



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Análisis De La Temática</b> .....	<b>6</b>
Elección del tema.....	7
Antecedentes Históricos en el mundo .....	7
Los Primeros Manicomios en Argentina .....	8
Conclusiones Generales .....	11
La Salud Mental En La Región De Cuyo .....	12
Avances De Aspectos Legales En Salud Mental En Argentina .....	13
Antecedentes / Marco Conceptual Y Referencial .....	14
“Un Puente A La Inclusión Social” .....	15
Desarmando Prejuicios .....	16
<b>Planteamiento Teórico General</b> .....	<b>18</b>
Justificación Del Tema Elegido .....	19
Marco Teórico .....	22
El Diagnóstico .....	23
Teorías Arquitectónicas referidas a la Salud Mental .....	24
Corriente Arquitectónica .....	25
Justificación Del Nombre Del Proyecto.....	26
<b>Propuesta Urbana</b> .....	<b>28</b>
Planteamiento Urbano De La Nueva Ley De Salud Mental .....	29
Diagnostico .....	36
Propuesta Urbana .....	42
<b>Propuesta Arquitectónica</b> .....	<b>46</b>
Análisis De Antecedente .....	47
Hospital Pedro S . Sancholuz .....	47
Reforma De Consultorio Médico Entrambasaguas .....	48



Centro De Rehabilitación Infantil Solano Benítez .....	49
El Sauce / Mendoza .....	52
Clínicas Privadas De San Juan : Clínica Privada León Cali .....	54
Zonda Hospital Neuropsiquiatrico De Zonda .....	55
Cenarezo .....	64
La Arquitectura - Los Pacientes .....	65
Datos Estadísticos .....	70
Programa De Itinerarios .....	71
Programa Funcional .....	75
Pautas E Ideas De Diseño .....	77
Idea De Partido .....	79
Anteproyecto y proyecto .....	80
Situación actual – conservar/demoler .....	81
Significado .....	83
Patrimonio .....	84
Aspecto Morfológico-Espacial .....	101
Aspecto Funcional .....	103
Aspecto Tecnológico .....	104
Materialidad .....	108
Paisaje .....	109
<b>Documentación Gráfica .....</b>	<b>112</b>
Planimetría General De La Propuesta Arquitectónica .....	113
Plantas - Cortes - Fachadas .....	114
Plantas De Instalaciones Sanitarias, Termomecánica, Incendio, Eléctricas, Y Especiales .....	120
Plantas De Estructura .....	122
Detalles Constructivos, .....	125
Imágenes Generales Y De Recorrido .....	128
<b>Anexos .....</b>	<b>132</b>
Anexo1: .....	133
Anexo 2:.....	137
<b>Bibliografía general .....</b>	<b>149</b>



*AGRADECIMIENTOS...*

Este trabajo de Tesis realizado en la Facultad de Arquitectura Urbanismo y Diseño es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron distintas personas.

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

A la catedra por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma.

A nuestras familias y amigos sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años. Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos

Quisiéramos hacer extensiva nuestra gratitud a nuestros compañeros por su amistad y colaboración cada vez que hemos precisado su ayuda.

A todos ellos, muchas gracias.



## INTRODUCCIÓN

La problemática de la Salud mental nos obligó a pensar nuestro trabajo final de taller de arquitectura desde la salud y específicamente desde Salud Mental. Esto significa investigar el tema en su campo específico: **la psiquiatría**, y paralelamente, la forma arquitectónica como expresión en las diferentes épocas de la concepción social existente en esos momentos, sobre la enfermedad mental.

Nadie discute que el tema es de gran importancia y nadie omite sus repercusiones. Sin embargo al plantear los problemas fundamentales tales como el límite entre la cordura y la locura, el concepto de enfermedad mental, etc., surgen las primeras dificultades y diferencias de opinión, se descubren divergencias esenciales entre especialistas en el tema, dan imágenes distintas y a veces contradictorias, sobre un mismo hecho. En efecto la Salud Mental, constituye un tema tan extenso y complejo que no podría caber íntegramente en el marco de este análisis. Por ello y debiendo la arquitectura participar en la evolución social, aportando propuestas para satisfacer sus necesidades, en base a las nuevas concepciones, teniendo en cuenta el contexto histórico y cultural, para la realización de este trabajo se consideró los aspectos históricos, legales y conceptuales que confieren un “recorte” de esta temática tan compleja que es la Arquitectura en servicio de la Salud Mental.

En el primer capítulo, el análisis de la temática, se hace un repaso histórico conceptual de la medicina mental y se observan las distintas respuestas que a través del tiempo se intentó dar a los individuos que presentan conductas anormales, respuestas que se enmarcan en una determinada concepción de la “realidad” que ha variado con el correr de los años. En los primeros tiempos, la práctica asilar como aplicación de la medicina mental se realiza en las instituciones psiquiátricas, asilos, hospitales psiquiátricos y colonias que hasta fines del S XIX monopolizan las atención médica. Esta figura central de la psiquiatría, el manicomio, o la institución total, sigue asociada al encierro, la exclusión y el aislamiento, además de transformarse en un lugar de conocimiento, poder y jerarquía, lo que permite realizar un ordenamiento de los cuadros patológicos basado en una diferenciación de síntomas. Tras siglos de incomprensión y reclusión, a principios del siglo XX se empezó a abordar la “locura” como una enfermedad y no como un estado irreversible y peligroso. En las últimas décadas del siglo pasado, el “loco” pasó del encierro y el olvido a ser un ciudadano y ciudadana con igualdad de derechos y con el respaldo de un sistema socio-sanitario que trabaja para integrarlo en la sociedad. Si bien se hacen grandes avances hoy en día, en aspectos legales, los edificios deberán adecuarse. Se requiere por parte de la sociedad, aceptar este cambio de paradigma que transforma la forma de ver a las personas con padecimiento mental.

En el segundo capítulo, abordamos el planteamiento teórico general. El estudio de la enfermedad mental puede hacerse desde muy diversos puntos de vista. Reconocer a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. A partir de allí, todos los enfoques llevan a la misma conclusión: la enfermedad mental reduce la capacidad de adaptación y de integración al medio ambiente y, en consecuencia, determina un retroceso en las formas más primitivas de comportamiento. Tratar las enfermedades mentales consiste también en dar al paciente los elementos necesarios para que pueda compenetrarse de nuevo con el mundo exterior. Conviene por tanto considerar al hospital psiquiátrico como un centro de tratamiento transitorio, dotado de todos los medios necesarios para para la readecuación de los pacientes y para su reincorporación a la vida normal y a la sociedad. Su función debe consistir en adiestrar al paciente, en la atmosfera de una colectividad terapéutica para que pueda hacer frente a las tensiones que



suele imponer la vida en una colectividad ordinaria. Es por tales motivos que el sector de rehabilitación es una herramienta primordial para la reinserción social luego de la externación.

Los siguientes capítulos, destinados a la parte proyectual, desde lo urbano y lo arquitectónico, completan el desarrollo de esta tesis. Desde la arquitectura, pensar un hospital psiquiátrico, desde un nuevo paradigma de salud mental, implica plantearse programas funcionales que incorporen como parte primordial del mismo los sectores destinados a rehabilitación de mente y espíritu. Realizamos por ello, un análisis detallado de los itinerarios de quienes serían los protagonistas del uso del nuevo Centro para el Padecimiento Mental, y a partir de allí, un programa de funciones. Estudiamos cada una de las variables, pautas, y condicionantes del proyecto, formando una red integrada al sistema urbano propuesto.

Hacerle frente a un tema, donde se estigmatiza “la locura”, se excluye, se rotula de “enfermo mental”, a personas que ven otra realidad, con trastornos de conducta que desencadenan la pérdida los vínculos sociales, significa para nosotras una gran responsabilidad que nos llevó a pensar que sería un gran desafío para **despertar** a la sociedad a través de nuestra tesis de arquitectura.

La persona que padece un problema en salud mental debe afrontar una doble dificultad para recuperarse: la enfermedad en sí y los prejuicios y discriminaciones que recibe por padecerla. Es, el estigma social, una carga de sufrimiento que incrementa innecesariamente los problemas de la enfermedad y constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

*La verdadera locura quizá no sea otra cosa que la sabiduría misma que, cansada de descubrir las vergüenzas del mundo, ha tomado la inteligente resolución de volverse loca.*

*Heinrich Hein*



# ANÁLISIS DE LA TEMÁTICA

---



## ELECCIÓN DEL TEMA

Arquitectura basada en la Salud Mental, como un espacio de reconstrucción de los vínculos sociales. Es decir, dar al paciente los elementos necesarios para que pueda compenetrarse de nuevo con el mundo exterior. Conviene por tanto considerar al hospital psiquiátrico como un centro de tratamiento transitorio, dotado de todos los medios necesarios para para la readecuación de los pacientes y para su reincorporación a la vida normal y a la sociedad.

## ANTECEDENTES EN EL MUNDO EN SALUD MENTAL

En épocas remotas la locura era concebida como obra de entes sobrenaturales que se introducían en el cuerpo para perturbar el alma. Durante más de un milenio los enfermos mentales fueron considerados poseídos por el diablo o por malos espíritus o brujos. La medicina quedó incorporada a los conocimientos de la iglesia y por lo tanto los únicos que pudieron estudiar éstos fenómenos fueron los monjes. La enfermedad representó durante siglos, una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen, bajo la convicción que quién delinquía mostraba externamente su tormento mental proveniente de la insanía que lo aquejaba. No en vano, las primeras cárceles se poblaron de “locos”, epilépticos, tuberculosos, sifilíticos, leprosos.

Se debe a los iniciadores de la psiquiatría: Pinel y su discípulo J. E. Dominique Esquirol la primera reacción humanitaria. En 1792, Pinel, aterrorizado por la lamentable situación por la que atravesaban los alienados y al mismo tiempo, lleno de las ideas democráticas triunfantes en Francia, propone reformas en los procedimientos de asistencia a estas personas y el derecho a ser tratados como hombres enfermos. Pidió que se abandonara el uso inhumano de las cadenas y los malos tratos. El grito liberador de Pinel fue escuchado, no sólo en París, sino también en todo el mundo, por donde se propagó, aunque no con la rapidez esperada. Contemporáneamente, una campaña parecida se realizaba en Inglaterra y Alemania. Así comenzó a formarse la conciencia social, una reforma que estimuló a los gobiernos a pensar seriamente en la cuestión asistencial de los alienados y en la legislación correspondiente.

¿Cuáles eran los cambios que comprendía esta reforma? La primera etapa de cambios comprendía la higiene, la mejora en la alimentación y la vestimenta de los internos, instituyendo un tratamiento de humanidad y dulzura. Estos primeros cambios fueron obra de reparación y de justicia elevando a esos olvidados y desposeídos a la categoría de enfermos. Las construcciones pesadas, monumentales, dotadas de gran número de celdas, con altos muros interiores y exteriores fueron objeto de reformas arquitectónicas, evitando el abatimiento del ánimo en que caían los alienados sometidos a una construcción que asemejaba a un convento o una prisión. Una segunda etapa de cambios, comienza a operarse en Inglaterra: la supresión de todo medio de coerción (sujeción) mecánica. Se proscribió el uso de chaleco de fuerza y ligaduras de toda clase, que fueron reemplazadas por medios de suavidad y benevolencia. El griterío y la turbulencia continuos, observados hasta entonces en los asilos, fueron reemplazados por el orden y la calma. Una tercera época que trajo aparejado la no contención mecánica, fue la mayor libertad disminuyendo el número de celdas y estableciendo el principio de la vida común. Aumentaron los entretenimientos y la ocupación.

Acentuando esta reforma y como corolario del no contener mecánicamente se produce en Escocia una reforma radical. Se derriban los muros interiores y exteriores y se suprimen las rejas dejando completamente libre el horizonte. Se dejan abiertas las puertas, durante el día, se suprime el encierro y se concede permiso a los enfermos para salir del asilo bajo palabra dada por ellos mismos de volver a él. A éste



método se le da el nombre de Open Door, poniendo fin a la humillación que significaba la secuestación carcelaria que contribuía a propiciar el furor y el descontrol.

Hacia fines del siglo XIX, Alemania ocupaba el primer lugar en el uso de estos tratamientos aunque numerosos países habían adoptado este abordaje de la locura a la vez humanitario y científico.

### LOS PRIMEROS MANICOMIOS EN ARGENTINA.

Argentina como es natural siguió las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países europeos por la misma época. Hacia mediados del s. XVIII, la ciudad colonial tenía un hospital llamado San Martín. En un rancho anexo al Hospital, llamado vulgarmente El Loquero, se alojaba a los enfermos mentales. Dicho nosocomio lo conducían padres jesuitas, hasta que en 1748 arribaron de España seis curas religiosos de Nuestra Señora de Belén.

En 1770, el Hospital de Santa Catalina, ex San Martín perteneciente a los religiosos de Nuestra Señora de Belén comienza a recibir dementes que eran enviados desde el Cabildo (cárcel de Buenos Aires en ese entonces). Desde 1799, destinaron la residencia a internación de incurables, locos y contagiosos por un capataz que sólo por el terror se hacía respetar y obedecer. El Loquero fue la cuna del actual Neuropsiquiátrico Borda.



En 1822, se aconseja el cierre del Hospital de Santa Catalina interviniendo en la administración de los

Betlehemitas (primera orden religiosa nacida en América) y se confió a los médicos el examen de todas las personas sometidas a acción policial o judicial. La primera Comisión creada había señalado la dificultad de producir las reformas necesarias mientras no se resolviera el problema de los crónicos. La estrechez de la ubicación del hospital hacía imposible los ensanchamientos necesarios para permitir la internación de nuevos pacientes. La presencia de 7 u 8 internos en el mismo cuarto no hacía posible la vigilancia y por ende

no podían evitarse los excesos.

En el año 1859, el Dr. Ventura Bosch encarga la construcción de un **asilo para enfermos** al que se le dio el nombre de Hospicio de San Buenaventura. El edificio dio comienzo a sus funciones, en 1863. Su empeño estuvo en instituir el trabajo, fundó talleres, y no sesgó en la búsqueda de la ampliación del asilo. El hospicio se inaugura con una población de 123 insanos, y los recibían de todas las provincias, por no existir otro establecimiento de caridad para el tratamiento de los alienados.

Hacia fines de 1863, la situación de los enfermos mentales se describe del siguiente modo: pacientes atacados de cólera, comedores donde todavía se veían las cadenas que recordaban las antiguas prisiones y que servían para unir las mesas por los pies, a fin de que aquellos no las removieran. Por las noches cerraban con llave las puertas de las habitaciones, dejando dentro a los alienados y se retiraban a sus casas.

*“es duro decir que la asistencia médica no era posible (...) durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran las víctimas contra quienes se ensañaban los rudos e inhumanos asistentes que parecían rentados para cometer actos de crueldad”<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Meléndez, 1880



En 1873, después del fallecimiento del Dr. Bosch, el Hospicio de San Buenaventura, recibió el nombre de **Hospicio de las Mercedes**, conserva su denominación hasta 1949, cuando cambia por la de Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres. Es en 1967, cuando recibe su denominación actual Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario **Borda**.

En 1876, El Hospicio de las Mercedes, empieza una nueva era, en la cual se efectúan cambios radicales, ensanchando el edificio y poniéndolo en condiciones cada vez más favorables. Hacia 1879, el servicio era bueno, aunque la queja por la falta de espacio continuaba. El edificio primitivo se construyó para 120 insanos y ya en 1881 contaba con 408 pacientes. Meléndez, su director, proyectó ampliaciones con intención de terminar con el hacinamiento provocado por el ingreso de enfermos mentales provenientes de las provincias, el mismo decía “el manicomio había nacido insuficiente”

Podemos ilustrar estos apuntes históricos tomando en cuenta las variaciones edilicias experimentadas ejemplificando tres momentos arquitectónicos del Hospital. La parte más antigua, de la época de Ventura Bosch, incómoda, escasa de luz, de aire, de higiene, es reflejo de la triste época en que la coerción violenta servía para doblegar a los enfermos. La segunda construcción que tiene ventajas sobre la anterior, que responde a la dirección de Meléndez, consta de espaciosos dormitorios, comedores, enfermerías, etc.; y la última etapa, de Cabred, “las más escrupulosas exigencias de la clínica psiquiátrica. Todo está reunido en ellos: vigilancia y tratamiento, estética y comodidad, disciplina y libertad”<sup>2</sup>

El Hospital de Alienadas (hoy Braulio A. Moyano), constituye otra institución de larga historia en la Argentina. Nace en 1852 cuando se habilito un “patio para mujeres dementes” en el Hospital General de Mujeres. Al principio con una población de 68 enfermas, trasladadas del Hospital de Mujeres. Este habría sido el primer manicomio femenino. Por entonces la atención médica era insuficiente, pues la dirección del asilo estaba confiada a las Señoras de la Sociedad de Beneficencia, que la delegaban en religiosas. Los médicos pasaban de visita por la mañana, quedando las pacientes en manos de las religiosas el resto del día, quienes decidían sobre las medidas terapéuticas a aplicar en caso de emergencia.

Hacia mediados de 1890, Domingo Cabred, bajo la dirección del Hospicio de las Mercedes, que por ese entonces seguía siendo el único establecimiento destinado al tratamiento de los alienados, nos dejó un gran legado: ordenando la creación de la primera colonia destinada únicamente a enfermos mentales para toda la República. Así se crea la Colonia Nacional de Alienados en Luján, con “sujeción a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los alienados en los asilos de puertas abiertas Open Door”. Se inició como una colonia para la producción agrícola en gran escala. Sus primeros pacientes entraron en medio de la ejecución de obras, y se incorporaron a la construcción de las mismas como albañiles, herreros y carpinteros. Los enfermos trabajaban cada cual en lo que sabía. De este modo, se fueron poniendo en marcha actividades laborales. Un campo de 535 hectáreas, que fueron adquiridas no sólo para dar a los enfermos sensación de libertad y aire libre, sino por sobre todo para intentar un retorno a la normalidad, a través de la más sana distracción y terapia a la vez: el trabajo. La colonia Open Door estaba compuesta por villas o pabellones del estilo suizo francés, rodeados de galerías de una elegante arquitectura. Estas construcciones estaban separadas entre sí por amplios espacios de jardines y bosques. La disposición de la edificación se realizó en dos sectores que determinaban prácticas terapéuticas y de vida distintas. Cabred pretendía extender este sistema (Open Door) a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, debido al bienestar que tenía en

---

<sup>2</sup> Ingenieros, 1919, p.211



enfermo. Sostuvo la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales.

Con el paso del tiempo la desilusión no se hizo esperar. En 1918, los internados eran 1.250, y cinco años más tarde, el hospital es intervenido para terminar con el estado generalizado de desorden y corrupción. El personal nunca estaba en el cumplimiento de sus funciones y es por ello que se destituyeron muchos cargos. Se tomaron entonces, medidas administrativas y de disciplina, que tenían como objetivo la reflexión del personal tanto dentro como fuera de las instalaciones. La situación se vislumbraba como completamente distinta: holgazanería, talleres cerrados, campos abandonados o cedidos a particulares para lucro personal, pacientes que deambulaban o vegetaban, este asilo se había convertido en un depósito de enfermos.

#### DÉCADA DE 1930. NUEVOS PROYECTOS EN LA ASISTENCIA DE LOS ALIENADOS.

En 1929, se concreta la fundación de la **Liga de Higiene Mental**, resultado de las aspiraciones centradas en la “modernización del tratamiento de los alienados” procurando equiparar los progresos obtenidos en el ámbito de la medicina general. Este proyecto se inscribe fuera de las fronteras de nuestro país en el interés de seguir los lineamientos de la “Psiquiatría moderna” en la atención de la enfermedad mental. La Liga comienza a funcionar con sus Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes, en 1931. Esta iniciativa pone en evidencia la insuficiencia de las Sociedades de Beneficencia y se propone pasar a un programa organizado científicamente, con personal idóneo y capacitado. Su propósito fue plantear la práctica hospitalaria abierta, que como nuevo recurso en nuestro país, ya se había comenzado a implantar tímidamente en 1922, en el Hospital de Alienados de Rosario y dos años más tarde en el Dispensario del Hospital de Alienadas de Buenos Aires.

Se trataba de evitar el tratamiento asilar cerrado y de paliar las construcciones hospitalarias insuficientes que tenían consecuencias negativas sobre todo en el hacinamiento de pacientes y los tratamientos insuficientes. La tarea asistencial desde este momento abre nuevas perspectivas en el trato con los pacientes y su radio se fue ampliando hasta cubrir un amplio campo de acción en el control y asistencia de la población con una importante proyección sociológica para la época.

#### CAMBIOS A PARTIR DE 1946

A partir de 1946, se produce un cambio importante en materia de salud pues comienza a prevalecer la idea de estado prestador a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Esta tendencia se venía gestando desde 1943, cuando a nivel del Gobierno Nacional se crea la Dirección Nacional de Salud Pública. El Dr. Ramón Carrillo asume como primer Secretario, con rango de Ministro. Carrillo profundiza importantes cambios a nivel de la salud pública. El **nuevo concepto de estado y de sus funciones propone abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos.**

En 1957, siguiendo la línea de estos cambios, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Sus finalidades fueron:

- a) prevenir las enfermedades Neuropsiquiátrico,
- b) promover la investigación científica de esta materia;



- c) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales
- d) Contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos

El proyecto tuvo en cuenta las reglamentaciones en Salud Mental más avanzadas y modernas. Se preparó teniendo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud).

En síntesis, los cambios fueron muchos y comprendían **otro concepto de salud y enfermedad**, un nuevo rol para la psiquiatría, y modificaciones importantes a nivel institucional. En el área asistencial se estimuló la creación de Centros de Salud Mental independientes o incorporados a los hospitales generales como Servicios de Psicopatología.

Se hace evidente en poco tiempo, por un lado, el crecimiento acelerado de los establecimientos hospitalarios del sector público, y por otro el énfasis en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías. **La enfermedad comienza a ser pensada desde lo sano y no desde lo enfermo.** La actividad asistencial pasa a tener mayor desarrollo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El término “Higiene Mental” es reemplazado por el de “Salud Mental” más cercano a las nuevas propuestas. **Los procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos.**

Paulatinamente comienza a imponerse un criterio multidisciplinario que recoge experiencias y perspectivas valiosas para trabajar en contra del encierro impuesto por la ya “cuestionada” psiquiatría manicomial. Se cambia la mentalidad combinando la medicina tradicional con una sociología. Toda vez que la demanda de salud es concebida como una necesidad de la población general y los equipos logran insertarse en la comunidad (Centros de Salud Mental, Consultorios periféricos, Hospital de día) se pone en marcha una concepción diferente de la Salud Mental. La meta ya **no será sólo asistencialista** sino que se propone como programas de salud.

Estas innovaciones coinciden con una formulación diferente de lo social en contraposición a la visión naturalista de un medio malsano generador de las enfermedades. La organización social pasa a ser estudiada desde los efectos propios de los individuos que la componen.

## CONCLUSIONES GENERALES

Haciendo un repaso por la historia de los asilos, colonias y hospitales, hemos tratado de mostrar un panorama de la historia de las prácticas asistenciales en Argentina y la importancia de los cambios producidos desde 1946 en adelante en el ámbito de la salud en Argentina. Se ha puesto en evidencia el carácter eminentemente “paliativo” de la asistencia en las primeras décadas del siglo pasado, y se ha fijado el inicio de los cambios significativos en respuesta al hacinamiento y la situación sanitaria y de higiene.

Dentro de estos cambios se ha mostrado la importancia del movimiento de “modernización del tratamiento” psiquiátrico que transforma el hospital en un centro de profilaxis en la década del ‘30. En el seno de esta concepción prevalece la idea de atender a la enfermedad mental bajo los mismos preceptos de la patología general equiparando los desarrollos de la medicina y aplicándolos a la medicina mental. En este contexto subrayamos la importancia de la formación de visitantes y asistentes sociales como nuevos profesionales idóneos que comienzan a tener peso y a constituirse en los primeros antecedentes de la política asistencial “abierta”.

