental, se interioriza en como el espacio afecta su comportamiento**, siendo de vital importancia, ya que, éste moldea la manera desintegradora por la que atraviesa el paciente con enfermedad mental.

Las conclusiones obtenidas de la entrevista son:

I_Mantener un ambiente domestico espacial y socialmente.

II_Entender que hay pacientes con sistema degenerativo grave que no son aptos para la integracion social.

III_Que la comunidad juega un rol primordial en la integracion social del enfermo mental.

¿Qué significa ser paciente psiquiátrico?

R= Más que paciente psiquiátrico es mejor decir un paciente con enfermedad de salud mental, mira lo que vemos acá y se trabaja acá (COSAM) son pacientes con enfermedad mental de gravedad moderada a severa, ésa es la forma en que los clasificamos, a diferencia del consultorio que llegan pacientes con enfermedad leve acá se atienden a los pacientes graves.

Y que significa ser un paciente con problema psiquiátrico, bueno es un paciente que tiene una dolencia tal como física de un punto de vista mental emocional que los acoge en un determinado tiempo, hay un dicho que siempre les decimos acá que es "no hay salud sin salud mental", porque toda patología incluso biológica cruza con el tema mental, por ejemplo un paciente con cáncer que no tiene nada que ver con psiquiátrico cierto, si no tiene una actitud positiva con respecto al tratamiento las probabilidades de éxito bajan mucho.



Entonces es alguien a quien le aqueja el estar pasando por un trastorno mental de moderado a severo y que sienta que no puede resolverlo por si solo, que lo viene arrastrado hace mucho tiempo, que le afecta a síntomas físicos como ansiedad, angustia, trastorno del sueño, etc.

¿Qué pacientes pueden integrarse a la comunidad que lo rodea sin verse afectadas ambas partes?

R=Todo paciente con trastorno de salud mental, cualquiera sea tiene derecho y tiene la posibilidad de integrarse. Sacando los trastornos antisociales severos, la psicopatía, los trastornos sexuales como la pedofilia que si son un peligro para la sociedad más allá de lo psiquiátrico, un paciente esquizofrénico compensado que sufra esquizofrenia paranoide, que escuche voces y psicótico y sea violento siendo compensado con tratamiento farmacológico y terapia puede integrarse, tener trabajo o seguir estudiando.

¿Cómo es la integración que aquí ofrecen?

R=Tenemos pacientes con un tema adaptativo y pacientes de drogodependencia, como droga y alcohol

y después los clasificamos dentro de otras patologías, entonces la integración es lo que buscamos finalmente Wy que el paciente no consuma más droga y alcohol, no tengan mas alucinaciones y este mirando el techo en su casa, sino que se integren.

Trabajamos con fundación **INTEGRA**, con centros de capacitación, con nivelación de estudios para formación de gastronomía cosas así.

Hay que entender que incluso una persona con esquizofrenia o bipolar que ha pasado 20 años en situación de calle con una esquizofrenia no tratada y eso produjo un deterioro cognitivo ya hay un daño secundario, cognitivo, de concentración existe un daño orgánico difícil de integrarse a la sociedad.

Pero un paciente que es detectado con una esquizofrenia, trastorno bipolar, problemas de adaptabilidad, crisis de pánico antes de los 20 años y es tratado sin duda que su integración es mayor y mejor a las de los pacientes anteriormente mencionados.

En el fondo estas personas nunca estuvieron fuera de la sociedad, solo que tuvieron más problemas para desarrollarse dentro de ésta pero eso quita que se les aleje y aisle de la sociedad en mayor y menor medida según cada caso.

¿Qué significa la rehabilitación del paciente psiquiátrico?

R: Por ejemplo un paciente que nunca fue tratado y se trata, su rehabilitación radica en que ya no tenga mas alucinaciones y que pueda tener un funcionamiento normal afuera en la universidad y tener un trabajo con altas exigencia, quizás no pueda. Existe una relación entre la detección, el daño generado y el tiempo de rehabilitación que miden la posible rehabilitación e integración a la sociedad.

¿Es importante para el paciente sentirse parte de la comunidad que lo rodea?

R: si, en la mayoría de las patologías como crisis de pánico que no son patologías tan severas si necesita sentirse parte de la comunidad.

No es lo mismo un paciente esquizofrénico que es detectado a tiempo con una familia funcional que lo rodea y con la intención de estabilizarse, a un paciente esquizofrénico alcohólico en situación de calle que merodea el hogar de cristo con cero tratamiento y claro uno se pregunta cómo poder integrarlo de una manera más limitada por su condición.

Por ejemplo un paciente con trastornos psicóticos durante toda su vida y que luego del tratamiento se genera un "despertar", donde ahí se da cuenta realmente de lo que perdió, de su familia y eso es muy chocante para ellos y viene el tema de la culpa y de hacerse cargo de eso.

¿Existe alguna relación entre el lugar físico donde se trata al paciente y su comportamiento?

R: si, la política del Ministerio de Salud es acercar los dispositivos de salud mental a la comunidad, por ejemplo aquí, no está muy bien diseñado el letrero COSAM, pero es porque no puede haber afuera un letrero que diga COSAM centro salud mental para pacientes psiquiátricos porque ya existe un estigma en ese sentido, no para los vecinos sino para el paciente que viene al centro, no es lo mismo sentarse acá (salas pequeñas y cómodas) que sentarse en el hospital.

Existen COSAM en Concepción, San Pedro, Coronel, Lota, Talcahuano, Hualpen, porque la idea es que la gente no tenga que ir a un hospital psiquiátrico como el que hay en Concepción al costado del Hospital Regional, donde tú al llegar ya sientes una energía negativa

y acá en general no sucede esa situación, no se siente intimidado en un lugar donde todos se saludan y existe cercanía entre paciente y profesional.

Acá no se da eso de estar tratado a un paciente con un tema anímico y en la sala de al lado se esté tratando de contener con camisa de fuerza a otro paciente, si hay pacientes que llegan descompensados pero se da 3 veces al año.

¿Cuáles son según su experiencia los factores físicos que afectan el comportamiento del paciente?

R: Por ejemplo los lugares oscuros es donde hay más depresiones, como la gente que la padece en época de invierno por la poca luz etc., Aquí no se exige más que la seguridad para el paciente, para el profesional, que las ventanas no sean transparentes sino sean translucidas para generar esa intimidad entre paciente y profesional.

La proporción es otro tema que produce una cercanía con el paciente, al ser un espacio acotado se siente todo mas cercano incluso con personal de aseo, paramédicos porque todo se topa dentro de este lugar reducido, además del tema físico con cierta cercanía donde tú te bajas de la micro y llegas en menos de una

cuadra acá, en una de las arterias viales de Concepción como lo es O'Higgins, entonces estas cerca del centro, no te sientes excluido en cierta forma y eso es a lo que apunta este centro comunitario que este inserto dentro de la comunidad.

¿Cuáles son los pacientes a los que más le afecta el espacio donde son tratados?

R: La verdad que al menos en estas dependencias o he tenido ningún paciente que haya tenido alguna descompensación por un tema físico, pero desde mi experiencia te podría decir que la poca luminosidad en hospitales psiquiátricos se repite ya que por lo general son edificaciones antiguas rehabilitadas para hospital psiquiátrico.

Yo resumiría claustrofóbicos sin duda, trastornos ansiosos obsesivos compulsivos o severos también podrían tener crisis de pánico en lugares muy encerrados, lugares poco iluminados afecta los trastornos de ánimo.