En síntesis, subrayamos dos momentos:



1. Énfasis en el estudio patológico como causa del síntoma y la presencia de una descripción teórica que clasificara a los enfermos mentales. El médico encarnando la problemática médica y social asignará valor terapéutico al aislamiento y la reclusión en los Asilos. La asistencia es eminentemente paliativa y sólo pretende remediar los sufrimientos inmediatos de la miseria sin investigar las causas.

2. Se abre un nuevo período, donde las viejas estructuras manicomiales, fundadas en prejuicios anatomopatológicos, resultan absurdas, anacrónicas e insuficientes. Se proponen las nuevas condiciones:

- Investigar las causas y tratar al enfermo en el mismo lugar donde se ha generado su trastorno, de ser posible no desarraigarlo de su núcleo familiar, internarlo sólo en caso extremo. Respetar la creencia de que el aislamiento incrementa la enajenación.

- Desplazar el gran peso de la asistencia psiquiátrica de los manicomios a los hospitales generales. Inaugurar las prácticas asistenciales abiertas y la formación de nuevos profesionales.

- Profundizar las prácticas de prevención y avanzar en la formación de grupos asistenciales de carácter multidisciplinario conformado por médicos, psicólogos, antropólogos, sociólogos, enfermeros, asistentes sociales.

- Abordar la enfermedad mental como un sistema complejo y al hombre como una totalidad con variables sociales e individuales. Generar el ambiente propicio para el trabajo multidisciplinario de grupos, abordaje familiar e institucional.

## LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE CUYO

### MENDOZA <sup>3</sup>

**Salud Mental es el resultado de una construcción histórica, política, científica y cultural por lo tanto social.** Tal como hoy la estamos construyendo, es resultado de una lucha, un largo proceso, complejo y contradictorio, en el que se jugaron y se siguen jugando posiciones ideológicas respecto del concepto de salud – enfermedad y de quiénes deben ser los responsables de este proceso.

En 1951, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, se inaugura el **Hospital Neuropsiquiátrico El Sauce**, primera etapa, y única que llegó a concretarse, de un complejo hospitalario para enfermedades crónicas de largo tratamiento.

Es importante destacar que en Mendoza no existieron centros privados de internación psiquiátrica, porque se fortaleció el Hospital El Sauce como centro de investigación y tratamiento. En este hospital funcionó la Residencia de Psiquiatría y fue un lugar de referencia para estrategias terapéuticas innovadoras, como la Comunidad Terapéutica, para profesionales de otras provincias y de distintas disciplinas.

En el año 1981, en dictadura, en el Departamento de Salud Mental elaboraron el Plan Salud Mental que definió al Hospital Carlos Pereyra como Hospital de Agudos, con intervención en crisis y periodos de corta internación, y al Hospital El Sauce por su distancia de la ciudad de Mendoza, como centro asistencial de pacientes crónicos, judiciales y penitenciarios. Esta estructura se mantiene hasta el día de hoy.

---

<sup>3</sup> <https://es.scribd.com/user/51043311/Historia-Psi-Mendoza>

## SAN JUAN



Fachada del Hospital G. Rawson en una foto tomada en 1940. El edificio está emplazado sobre la Avenida Rawson desde 1905.

En 1763 el primer hospital de San Juan, conocido ya como Hospital de San Juan de Dios, lo atendían precisamente los religiosos de la Orden Hospitalaria. Este hospital se mantenía con los diezmos de la iglesia y de las entradas reales.

El problema del déficit de infraestructura hospitalaria recién fue abordado definitivamente por el Gobernador Abraham Vidart, en 1898, adquiriendo unos terrenos en la calle hoy Avenida Rawson, para proyectar el edificio definitivo que llevaría el nombre de Guillermo Rawson. El nuevo local no pasó de ser una instalación precaria, reiteradamente restaurada.<sup>4</sup>

Posteriormente, en 1913 se colocaba la piedra fundacional y se construía un pabellón de clínicas. Diez años más tarde, durante 1923-1928 en los gobiernos de Cantoni, se emprendió decididamente la obra del pabellón central y el mejoramiento de la infraestructura.

Hacia fines de la época anterior al terremoto (1944) y por iniciativa de médicos y sanitaristas, el demorado centro hospitalario adquirió el carácter de tal al dotarlo de sala de clínica, pabellón de cirugía, quirófanos y aparatología propia de un hospital urbano. Meses antes del terremoto ya se encontraba en tratativas la ampliación de la infraestructura hospitalaria, habiéndose presentado un anteproyecto a las autoridades provinciales. Durante el terremoto de 1944 el Hospital Rawson quedó intacto.<sup>5</sup>

En la década del 40 se crea el primer servicio de psiquiatría en el Hospital Rawson. Posteriormente con el terremoto del 44, los pabellones n° 18,19 y 20 son destinados al tratamiento e internación de pacientes con problemas mentales, cada pabellón albergaba a hombres, mujeres y niños respectivamente, constituyendo **el único centro de asistencias psiquiátrica de la provincia hasta la década del 70 en que estos internados son trasladados al Hospital Neuropsiquiátrico de Zonda**, salvo aquellos pacientes que no pudieron trasladarse por ser de avanzada edad.

## AVANCES DE ASPECTOS LEGALES EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA

En **1967** encontramos **el primer Plan Nacional de Salud Mental**. Los objetivos originales eran la externación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención, mediante diferentes centros periféricos. Se basaba en la llamada “Psiquiatría Preventiva” de Gerard Caplan, que impulsaba el trabajo no sólo sobre la enfermedad mental sino en los factores patógenos de la comunidad que la produce. Pero el traslado a la Argentina de estas políticas, en el Plan de 1967, no fue llevado en su totalidad a la práctica. Se mantuvieron los **Hospitales Psiquiátricos** siempre ligados a las Cátedras de Medicina. Durante su gestión se crearon siete **Colonias** además de las seis existentes, **aunque los cambios que se producían no se diferenciaban de las estrategias de la psiquiatría tradicional**. Los tratamientos en las Colonias eran similares pero tenían nuevos nombres: ergoterapia, laborterapia, etc., y lo observamos en aquellos que llevaban adelante lo que podemos denominar una “psiquiatría de vanguardia”.

<sup>4</sup> Paredes de Scarso, Leonor: Dos Hospitales Históricos de la Ciudad de San Juan, edición de la autora, San Juan, Argentina, 2003 / Videla, Horacio: Historia de San Juan, Tomo I, Época Colonial, 1551-1810

<sup>5</sup> San Juan Al Mundo / Fundación Bataller



En San Juan, en la década del 70, se intenta la integración de la psiquiatría a los programas de salud, la ampliación del tratamiento y rehabilitación de los enfermos y sumado el estado anacrónico del pabellón 18 del Hospital Rawson, se creó un “Centro de Salud Mental” para la provincia. Dicho centro llamado hospital Neuropsiquiátrico de Zonda comenzó funcionando en un edificio proyectado para una colonia de vacaciones de niños dependientes de protección al menor<sup>6</sup>, situado en el departamento de Rivadavia.

## ANTECEDENTES <sup>7</sup>/ MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

Debió pasar medio siglo para que en América Latina y, sobre todo, en Argentina, pudiera sortearse una historia de avances y retrocesos en materia de Salud Mental<sup>8</sup>.

En nuestro país, los desarrollos pioneros que se iniciaron hacia fines de 1950 se vieron interrumpidos por la última dictadura cívico-militar. A los desarrollos retomados tras el advenimiento democrático y hasta 1989 le siguió un ciclo neoliberal, que, enmarcado en la doctrina del llamado “Consenso de Washington”, avanzó en el desguace del Estado y el consiguiente arrasamiento de las políticas sociales, lo que incluyó otros muchos desarrollos institucionales y culturales de avanzada. La década del '90, amparada en una democracia formal aunque excluyente, provocó efectos ya no sólo de interrupción de prácticas –como, se dijo, aconteció en períodos anteriores-, sino que trajo un incremento de daños poblacionales y una banalización descalificadora de terminologías y funcionamientos de dispositivos para las buenas prácticas en Salud Mental. Pese a que fueron mantenidos algunos espacios de atención, la mayoría de ellos padeció una fragmentación, tanto dentro del Estado como fuera de él.

En los '50, fue a partir del despliegue creativo de líderes en Salud Mental que cuestionaban el orden manicomial lo que demostró que era posible adentrarse en caminos hasta entonces inexplorados. La creación de alternativas con producciones institucionales y resultados sólidos se convirtieron en ejemplo de estos senderos.

Recién a partir de 2003, la Salud Mental fue priorizada en las **políticas sanitarias**. Tal decisión -avalada y asumida por todas las provincias- dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones, conducido conjuntamente entre los responsables de Salud Mental de la Nación y de las provincias, en el ámbito de los respectivos Ministerios y/o Secretarías de Salud, que incluyó la búsqueda de colaboración y ayuda puntual en sectores del Poder Judicial.

En ese marco, una **reforma emblemática fue la impulsada por Río Negro a partir de 1985. Reconocida a nivel internacional**, incluyó la apertura de dispositivos de atención con base territorial y de servicios de Salud Mental en los hospitales generales de esa provincia, la conformación de equipos interdisciplinarios para atender problemáticas mentales en sus lugares de origen, y un intenso trabajo comunitario con el eje puesto en la **inclusión social de las personas con padecimiento mental**.

Ya en el orden nacional, el proyecto político iniciado en 2003 comenzó a recrear y/o generar las condiciones para que el Estado retome un rol rector en la fijación de políticas. Los cambios sustanciales acontecidos en temáticas nucleares como justicia y Derechos Humanos, políticas sociales, sanitarias,

---

<sup>6</sup> Fuente: Tesis “Complejo para personas con capacidades mentales diferentes” Alaniz, Molina, Zalazar, 1999. FAUD UNSJ

<sup>7</sup> Plan Nacional Para La Implementación De La Ley De Salud Mental

<sup>8</sup> Renato D. Alarcón, “Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana, Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria”, México 1990, CEPAL



económicas, educativas y culturales, etc. Logros que, sin dudas, enmarcaron e impulsaron los avances logrados en estos años también en lo que respecta a la Salud Mental de la población. En las políticas de Salud Mental siguen vigentes los objetivos y formulaciones del siglo XX. Aunque fueron enriquecidos con los avances de las experiencias y del afinamiento empírico y conceptual de las disciplinas y perspectivas que fueron integrándose en este campo.

Desde los principios de la Salud Mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los nombrados “locos” y sus familiares, y sobre las personas señaladas como “alcohólicas” o “drogadictas”. Simultáneamente, con la multiplicación, en el mundo y en la Argentina, de las luchas populares por la ampliación de derechos, las problemáticas de padecimiento mental y las maneras culturales de trato inhumano empiezan a instalarse como un problema que, necesariamente, debe ser entendido como una violación a derechos fundamentales.

Acorde a ello, fueron elaborándose marcos legales en consonancia con principios, acuerdos, declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales, a los que Argentina adhirió y con los cuales, en algunos casos, colaboró en la redacción de esa normativa, comprometiéndose además a utilizarla como orientadora para la planificación de sus políticas públicas. La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la par de la gestación de la actual legislación, son muestras del **advenimiento de un nuevo paradigma**.

En consecuencia, el 25 de noviembre de 2010, el Poder Legislativo sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión de las jurisdicciones. En el 2013, a través del Decreto N° 603/2013, se reglamentó la Ley Nacional N° 26.657. Fue la cristalización de una ardua tarea de consultas y redacción en conjunto con las provincias, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la posterior revisión del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.<sup>9</sup>

Todo ello implica múltiples desafíos ya que plantea profundas transformaciones que involucran y competen a todos los actores, instituciones y representantes sociales, porque refieren a las transformaciones culturales que habrá que construir desde prácticas inclusivas basadas en el modelo comunitario de atención que ya se realizan, y en las que aún restan poner en práctica.

### “UN PUENTE A LA INCLUSIÓN SOCIAL”

La Argentina cuenta, desde 2010, con una herramienta fundamental en materia de Salud y Derechos Humanos: la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. La Ley fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), como la más avanzada de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo en materia de salud mental. Dicha norma, de **cumplimiento obligatorio** en todo el país, **asegura el derecho** de todos los que habitan el suelo argentino a la **protección de su salud mental**, y establece puntualmente los derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado. Además, **incluye de manera explícita, la problemática de las adicciones**, históricamente relegada incluso más allá de los límites del sector de la salud, ya que ha sido concebida desde la óptica de la prevención del delito y ha estado abordada principalmente por las fuerzas de seguridad en un contexto altamente judicializado.

<sup>9</sup> Anexo 1: Ley Nacional 26.657



A través de sus 46 artículos se garantizan, entre otros, los **derechos** de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad; a la **inclusión social**, a la atención sanitaria adecuada; a mantener los vínculos familiares y afectivos; a la no-discriminación; a la **intimidad**; al consentimiento informado de las medidas de **tratamiento** que le serán suministradas; a la **información** sobre su estado de salud y a la autonomía personal.

En la actualidad se hace evidente la coexistencia de los dos paradigmas en salud mental: a) El asilar, centrado en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y del hospital psiquiátrico como su espacio de atención; b) El sustitutivo, centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y de la organización del proceso de atención a través de la Red de Servicios basado en la comunidad.

Para contribuir a superar y dejar definitivamente atrás el viejo paradigma y los consecuentes estereotipos que durante largo tiempo han estigmatizado a estas personas, es fundamental el rol de los medios de comunicación, en tanto no se puede soslayar el poder que ejercen en relación a la percepción de la realidad de toda la sociedad, la imagen que transmiten acerca de la salud mental en general y de las personas afectadas por padecimientos mentales en particular. A nivel general se sigue transmitiendo -de diferentes maneras- una **imagen errónea y negativa del padecimiento mental, que afianza estereotipos, prejuicios y falsas creencias**, y perjudica de manera directa los derechos e inclusión social de las personas con problemas de salud mental y del entorno más próximo (familiares, amigos, grupos de pares).

#### DESARMANDO PREJUICIOS <sup>10</sup>

Una de las principales consecuencias del viejo modelo de atención –que caracterizamos como centrado en el hospital psiquiátrico- fue la **estigmatización de las personas con padecimientos mentales**, que dificultan la integración social y el goce de la capacidad de decisión sobre su propia vida.

Muchos de esos mitos -que transcribimos a continuación- se mantienen en la actualidad. Se hace esencial entonces revisarlos para evitar reproducirlos y contribuir al efectivo cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas que padecen estas problemáticas.

**Prejuicio 1. La salud mental es una cosa de locos...** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 4 personas que vive en las grandes ciudades necesita o necesitará apoyo psicológico durante su vida. La salud mental no es cosa de locos, es cosa de todos.

**Prejuicio 2. Las enfermedades mentales son un problema poco frecuente...** De acuerdo a estudios de la OPS/OMS, los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en nuestra región. El alcohol es en Latinoamérica y el Caribe el principal factor de riesgo para la salud de la población por encima del tabaco. El alcohol y la depresión son los problemas más frecuentes en salud mental.

**Prejuicio 3. Las personas cuya salud mental se encuentra comprometida no están en condiciones de decidir sobre su vida...** Todas las personas tenemos el derecho a ser escuchadas y a tomar decisiones sobre nuestra salud y nuestra vida, salvo en situaciones excepcionales y temporarias, de acuerdo a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscripta por la Argentina en las Naciones Unidas en 2007 y ratificada por el Congreso Nacional en 2008.

---

<sup>10</sup> Comunicación Responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios 2013  
Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación Argentina  
[http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Recomendaciones\\_Salud\\_Mental\\_Medios.pdf](http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Recomendaciones_Salud_Mental_Medios.pdf)



**Prejuicio 4. La enfermedad mental es irreversible...** Los llamados padecimientos mentales pueden afectar parcial y transitoriamente la vida de una persona. Con los apoyos comunitarios necesarios la recuperación es posible.

**Prejuicio 5. Las personas con enfermedad mental deben ser aisladas...** Todas las personas tienen derecho a recibir la atención de salud que necesitan, con el acompañamiento de sus afectos, en su comunidad<sup>11</sup>. Ni el hospital psiquiátrico, ni la reclusión son la respuesta apropiada.

**Prejuicio 6. Una persona con enfermedad mental es sólo y exclusivamente un/a enfermo/a mental y todos los sentimientos y conductas derivan de esa condición.** Las personas con o sin enfermedad mental tienen múltiples facetas. La condición de enfermedad mental no engloba todas las aspiraciones, deseos y proyectos de quien la padece. Incluso tener diagnósticos idénticos no implica que todas las evoluciones, dificultades o potencialidades sean iguales. No hay enfermedad, hay enfermos.

**Prejuicio 7. Las personas con padecimiento mental son peligrosas.** Las personas con enfermedad mental, en su conjunto, no son más peligrosas que el resto de las personas. Son más víctimas que perpetradoras de actos agresivos.

**Prejuicio 8. El cierre de los neuropsiquiátricos deja abandonados a los pacientes...** El proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario, desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. La red de servicios comunitarios para la atención de personas cuya salud mental se encuentra comprometida, favorece una recuperación más profunda y humanizada, contribuyendo a la inclusión familiar, laboral, cultural, en su comunidad.

**Prejuicio 9. El cierre de los neuropsiquiátricos deja a los trabajadores en la calle...**<sup>12</sup> Para desarrollar una red de servicios de salud mental basados en la comunidad, son necesarios más trabajadores de salud y de otras áreas del campo social. Experiencias de diversos países muestran que tanto los dispositivos materiales (centros comunitarios, casas de medio camino, camas en hospitales generales) como el recurso humano que trabaja en ellos, se incrementa significativamente (entre 5 y 10 veces más), según datos de la OPS/OMS.

---

<sup>11</sup> Según la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad – Naciones Unidas 2007

<sup>12</sup> Prejuicios que quedaron evidenciados en las encuestas realizadas a los mismos enfermeros del Hospital Neuro-Psiquiátrico de Zonda. Ver Anexo 2: Encuestas realizadas a los enfermeros y personal de Hospital de Zonda



# PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL

---



## JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

MÉDICOS DEL ALMA

En esa terrible época de los **manicomios**: divide al «normal» y al «anormal», lo excluye de la sociedad. Ahora, unos años después eso está superado en buena parte del mundo.

### CAMBIO DE PARADIGMA

La separación entre lo “normal” y lo “anormal” sigue existiendo. Es mucho más sutil, en el diagnóstico

Hablaremos de «**LOCURA**» en contraposición al término «enfermedad mental»

La llamamos a esa parte de diferencia, a esa parte imperfecta, posiblemente, esa parte de genialidad, en que la persona pueda crear un modo distinto de estar en el mundo, o no crearlo. Y es que **la locura se puede definir como un modo de estar en el mundo**

Pues si esto es así, los profesionales, lo que debemos hacer para ser de alguna utilidad al paciente es encontrar ese punto en el **que esa persona pueda generar un nuevo modo de estar en el mundo, pero que sea suyo**. Y viendo detrás a esa **persona única** que hay que puede construir algo nuevo. Intentamos **sustituir el**

En definitiva, lo que intentamos es que los profesionales **nos adaptemos a las necesidades de la persona** y no que ella tenga que adaptarse a lo que nosotros creemos saber que necesita.

Nosotros (psiquiatras) a diario vemos cosas como que la **soledad**, el factor de la soledad, es un factor muchísimo más importante en la generación de crisis.

CONFERENCIA TEDEX. PSIQUIATRA LAURA MARTIN. VALLADOLID. ESPAÑA.2015

## Triste final: murió la mujer que habría sido violada en el neuropsiquiátrico

La abogada de la familia explicó que la mujer murió el jueves tras sufrir una descompensación por un problema renal que se había acrecentado por su depresión.

(2)

martes, 03 de marzo de 2015



### NOTAS RELACIONADAS

[La familia de la mujer que habría sido violada en el Hospital Mental y falleció, demandará al Estado \(5/3/2015\)](#)

Noticia tomada del diariolaprovinciasj que demuestra las condiciones lamentables que viven los pacientes

nuevas teorías que proponen intervenciones comunitarias e institucionales, y más tarde una política de desinstitucionalización, que origina el movimiento de la Anti-psiquiatría inglesa de Laing y Cooper y la Psiquiatría democrática italiana de Basaglia, entre otros.

El modelo conceptual que actualmente refleja el Hospital Neuropsiquiátrico de Zonda, es de una práctica de manicomio, donde elementos tales como su ubicación física (distancia, sector contaminado), controles de seguridad (alambrados), van conformando una imagen de incomunicación de un edificio con infraestructura y equipamiento inadecuado para tal fin.

Como así también algunas situaciones lamentables que se denuncian en los medios, como maltrato y falta de atención desde el sector público, hacia esta rama de la salud tan olvidada.

Sumergido en un anacronismo ante la realidad conceptual mundial que propuso en la década del '50 y '60 como alternativa las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones, psiquiatría comunitaria, ejemplos de



Hoy por hoy, la idea de desinstitucionalización se ha propagado por todos los países del mundo, y en nuestro país la experiencia se llevó a cabo en la Provincia de Río Negro, como así también la conformación de un anteproyecto de ley: Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Lo efectuado en Río Negro genera polémica. Ante este hecho, los profesionales de la salud que trabajan en el medio, coinciden en que esta experiencia no es posible desarrollarla en este momento de la realidad sanjuanina.

La desmanicomialización que requiere no solo el cierre de los manicomios, sacando rejas y volteando muros sino también modificando hábitos, prejuicios, valores y conductas, es no solo difícil de imaginar sino de llevar a cabo sin un proceso gradual que tienda a una nueva comprensión y preocupación de la enfermedad mental.

La teoría de espacio existencial define que el espacio físico no es condicionante pero sí determinante del comportamiento humano, ayuda a comprender la idiosincrasia sanjuanina como cerrada y por ende de lenta aceptación de nuevos conceptos, y donde los cambios solo se aprecian a largo plazo.

Ante la consulta sobre esta situación del cierre de los manicomios, nuestro medio responde de manera negativa, y esta respuesta, la razón que la fundamenta, razón que no ve más allá del miedo, vergüenza y desconocimiento del tema

Cada cultura tiene un conjunto de características antropológicas, merced a las cuales decide quien está “cuerdo” y quien está “loco”; se usaran criterios médicos, sociológicos, estadísticos, etc., pero ninguno de ellos por sí solo dará la auténtica dimensión de la salud. Por lo tanto para un programa de salud mental hay que encontrar una correcta definición de salud mental y es oportuno tomar el concepto dado por la OMS (Organización Mundial de la Salud):

*«Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».*

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastorno. Y complementado con la Ley vigente:

*“(...) reconoce a la **salud mental** como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de **construcción social** vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.*

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – Art. 3

Bajo la iniciativa de mejorar el sistema de Salud Mental con la ley mencionada, reglamentada recientemente, nos surge la necesidad de proyectar nuestra tesis sobre esta temática. Alguno de los derechos que consideramos un puntapié fueron los siguientes:

- (...) tiene por objeto **asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas...** (ARTÍCULO 1º)
- reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: (ARTÍCULO 7º)

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, **a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.**



d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un **equipo interdisciplinario** integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados (ARTÍCULO 8º)
- El proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (ARTÍCULO 9º)

La ley fue el puntapié inicial que definió que nuestra acción iba a estar dirigida a adecuar el actual Hospital Neuropsiquiátrico de Zonda, a la nueva normativa vigente:

**Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos. - ARTÍCULO 27.-**

Incluso, algunos de ellos nos estaba dando pautas y condicionantes de aquellas personas que serían parte de este proyecto, y para las cuales está destinado dicho Centro dedicado a la Salud Mental:

- La **internación involuntaria** de una persona debe concebirse como recurso terapéutico **excepcional** en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. (ART 20)
- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos. (ART 18)
- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El **rechazo de la atención de pacientes, (...) será considerado acto discriminatorio.** (ART 28.-)

## MARCO TEÓRICO

Conviene por tanto considerar al hospital psiquiátrico como un **centro de tratamiento transitorio**, dotado de todos los medios necesarios para para la reeducación de los “enfermos” y para su reincorporación a la vida normal y a la sociedad. Su **función** debe consistir en adiestrar al paciente, en la atmósfera de una colectividad terapéutica, para **que pueda hacer frente a las tensiones que suele imponer la vida en una colectividad ordinaria**.