¿Cuál es el paciente que más se da en Concepción y necesita mayor rehabilitación?

R: Yo creo que en ese sentido y referente a las patologías que vemos es que deben ser los de dependencia

a drogas y alcohol, porque a ver, el trastorno del ánimo más el trastorno adaptativo, uno se da cuenta que no tuvieron problemas anteriores de chocar con el mundo entero, se estudiaba, se trabajaba y funcionaba para la sociedad por así decirlo, en cambio un paciente con adicción alcohol y drogas se ve más deteriorado y estigmatizado en ese sentido son los que más lo necesitan.

Es gente que de una u otra manera en su adolescencia conoció gente que le ofreció sustancias como marihuana y alcohol y el tema familiar también los afecta y se crea un círculo vicioso para toda su vida si no es tratado.

Por eso hay muchos recursos que nos llegan a nosotros para pacientes como ellos para que sean integrados, como con fundación Emplea y otras instituciones para poder incorporarlas, hay mucho de eso.

¿Y el segundo paciente que necesite integración?

R: Lo que pasa que la integración tiene que ver también con que más allá de la patología, tiene que ver con diferentes puntos para poder rehabilitarse como;

- I. Capital físico
- II. Capital humano
- III. Capital social

Y ahí uno va midiendo según baja, media y alta necesidad de integración.

¿Qué enfermedad mental va en aumento dentro de nuestra población?

R: La depresión, porque somos un país ansioso y con religiones católicas, nos sentimos culpables, somos un país con poca cantidad de horas para el tiempo libre y falta de espacio para relajarse, el sedentarismo y el deporte, yo creo que es una combinación de factores, el sedentarismo y la alta exigencia de trabajo entre otras.

VI_ ANÁLISIS LUGAR

Condiciones de emplazamiento

De acuerdo a todo lo analizado, de referentes, analisis bibliografico y historia arquitectónica, se pueden dilucidar las siguientes condicionantes requeridas para el tipo de usuario:

I_Estar inserto en una comunidad dinámica.

II_Evitar pendiente del suelo, para mantener una relacion horizontal en el trato y el espacio.

III_Cercania con el centro de la ciudad para sentirse parte de éste, evitando su bullicio.





Eje Manuel Rodríguez



Plaza Cruz



Cerro Amarillo

Contexto comunal

Dentro del contexto comunal, destaca el Barrio Cruz y Condell como posibles lugares, se decide ocupar el Barrio Cruz, debido al hecho de estar retirado del centro de Concepción, pero sintiéndose parte de éste por la cercanía vehicular y peatonal que presenta.

Contexto de barrio

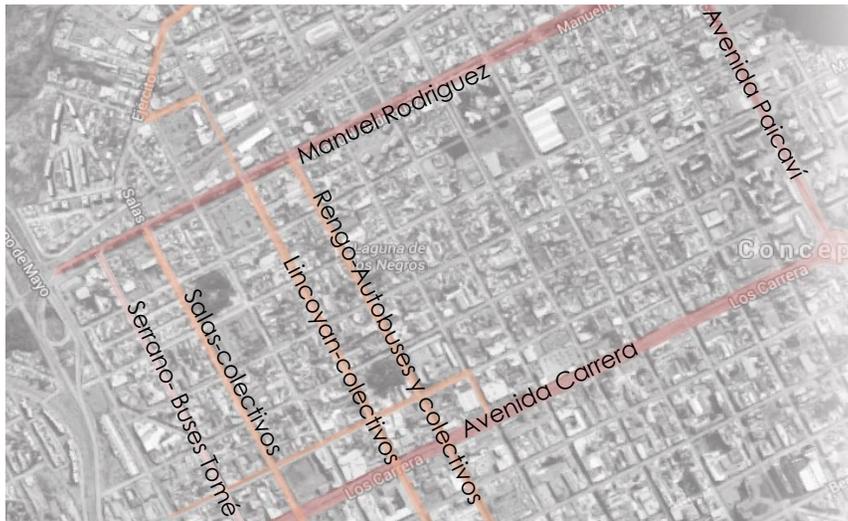
Cercanía a borde vegetal como elemento de desconexión para el paciente con enfermedad mental, tales como;

I_Eje Manuel Rodríguez

II_Plaza Cruz

III_Cerro Amarillo





Cercanía a locomoción hacia centro de Concepción y otras comunas como; Penco, Tomé y Talcahuano.

Se presentan vías principales como Eje Manuel Rodríguez, Avenida Carrera y Paicaví y vías secundarias por donde circulan autobuses y colectivos.



Zona alejada de la zona industrial existente hacia Paicaví, con presencia de galpones y edificios de inmobiliarias que escapan de la escala de barrio, y dificulta la orientación del paciente por la falta de hitos de referencia como la plaza Cruz que marca un eje configurador dentro del barrio.

**USOS DE SUELO ZONA HR1
(barrio: Centro Poniente)
USOS DE SUELO ZONA HR1**

TIPO DE USO	Permitidos - Condicionados - Prohibidos
RESIDENCIAL	Permitido
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Permitido con *4: Talleres incensivos; lo restante prohibido
INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE	Prohibido
EQUIPAMIENTO	
CIENTIFICO	Permitido
COMERCIO	Permitido con las siguientes condiciones: Venta de Combustibles, Estaciones o Centros de Servicio Automotriz con *4 y *9; Centros Nocturnos, Discotecas, Pubs y Bares con *1
CULTO Y CULTURA	Permitido
DEPORTE	Permitido
EDUCACION	Permitido, excepto Liceos, Colegios y Escuelas, los que se permiten con *7
ESPARCIMIENTO	Permitido, excepto Juegos Electrónicos, los que se permiten con *1
SALUD	Permitido
SEGURIDAD	Permitido
SERVICIOS	Permitido
SOCIAL	Permitido

*4 Sólo asociando su actividad a comercio *7 Con proyecto que resuelva la detención vehicular sin afectar el tránsito de la vía que enfrenta
*9 Sólo con Amortiguador Ambiental

**EDIFICACION ZONA HR1
(barrio: Centro Poniente)**

CONDICIONES DE EDIFICACION ZONA HR1	
SUPERFICIE PREDIAL MÍNIMA	700m ²
COEFICIENTE MÁXIMO DE OCUPACIÓN	0,8
COEFICIENTE MÍNIMO DE AREA LIBRE	No se exige
COEFICIENTE MÁXIMO DE CONSTRUCTIBILIDAD	8,5
ALTURA MÁXIMA DE EDIFICACIÓN	30,00m+ piso de retiro
SISTEMA DE AGRUPAMIENTO	Continuo hasta 24,00m de altura Aislado sobre la continuidad
ALTURA MÁXIMA DE CONTINUIDAD	24,00m
LONGITUD MAXIMA DE CONTINUIDAD	60% del deslinde
ADOSAMIENTO	Se permite
PROFUNDIDAD MÍNIMA DE ADOSAMIENTO O CONTINUIDAD	No se exige
DISTANCIA MÍNIMA A LOS DESLINDES	4,00m, volumen aislado, sólo para edificio colectivo en altura
ANTEJARDÍN MÍNIMO	2,00m
RETRANQUEO MINIMO DE LA LINEA OFICIAL	3,00m en 1° piso;
CONDICIONES ESPECIALES DE DISEÑO	Continuidad 24,00m Volumen aislado sobre la continuidad Se puede acoger a condiciones indicadas en Art. 40
DENSIDAD HABITACIONAL MÁXIMA BRUTA	No se exige

TIPOLOGÍA HR1 Barrio de renovación urbana, para la densificación residencial, con equipamiento mediano, menor y básico, con edificación continua de hasta 24,00m de altura, y con edificios aislados sobre la edificación continua.