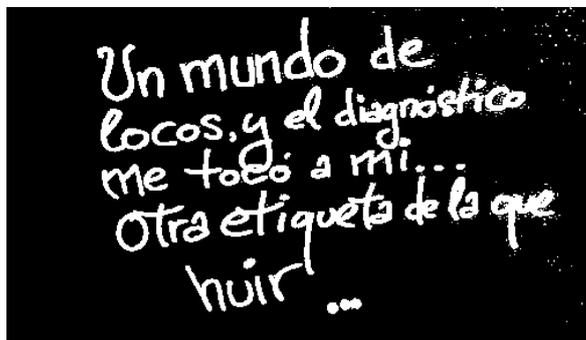
El estudio de la “enfermedad mental” puede hacerse desde muy diversos puntos de vista. Todos los enfoques llevan a la misma conclusión **la “enfermedad mental” reduce la capacidad de adaptación y de integración al medio ambiente** y, en consecuencia, determina un retroceso en las formas más primitivas de comportamiento. Tratar las “enfermedades mentales” consiste también en dar al paciente los elementos necesarios para que pueda compenetrarse de nuevo con el mundo exterior.

*“En este sentido, cabría comparar a los pacientes con una planta que hubiera sido dañada por las inclemencias atmosféricas; es evidente que para recuperarse tendría que permanecer en un lugar resguardado y en las condiciones adecuadas de humedad, luz y temperatura. Ahora bien, si se la mantuviese demasiado tiempo en ese medio, se convertiría en una ‘planta de invernadero’ y jamás podría soportar los rigores de la vida normal al aire libre.*

*De igual modo, el enfermo debe permanecer en el hospital mientras lo requiera su estado pero no más tiempo del necesario para ‘endurecerse’ y ponerse en condiciones de reanudar la vida normal. “*

...NO DIAGNOSTICO...

El diagnóstico no beneficia a nadie. O sólo a unos pocos, por no extralimitarme. Esto conviene saberlo. No beneficia ni a los diagnosticados ni a los diagnosticadores. **El afán de diagnosticar enfermedades psíquicas no es un propósito que mejore la salud de la población, prevenga los sufrimientos humanos o mejore la higiene mental.** Nada de eso. O así me lo parece ahora, en el momento de escribir esta crónica manicomial tan escueta y comprometida.



**La condición de no-diagnosticado es un derecho democrático** que empieza a convertirse en el simple privilegio de haber pasado desapercibido, es decir, indetectable ante la leva de enfermos mentales puesta en marcha por las fuerzas terapéuticas de la sociedad. **Los enfermos son reclutados no para llevarles a ninguna guerra, sino movilizados por la Sanidad para registrarlos y proveerlos de una identidad suplementaria: bipolar, psicótico, esquizoide, trastorno de personalidad, etc.**

*Escrito por Fernando Colina. Psiquiatra.*

***“No podemos tratar de convencer a la persona de que acepte nuestra realidad y de que la suya no es válida”***

*Ana carralero. Enfermera*



Personas con padecimientos<sup>13</sup> que se consideran bajo la presente ley:

## EL “DIAGNOSTICO”

TRASTORNOS AFECTIVOS:	Depresión Distemias
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Fobias Ansiedad Pánico Obsesivos compulsivos
ADICCIONES:	Sustancias psicoactivas
TRASTORNOS PSICÓTICOS	Esquizofrenia Estrés postraumático Psicosis maniaco depresivo o trastorno bipolar
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA TERCERA EDAD:	Demencia Trastornos del sueño Parafrenia

El límite entre enfermedad y salud mental **no es un límite claro ni bien definido**, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, con lo que no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aún **no han podido demostrarse las causas concretas** que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. Y es que la complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano.

Pero para entendernos, **podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.**

En la actualidad, los manicomios son considerados “depósito de seres humanos”, común a todas las instituciones totales, que al tiempo, entre otras cuestiones, padecimientos, diagramas, protocolos, diseños, metodologías, relaciones, etc., son eficaces en hacer persistir tal característica nefasta.

Desmanicomializar no es: cerrar el Hospital Público, no es dejar en la calle a las personas internadas; no es dejar a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo; no es privatizar la atención de la salud pública no es sobre medicar; no es encerrar; no es segregar; no es ejercer violencia física, psíquica ni química, no es depositar a las personas; no es abandonar ni desamparar; no es judicial izar la internación.

Desmanicomializar es: dignificar la atención de la salud mental; es transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada; es implementar internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es dignificar el trabajo de todos los trabajadores del hospital; es procurar la atención ambulatoria, domiciliaria; es recuperar los lazos familiares y sociales de los internados; es garantizar la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas u otras alternativas, etcétera) es garantizar el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, micro emprendimientos y otros); es mejorar la utilización y distribución de los recursos económicos; es brindar más información apoyo y contención a las

<sup>13</sup> Dichos términos fueron consultados con especialistas en el tema, en entrevistas coordinadas con profesionales en Salud Mental



familias; es convertir el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental; es buscar nuevas alternativas de tratamiento; es ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado .

“Humanizando hospitales de salud mental”:

## TEORÍAS ARQUITECTÓNICAS REFERIDAS A LA SALUD MENTAL: NEURO – ARQUITECTURA Y ARQUITECTURA SENSORIAL

### NEURO - ARQUITECTURA

El ser humano se ha percatado del influjo que una cierta disposición del espacio tiene sobre la psique, y que si ésta variable se contempla intencionalmente, pueden conseguirse resultados específicos. Enteoarquitectura (experiencias místicas), Arquitectura panóptica (cárceles)

La **Neuroarquitectura** estudia perspectivas inéditas con las que poder romper tiempos y espacios “a secas” para reconvertirlos en tiempos y espacios "humanos", en espacios de un nuevo orden y complejidad que obedezcan y potencien la expresión y el funcionamiento de los códigos que el cerebro trae al nacimiento.

La **misión** una comprensión cada vez mayor de las **respuestas humanas al espacio construido**.

La **Neuroarquitectura** es un intento de aplicar los descubrimientos de las neurociencias a una disciplina preexistente, la arquitectura. Este nuevo enfoque trata de la relación entre la salud y la gestión de los espacios. Es el estudio de como la edificación, la ordenación del espacio físico, el entorno, afecta a la experiencia humana y de la relación existente entre los procesos cerebrales y los entornos arquitectónicos y su impacto en nuestra salud emocional y física. Se trata de indagar sobre qué efecto específico tienen los espacios sobre el estrés, las hormonas y el tipo de pensamientos que generamos.

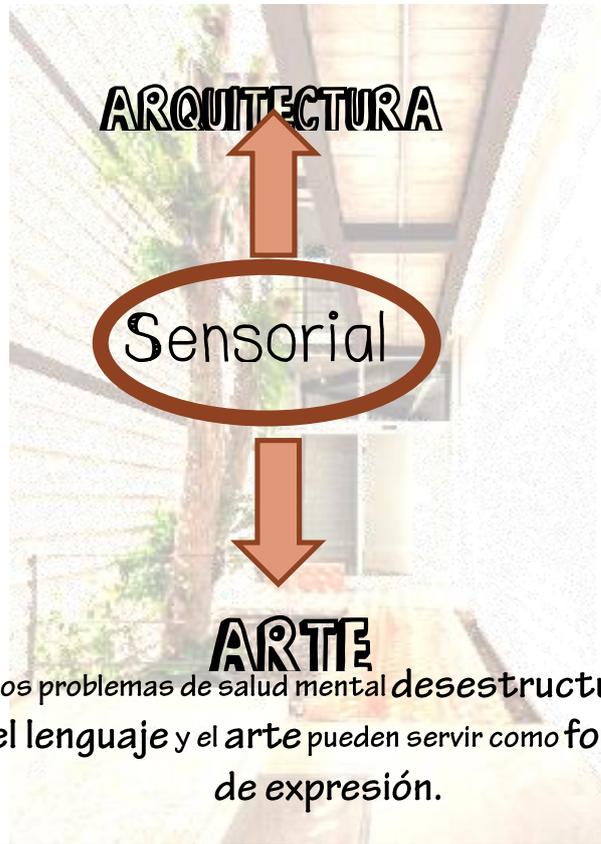
*“Mi objetivo es integrar la arquitectura en la terapia del paciente”*  
Víctor Castro



### CORRIENTE ARQUITECTÓNICA

La fenomenología es una corriente filosófica que basa su aproximación en el estudio objetivo de fenómenos generalmente considerados subjetivos: la conciencia y las experiencias como los juicios, percepciones y emociones. No es una corriente arquitectónica, es más bien una metodología.

ARQUITECTURA POSMODERNA	El hombre cambia su forma de pensar y ver el mundo. Predomina el sentimiento sobre la razón	
	<p><b>Espacio.</b> Del espacio pragmático al espacio existencial Hombre &lt;-&gt; Espacio   valoración psicológica</p> <p><b>Espacio</b> se conoce a través de la experiencia y la imagen de lo que se percibe, identificando a una sociedad</p> <p><b>Estructura de la existencia</b> aspectos</p> <p><b>Abstracto:</b> esquemas de índole topológica <b>Concreto:</b> captación de elementos circundante</p>	<p><b>Crisis de la verdad.</b> Pasa de la razón a la imaginación idea subjetiva a partir de la cual el hombre se comunica con el mundo</p> <p><b>Metodo</b> Del metodo deductivo, al metodo empirico. No hay verdades a priori, el mundo se ve desde multiples perspectivas</p>
PSIQUIATRIA NUEVO PARADIGMA	Una de las tendencias actuales considera la estructura social como genesis de la enfermedad mental, uno de sus puntos referenciales es el movimiento asistencial comunitario iniciado en la decada del 40' por Maxwell Jones en Londres. En este contexto se analiza "resultado de la interaccion dialectica entre interior y exterior, subjetivo y objetivo individuo y familia" dando lugar a la corriente fenomenologica y existencial. El hecho psiquiatrico ha admitido una triple determinacion: biologica psicologica y social	





## JUSTIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL PROYECTO

### Comunicación responsable: Recomendaciones básicas

Para lograr el cumplimiento efectivo del derecho a la salud mental, es necesario –entre muchas otras cuestiones- promover el uso correcto del lenguaje con denominaciones acordes al modelo comunitario y de inclusión social, evitando así la perpetuación de estigmas y discriminación a través de las palabras.

¿Cómo referirse a los usuarios de los servicios de salud mental? Las personas, más allá de la circunstancia que estén atravesando, son ante todo personas. En muchos casos, la circunstancia del padecimiento mental no es relevante para la información que se está difundiendo, entonces no hay ni por qué citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: ‘un esquizofrénico’, ‘un depresivo’, ‘un loco’; “un drogadicto”, “un borracho”, optando entre las siguientes denominaciones: “personas con padecimiento mental” (denominación que utiliza la Ley N° 26.657). “personas con discapacidad psicosocial”; “personas en situación de discapacidad psicosocial”, “personas usuarias de los servicios de salud mental” (contemplando los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse).

Padecimiento mental no es sinónimo de incapacidad. Si bien históricamente se identificó a la persona con padecimiento mental con la imposibilidad de asumir la toma de decisiones, es importante saber que toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida y con el sistema de apoyo necesario puede lograrlo. Las personas con padecimiento mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo (sentimientos, problemas, aspiraciones, fortalezas, debilidades, vocación, oficio, familias, vida social, sexual, creativa, etc.). Presentarlas solamente a través de una dimensión de sus vidas es desconocer su integralidad en tanto ser humano.

Dadas las aclaraciones de conceptos correspondientes a la denominación, y por recomendación de las profesionales encuestadas, la Tesis de Arquitectura recibe el nombre de Centro Integral para Personas con Padecimiento Mental



# PROPUESTA URBANA

---



## PLANTEAMIENTO URBANO DE LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL

Es hora de dejar de lado los miedos y prejuicios encarando el tema de Salud Mental es su acepción más positiva (prevención y rehabilitación del paciente con padecimiento mental), es por esto que desde la Arquitectura se debe abordar una propuesta alternativa tendiente a salvaguardar el equilibrio integral del hombre y su hábitat. Por lo tanto se requiere de la estructuración de acciones que organismos públicos y entidades sociales deben realizar, cumpliendo programas generales y/o específicos sobre todos los individuos que componen la comunidad

Este concepto es la base para la instrumentación de una política de salud general, estableciendo una complementación y relación optima entre los sectores de salud física y mental, sin caer en la particularidad de programas de prevención destinados al aspecto físico-orgánico del hombre, como ha sucedido hasta hoy.

Siendo necesaria la implementación de una política de Salud Mental orientada básicamente a la prevención, educación y concientización de la población, para lo que se requiere del trabajo interdisciplinario de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, médicos clínicos, auxiliares de la medicina mental, arquitectos, economistas, políticos, etc. Ya que muchos trastornos psíquicos están condicionados por factores sociales, políticos y económicos, es obvio que la prevención sobrepase los límites estrictos de la psiquiatría, convirtiéndose en un problema de todos.

**EL DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013**, fue la base de nuestra propuesta:

ARTÍCULO 4°.- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley Nº 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad.



Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

(...)la

creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, **incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.**

ARTÍCULO 11.- (...) disponer la promoción de **otros dispositivos (...) promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales**, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

ARTÍCULO 27.- (...) **en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020.**



Resumiendo los objetivos que se plantean son:

*PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL. Año de publicación: octubre 2013*

- **Transformar** el sistema manicomial; propiciar, en su reemplazo, abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos comunitarios y promotores de los derechos humanos, constituyen las metas y el horizonte central de este plan.
- **Marca un rumbo** para que los hospitales generales y los dispositivos enunciados, todos abiertos, todos con base comunitaria e inclusiva, vayan tomando la posta en este período de transición que se abre.
- Las problemáticas de padecimiento mental y las maneras culturales de **trato inhumano** empiezan a instalarse como un problema que, necesariamente, debe ser entendido como una **violación a derechos** fundamentales
- la Ley no hace mención a la expresión **“enfermedad mental”**, sino que se refiere a **“personas con padecimiento mental”**. De la misma manera, no utiliza la palabra “tratamiento”, sino “procesos de atención”.
- Estas institucionalizaciones culturales que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios. Entre ellas, tiene un lugar privilegiado la cultura de acallar y/o hacer desaparecer los síntomas y/o encerrar a las personas que los portan, más que **entenderlos como pedidos de ayuda**, buscando las causas más allá de la caracterización de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios.

Ante el **NUEVO PARADIGMA DE SALUD MENTAL** la propuesta de un programa en res a nivel urbano sería el siguiente:

<p><b>Dispensario (puede integrarse al HG) Centro de tratamiento precoz (en ciudades dispersas cuando hay camas)</b></p>	<p>Para 6 camas. Cada + 2 camas + 1 enfermero. 1 equipo interdisciplinario</p> <p>• <b>GABINETES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta médicos, despacho</li> <li>- Entrevistas con asistentes sociales</li> <li>- <u>DOS SALAS CADA UNO:</u></li> <li>- Pequeña e insonorizada (tratamiento)</li> <li>- Entrevistas grupales</li> </ul> <p><u>VESTIBULO :</u></p> <p>Sala de espera con separaciones provisionales Bar o Cantina Despacho del secretario Recepcionista (acoge al paciente)</p> <p><u>SERVICIOS:</u></p> <p>Baño – concina personal Baño público ---en lugares apartados --- Rayos x Laboratorio</p>
<p><b>Hospital diurno</b></p>	<p>Igual tratamiento que el hospital psiquiátrico, pero pasan la noche o el fondo en sus casas. Para incapacitados para trabajar</p> <p><u>VESTIBULO :</u></p> <p>Sala de espera con separaciones provisionales Despacho del secretario</p>



	<p>Recepcionista (acoge al paciente)</p> <p><u>SERVICIOS:</u></p> <p>Baño – concina personal</p> <p>Baño publico</p> <p>• <u>GABINETES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Consulta médicos, despacho</li><li>- Entrevistas con asistentes sociales</li><li>- <u>INSTALACIONES DE TRATAMIENTO:</u></li><li>- Cuartos individuales: psicoterapia, tratamiento somáticos</li><li>- Salas mayores: terapia de grupo, terapia ocupacional, ergoterapia, fisioterapia</li><li>- <u>COMEDOR</u></li><li>- <u>SALA DE RECREO</u></li></ul>
<p><b>CENTRO INTEGRAL PARA PACIENTES CON PADECIMIENTO MENTAL</b></p>	<p><b>Célula social</b> = &lt;100 pacientes</p> <p><b>SALA</b></p> <p><u>HABITACIONES:</u></p> <p>6 unidades de dormitorio: Individuales: lugar para guardar cosas personales, armario con cerradura. Fácil acceso para el personal, protección y vigilancia</p> <p>En Grupo:</p> <p>12 unidades de dormitorio:</p> <p>4 compartimentos – 1 baño</p> <p>5 compartimentos – 1 baño</p> <p>6 compartimentos – 1 baños</p> <p>7 compartimentos – 2 baños</p> <p>8 compartimentos – 2 baños</p> <p>Mejor situación: 5, 6 o 7 compartimentos</p> <p>HABITACION DE CUIDADOS ESPECIALES (cuarto de contención)</p> <p><u>PARTE CENTRAL DE LA SALA</u> vidriado</p> <p>Despacho medico</p> <p>Despacho enfermero</p> <p>Cuarto de tratamiento</p> <p>Sala de estar, lugar de reunión</p> <p>Integrar: Taller (pacientes con regresión funcional) de pintura, modelado, arte. Depósito para enseres y herramientas (armario)</p> <p>Cuarto de reconocimiento</p> <p><u>HALL DE ACCESO:</u></p> <p>Sala de espera con separaciones provisionales</p> <p>Despacho del secretario</p> <p>Recepcionista (acoge al paciente)</p> <p><u>SERVICIOS:</u></p> <p>Baño – concina personal</p> <p>Baño publico</p> <p><u>GABINETES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Despachos, consultas médicos, y entrevistas con asistentes sociales</li><li>- <b><u>CENTRO REHABILITACION.</u></b></li><li>- <b><u>INSTALACIONES DE TRATAMIENTO</u></b> para el arte y el juego:</li><li>- Ergoterapia</li><li>- Terapia industrial o social</li></ul> <p>(método de ocupación: de lo más simple a lo más complejo)</p> <p><u>TALLERES</u> con divisiones con armarios:</p> <p><u>MAYORES:</u></p>

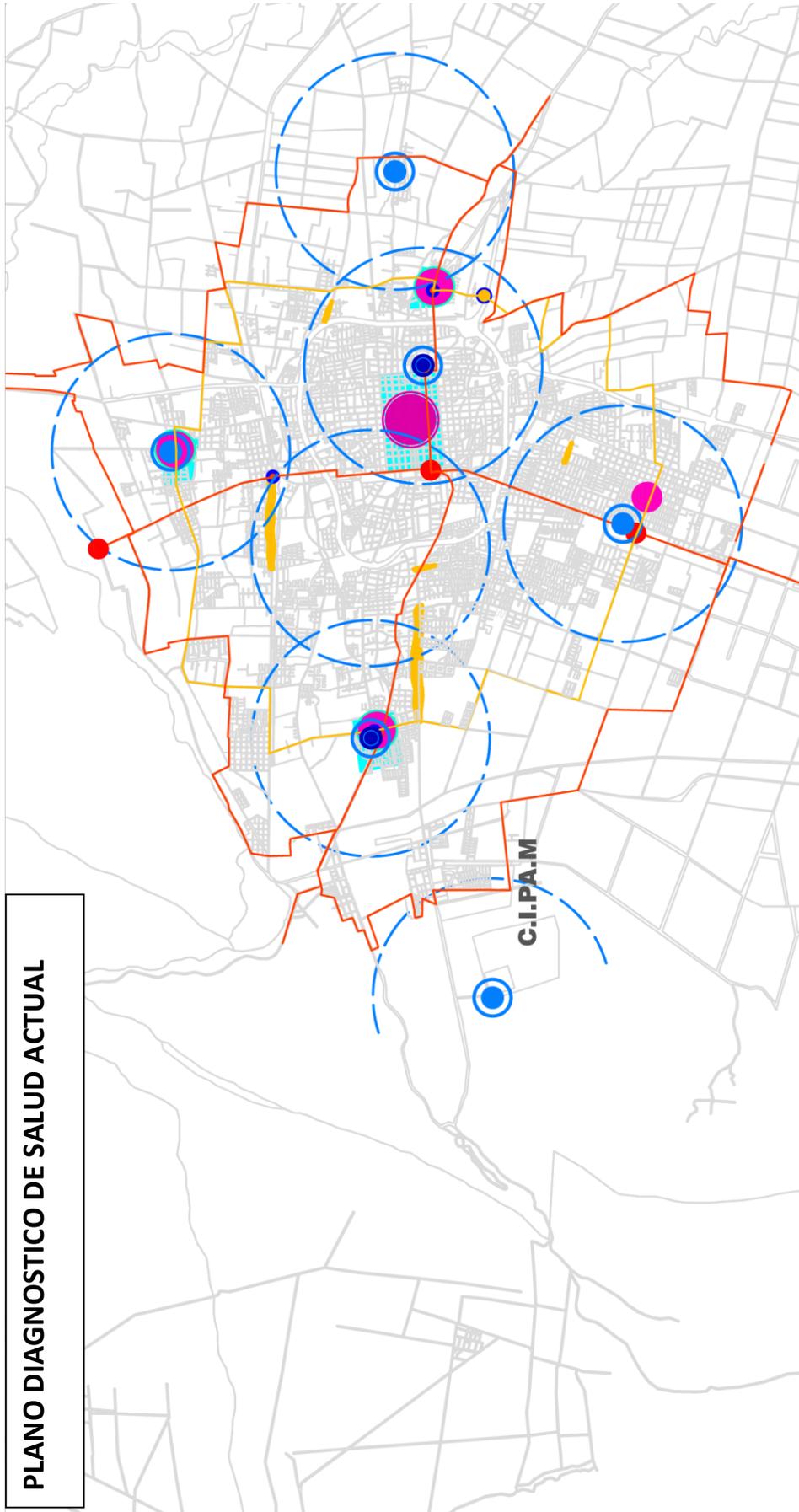


Espacio destinado a equipos y maquinas.  
Depósito para enseres y herramientas  
Sanitarios  
CENTRALES: (mayor especialización)  
Depósito para enseres y herramientas  
Sanitarios  
Al aire libre: jardinería, construcción, agricultura  
TALLERES DE REEDUCACION  
Talleres domésticos  
Servicios de lavandería: lavarropa, secado, planchado  
EJERCICIO FISICO:  
Relaciones psicomotoras:  
Ejercicio pasivo: masajes  
Ejercicio activo:  
1 sala pequeñas dimensiones: juegos de pelota.  
1 sala más grande (para todos los enfermos):  
Gimnasio  
Sala de fiestas  
Cancha de futbol y básquet  
Pileta cubierta  
circuito aeróbico  
Relaciones psicosociales:  
Carácter pasivo: sala de cine, tv, charlas.  
Carácter activo: lugar para el reuniones de comité  
CENTRO SOCIAL:  
Peluquería  
Quiosco – CafeZito - Bar  
COMEDOR: subdivisiones de divisiones varias para otros usos. Cocina. Baños  
Biblioteca – salas de lectura, música – Exposiciones  
Sala de reunión  
Sala de festejos  
Lugar para el culto.  
Secretaria del Club de Enfermos, de la cooperativa  
CENTRO MEDICO: SERVICIOS MEDICOS:  
Despacho medico  
Salas especiales diversos tratamientos  
Enfermería  
CONSULTORIOS EXTERNOS  
Depto. de rayos X  
Laboratorio de análisis clínicos  
5 consultorios Clínica medica  
(para el personal médico): sala de reuniones , biblioteca  
CENTRO ADMINISTRATIVO:  
Salas de juntas y comités  
Almacenes  
Servicios centrales no médicos  
VIVIENDAS PARA EL PERSONAL  
Unidades de dormitorio: 4 camas  
Recinto: comedor, cocina  
Actividades sociales

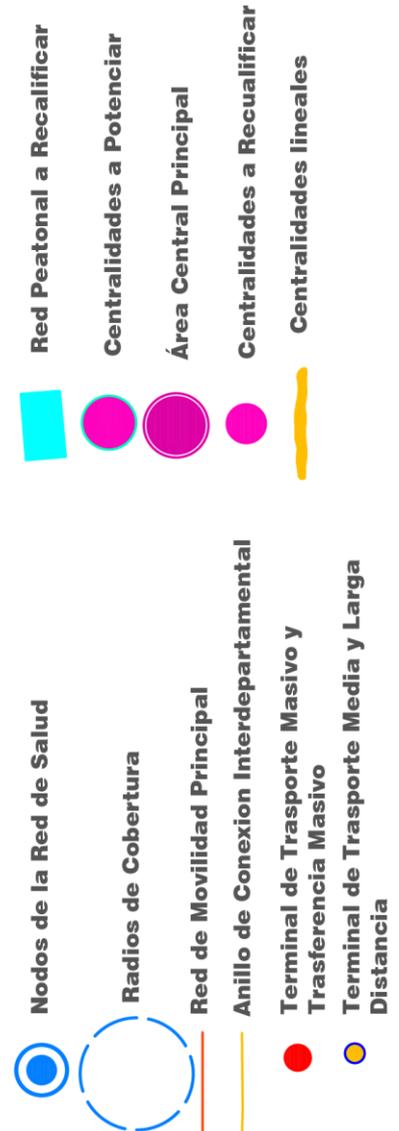


	2 Alojamiento para médicos de guardia Salas de estar – reunión
<b>Casa de Convalecientes o de medio camino</b>	Semejante a las demás viviendas de la ciudad. Casa particular, pensión de familia, hotel. Para 10 a 30 pacientes. Casas ya existentes Sala común Sala de reuniones Pequeño comedor Habitaciones individuales o de preferencias pequeñas en salas Instalación sanitaria Cocina Despacho para el asistente social / de reconocimiento Despacho para un vigilante en varones (entrada independiente) <u>TALLERES PROTEGIDOS</u> (para retrasos, neurosis, incapacitados para trabajos normales) Talleres de más especialización, simples. Diversidad de grupos
<b>Colonias de trabajo</b>	Convenios con industrias locales que les reserven trabajo Vigilancia mínima Para 20 a 50 pacientes

Conjuntamente, realizamos un Plan integral, con demás aspectos urbanos de mayor relevancia, basándonos en el Plan de Ordenamiento Territorial del área Metropolitana de San Juan (PLAM SJ).



PLANO DIAGNOSTICO DE SALUD ACTUAL





# RED DE SALUD MENTAL PUBLICA

Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como:

DISPENSARIO HG+SMc/I : servicios de salud mental en el hospital general con internación

potenciales HOGARES DE DÍA: Centros de rehabilitación psico-social diurno y nocturno

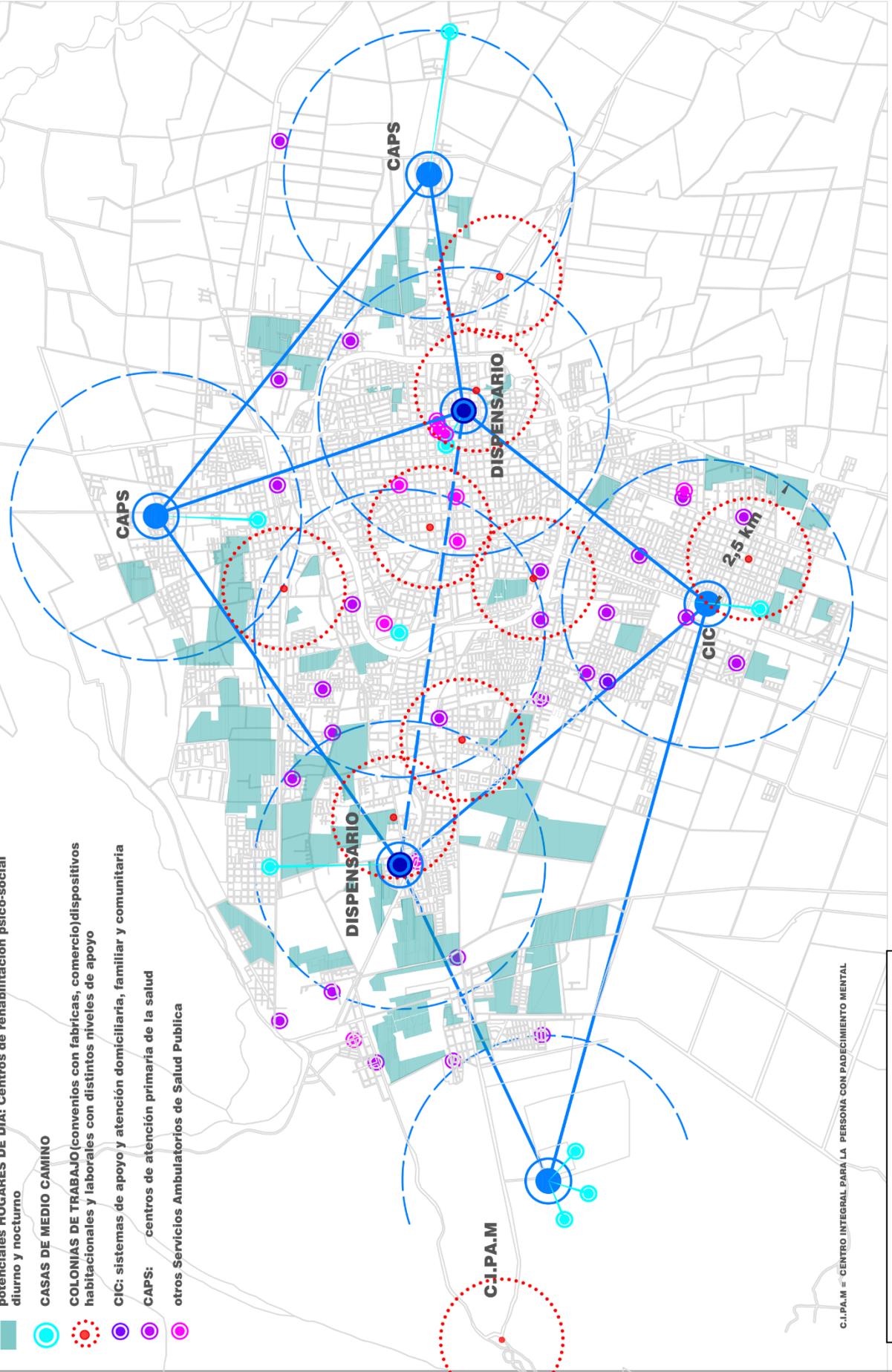
CASAS DE MEDIO CAMINO

COLONIAS DE TRABAJO (convenios con fabricas, comercio) dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo

CIC: sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria

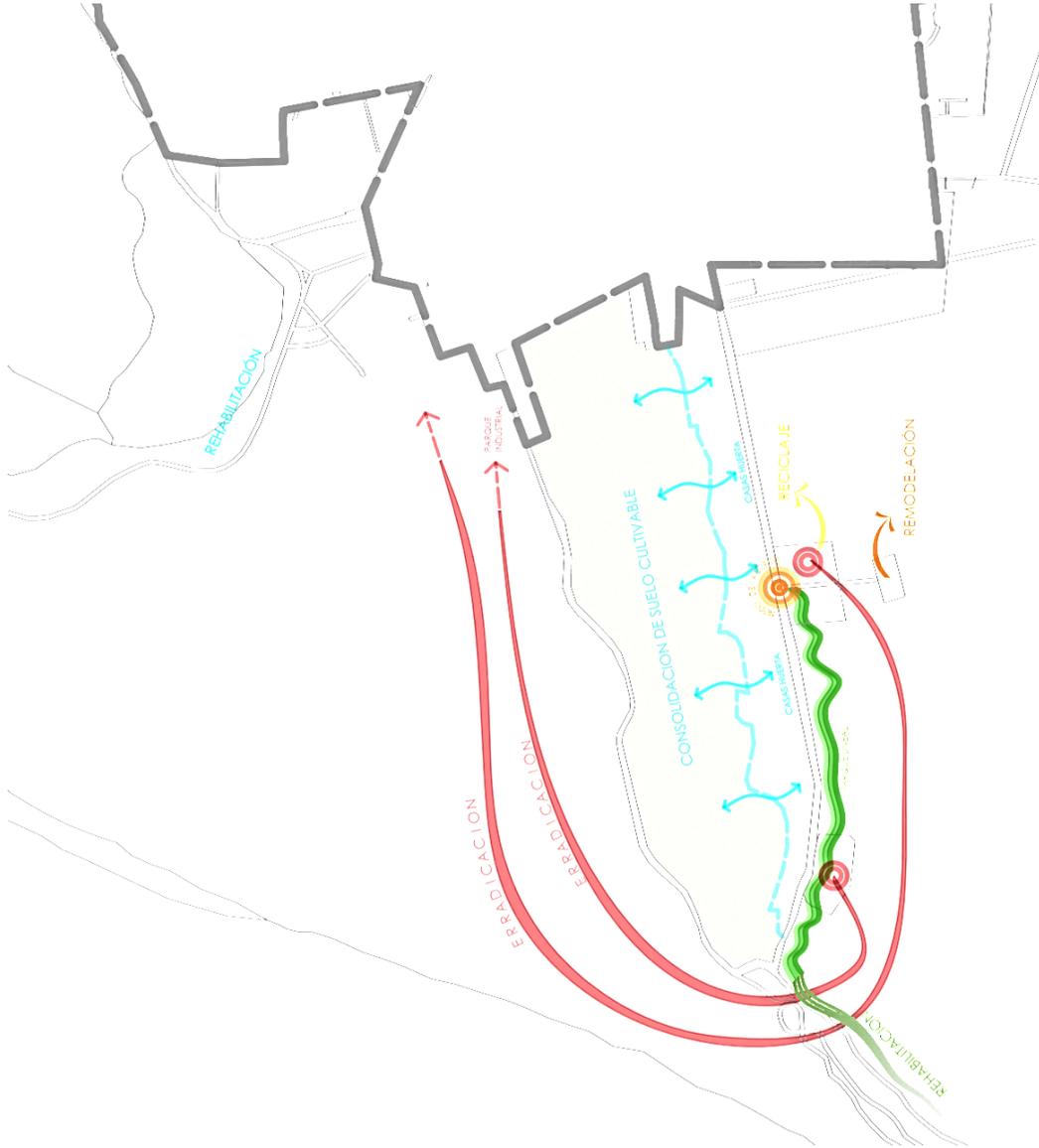
CAPS: centros de atención primaria de la salud

otros Servicios Ambulatorios de Salud Publica



C.I.P.A.M = CENTRO INTEGRAL PARA LA PERSONA CON PADECIMIENTO MENTAL

PLANO PROPUESTA DE SALUD

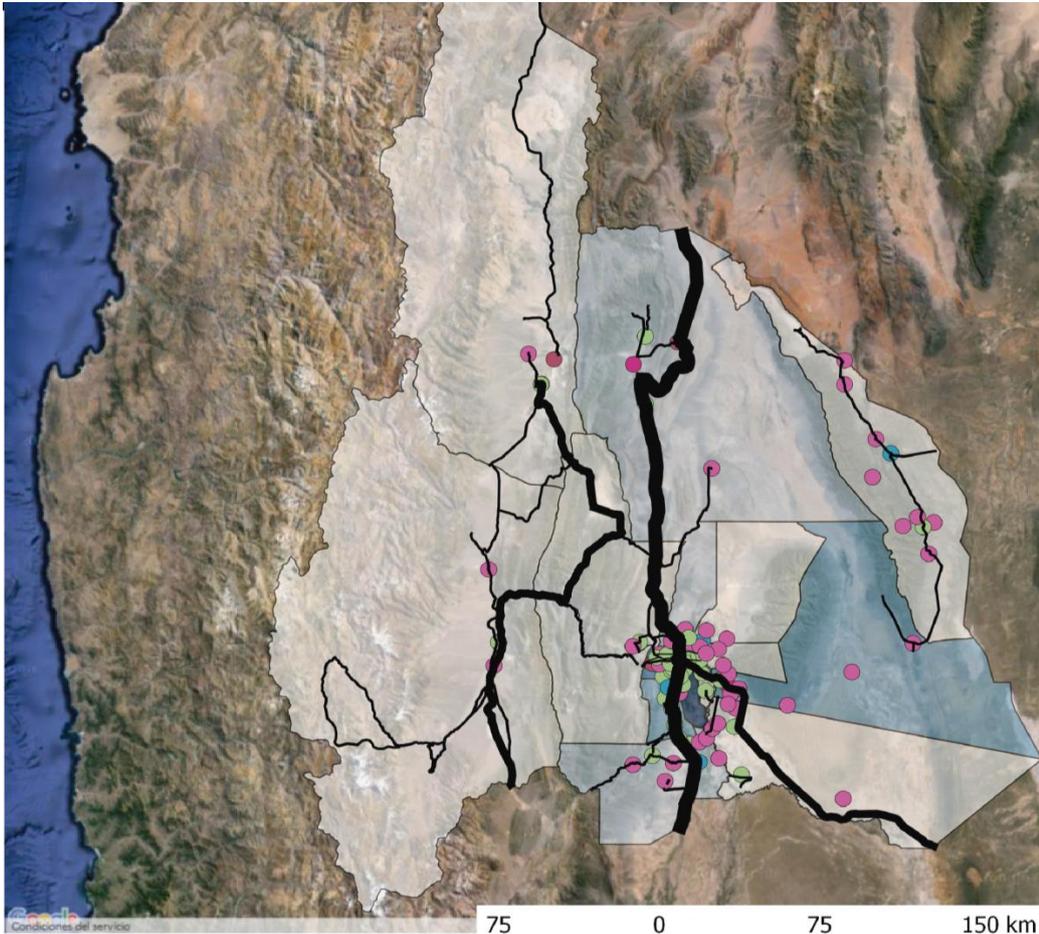


Propuesta general: Con el análisis exhaustivo del sector hemos procedido a la detección de espacios baldíos, áreas vacantes, uso actual agrícola activos, y obsolescencias del sector tanto físicas como funcionales, determinando el rol del sector, con el objetivo de establecer las estrategias de trabajo.

- Revitalizar el uso turístico Ullum Zonda
- Es digno destacar la gran concentración de monumentos significativos, que sumados a las particularidades morfológicas y paisajísticas, como la sanción de la ley n° 7586 del parque de Rivadavia, que le asigna la categoría de Reserva de Uso Múltiple y las obras de infraestructura del peri lago que hacen que la quebrada de Zonda posea una "atracción especial"
- Teniendo en cuenta el DESARROLLO SUSTENTABLE como ciudad oasis, El objetivo es frenar el crecimiento de la mancha urbana, y establecer el uso agrícola activo como límite de dicho crecimiento, aportando un recurso para trabajar en el desarrollo del área.
- Se observa la presencia de distintos elementos estructuradores observados en el diagnóstico. Los mismos posibilitaría la REMODELACIÓN RENOVACIÓN, REHABILITACIÓN (según corresponda) de la zona de estudio de búsqueda de una mejor organización urbana.

Por todo lo expuesto, es que consideramos necesaria la revalorización de los vestigios, además de una reorganización del sector y un complemento de infraestructura que permita potenciar al máximo las características paisajísticas y turísticas que el lugar posee.

DIAGNÓSTICO RURAL / URBANO



Legenda

- rutas principales sj
- Ruta Internacional
  - Ruta Nacional
  - Ruta Provincial

- establ con servicio de salud sj
- I - Unidad Periferica
  - II - Unidad Periferica
  - III - Complejidad Hospitalaria I
  - IV - Complejidad Hospitalaria II
  - V - Unidad Periferica
  - VI - Complejidad Hospitalaria III
  - VII - Unidad Periferica
  - VIII - Complejidad Hospitalaria IV

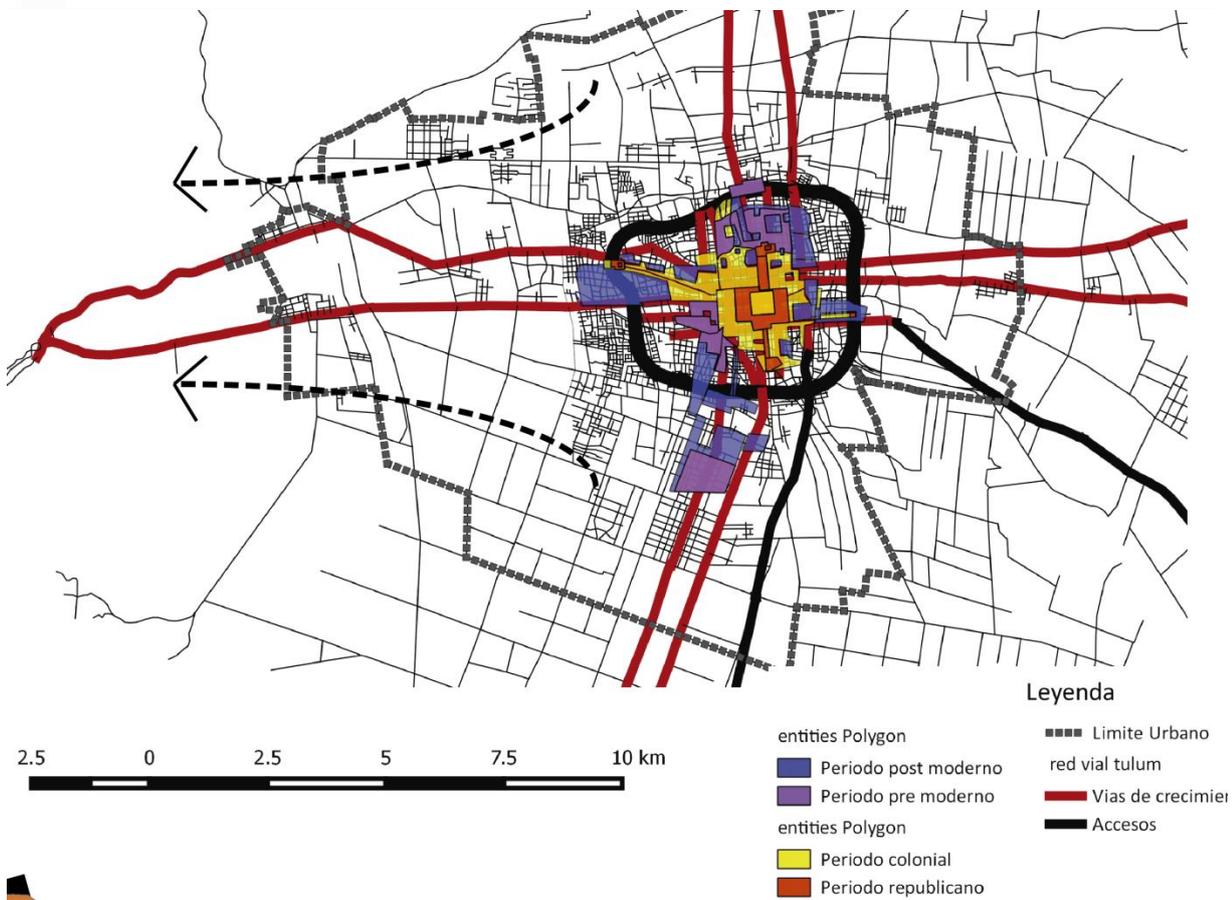
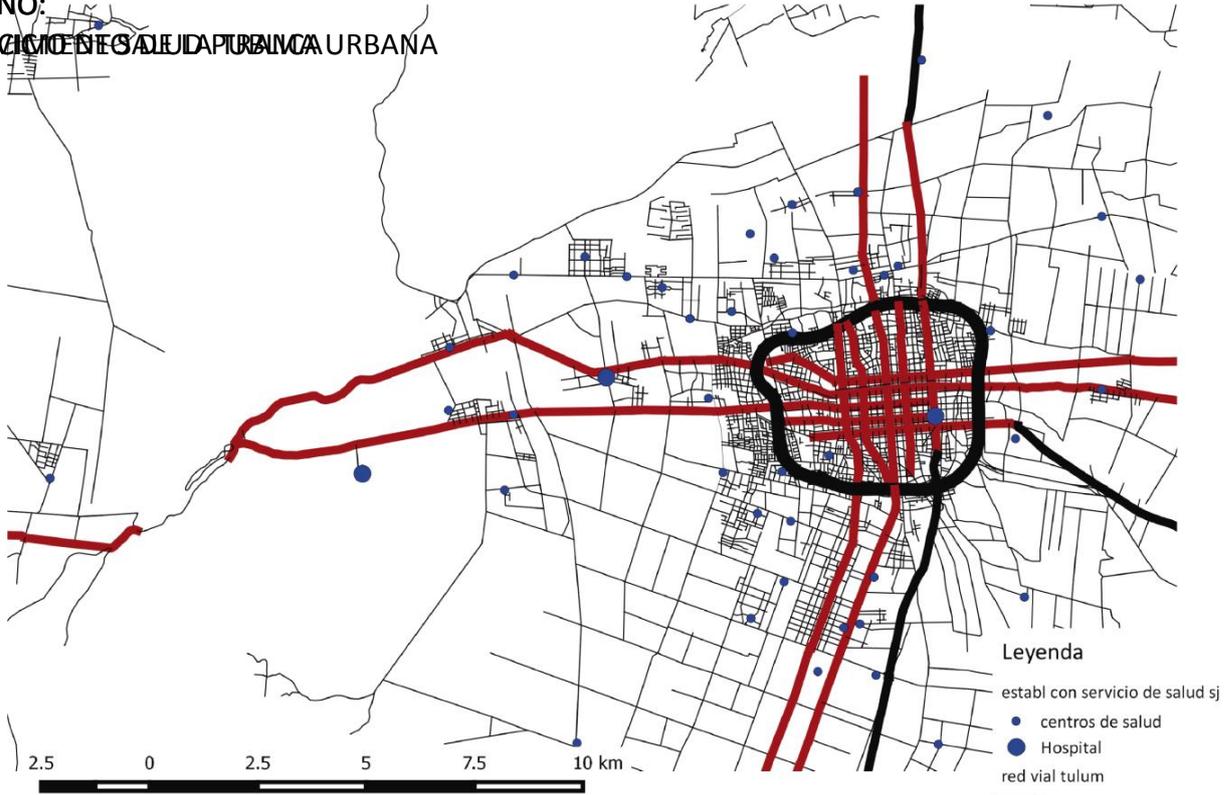
- poblacion 2010 sj
- Densidad Baja
  - Densidad Media
  - Densidad Media
  - Densidad Med
  - Densidad Alta

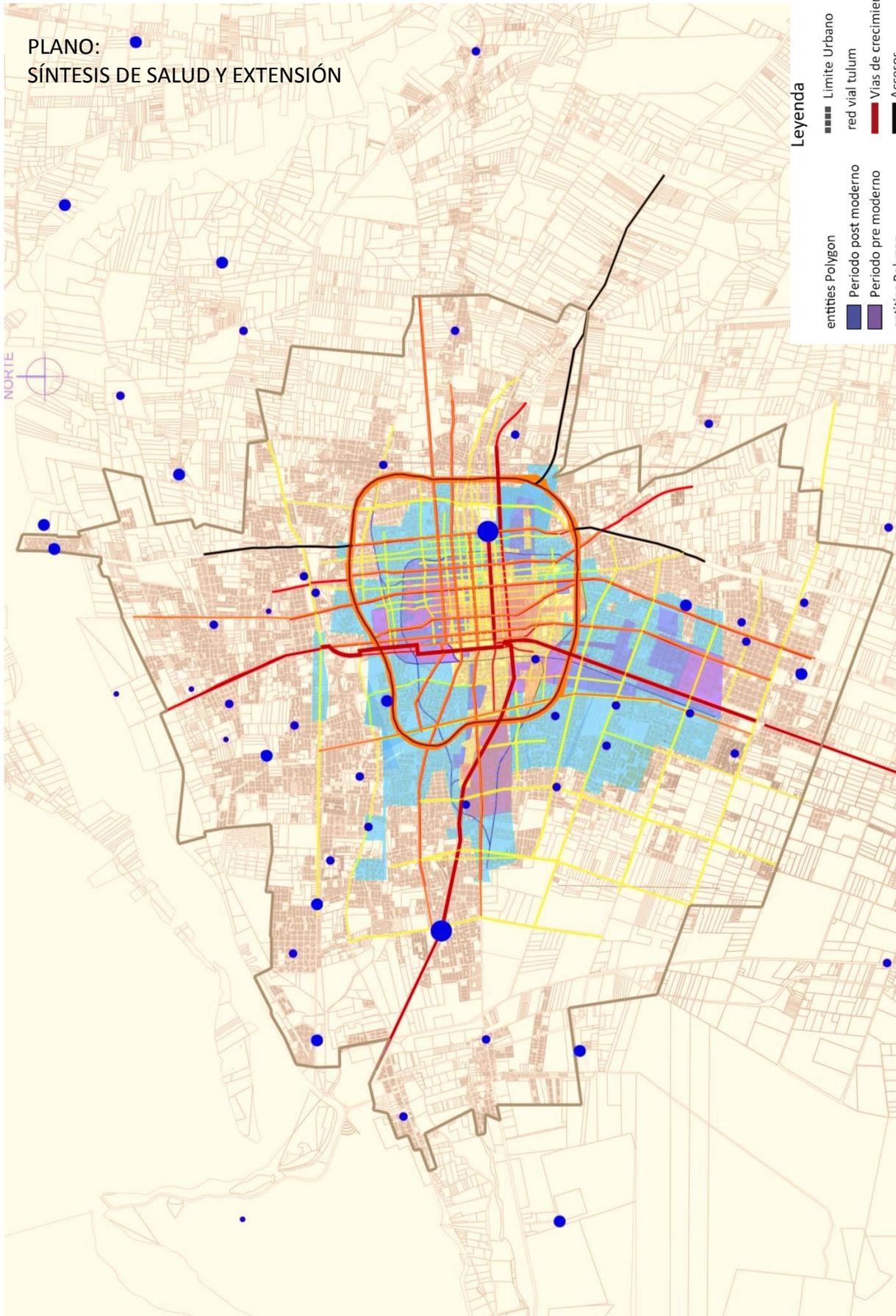
ZONAS SANITARIAS





PLANO:  
SERVICIOS DE ADAPTACION URBANA









## CARACTERIZACIONES:

Analizando el área problema y pensando en su futura intervención, comenzamos por definir a los distintos grados de obsolescencia, tomando este concepto como la caída en desuso de lo construido, motivada no por un mal funcionamiento, sino por un insuficiente desempeño de sus funciones en comparación con las nuevas construcciones.