**Análisis de normativa
Barrio ubicado en zona HR1, el cual permite:**

I_ Actividades de salud

II_ Superficie predial mínima de 700m²

III_ Coeficiente máximo de ocupacion de 0.8

IV_ Coeficiente máximo de constructibilidad de 8,5

Se cataloga como barrio de renovacion urbana, para la densificacion residencial, con equipamiento mediano, menor y basico.





Análisis macro

El barrio posee un orden de damero ortogonal como extensión de la trama urbana de Concepción.

La localización del barrio es primordial para que el paciente tenga un fácil acceso al proyecto, y se sienta parte activa de la ciudad y no un sujeto aislado de la vida urbana.

El barrio Cruz se encuentra inserto entre grandes avenidas tales como;

- Avenida Manuel Rodruiguez
- Paicaví
- Avenida Los Carrera
- Avenida Prat

Presenta un ritmo de calma, debido a su carácter residencial y la actividad comunitaria entre vecinos y eventos de convocatoria a nivel de ciudad.

Posee una connotación sanadora por los usos de acoger y cuidar al otro, debido a la existencia de centros como;

- Hogar de Cristo
- Cuerpo de Bomberos
- Hogar de ancianos
- Centro de sordo mudos



Hogar de cristo



Bomberos



Hogar de ancianos



Centro de sordo mudo

Análisis Local

Sitio esquina que busca hacer parte el acontecer del barrio al borde del proyecto. **La proyección horizontal hacia la plaza marca la primera forma del proyecto**, es hacia donde se abre y evidencia la condición de recibimiento del paciente, generando el acceso principal hacia ésta.

Se utiliza el concepto de la esquina, porque posee una doble lectura, ya que, se muestra al paciente en el acontecer del ingreso y egreso del proyecto, generando movimiento entorno a la esquina, y porque la forma del proyecto en sí permite que este acto de mostrar movimiento sea de forma leve, es decir, se le muestra en un grado menor ya que **el proyecto se vuelve un contenedor del acontecer y del mundo del paciente**.



Análisis acontecer

El acontecer esta dado por los usos de la plaza Cruz y sus esquinas, donde se genera el mayor dinamismo entre los vecinos.

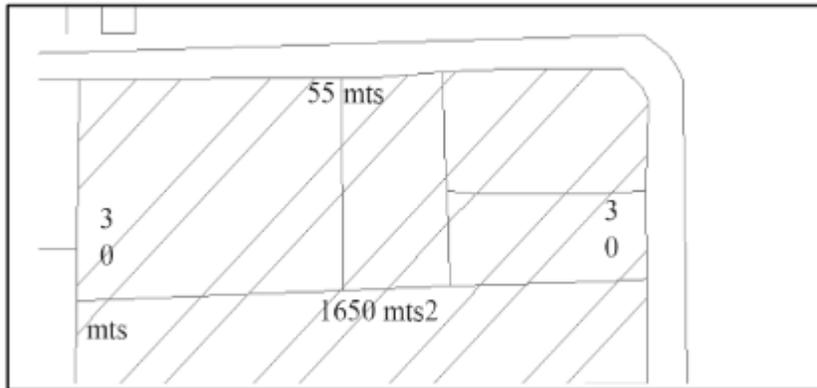
Es en las esquinas donde la gente se reúne, se cruzan y entablan conversaciones al ir a comprar en negocios de la esquina, ir a dejar a estudiantes al colegio Inmaculada Concepción, al ir a tomar colectivo.etc.

Las actividades giran entorno a la Plaza Cruz como eje articulador y centro espacial del acontecer de la vida de barrio.



Análisis de sitio

Corresponde a un sitio plano de geometría ortogonal, rodeado de volúmenes puros y recctos de altura media de hasta 5 niveles, y dispuestos de forma paralela entre sí, generando continuidad al borde de la manzana.



Análisis situación

La situación del barrio esta marcada por el paso del tiempo que va dejando huellas en la manera de apropiarse del espacio.

Antiguamente el barrio era concebido por construcciones con fachada completa que enfrentaban al usuario de manera directa a la vereda, hoy en día tras nuevos asentamientos, esta situación ha ido variando por la aparición del antejardín como elemento articulador entre el acontecer de la calle y el interior de la vivienda.

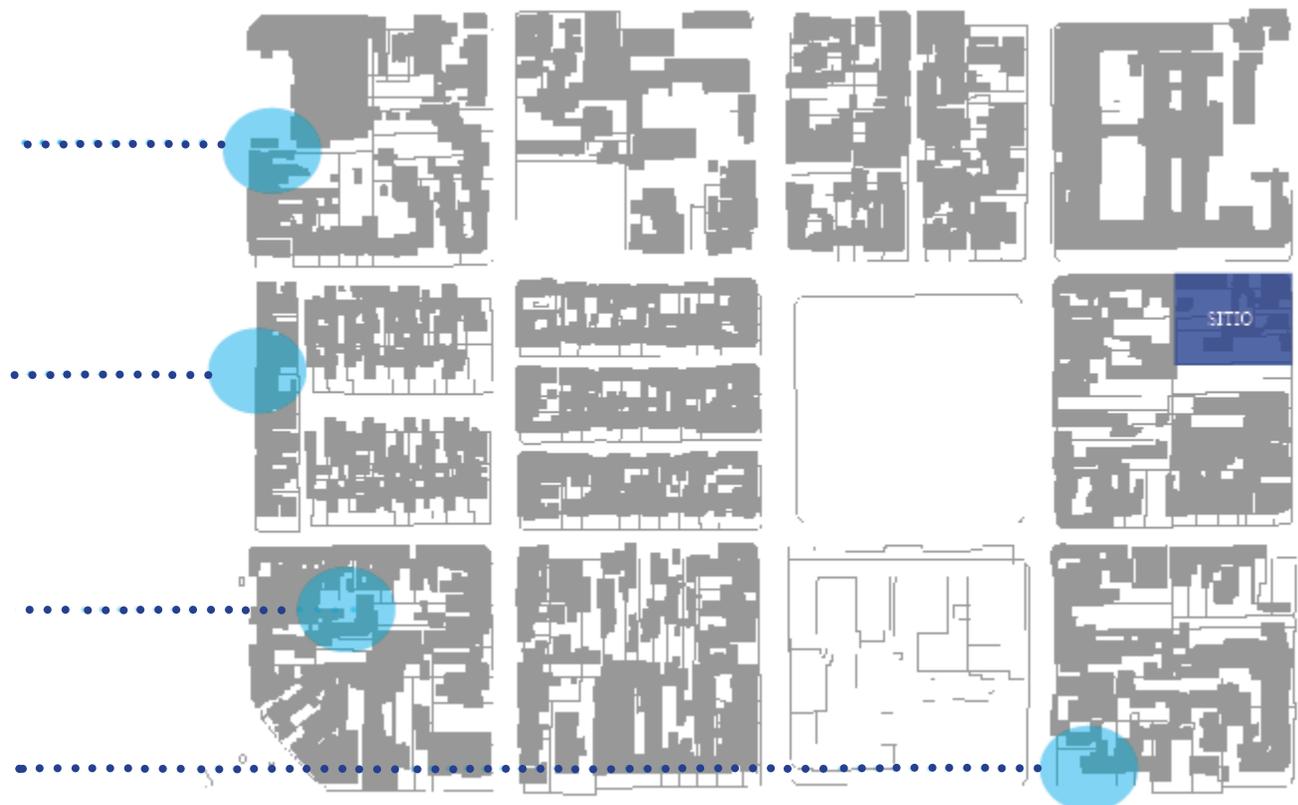
Entonces se presentan dos relaciones respecto del lleno y el vacío:

Lleno irregular: con retranqueo volumetrico que permite ver el antejardín y vacío posterior de vivienda /patio interior.