Obsolescencias físicas:

Severa/Total:

→ aquellas construcciones que ya no cumplen con las funciones para las cuales fueron diseñadas y/o se encuentran en situaciones inhabitables.

Parcial: tomando dos referencias, y en cuenta a:

→ Aquellas construcciones mixtas es decir que se lean blandas y duras, y que tengan un leve grado de refacciones.

→ dentro de esta categoría también consideramos aquellos casos donde si bien las construcciones se presentan sin obsolescencia, se encuentran implantadas en un terreno con dimensiones atípicas, extensas y que poseen una relación entre FOS y FOT.

Leve: tomando dos referencias, considerando a:

→ GRADO 1: aquellas construcciones duras y/o de adobe que tengan poco que refaccionar y mejorar su mantenimiento.

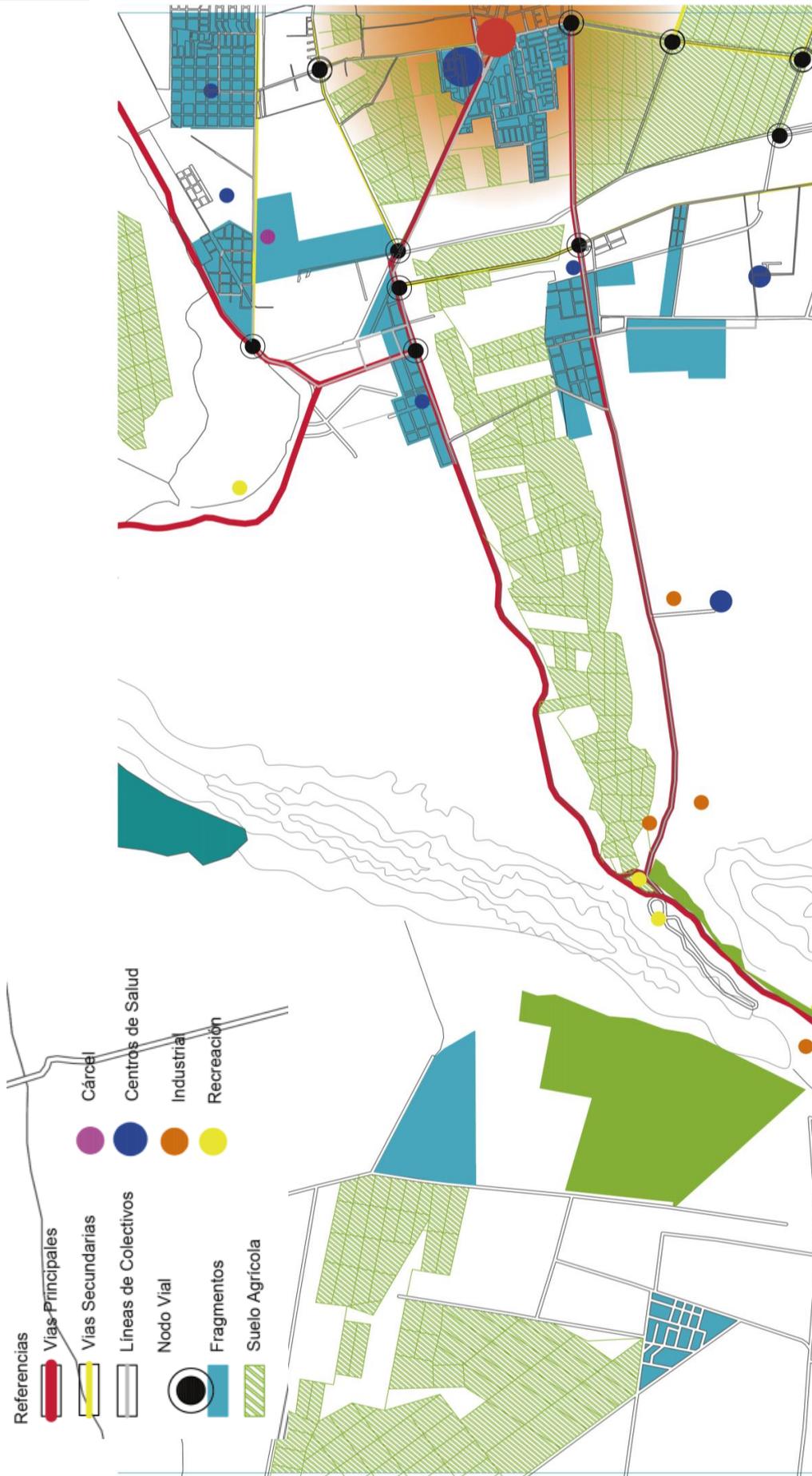
→ GRADOS 2: considerando también veredas discontinuas, que no estén materializadas o se encuentra en pocos es estados transitable.

Obsolescencias Funcionales:

→ GRADO 1: obsoleto función: aquellas construcciones que ya no cumplen las funciones para las cuales fueron diseñadas inicialmente.

→ GRADO 2: con problemas funcionales: siendo las construcciones que aun cumpliendo las funciones para las que fueron diseñadas, presentan problemas en el cumplimiento de esas funciones.

→ GRADO 3: dentro de esta categoría también consideramos aquellos casos donde si bien las construcciones se presentan sin obsolescencia, se encuentran implantadas en un terreno con dimensiones atípicas, extensas y que poseen una relación entre FOS y FOT.



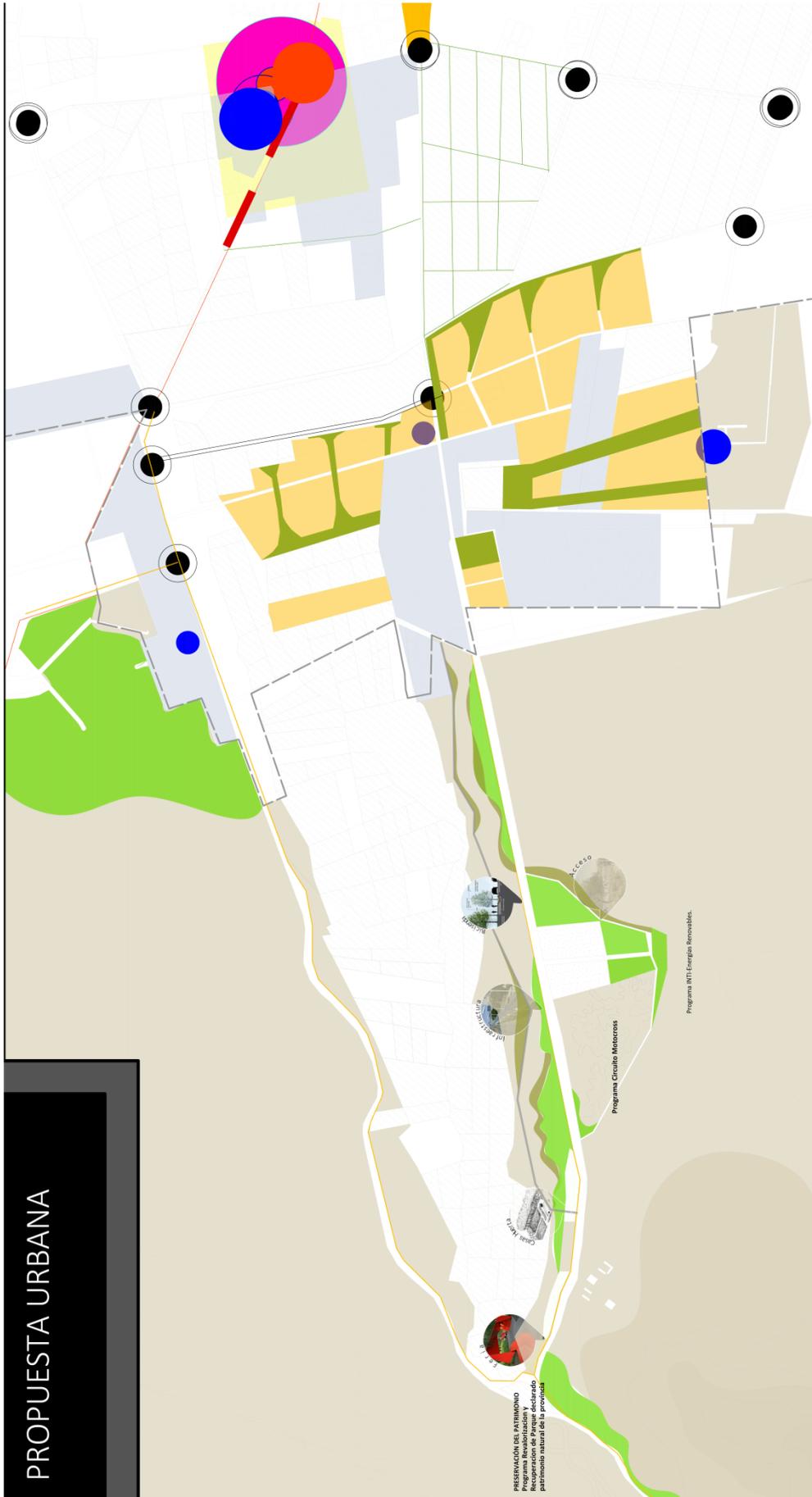
**RESTRICCIONES**

- El uso del suelo no se encuentra planificado, queda demostrado en la inapropiada localización de usos incompatibles. Ejemplos de ellos, cementerios fábricas, etc.
- Fuerte tendencia de crecimiento de la mancha urbana, que acentúa la problemática urbana.
- Se percibe escasez de espacios verdes.

**POTENCIALIDADES**

Es un gran potencial la zona que rodea el embalse del Dique de Ullum, para ser explotado turísticamente, por sus condiciones particulares y belleza natural. El potencial que presenta la zona de estudio está referido a la gran extensión de superficies especiales, cuyo uso de suelo ya hoy está demostrando una creciente tendencia a las actividades referidas al cultivo y al esparcimiento y recreación, (aprovechamiento del paisaje natural y de las actividades relacionadas con el lago del Embalse de Dique de Ullum)

La zona cuenta con elementos estructurales artificiales, los conectores tales como ruta 12, ruta provincial 60, y también cuenta con elementos estructuradores naturales tal como: el río San Juan, la Sierra Chica de Zonda, etc. Es fundamental este punto, ya que la zona presenta una importante fragmentación demostrada a nivel global-departamental, diferenciando a zonda, Ullum, Rivadavia, claramente, dándole identidad al sector.





- **Programa Corazón Verde.**
  - con el fin de fomentar la participación de los sectores de la población del borde urbano, en la recuperación y mantenimiento de una agricultura respetuosa con el medio ambiente a través de la creación y mantenimiento de los huertos urbanos, creando al mismo tiempo una alternativa cultural y de ocio que fomenta a su vez la idea de desarrollo sostenible.
  - Huerto de Prácticas para la realización de talleres de formación teórico-práctica gratuita, en los terrenos adyacentes de la Estación Transformadora
  - Los participantes en los talleres de formación se comprometerán a crear un huerto particular gestionado individual o colectivamente, dentro de las manzanas establecidas para tal fin. (Viviendas rurales)
  - El concepto de "huerto urbano", acogerá a una multiplicidad de formas: podrá crearse en un solar privado o público, propiedad de una sola persona o de una Comunidad de propietarios.
- **Parque Metropolitano Marquesado y Parque Nodal Costanera Chimbas:**
  - conformación de una oferta de espacio verde adecuado y equipamiento deportivo, recreativo y cultural. Se han identificado terrenos propiedad del EEAA con una localización de accesibilidad posible de ser mejorada y con buena oferta ambiental.
- **AREA RURAL DE INTERES PRODUCTIVO Y AMBIENTAL**
  - Programa Secadero: muy atractivo a los ojos, porque según las etapas de secado van tomando distintas tonalidades en la gama del rojo fuerte inicial hasta el casi bordó final.
  - Programa INTI-Energías Renovables.
- **Ciclovías seguras:**
  - El diseño y mejoramiento de la red peatonal: en centros departamentales y en el centro de la ciudad, desarrollando una red de ciclovías entre puntos de mayor demanda e incrementando su seguridad y prioridad en intersecciones.
- **Programa Vial de Seguridad Carriles.**
  - Definición de corredores preferenciales para la circulación del transporte público de pasajeros, transporte de cargas, sistema de bici sendas adecuado para la Ruta
  - Obras de mejoramiento y jerarquización de la red vial:
  - pavimentación y mejoramiento de calzadas; dársenas de detención de vehículos y de giro vehicular y obras de semaforización y de cruces peatonales, entre otras, de las vías de mayor demanda
- **Obras menores:**
  - En general del área en relación al sistema de movimiento (cartelería, repavimentación, etc.)
- **Tratamiento de los bordes del límite urbano:**
  - los terrenos agrícolas entran en forma de tentáculos que se transforman en plazas y espacios de recreación como parte la ciudad. Esto genera un límite más difuso entre lo construido y la zona rural.
  - Aprovechamiento de estos terrenos agrícolas que ingresan al área para el abastecimiento del barrio local de productos de consumo diario.
- **Programa Vial de Seguridad Carriles.**
  - Definición de corredores preferenciales para la circulación del transporte público de pasajeros, transporte de cargas, sistema de bicis sendas.
- **Obras menores:**

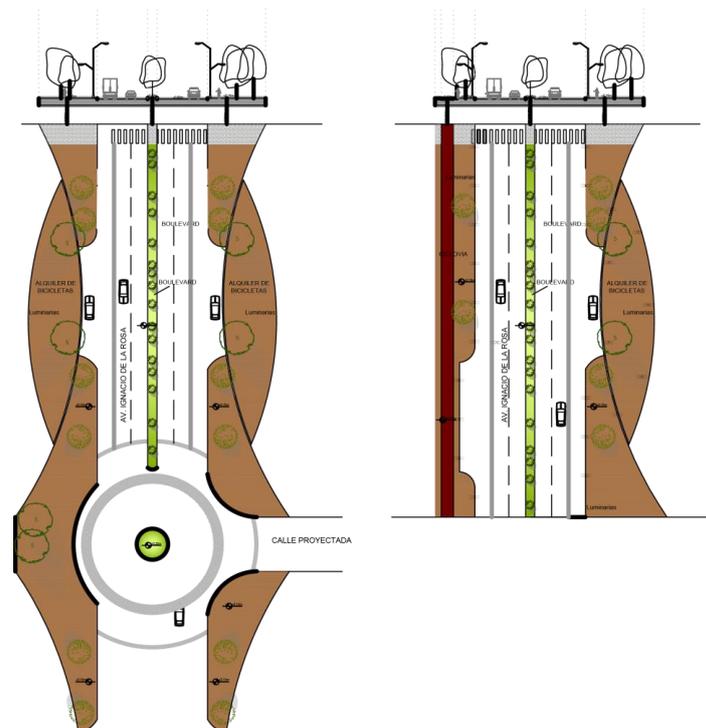
- En general del área en relación al sistema de movimiento (cartelería, repavimentación, etc.)
- **Corredores de transporte masivo y conexión interdepartamental:**
  - Implementación de servicio de transporte masivo sobre dos ejes (N-S y E-O) y un anillo transversal de conectividad interdepartamental con prioridad del transporte público sumando la infraestructura necesaria para el desplazamiento seguro de modos no motorizados. El anillo de conexión interdepartamental mejorará sustancialmente la accesibilidad al transporte público y generará eficiencias en los desplazamientos departamentales articulando nuevas centralidades departamentales, espacios de actividades metropolitanas y de intercambio de modos
- **Renovación de principales avenidas del Área Central:**
  - Puesta en valor y renovación con énfasis en la oferta de espacio público, el equipamiento cultural, residencial y los circuitos de movilidad sustentable (peatonal y ciclística) de:
  - Eje ferro-urbanístico.

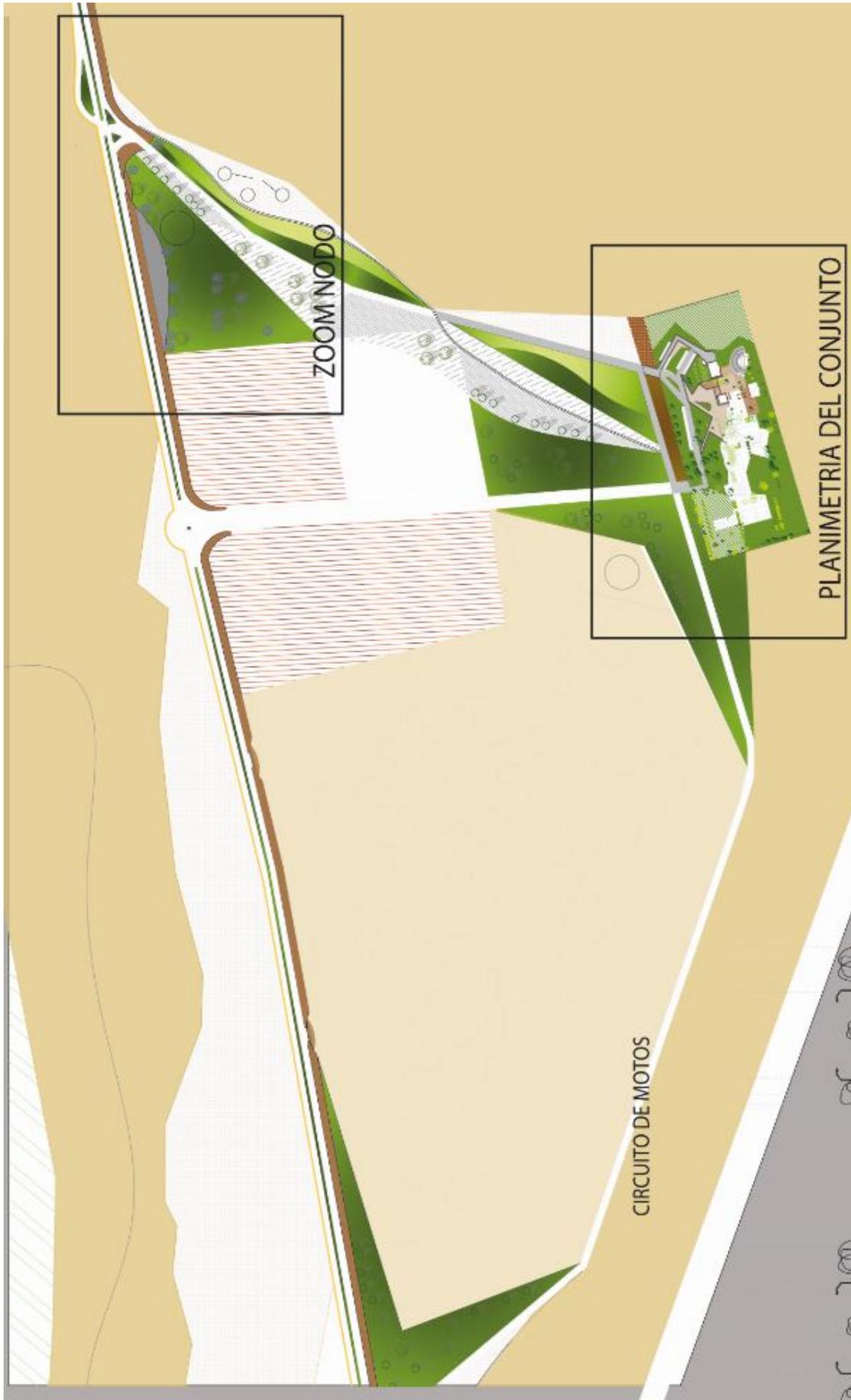
La propuesta urbana es **INTEGRADORA**, se proponen actividades complementarias, se conservan los usos ya identificados por los usuarios, como el circuito de motos, al cual se le agrega la ciclovías, y circuito de bici, como espacios verdes tan importantes para el deportista sanjuanino.

Es **INCLUSIVA**. El cual también sirve para integrar a los pacientes, son puntos importantes en la red de Salud, ya que son colonias de trabajo dónde los pacientes pueden participar.

Es **SUSTENTABLE**, paisaje, potenciando actividades ambiental, como el secadero. Promovemos infraestructura sustentable, con energías renovables. Generamos espacios verdes autóctonos, para su fácil mantenimiento.

Valoramos, conservamos y recuperamos vegetación existente y aquella que fue concebida como un todo con el parque Rivadavia y el Jardín de los Poetas. Diseño de los perfiles urbanos



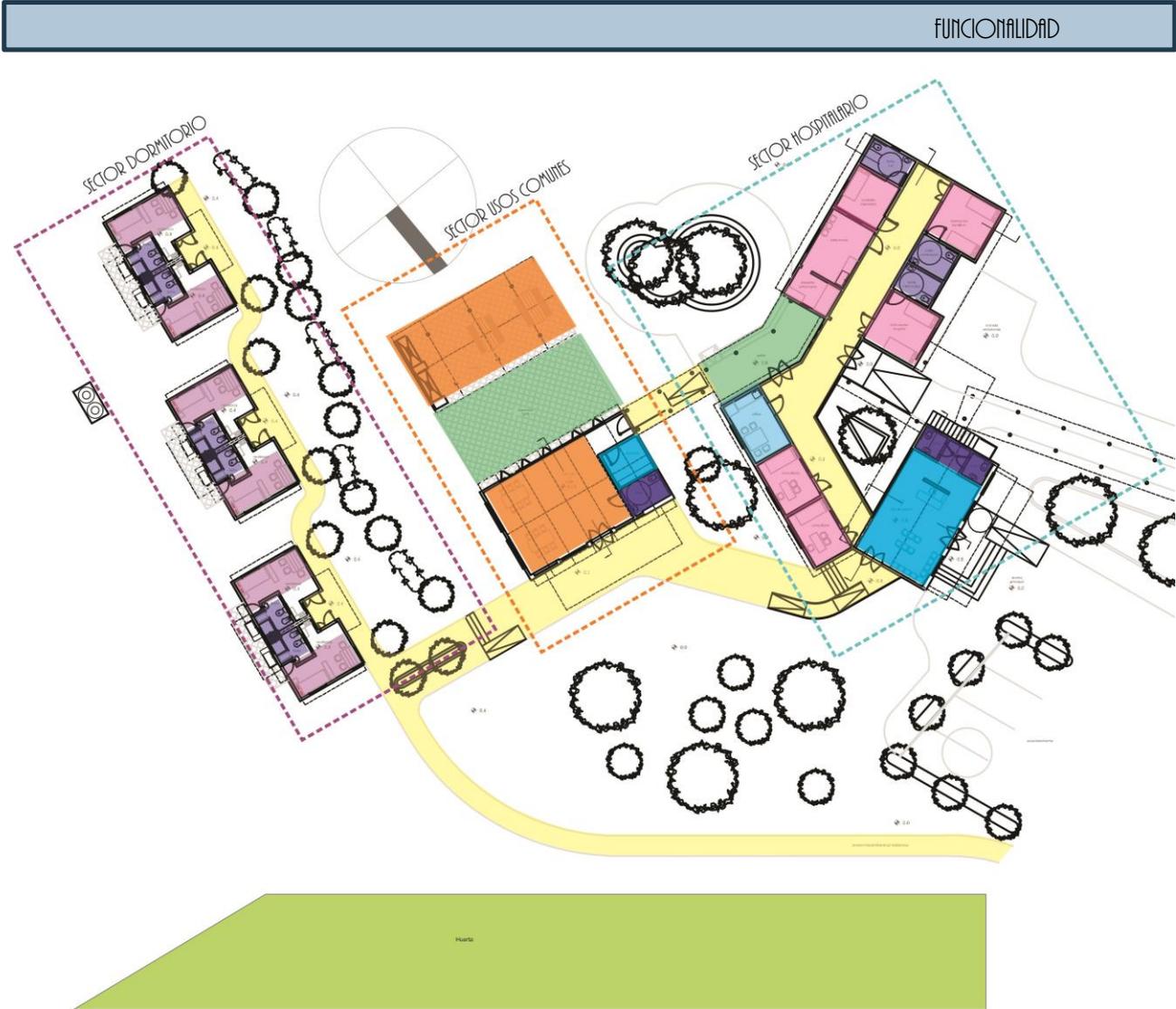




# PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

---

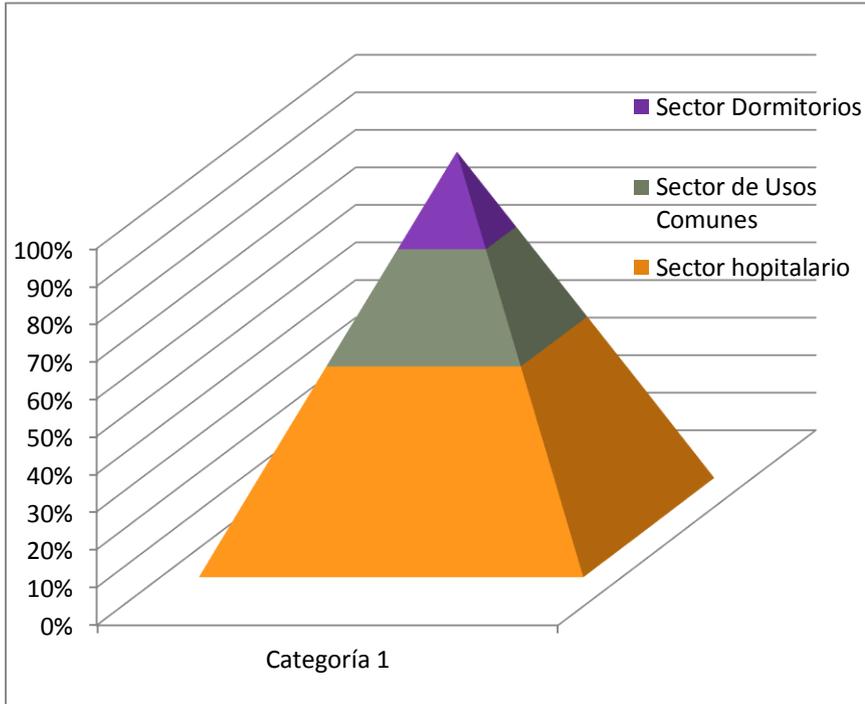
ANÁLISIS DE ANTECEDENTES



**Hospital PEDRO S. SANCHOLUZ** - Proyecto de estudio para diseñar un centro de salud mental en el municipio de Laprida, provincia de Buenos Aires. Este proyecto fue diseñado en conjunto con Hernan Ariel De Maria.

**Pautas del proyecto:** Para encarar este proyecto partimos de la noción colectiva de que un centro de salud mental debe tratar de rehabilitar a sus pacientes, no aislarlos de la sociedad. Es por eso que nos propusimos que el diseño del edificio tuviera una fuerte conexión con el exterior.

El segundo aspecto que tomamos en cuenta a la hora del diseño, fue hacer una separación de los sectores hospitalario, terapéutico y habitacional del centro de salud. Diferenciar los espacios, pero al mismo tiempo no entorpecer la circulación por los mismos.



**Conclusiones del análisis:** De este antecedente hicimos un estudio de los paquetes funcionales identificando tres sectores bien diferenciados que hacen al proyecto. Sector DORMITORIO, Sector USOS COMUNES, Sector HOSPITALARIO. Encontrándose articulados estos tres a través de circulaciones abiertas y cerradas, conectando de manera gradual el sector Público (sector hospitalario), Semi-público (sector usos comunes) y Privado (sector dormitorio).

De este proyecto es importante destacar el manejo de la

privacidad/intimidad en las habitaciones, siendo estas “residencias” individuales.

REHABILITACIÓN DE EDIFICIO



Reforma de Consultorio Médico Entrambasaguas Perez - Rui



El punto de partida de la actuación surge de la necesidad de reformar el antiguo Consultorio médico-biblioteca del pueblo, un edificio de planta única largo y estrecho.

La mitad del edificio queda en desuso con el traslado de la biblioteca a la nueva Casa de Cultura; esto unido a la demanda de una población creciente, posibilita que todo el edificio pueda destinarse a uso médico, aumentando el número de consultas, incluyendo extracción y pediatría.

**Conclusiones del análisis:** Una franja ordenada que da lugar a consultas rectangulares de proporciones confortables con una zona de atención (mesa y sillas) y otra zona de exploración (camilla y aparatos). Frente a esta crujía ordenada y tranquila existe otra continua, fluida y dinámica que recorre longitudinalmente el centro. Este espacio se genera a partir de un único gesto: una línea quebrada que acoge en sus pliegues los espacios de acceso y espera, un muro paneleado de listones de madera entre los cuales vibra una gradación de cinco tonos de color, del azul al verde. Este elemento se convierte en el protagonista de la actuación, dota de calidez al espacio y permite situar detrás de él los usos secundarios de aseos, descanso de personal, administración y almacén.

Se puede identificar con claridad el edificio patrimonial de la intervención de rehabilitación.

ESPACIALIDAD



planta general

Centro de Rehabilitación Infantil de la Teletón SOLANO BENÍTEZ – Paraguay - Arquitectura Vernácula



Todo el proyecto se desarrolló contando con los materiales disponibles, fragmentos cerámicos producidos por las demoliciones previas

**Conclusiones del análisis:** La obra complementaria desarrolla al máximo el valor constructivo y estructural de la materia nueva convocada para integrarse a inaugurales funciones, como señal de lo que la institución debía mostrar a la sociedad. La obra se caracteriza por la reutilización de materiales de desecho, logrando innovadoras estructuras, bóvedas, pirámides invertidas y paredes en zigzag. Usa el triángulo como polígono de resistencia estructural.

Sus ambientes, se caracterizan por los detalles, entre ellos el jardín abovedado construido por triángulos de ladrillos reutilizados unidos con cemento, a modo de pantalla perforada es el al mismo tiempo pabellón de sombras. Otro ambiente sobresaliente en la circulación de las oficinas, contenidas en una bóveda parabólica de muy poco espesor constituido por ladrillos irregulares.

**La Colonia Montes de Oca Buenos Aires**

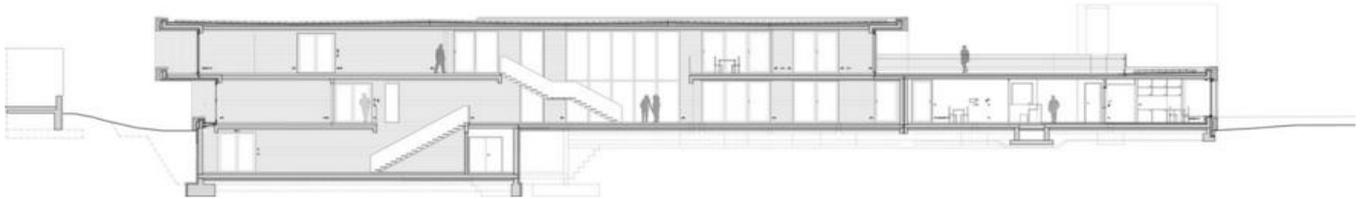


La ley de Salud Mental fomenta la creación de casas de convivencia o residencias compartidas entre varios pacientes con asistencia profesional (la idea es suplantar al neuropsiquiátrico), casas de medio camino, de gestión pública o privada (que contienen tanto a personas que podrán lograr su independencia tras un tratamiento, como a quienes podrían vivir allí de por vida) y hospitales de día (donde aprenden oficios).

La Colonia Montes de Oca, fundada en 1906, fue hasta hace menos de diez años una pequeña ciudad que se autoabastecía. La intención era que los pacientes no tuvieran necesidad de ningún contacto externo. Aislarlos. Hoy hay centros de día donde se reúnen a trabajar, un espacio para los ancianos, comedor, sanatorio, un taller mecánico, lavandería, una capilla, guardería para los hijos de los empleados y un tambo.

**Centro Psiquiátrico Friedrichshafen / Huber Staudt Architekten, Alemania 2011**

El edificio encierra un patio verde de grandes dimensiones y aprovecha el contorno de la ladera tipológicamente, proporcionando entradas en dos niveles distintos. Grandes salas de terapia centrales, con acceso directo al jardín de los pacientes, están dispuestas en la planta baja al aprovechar las posibilidades de iluminación natural a lo largo de la pendiente.



El edificio principal del hospital, construido en la década de 1960, domina el terreno extenso del campus. Los edificios adyacentes tanto del jardín de infantes como los de vivienda se relacionan de manera ortogonal con el hospital. La propuesta de ampliación del campus a través del Centro Materno Infantil, el Centro Médico y el Centro de Radioterapia enfatizan el carácter peatonal del campus en su orientación. El nuevo Centro Psiquiátrico se organiza como una figura significativa en este sistema. La zona de entrada entre la nueva construcción y el hospital existente proporciona un alto nivel de equipamiento e invita a los pacientes, visitantes y empleados del hospital a la relajación



**Centro de Salud Mental Víctor Castro**

“Mi objetivo es integrar la arquitectura en la terapia del paciente. La noción de “bien-estar” está ligada directamente a la calidad del espacio que rodea al paciente, una búsqueda que intenta disminuir su angustia y su sufrimiento”.





Espacio, suavidad, mucho color, coherencia entre la vida íntima y la vida colectiva. Amplitud, manejo de la curva y la supresión del ángulo en el diseño de los corredores. El uso del color no asociado con la asepsia de un espacio de laboratorio o clínica supertécnica

- ¿existe un estudio sobre el color en los pacientes?
- yo tengo que ser un poquito severo en eso diciendo que nunca he podido encontrar un valor consensual, en un momento se decía que el verde relajaba y todos los hospitales eran verdes, se ha dicho que hay colores como el rojo que produce irritación, agresividad, violencia.

Todo y como todo en la vida es una cuestión de proporciones. Eso nos aleja de una doctrina que puede uno establecer que a ciencia cierta tal color produce tal o cual reacción

**El Sauce / Mendoza**

El funcionamiento del hospital mental El Sauce es muy similar al que se ubica en nuestra provincia. Se trata de pabellones separados, cada uno con distintas funciones, ubicados en un predio de 92 hectáreas las cuales se encuentran pesquisadas y en muy buen estado. Además del área de pabellones se cuenta con un sector de guardia, y espacios para rehabilitación.

Existen la división al igual que en El Zonda, de sectores

A: crónicos y agudos hombres

B: activo judicial

C: crónicos y agudos mujeres

D: mutualizados

SAC: servicio de atención de crisis.

SAC es un nuevo servicio que ofrece el hospital a partir de la Nueva Ley de Salud Mental, que atiende a los pacientes en el periodo de la crisis y luego se los acompaña hasta el regreso con la familia. Una vez que el paciente egresa el Hospital se encarga de buscar la ayuda profesional que el padeciente requiere en un radio cercano a su casa, de manera que el tratamiento no sea abandonado por razones de distancias.

Cartera de servicios	Internacion	urgencia	Prog. Esp.	Ambulatori
Clinica Médica - diabetes			x	x
Clinica Médica - clínica			x	x
Control del Niño sano	x		x	x
Vacunación				x
Odontología		x		x
Neurología		x		x
Electroencefalografía		x		x
Psicopedagogía		x		x
Psicología		x		x
Psicología -Rehabilitacion cognitiva			x	
Trabajo Social		x		x
Psiquiatría		x		x
Psiquiatría - Seguimiento domiciliario			x	
Rehabilitación		x		x
Psiquiatría - Pericias Agentes Públicos				x
Nutrición		x	x	x



El Hospital también implementó el sistema de casas de medio camino, las cuales son alquiladas con presupuesto del establecimiento. En las mismas los residentes se encuentran acompañados por un grupo de enfermeros.<sup>14</sup>

#### HISTORIA DEL HOSPITAL:

En 1949 durante la primera presidencia de Perón se crea el Ministerio de Salud Pública de la nación, al mando del cual se pone al Dr. Ramón Carrillo, quien fue el primero en aplicar en la Argentina una política sanitaria.

Tal como lo expresa Barrios (2004), en su libro Política Sanitaria Argentina, dado a conocer en 1949, Carrillo expresa tres principios fundamentales de la misma:

1. Todos los hombres tiene igual derecho a la vida y a la sanidad;
2. No puede haber políticas sanitarias sin política social;
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

En el marco de este contexto socio-político se comienza la construcción del Hospital El Sauce en el año 1948 en un terreno de 100 hectáreas, adquirido por el Ministerio de Salud Pública de la Nación . Se encuentra ubicado en la localidad de Guaymallén, a unos 15 Km de la Ciudad de Mendoza.

En las notas periodísticas publicadas en los diarios de la época, destaca el hecho que se produjera una doble inauguración del hospital, siendo de carácter administrativo la primera en noviembre de 1951, evitando todo tipo de ceremonias, en virtud del deterioro de la salud de la Sra Eva Perón, la cual hizo que se suspendieran los actos inaugurales en esa fecha y se produjera la inauguración formal en el mes de febrero de 1952.

Misión<sup>15</sup>: Hospital Escuela, institución pública de 3er nivel de complejidad, especializado en Salud Mental, que aborda y asiste de manera interdisciplinaria e integral al sujeto de derechos que requiere atención ambulatoria o internación, en los tres niveles de atención a la salud.

Visión: hacia una integración en la Salud Pública y hacia la adecuación a la Ley de Salud Mental, en camino a la transformación de la atención, haciendo hincapié en la promoción y prevención, optimizando los servicios del hospital como referente en la comunidad, siempre apuntando a la excelencia.

Valores: Educación :formación y capacitación permanente, Respeto de los derechos de los pacientes, Apertura e inclusión, Calidad de las prestaciones, Intersectorialidad, Interdisciplinariedad, Compromiso, Solidaridad, Responsabilidad, Rehabilitación

---

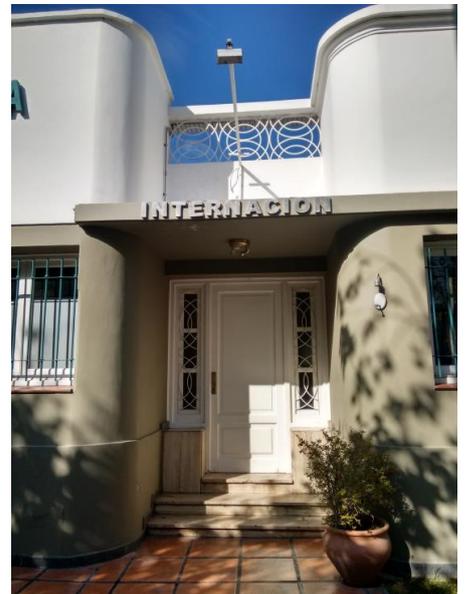
<sup>14</sup> Información administrada por la Directora del Hospital de El Sauce en una entrevista oral.

<sup>15</sup> Fragmentos extraídos de "Inauguración del Hospital "El Sauce" de la provincia de Mendoza". Aspectos histórico- sociales. Por Dr. FLORES Mauricio, Dra. EGEA Carolina, Dra. VELEZ Ivana, Dr. GODOY Andrés, Dr. MOTUCA Mariano. Trabajo presentado en el XI Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, Rosario, octubre de 2010.



Instalaciones del Hospital El Sauce, Mendoza. 2016

### Clínicas privadas de San Juan : clínica privada león Cali



Las clínicas funcionan de forma independiente al Neuropsiquiátrico de zona ya que estas brindan servicios a otro grupo de la sociedad: los mutualizados. Creemos que es conveniente coordinar el funcionamiento de las clínicas e incorporarlas al Sistema en Red de Salud





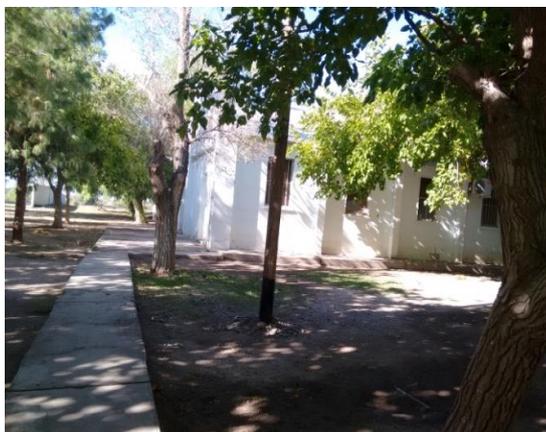
### Hospital Neuropsiquiátrico de Zonda: Estructura actual

#### Aspectos administrativos

El edificio donde funciona actualmente el hospital se lo utilizo a lo largo de la historia como refugio, como colonia de vacaciones, para colonia para niños débiles y maestros tuberculosos y finamente como establecimiento hospitalario. De aquí que se argumente la existencia de construcciones que, acorde a las finalidades que ha seguido la institución. Desde la apertura como hospital – 1970 – y durante un lapso de años, se han realizado una serie de cambios en la estructura original que obedecieron a:

- Clausura de sectores de anterior funcionamiento: pileta, edificio central, una parte trabajan en laborterapia
- Ampliación edilicia: construcción de la administración y consultorios
- Redistribución de las partes que la configuran: ampliaciones, aprovisionamiento de agua, cisternas, remodelaciones de instalaciones sanitarias y eléctricas-

Para entender la disposición actual del nosocomio y ordenar las partes que lo conforman, es factible dividirlo en los siguientes sectores:





Programa actual del Hospital Neuro - psiquiátrico de Zonda

A/ Dirección:

- Despacho del Director

B/ Sector Administrativo:

- Oficina del Jefe de Personal
- Oficina del Administrador
- Oficina Contable
- Oficina de Estadística

C/ Sector Técnico:

- Oficina de la Supervisora de Enfermería
- Oficina de Servicio Social
- 2 Consultorios externos
- Servicio de Guardias:

• Consultorio

• 2 Habitaciones – Baño

• Cocina

Sala de Laborterapia

Salas de internación:

• Hombres: cuartos compartidos con dos o más camas

• 4 Baños

• Habitación para los auxiliares de enfermería de guardia

• Office

• Cocina

• Consultorio de atención de pacientes internados

• Mujeres: tipo pabellón con 12 camas

• 1 baño

• Habitación para los auxiliares de enfermería de guardia

• Habitación que funciona como Office y consultorio para la atención de pacientes internadas

• Cocina

D/ Sector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

• Farmacia

• Esterilización

E/ Sector de Mantenimiento:

• Pieza para los porteros de turno.

• Pieza para las mucamas



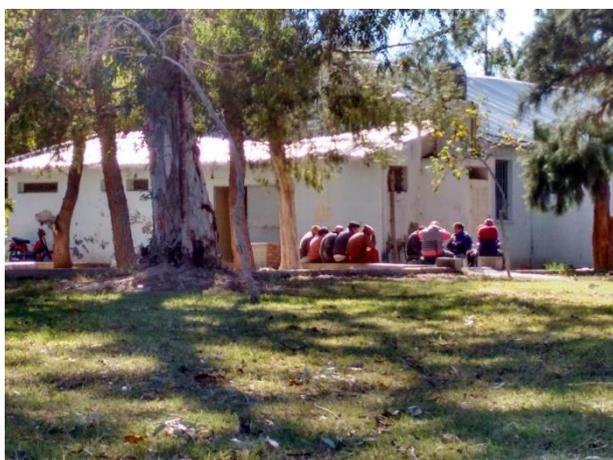
F/ Sector de Servicios:

- Lavandería
- Pieza de costurerita
- Cocina
- Comedor
- Una sala en reparación, donde funciona también Papelitos y Maderitas
- CafeZito.
- Canchas de futbol y básquet

RELEVAMIENTO FOTOGRÁFICO:



#### RELEVAMIENTO FOTOGRÁFICO:



#### ASPECTOS MÉDICOS:

El tratamiento que reciben los pacientes durante muchos años respondió a una concepción biologista de la enfermedad, posibilitando distintas prácticas terapéuticas que van desde el uso del electroshock hasta tratamientos de tipo físico sumado al farmacológico, terapéuticas para “controlar” y “contener” al paciente para lograr la calma y tranquilidad en hospital. Dichos pacientes se entregaban al ocio absoluto:

*“el esquema corporal se impregna de esta actitud de eterno deambular, la gente se encorva, adquiere un paso lento, se mira sin mirar, pues ya se han mirado los mismos detalles del lugar miles de veces. La sensación que dan los internados es de zombies, de cuerpos sin inserción a la realidad, es decir, sin una tarea que organice la dinámica de su esquema corporal”*

Alfredo Moffat.

Hoy en día, ya no se realizan técnicas de electroshock, aunque si se detectan abusos del personal en algunos casos y maltratos. Cabe destacar el buen accionar por parte de nuevos profesionales que allí trabajan para cambiar y revertir este tipo de situaciones.