Lleno regular: con volúmenes que generan fachada completa cerrando el interior del predio.

Vacío central: generado por la contención de bordes construidos

Vacío frontal: a modo de antejardín.



VII_PROYECTO

Crítico



Ensimismado



Guía



Espera

Medio



Movimiento de cuerpo



Exteriorización del interior



Introspección

Leve



terapias



Acto como condicionante espacial

Necesidad de espacios controlados y de fácil acceso, que no perturben la orientación del paciente en el interior del proyecto. Espacio con mayor grado de privacidad respecto de los otros núcleos.

Necesidad de expresar el mundo interior a través de mayor uso del espacio (mayor amplitud).

Desarrollo espacial en base a la configuración de núcleos de desarrollo terapéutico que preconditiona las habilidades sociales (talleres donde el espacio aumenta según número de personas y el tipo de actividad a realizar).

Problemática

¿Cómo la arquitectura puede mejorar la condición de un paciente con enfermedad mental?



Solución

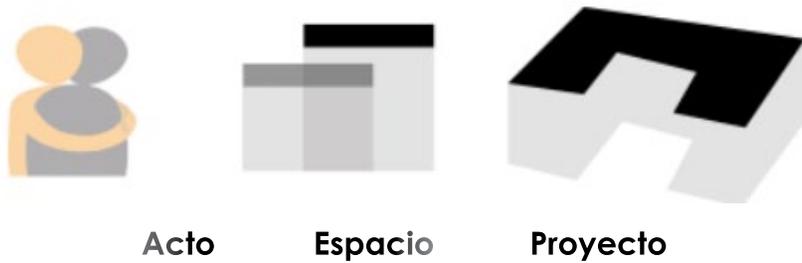
Generando un núcleo único, que brinde las condiciones necesarias para favorecer las relaciones de encuentro y socialización como método de sanación gradual del paciente. (escala huamana-domméstica, zona de permanencia desde leva a extendida, espacio acotado donde la cercanía entre las personas sea en un grado medio, que genere un acontecer que permita relacionarse un paciente con otro, pasando desde ese mundo individual a lo colectivo.



Idea arquitectónica

Crear un espacio de contención gradual del paciente entorno a un centro articulador



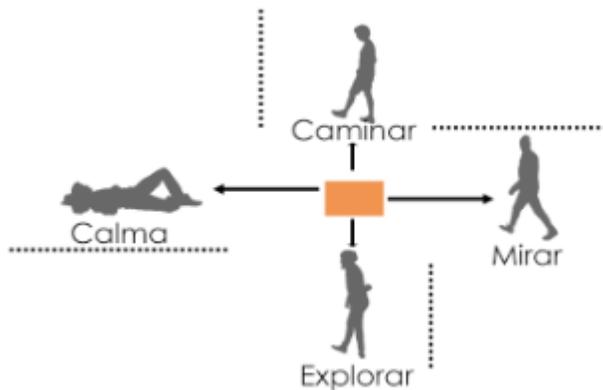


Conceptos

Contención: entendida como el **primer gesto del proyecto a través del abrazo que rodea al paciente** y lo sumerge en el interior del proyecto, alejándolo de la carga que trae al ingresar al proyecto.



Gradualidad: dada por la cantidad de espacio que el usuario es capaz de dominar según su estado de salud mental, (crítico-medio-leve), basado en dominio visual y espacial.



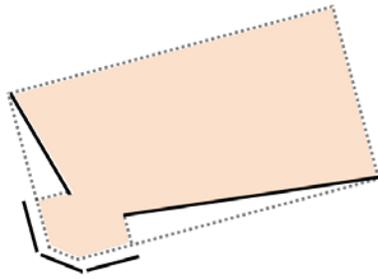
Centro articulador: espacio central que articula espacial y socialmente los diferentes aconteceres al interior del proyecto.



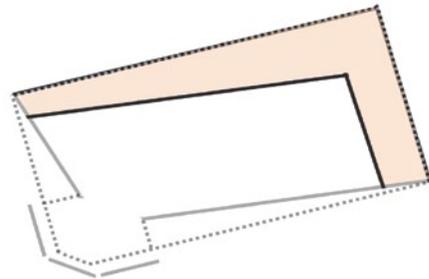
Estrategias proyectuales

Patrimonial: restaurar tres muros de fachada de vivienda de valor patrimonial (memoria colectiva).

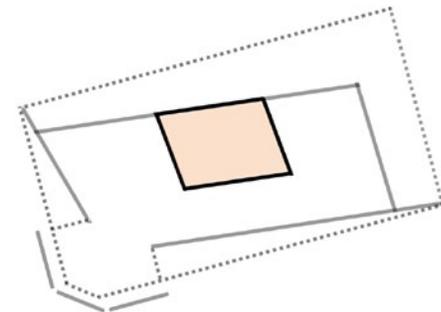
Giro de línea horizontal a diagonal, dando mayor importancia a vivienda pre-existente, diferenciando lo antiguo con lo nuevo.

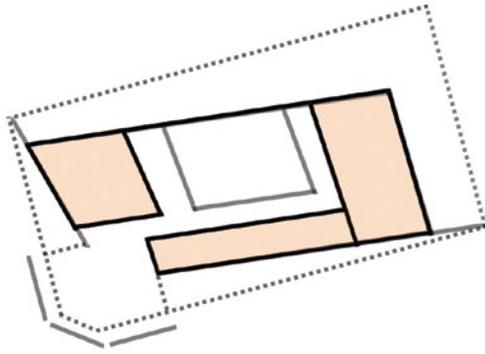


Patrimonial-patio: se toma en valor tipologías del patio de viviendas antiguas del barrio, generando un encuentro de actos informales; caminar por el borde del volumen, y actos espontáneos de relaxo hacia las medianeras, se convierte en un espacio de introspección, un encuentro consigo mismo y con los demás.

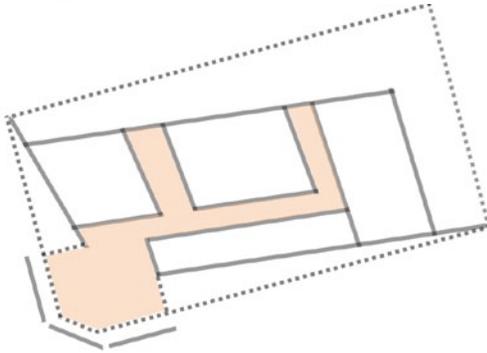


Núcleo central: se genera un centro jerárquico como elemento ordenador y unificador del proyecto.