Sin embargo, con respecto al personal que trabaja en el Hospital de Zonda, aun se advierte en el mismo, la carencia de estímulo, falta de creatividad, escasa participación y ausencia de comunicación. Siendo la

antigüedad en el trabajo, el agotamiento y el deterioro, la distancia y los bajos salarios, otros factores que perjudican el trabajo interdisciplinario. Dando como resultado la relación “asistencial” y “formal” entre persona y paciente, en la que este último es sometido al poder de decisión del enfermero. Dicha relación se manifiesta espacialmente en la disposición física de los internados, aislada de los pabellones separados según su diagnóstico.

Gracias a la nueva ley de Salud Mental 26.657, esos aspectos tienden a mejorar al menos en los aspectos legales, si bien hay cierto rechazo por parte de enfermeros que desconocen e ignoran en profundidad la ley y se han dejado llevar por la ignorancia o falta de comunicación.

#### Aspectos físicos – funcionales

A través de entrevistas con profesionales<sup>16</sup> que allí trabajan se detecta la carencia de una organización adecuada, falta de información, desconocimiento de objetivos. No permite el trabajo en equipo, la comunicación y la participación, ni tampoco la planificación.

#### RELEVAMIENTO EXPERIMENTAL:

##### Acceso principal



<sup>16</sup> **Anexos:** entrevistas a profesionales, enfermeros, psiquiatras del Hospital Mental de Zonda

“Cafezito” – Proyecto de Laborterapia, operado por las mismas personas con padecimientos.



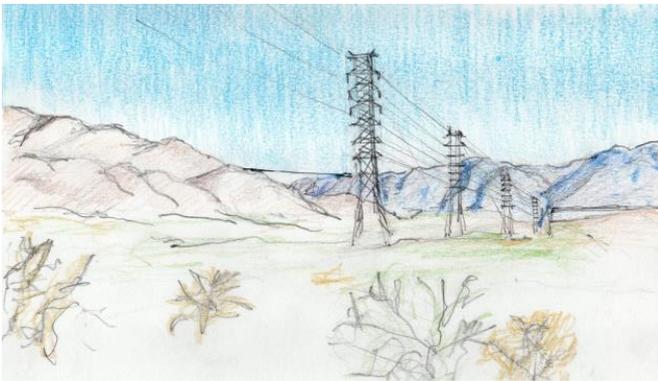
Prácticas sociales comunes que se realizan en el día a día, en el exterior, disfrutando del paisaje con mates y juegos de cartas.



Vista desde el fondo del terreno hacia la torre de abastecimiento de agua



Vista hacia el Oeste, montañas de Zonda



Vista del edificio que data de 1926, hoy donde esta internados los hombres





Acceso principal, desde afuera, a la derecha, Proyecto CafeZito, a la izquierda garita de seguridad.



#### ZONIFICACIÓN ACTUAL

Se observa la distribución de diferentes usos en solo una esquina de la totalidad de la parcela, nucleada por la presencia de especies arbóreas y las actividades deportivas y de servicios hacia la periferia. Se destaca la presencia de los edificios de mayor antigüedad en contraposición a intervenciones posteriores y la falta de planificación de las expansiones verdes, lo que se vislumbra en la heterogeneidad del conjunto.



2016



1

ACCESO PRINCIPAL



2

GALERIA CAFEZITO



7

ESPACIOS EXTERIORES

1924



8

PABELLON A: HOMBRES AGUDOS



9

LABORTERAPIA



10

SENDEROS EXTERIORES



4

TANQUE CISTERNA Y DEPOSITOS



5

LABORATORIO



6

PABELLON C: MUJERES

2016

1970

# NEUROPSIQUIATRICO ZONAL



PLANTA DE DEMOSTRACIONES ESCALA 1:100

CENARESO: PROPUESTA INNOVADORA



Instalado desde 1973 en el edificio inaugurado en 1889 para alojar al Hospital Militar. Es obra del arquitecto italiano Francesco Tamburini.

En el marco de la implementación del Plan Estratégico 2013-2015 del establecimiento dependiente de la cartera sanitaria. Quedaron así en funcionamiento una sala de internación, dotada de ocho habitaciones individuales y de cuatro camas por habitación, con baños individuales y climatización central frío-calor, además del área para internación de pacientes en crisis, que dispone de cuatro camas y cuenta con todos los sistemas de ductos para

oxígeno, aire comprimido y aspiración central por presión negativa. En el mismo sector se construyó un nuevo comedor para los pacientes internados, con lo que se evitan los desplazamientos por el predio del hospital, tanto de pacientes como de sus familiares. Las instalaciones incluyen elementos de seguridad edilicia, tales como sistemas contra incendios, salidas de emergencia fácilmente identificable y paneles ignífugos.

Entrevista a Edith Benedetti, interventora general del Hospital Nacional en Red (ex Censareso). “El encierro no cura y el trabajo clínico debe apuntar a recomponer y a fortalecer el lazo social” se presentó el Plan Estratégico del Hospital Nacional en Red, conocido antes como Cenareso y convertido hoy en referencia obligada para el abordaje y tratamiento del consumo problemático de drogas.

Aunque el porcentaje de pacientes mujeres no iguala al de los varones, si hace un año y medio eran el 1% hoy representan el 40%. Y las consultas de mujeres se han incrementado tanto en lo que conocemos como hospital de día —asistencia ambulatoria durante el día con distintas actividades terapéuticas—, como en consultorios externos y en internación. Esto tiene que ver con la posibilidad de la oferta de un tratamiento. Es decir, no significa que antes no hubiera demanda por parte de las mujeres, sino que hoy el Hospital en Red está dando respuestas a necesidades concretas.

(...)El edificio nuevo del hospital tuvo mucho que ver, porque ya no hay pabellones con un baño para varones y otro para mujeres, sino habitaciones para una o dos personas con baños privados.

Estas obras facilitaron el trabajo con la comunidad trans también. Antes se complicaba la internación. Era muy feo en realidad porque los baños eran compartidos, al fondo de un lugar pabellonado y las duchas no tenían compartimentos de intimidad, entonces resultaba muy incómodo para las chicas trans. Pero también recuerdo el caso de una adolescente que había sufrido quemaduras por un accidente y fue todo un tema tapar con cortinas para que ella tuviera cierta intimidad para bañarse... bueno, ahora esa condición más digna y de intimidad en la internación está resuelta.



## LA ARQUITECTURA - LOS PACIENTES

Aproximación A Objetivos:

- Trabajar la reinserción social de las personas con discapacidad mental. Lograr en los pacientes la máxima independencia personal, siendo los mismos protagonistas responsables de su proceso de rehabilitación.
- Fomentar las relaciones interpersonales privilegiando el trabajo grupal y solidario, adquiriendo hábitos sociales para su integración.
- Apoyar y orientar a la familia y al entorno social del paciente para contribuir a su integración.

A continuación una serie de preguntas frecuentes, para ayudar a comprender, aceptar y conocer a quienes serán destinado el Centro Integral:

### *¿Qué es una enfermedad mental?*

El límite entre enfermedad y salud mental no es un límite claro ni bien definido, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, con lo que no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aún no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. Y es que la complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano.

Pero para entendernos, podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Por otro lado, estudios sobre salud mental consideran que salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se ha tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

### *¿Qué diferencia hay entre una enfermedad mental y otras discapacidades?*

Una deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Por lo tanto, es una pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, como resultado de la patología subyacente.

Es muy importante distinguir un trastorno mental de:



- Deficiencia psíquica o intelectual: antes llamado retraso mental, se usa cuando una persona tiene limitaciones en su funcionamiento intelectual, y en habilidades tales como la comunicación, cuidado personal y destrezas sociales.
- Deficiencia física: se refiere a cuando una persona tiene limitaciones físicas debido a alguna alteración en el aparato locomotor, que comprende el sistema óseo articular, el sistema muscular y el sistema nervioso.
- Deficiencia sensorial: se usa en el caso de personas que tienen algún tipo de alteración en los órganos sensoriales, lo que les impide una correcta percepción auditiva o visual.
- Trastorno mental orgánico: es un estado de deterioro, generalmente progresivo, de las facultades mentales anteriormente existentes en un individuo, debido a una alteración del tejido cerebral producto de un proceso degenerativo.

En este sentido, cabe destacar que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud y publicada por la OMS en 2001, distingue entre:

- Funcionamiento: término genérico usado para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.
- Discapacidad: término que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ciudadano.

Estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como 'deficiencia', 'discapacidad' y 'minusvalía', y amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas, para enfocar el objetivo hacia la salud y no sólo como consecuencias de la enfermedad, tratando de ir más allá del enfoque médico-sanitario e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios (enfoque biopsicosocial).

Aspectos clave a tener en cuenta respecto a la enfermedad mental:

- No significa menor capacidad intelectual
- No es siempre irreversible
- No es mortal
- No es contagiosa
- No es siempre hereditaria
- No es una 'culpa' ni 'castigo'
- No es siempre permanente en la vida del individuo una vez adquirida

*¿Qué tipo de enfermedades mentales existen?*

Existen distintos tipos de enfermedades mentales, pero aunque a lo largo de la historia se han hecho diferentes intentos para agruparlas por categorías, sigue habiendo algunos desacuerdos entre modelos.

Sin embargo, actualmente se acepta el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que distingue, entre otros, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad, trastornos sexuales,



trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos cognoscitivos, etc.

Esta clasificación es muy similar a la de la Organización Mundial de la Salud, llamada CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF.

### *¿Cuáles son las causas de las enfermedades mentales?*

El trastorno mental responde muy pocas veces a modelos simples del tipo causa - efecto.

Las causas de las enfermedades mentales son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas. Se sabe que factores como alteraciones en la química del cerebro u otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, etc., pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se producen significativamente en cada caso.

### *¿Las enfermedades mentales se curan?*

Las enfermedades mentales pueden curarse o controlarse con un tratamiento adecuado.

Hasta hace sólo unas décadas, muchas personas afectadas por enfermedades mentales pasaban la mayor parte de su vida ingresadas en centros asilares o encerrados en sus casas. Actualmente la mayoría de los pacientes son tratados, la mayor parte del tiempo, en el ámbito comunitario, y suelen integrarse en la sociedad, gracias a un cambio de mentalidad y a los avances conseguidos en tratamientos.

Los tratamientos pueden ser distintos, según el tipo de enfermedad, y se suelen diseñar intervenciones personalizadas para cada caso. Frecuentemente se realiza combinando el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar. El apoyo psicoterapéutico es importante para afrontar los efectos de la enfermedad en su vida social, familiar y profesional. Se utilizan tratamientos psicosociales especializados como son: programas de rehabilitación, actividades ocupacionales, terapias conductuales y de comportamiento social, psicoeducación de los afectados y sus familias, etc.

Cabe destacar aquí que un importante número de personas siguen sufriendo una enfermedad mental y no acuden a recibir tratamiento a causa de la estigmatización que existe sobre este tipo de enfermedades.

### *¿Cuál es el papel de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental?*

Un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación de una enfermedad mental. El papel de la familia es esencial, puesto que la experiencia vivida y la proximidad con la persona con enfermedad mental pueden aportar muchos datos y soporte al tratamiento.

La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a seguir el tratamiento propuesto por el especialista, por ejemplo contrarrestando la tendencia que suelen tener las personas afectadas de esquizofrenia a abandonar el tratamiento farmacológico o haciendo un seguimiento de los reeducados hábitos alimentarios de personas afectadas de anorexia.



Para ello es muy importante que también la familia reciba apoyo por parte de los profesionales y los servicios sanitarios y sociales.

*¿Es cierto que las enfermedades mentales conducen a actos violentos?*

No. La idea de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene base científica.

No se puede decir que las personas con enfermedades mentales sean más agresivas ni tengan más probabilidades de cometer actos violentos ni delictivos que personas sin enfermedad mental. Las personas afectadas por una enfermedad mental rara vez son peligrosas para la sociedad en general. Solamente algunos trastornos mentales pueden desarrollar en ciertos episodios conductas agresivas hacia uno mismo o hacia el entorno familiar cuando la persona que lo padece no está bajo tratamiento.

En realidad, es más probable que las personas con enfermedad mental sean víctimas de abusos y malos tratos, y vean vulnerados sus derechos. El tratamiento adecuado de esta enfermedad y de sus síntomas reduce al mínimo este tipo de peligros.

*¿Puede una persona con enfermedad mental llevar una vida normalizada?*

Puede y debería poder llevarla.

Puede llevarla porque con el tratamiento médico y farmacológico adecuado y con el entorno social y familiar favorable, una persona con enfermedad mental deja de tener las limitaciones que puede suponer la enfermedad, con lo que tiene las mismas capacidades que todos para trabajar, cuidar hijos, etc.

Y debería poder llevarla, puesto que todos tenemos el mismo derecho a un trabajo y una vida normalizada, aunque frecuentemente los prejuicios que lamentablemente aún existen en la sociedad les impiden disfrutar y ejercer todos sus derechos.

## PRINCIPALES ENFERMEDADES MENTALES

### Esquizofrenia

Es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Los síntomas de las fases agudas suelen ser delirios (ideas falsas que el individuo cree ciegamente), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes. Es una enfermedad crónica, compleja, donde las personas que la sufren no tienen conciencia de estar enfermas; y que no afecta por igual a todos los pacientes: El 57% de las personas que sufren uno o varios brotes de esta enfermedad cursa con nula o mínima alteración de su capacidad del funcionamiento social. No obstante, el porcentaje restante sufre alteraciones importantes en su funcionamiento social y personal, necesitando para su recuperación la combinación de estrategias basadas en la farmacología (medicación) y en la psicología (terapias conductuales y cognitivas) con apoyo de recursos sociales y laborales complementarios para facilitar su reintegración social y laboral. También es relevante para disminuir las recaídas de esta enfermedad la intervención en el ámbito familiar.



Aparece normalmente en la adolescencia, y afecta a un 1% de la población mundial. Existen tratamientos muy efectivos para las crisis.

### Trastorno de la personalidad

Se trata de alteraciones del modo de ser propio del individuo, de su afectividad y de su forma de vivir y de comportarse, que se desvían de lo normalmente aceptable en su entorno y cultura. Existen distintos tipos: personalidad paranoide (personas con gran desconfianza y recelo en todo lo que le rodea), esquizoide (personas introvertidas, retraídas, que evitan el contacto social y no expresan emociones), personalidad obsesiva (personas rígidas, perfeccionistas, escrupulosas), etc.

El diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad requieren conocer de forma intensa y extensa la vida de la persona, el contraste de la información con terceros y de profesionales de gran experiencia clínica.

Se están investigando tratamientos psicoterapéuticos específicos.

### Depresión

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica, falta de interés o placer en casi todas las actividades, sentimiento de impotencia, falta de valor y esperanza, sentimiento de culpa, llanto incontrolable, irritabilidad, pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio. Es una de las enfermedades mentales más comunes.

Puede aparecer en cualquier edad, y una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres sufre depresión alguna vez en sus vidas. Existen tratamientos muy efectivos.

### Trastorno bipolar

Es un trastorno del estado de ánimo anteriormente conocida como enfermedad maniaco-depresiva que se caracteriza por la presencia cíclica de períodos de fase maníaca (de elevación del estado de ánimo, eufórico, expansivo e irritable) y fases de depresión (pérdida de interés o placer en todas las actividades, abatimiento, sentimientos de infravaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, etc). Existen tratamientos muy efectivos.

### Ansiedad

Es un trastorno caracterizado por la presencia incontrolable de preocupaciones excesivas y desproporcionadas, centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones reales de la vida, y acompañadas por lo general de síntomas físicos, tales como sudoración, nerviosismo, inquietud, palpitaciones, etc. Tiene tratamiento efectivo.

### Anorexia nerviosa

Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Se dispone de tratamiento en la actualidad.

### Fobia



Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional muy intenso y angustioso a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes según el objeto causante: fobia social (a situaciones sociales), agorafobia (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc. Existen tratamientos psicoterapéuticos eficaces.

#### Trastorno obsesivo compulsivo

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas y que causan un malestar y ansiedad) que la persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente). Por ejemplo el caso de las personas que siempre sienten que tienen las manos sucias y se las lavan demasiado frecuentemente. Existen tratamientos, de efectividad variable.

#### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Es un trastorno que aparece en la infancia y que se caracteriza por un patrón persistente de desatención (fácil distracción por estímulos irrelevantes) y/o hiperactividad-impulsividad (moverse y hablar demasiado). Existen tratamientos bastante eficaces.

### DATOS ESTADÍSTICOS

La **escala del proyecto** debe definirse según las necesidades de la sociedad y una mirada prospectiva al respecto. Los datos recolectados e investigaciones, nos revelan los siguientes panoramas actuales, seguido la propuesta para dar una mejor respuesta:

- El Hospital de Zonda, tiene capacidad para 80 **camas**. Sin embargo actualmente se encuentra desbordado, con una atención de más de 110 pacientes, hace que su capacidad sea insuficiente, y las camas incluso se acomodan en los pasillos para poder albergarlos. Un dato interesante, es que según profesionales que atienden en el mismo, nos aseguran que el 60 % de los pacientes pueden ser externalizados, pero que no pueden hacerlo porque no funciona un sistema integral que los contenga.

Propuesta: si bien la nueva ley de Salud Mental está tratando de que estos Centros se transformen en algo ambulatorio, para insertar de nuevo a la persona a la sociedad, el poco espacio del Neuropsiquiátrico es evidente, tanto en sus espacios para dormir, recrearse (no existe), sanitario, etc. La respuesta a nivel de proyecto es mantener la cantidad de camas que tiene actualmente, pero si el cambio se reflejara en lo cualitativo del espacio.

- Los talleres que funcionan (2) no son suficientes, y no tienen el espacio adecuado para el trabajo digno y seguro.

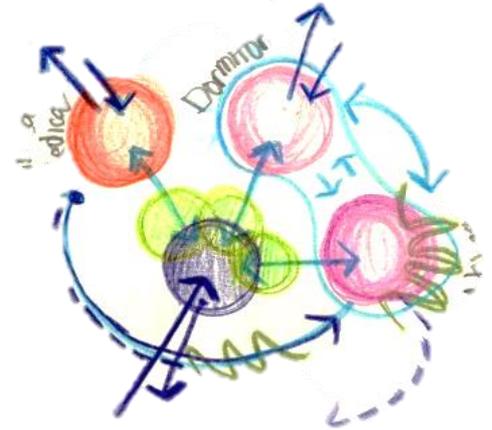
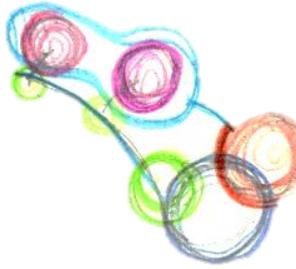
Propuesta: está comprobado que la **laborterapia** es fundamental para el paciente, para una adecuación en el espacio y en el tiempo que vive para poder insertarse en la sociedad nuevamente. Por ello, y como así lo propone la Ley, es que ponemos atención en los talleres para la inclusión, en mayor número y las mejores condiciones.

- Existe 3 consultorios externos actualmente, los cuales están sobrepasados, existe una demanda muy alta de consultas.

Propuesta: así como lo exige la Ley, la conversión de un centro monovalente – como funciona actualmente – hacia una atención **polivalente**, nos define un proyecto con: consultorios médicos, psiquiátricos, diagnóstico por imágenes y enfermería necesarios para satisfacer la demanda.

**ORGANIGRAMA**

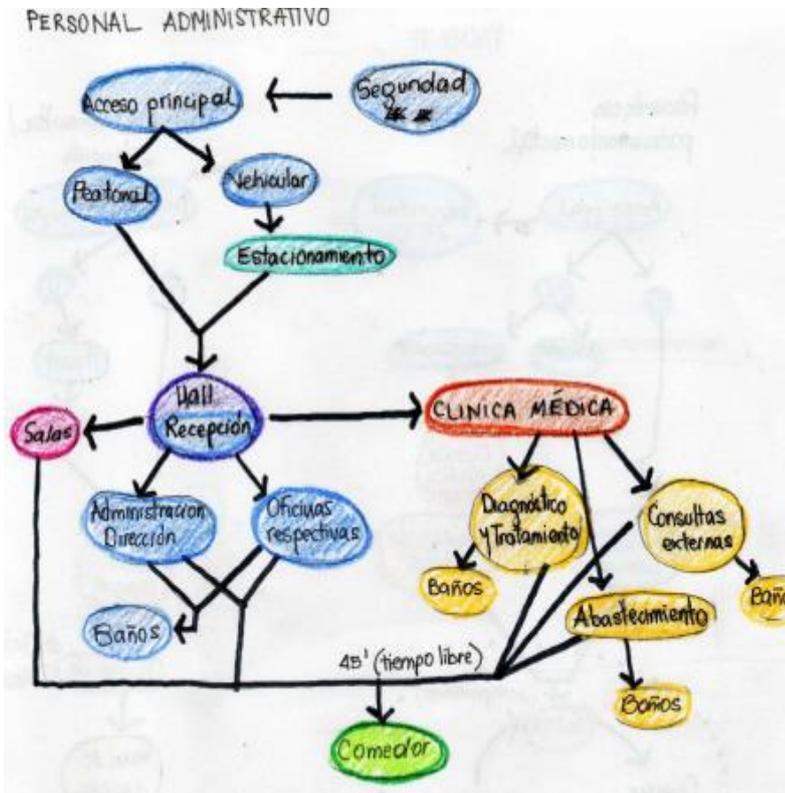
Primeros bocetos de análisis de incidencia administrativa-operacional entre los paquetes funcionales.



**PROGRAMA DE ITINERARIOS**

Itinerario personal administrativo

El acceso será por la calle principal, se dirigirá hacia el área de administración y dirección donde se registra a través de un sistema táctil. Luego ocupara su oficina de trabajo. Almuerza en el comedor en los horarios estipulados. A la salida marca nuevamente tarjeta en recepción y se retira.

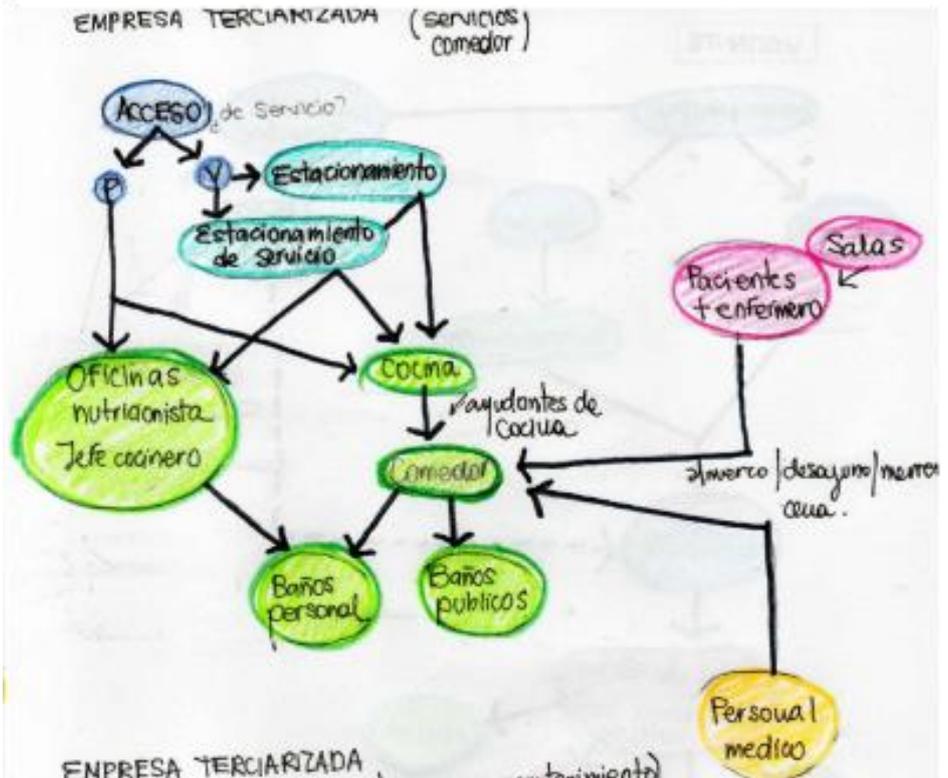


Itinerario personal Medico

El acceso será por la calle principal, con dos posibilidades de acceder vehicularmente o peatonalmente, desde allí se dirige hacia el área de administración y dirección, donde se registrara. Puede ir al sector de administración y luego trasladarse a las oficinas en el área de clínicas médicas, donde se puede derivar hacia diagnóstico y tratamiento, consultas externas o bien al sector de abastecimiento. Debido a que las guardias son de 10 horas disponen del comedor para desayuno, merienda y cena. Este personal tiene habitaciones y un baño específico

Itinerario de la empresa dedicada al área de comedor

El acceso será por la calle principal, donde ingresara al comedor a través de un acceso exclusivo de servicio. Desde allí dirige hacia el área de administración y dirección, donde se registrara. Este personal estará cargo de un jefe de cocineros que recibe órdenes de un nutricionista. También intervienen los ayudantes de cocina que estarán a cargo de distribuir el menú en carros especiales. Los acompañantes de pacientes y enfermeros los acompañaran hasta el comedor. Este personal tiene un baño específico. A la salida se registran nuevamente y se dirigen hacia la salida.