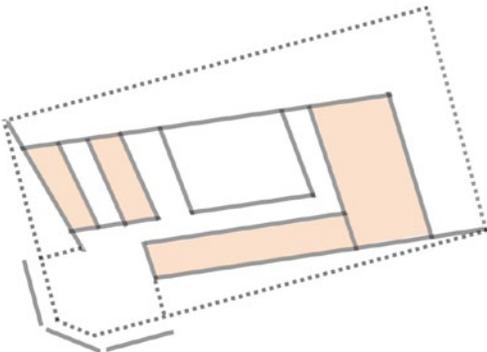




Núcleos de pacientes: se habla de núcleos terapéuticos, según gravedad del paciente, grado de cerramiento y apropiación del espacio.



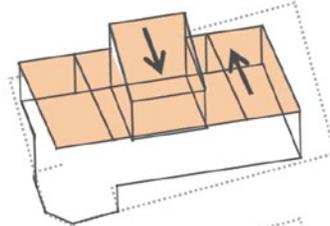
Corredor: espacio articulador entre los núcleos terapéuticos y núcleo central, a través de pasillo que articula recintos a los costados.



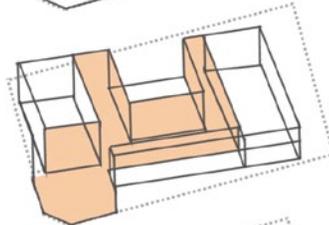
Tamaño del espacio: varía según la apropiación del paciente dentro del proyecto, cambio en plano horizontal.

Propuesta volumétrica

Cubiertas en sentido contrario

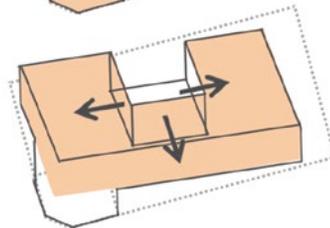


Cubiertas en un sentido



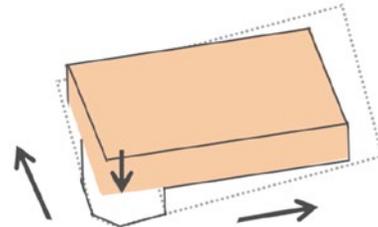
Distribución de núcleos

Corredor



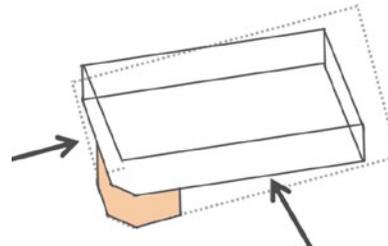
Vacío central

Continuidad



Segundo nivel se posa sobre preexistencia

Retraer



Giro

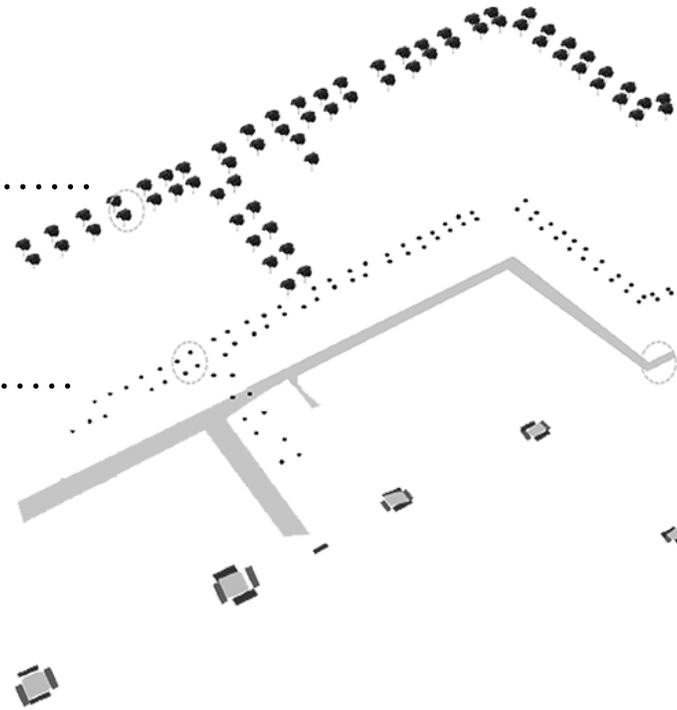
Retraer

Estrategia urbana

Mantener ritmo de calma con vegetación de altura media

Evitar uso de automovil con bolardos

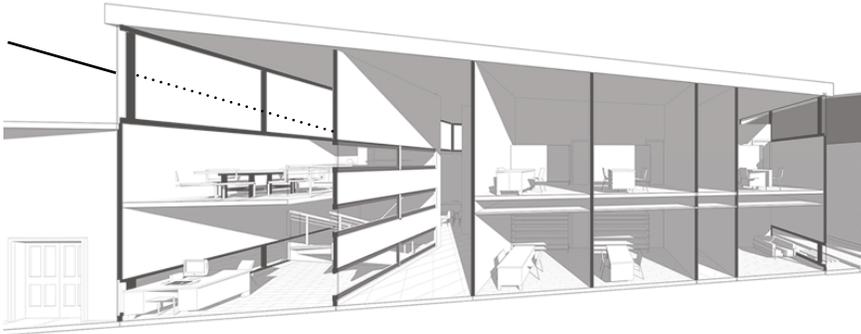
Ensanche de esquina para uso peatonal



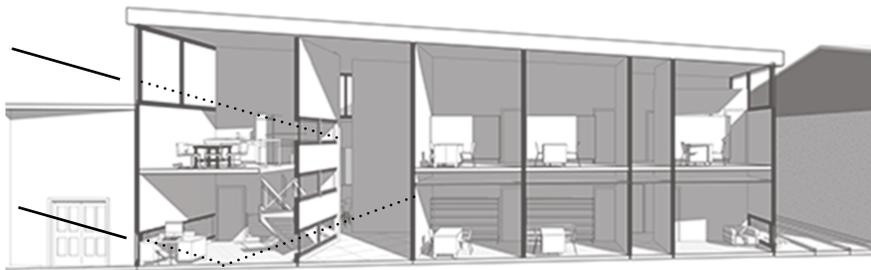
Consolidación de borde curativo de barrio Cruz en eje Joaquín Prieto



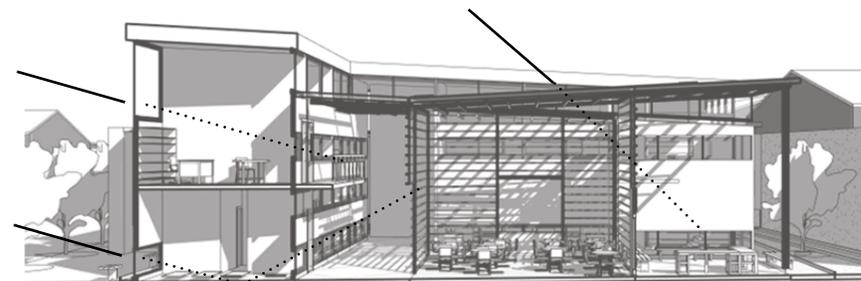
Luz diagonal



Luz diagonal e inferior



Luz cenital, diagonal e inferior



Sesgo

Dado por la captación de luz natural que esta presente en todo el proyecto, generando gradación lumínica de acuerdo al avance del usuario, de la penumbra a la claridad.

Se utiliza vidrio opacificado que va graduando el nivel de transparencia hacia el recinto.

Existen núcleos con opacificado mayor que actúa de forma translúcida, no se ve pero entra la luz natural al recinto.

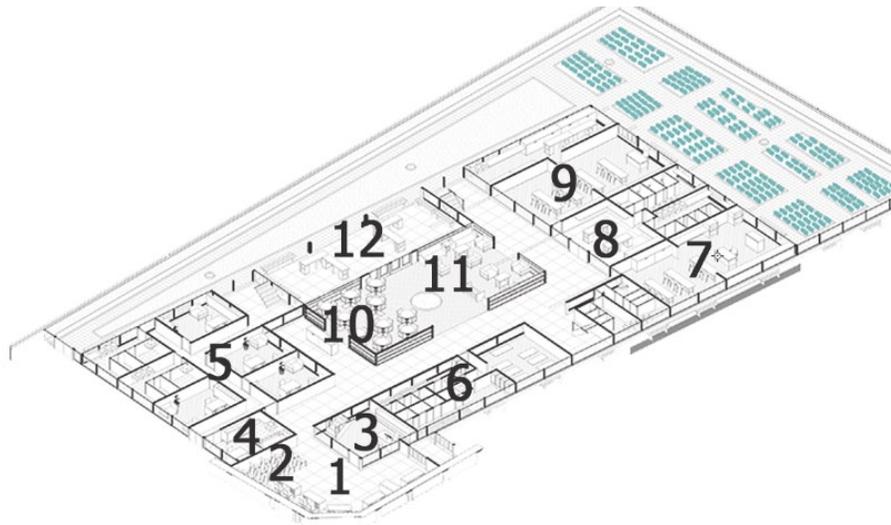
En cambio en talleres de núcleos leve esta opacificación se vuelve casi transparente.



Programa

Primer nivel

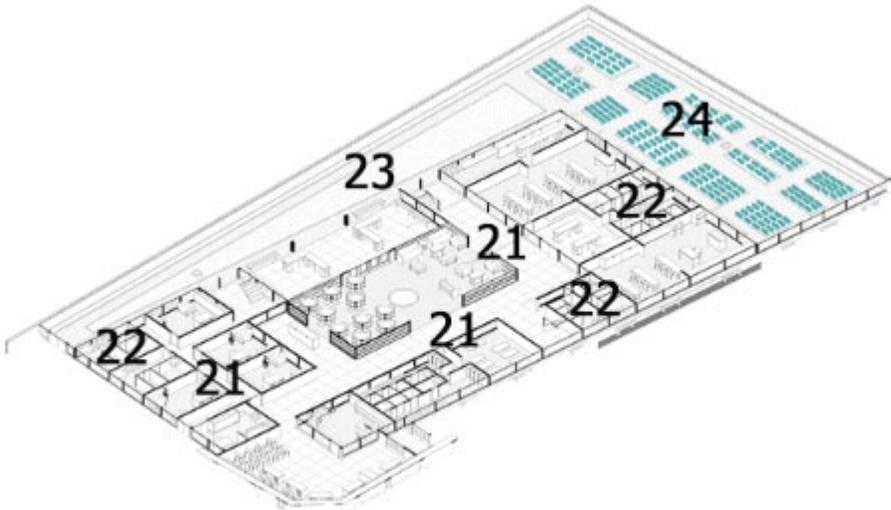
- 1_ Vinculación con el medio
- 2_ Recepción
- 3_ Administración
- 4_ Asistencia médica
- 5_ Salas de atención asistente social (6)
- 6_ Expresión corporal
- 7_ Taller de greda
- 8_ Acopio pre exposición
- 9_ Taller huerto
- 10_ Comedor-cafetería
- 11_ Sala de estar
- 12_ Exposición trabajos

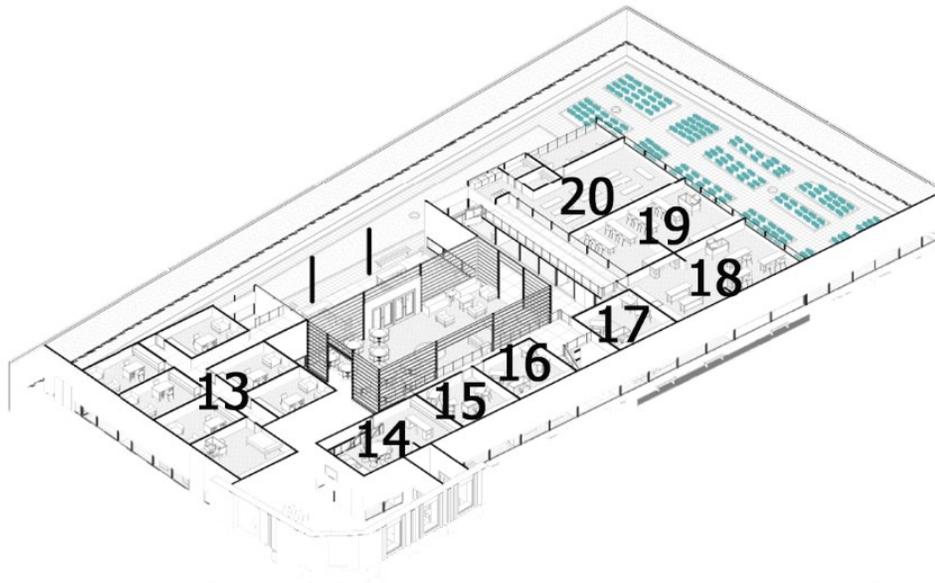


- 21_ Pasillos, circulación
- 22_ Núcleos sanitarios
- 23_ Patio distención
- 24_ Patio huerto

Total construido: 1829.37m²

Patio: 636.45m²





Segundo nivel

- 13_ Salas de psicólogos (7)
- 14_ Sala de profesionales
- 15_ Taller de lectura
- 16_ Taller de pintura
- 17_ Taller de poesía
- 18_ Taller de mimbre
- 19_ Taller de tejido
- 20_ Taller de meditación

Total: 408.24m²

Total proyecto: 2237.61m²



Gestión

Financiamiento y construcción por fondo FNDR, por impacto vial y urbano al barrio.

Financiamiento a través del ministerio de salud

Carga de ocupación

Capacidad diaria:

Aproximado de 240 personas al día

215 pacientes + 20 profesionales + 5 personal de aseo

Simultaneidad:

Aproximado de 30 personas por hora.

Corresponde a un equipamiento con escala menor entre 250 y 1000 personas.



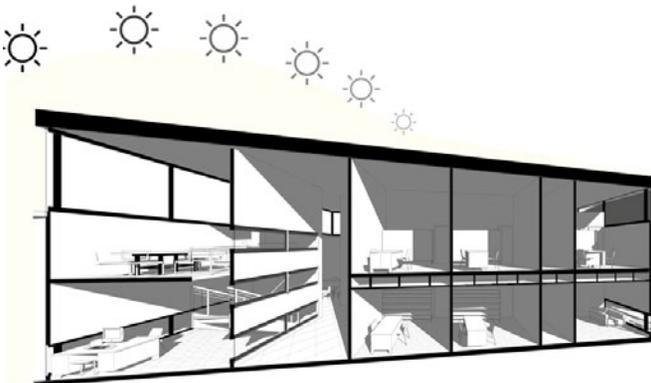
Criterio de sustentabilidad

Recolección de agua lluvia: se plantea integrar este sistema para regadío de cultivo de verduras en huerto y en espejos de agua (por avenida Joaquin Prieto y por borde medianero)

Para dicha recolección se propone un espacio soterrado para acopio de agua en tanque de recolección y sistema electrógeno con su respectiva sala eléctrica.



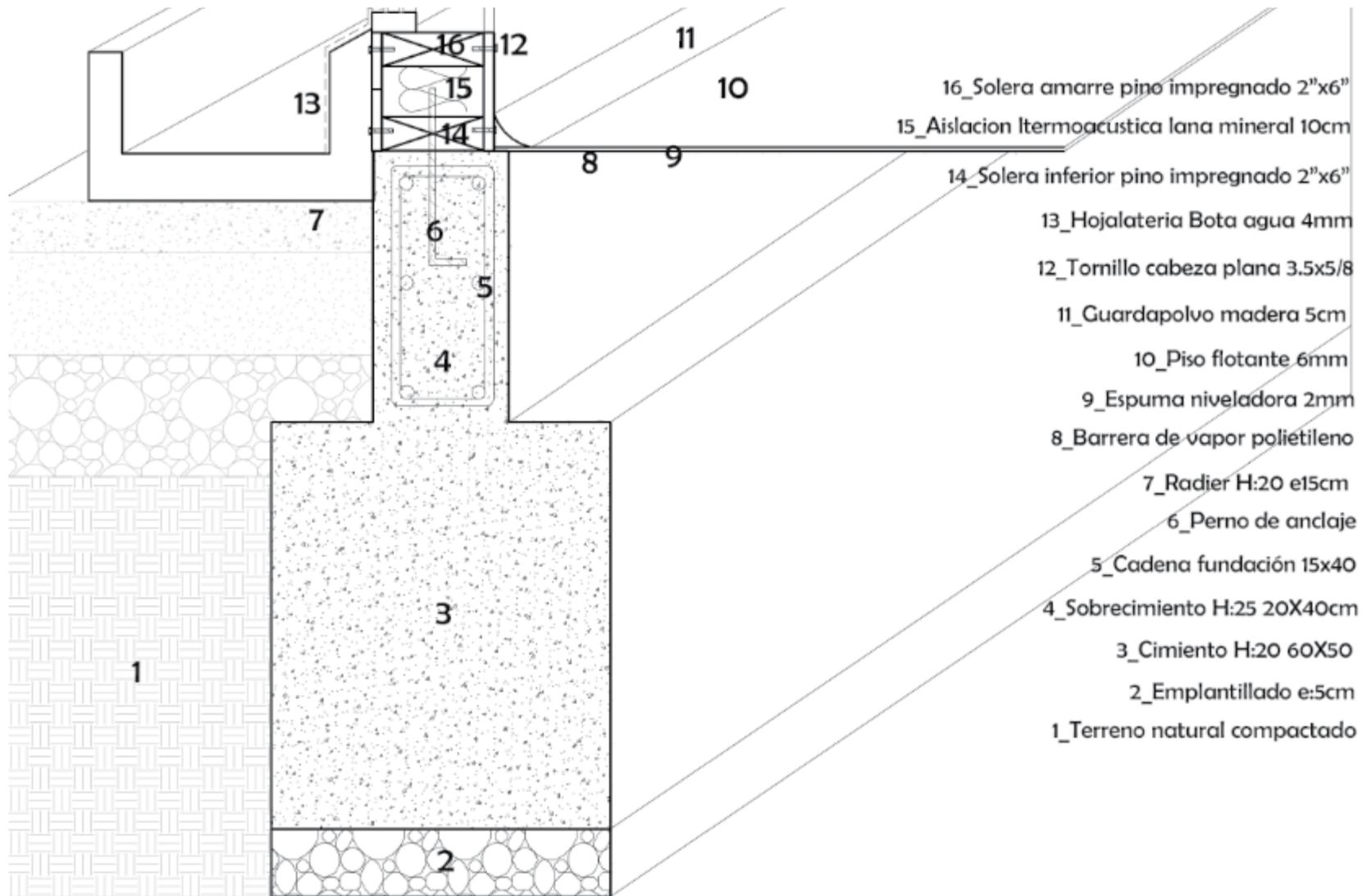
Orientación: El volumen se gira y orienta hacia el Norte, actuando como sistema solar pasivo que ilumina el interior de los espacios de forma continua.



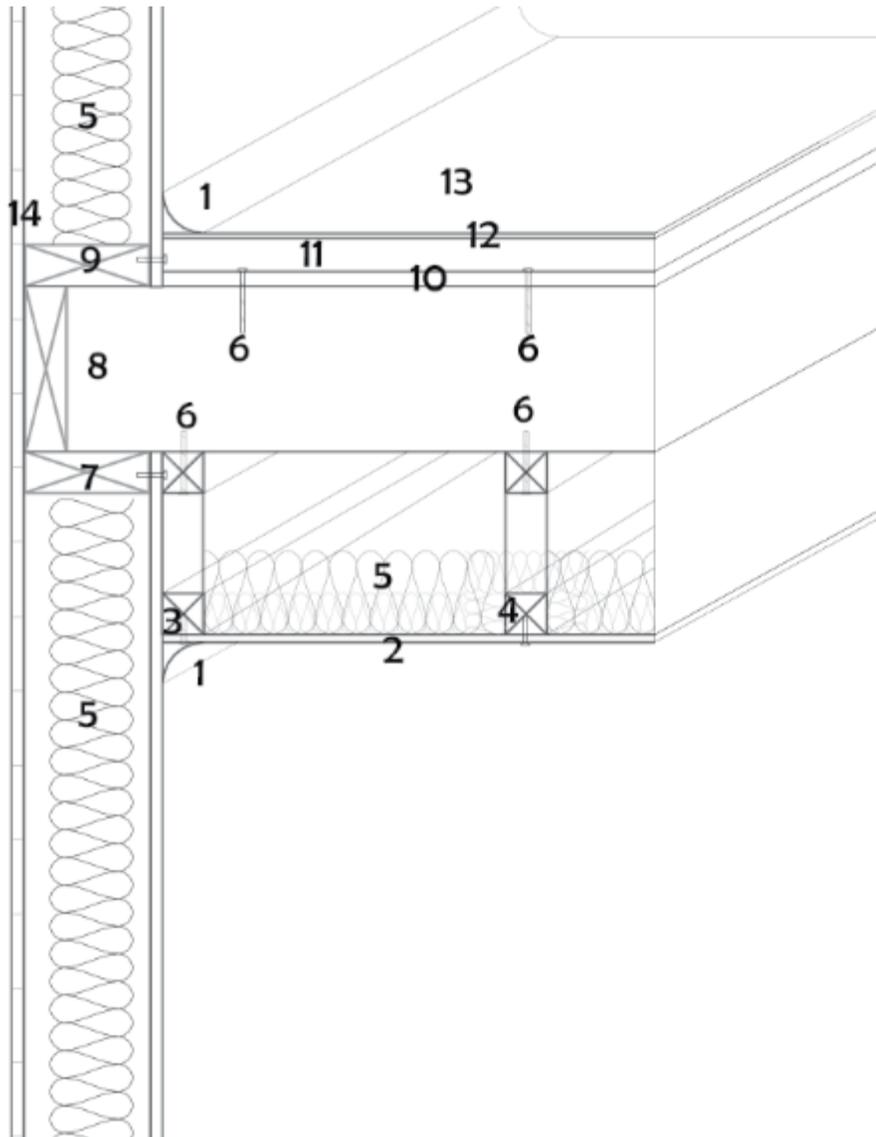
Ventilación cruzada: la existencia de desniveles entre los tres tipos de cubierta permite implementar ventanales abatibles para una adecuada circulación del aire al interior del proyecto.



Detalle fundación

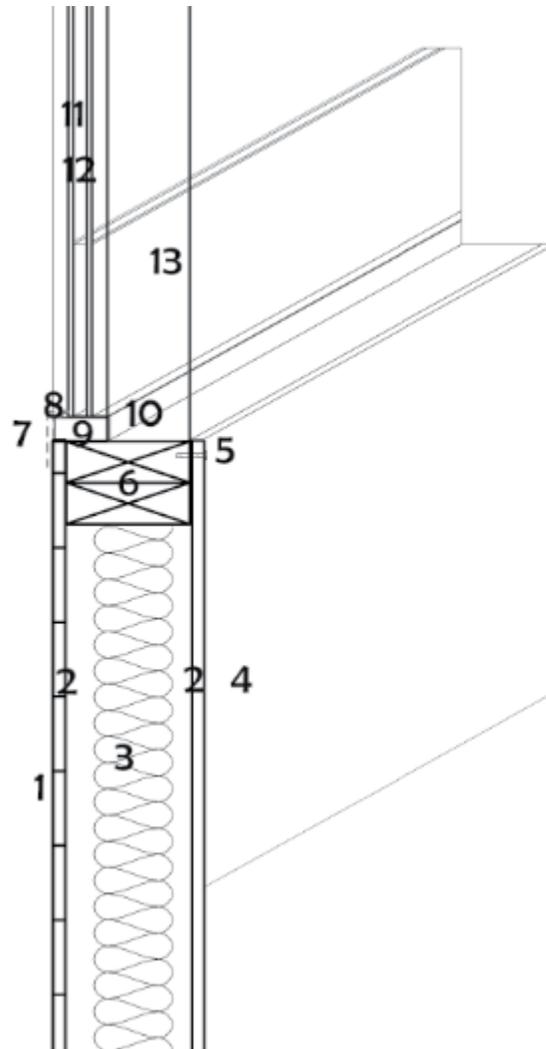


Detalle entrepiso



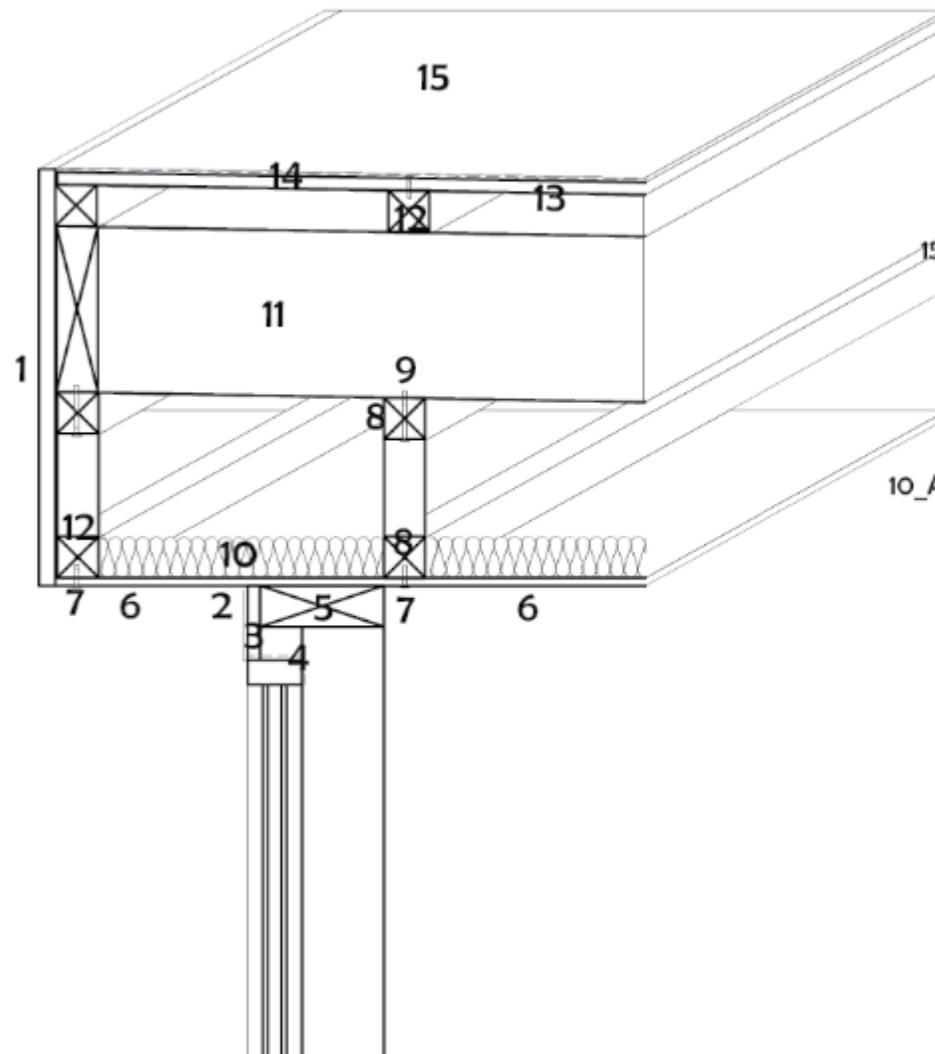
- 10_Barrera de humedad hidrofuga
- 13_Piso flotante 6mm
- 12_Espuma niveladora 2mm
- 11_Sobrelosa hormigon 40mm
- 10_Terciado estructural 18mm
- 9_Solera inferior pino impregnado 2"x6"
- 8_Viga pino impregnado 2"x6"
- 7_Solera superior pino impregnado 2"x6"
- 6_Tornillo cabeza plana 2"
- 5_Aislacion lana mineral 10cm
- 4_Pino impregnado 2"x2"
- 3_Tornillo cabeza plana 3.5x5/8
- 2_Terciado ranurado 9.5mm
- 1_Guardapolvo madera 5cm

Detalle muro madera-panel vidrioado



- 13_Pie derecho pino impregnado 2"x4"
- 12_Camara de aire
- 11_Vidrio estructural opacificado doble
- 10_Cinta sello 30x20mm
- 9_Perfil 40x20mm
- 8_Silicona estructural
- 7_Hojalateria corta agua 4mm
- 6_Doble solera de amarre pino impregnado 2"x6"
- 5_Tornillo cabeza plana 3.5x5/8
- 4_Revestimiento interior aglomerado enchapado por ambas caras 9.5mm
- 3_Aislacion ltermoacustica lana mineral 10cm
- 2_Barrera de vapor membrana hidrofuga
- 1_Revestimiento exterior tinglado Pino oregon 20x90mm

Detalle cubierta



- 15_Zinc acanalado pre pintado modelo teja
- 14_Membrana de humedad
- 13_Osb estructural 15mm
- 12_Tornillo cabeza plana 2.5"
- 11_Viga 2"x8"
- 10_Aislacion ltermoacustica lana mineral 10cm
- 9_Clavo de 3"
- 8_Pino impregnado 2"x2"
- 7_Costanera pino impregnado 2"x2"
- 6_Terciado ranurado 9.5mm
- 5_Solera superior pino impregnado 2"x6"
- 4_Cinta sello 30x20mm
- 3_Remate tinglado 20x90mm
- 2_Forro hojalateria 4mm
- 1_Mdf enchapado 50mm



Planimetría