EMPRESA TERCIALIZADA (ordenanza y mantenimiento) (lavandería)

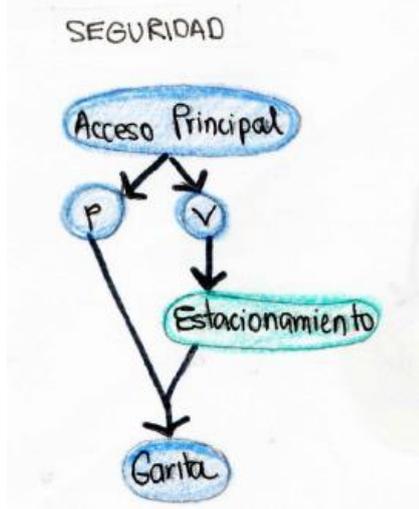


Itinerario personal de Ordenanza y Mantenimiento

El acceso será por la calle principal, con dos posibilidades de acceder vehicularmente o peatonalmente. Desde allí dirige hacia el área de administración y dirección, donde se registrara. Luego ocupara su oficina de trabajo, que particular no tiene un lugar específico sino que deambula por todo el complejo realizando las tareas encomendadas. En cada área del centro habrán un espacio de guardado para artículos de limpieza de uso periódico. Dentro del centro, el personal dispone de un depósito de enseres de limpieza y otro de mantenimiento.

Itinerario del personal de Seguridad

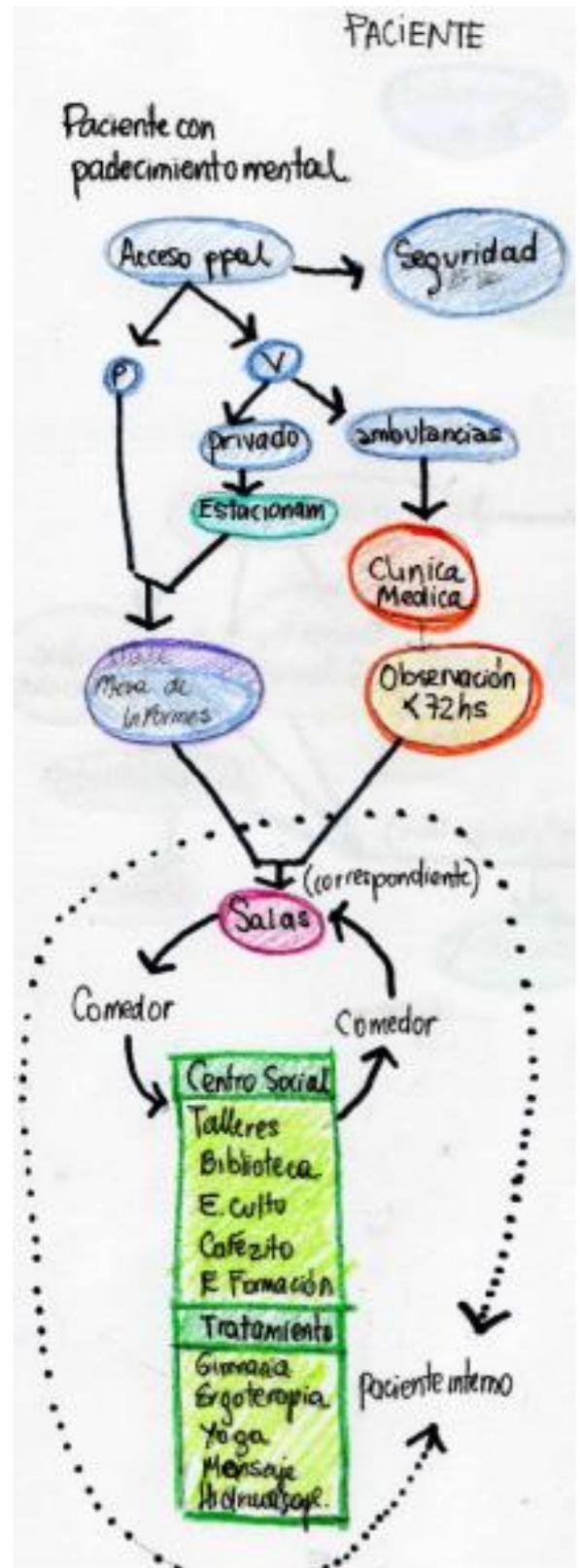
Este personal se maneja con mayor independencia, su punto de encuentro es la garita de acceso y su función es la de custodiar tanto el ingreso como egreso de personas, para lo cual elabora un registro. Por otro lado colabora con los enfermeros en el control de pacientes y control del perímetro del hospital.



Itinerario del paciente con padecimiento mental

El acceso será podrá ser por la calle principal, desde movilidad privada o peatonalmente. En ambos casos el guardia de la entrada los derivara por la calle de servicio que lo conduce directo a clínica médica u observación o hacia el hall de administración y dirección. Dependiendo de la gravedad con la que ingresen el paciente puede quedar en observación o ser trasladado a las correspondientes salas, donde se le dará el diagnóstico y se le aplicara la medicación correspondiente. Dentro de las salas existen habitaciones para cada tipo de paciente, los que tienen mayor grado de sociabilidad son para 8,7 y 6 personas, menor grado para 5, 4,3 y 2 personas y para los que tuvieran una situación extremadamente crítica habitaciones de seguridad.

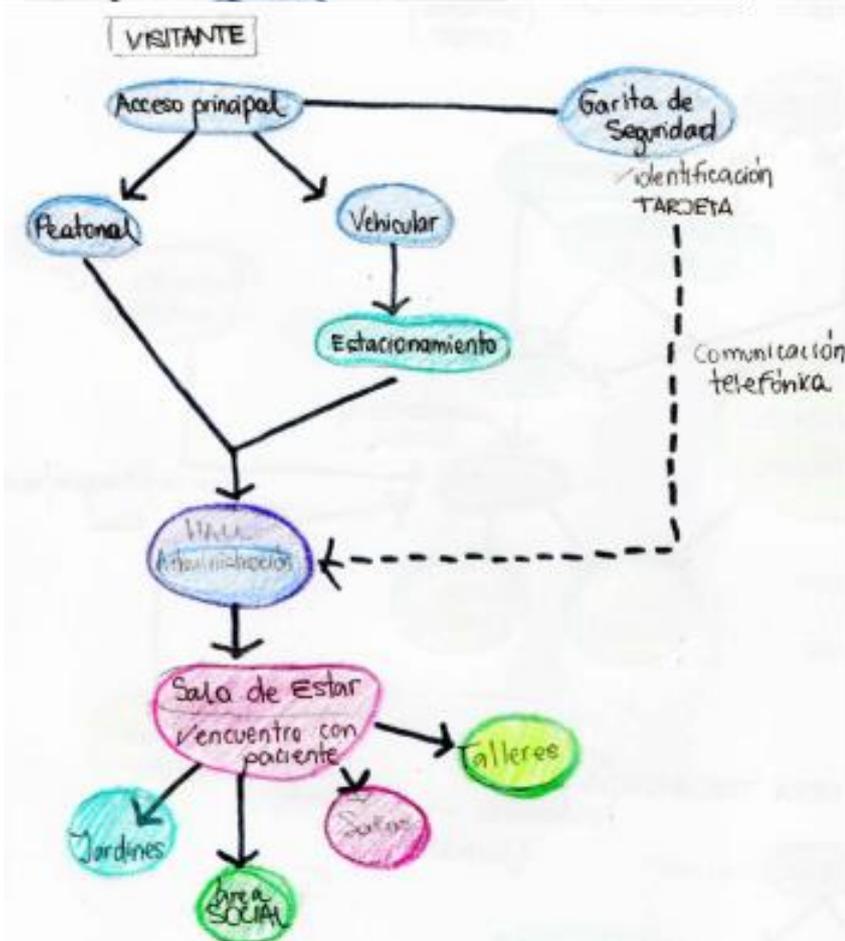
Desde las salas, los pacientes se pueden dirigir hacia el centro social, donde se encuentra un comedor donde se sirve el desayuno, almuerzo, merienda y cena, además pueden aprovechar de las actividades de laborterapia dentro de los talleres. Luego el paciente podrá dirigirse hacia el área de tratamiento, siguiendo las indicaciones que los médicos pudieran designar. O bien aprovechar los jardines del centro para realizar actividades al aire libre



Itinerario del paciente de consulta y atención:



El acceso será por la calle principal, desde movilidad privada o peatonalmente. En ambos casos se trasladaran directo a mesa de informes dentro del hall de acceso. Desde allí es derivado al área de clínica médica, donde es recibido por una recepción según la especialidad, consultas externas o a diagnóstico y tratamiento. Luego el paciente se dirigirá a la sala de espera hasta ser atendido por el médico especialista.



Itinerario del Visitante

El acceso será por la calle principal, con dos posibilidades de acceder vehicularmente o peatonalmente. Previa identificación con el guardia de seguridad, quien le otorgara la tarjeta de identificación de visitante. Además llamara a la administración para que los enfermeros ubiquen al paciente. Este luego se dirigirá hacia el encuentro del mismo desde el hall a las salas de estar, además de disponer de la infraestructura total del centro. Al retirarse dan nuevamente aviso a la administración de su retiro.

A partir del análisis detallado de cada uno de los recorridos, incidencia de uno sobre otro, y porcentaje de uso, se elaboró el siguiente programa.



PROGRAMA DE NECESIDADES				m2				T= PARCIAL	TOTAL	
				sup unitaria	cantidad	sup total	subtotal			
DORMITORIOS	SALAS	comb 1	CÉLULA 8 CAMAS	64	1	64	147	296	1143	
			CÉLULA 6 CAMAS	51	1	51				
			CÉLULA 4 CAMAS	32	1	32				
			SANITARIOS C/DISCA	56	1	56				56
			ENFERMERIA	15	1	15				15
			SALA DE ESTAR/CIRCULACIONES	134	1	134				134
		comb 2	CÉLULA 6 CAMAS	48	3	144	144	349		
			SANITARIOS C/DISCA	56	1	56	56			
			ENFERMERIA	15	1	15	15			
			SALA DE ESTAR/CIRCULACIONES	134	1	134	134			
		comb 3	CÉLULA 6 CAMAS	51	1	51	150	355		
			CÉLULA 4 CAMAS	33	3	99				
			SANIT/DISCAPACITADOS	56	1	56	56			
			ENFERMERIA	15	1	15	15			
			SALA DE ESTAR/CIRCULACIONES	134	1	134	134			
		comb 4	CÉLULA 1 CAMA INDIVIDUALES	11	4	44	44	143		
			SANITARIOS	8	4	32	32			
			ENFERMERIA	15	1	15	15			
			SALA DE ESTAR/CIRCULACIONES	52	1	52	52			

CENTRO DE REHABILITACION	TRATAMIENTO	GIMNACIO	45	1	45	378	378
		ERGOTERAPIA	41	1	41		
		YOGA	41	1	41		
		MUSICO TERAPIA	41	1	41		
		PILETA CUBIERTA CON SANITAROS	210	1	210		
	COMEDOR	COCINA	97	1	97	445	1514
		COMEDOR/SUM	316	1	316		
		SANITARIOS PERSONAL	10	2	20		
		OFICINA NUTRICIONISTA	12	1	12		
	ESPARCIAMIENTO	TALLERES	116	1	116	691	
		BIBLIOTECA	285	1	285		
		SANITARIOS	18	1	18		
		ESPACIO DE CULTO	42	1	42		
		SALA DE ENCUENTROS - REUNIONES	170	1	170		
		APOYO FAMILIAR	60	1	60		



CLINICA MEDICA	DIAGNOSTICO Y COY	diagnostico por imagen	laboratorio	48	1	48	89	339	606
			ecografia	15	1	15			
			rayos x	26	1	26			
	CONSULTAS EXTERNAS	GENERAL	consultorios medicos	21	4	84	250		
			enfermeria	16	1	16			
		PSICOLOGIA	consultorios psicologia	21	4	84			
			sala de espera	33	2	66			
	ADMINISTRACION Y ABASTECIMIENTO	recepcion		10	2	20	90		
		office		5	1	5			
		sanitarios		15	2	30			
		esterilizacion		13	1	13			
		farmacia		22	1	22			
	AREA DE MEDICOS	Sanitarios - Office		24	1	24	177		
		sala de reuniones		72	1	72			
sala de estar		46	1	46					
Medico de turno		35	1	35					

HALL	ADMINISTRACION Y DIRECCION	DIRECCION MEDICA		38	1	38	84	238	272
		OFICINA DE CONTADURIA		19	1	19			
		OFICINA JEFE DEL PERSONAL		18	1	18			
		SALA DE MONITOREO		9	1	9			
		SANITARIOS PERSONAL		6	1	6	14		
		OFFICE		8	1	8			
		RECEPCION / DISTRIBUIDOR		130	1	130	140		
		MESA DE INFORMES		10	1	10			
	ACCESO	VIGILANCIA		4	1	4	34		
		SANITARIOS		15	2	30			

SERVICIOS GENERALES	MANTENIMIENTO	DEPOSITO DE ENSERES DE LIMPIEZA	20	1	20	50	174	174	
		DEPOSITO DE MANTENIMIENTO	30	1	30				
	INSTALACIONES	estacion transformador		9	1	9			124
		grupo electrogeno		45	1	45			
		sala de maquina		70	1	70			

<b>SUPERFICIE TOTAL CUBIERTA</b>								<b>3709</b>
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

ESPACIOS EXTERNOS	ESTACIONAMIENTO		10	80	800	1500	1500
	ESPACIOS SEMI CUBIERTOS		700	1	700		

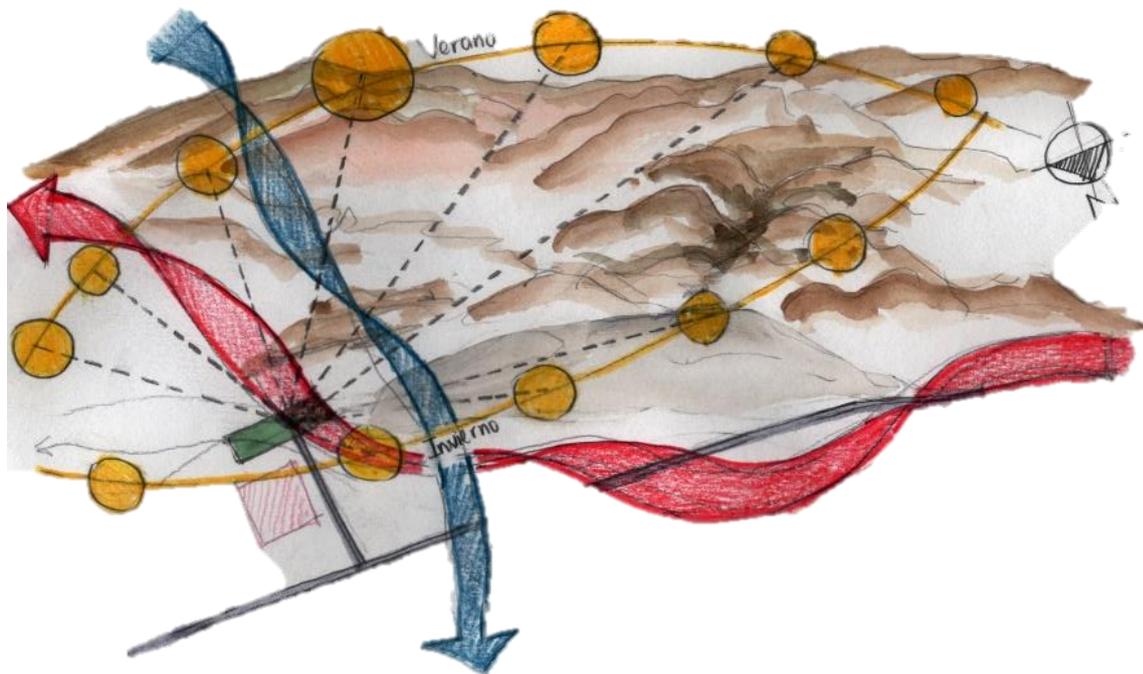
<b>SUPERFICIE TOTAL SEMI CUBIERTA</b>								<b>1500</b>
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

**PAUTAS E IDEAS DE DISEÑO:** Pautas - Variables que justifican el contenido de las mismas.

CONDICIONANTES:

Aspectos naturales:

- Clima árido
- Suelo ripioso (alto poder portante, pero malo para el crecimiento de la vegetación)
- Napas freáticas a 50m
- Falta de suministro de agua



Aspectos Arquitectónicos:

- Separación funcional que afecta el orden espacial
- Los pacientes tienen comprometido el sentido de la orientación, desconexión con la realidad (espacio-tiempo)
- Accesibilidad del Neuro

Pautas de Diseño: Generales

Arquitectónicas

- No deberán existir barreras arquitectónicas, tales como escalones, falta de barandas, etc.
- Espacios de fácil lectura
- Tecnologías apropiadas. Uso de energías alternativas. Calefacción y refrigeración pasiva

- Hall único de acceso para la fácil orientación del recién llegado
- Ambientes que resulten familiares – espacios acogedores
- Espacios propios para los pacientes – intimidad.
- Cambiar el paradigma de bloques aislados por la integración en una unidad única
- Propiciar los espacios para el encuentro en el exterior

Aspectos naturales:

- Asoleamiento y buena orientación
- Implementación del paisaje
- Conservación de la vegetación



Relevamiento de la vegetación existente

Sociales:

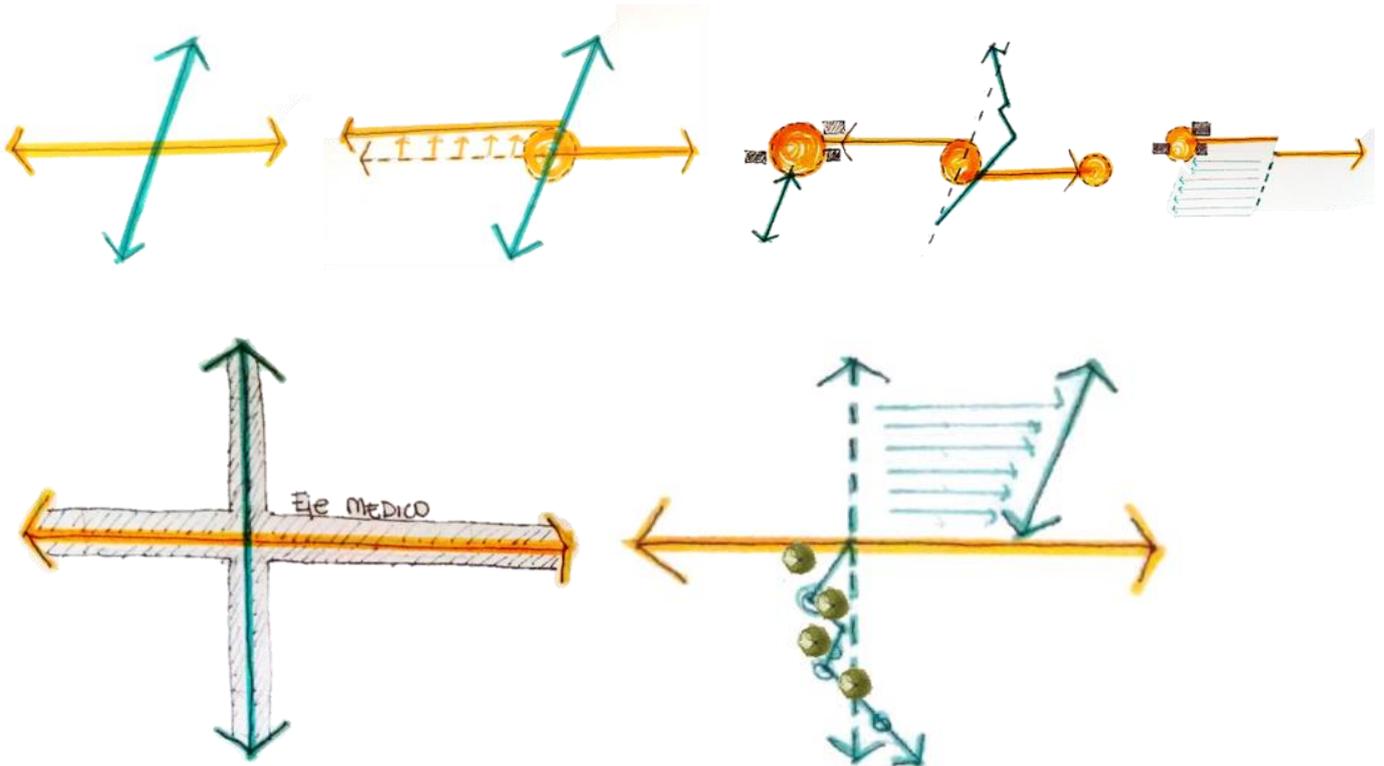
- Conexión con la colectividad, mejoras cualitativas urbanas
- Creación de talleres como herramienta de laborterapia que permitan la reinserción a la sociedad

Particulares:

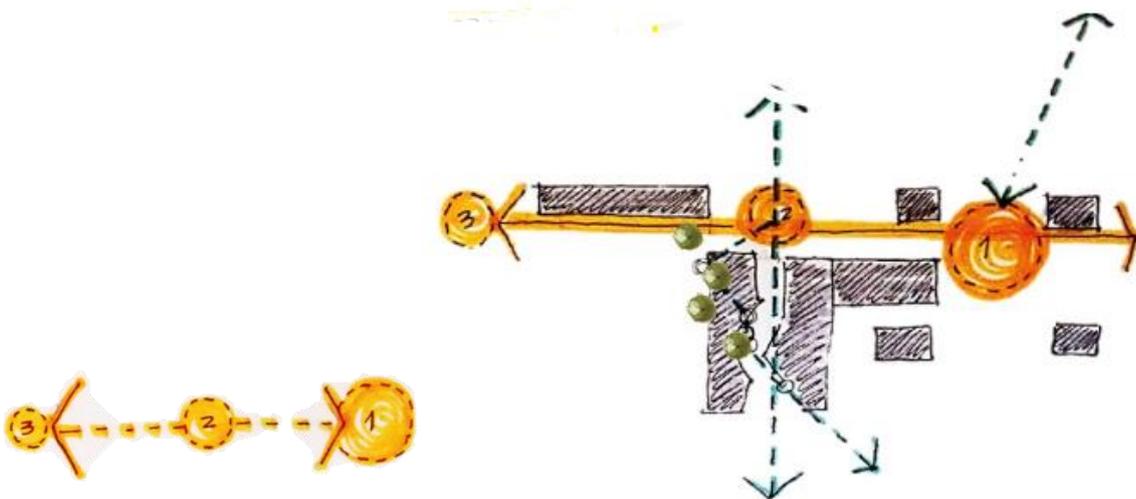
- Proveer el uso de rampas, barandas, baños para discapacitados en todos los sanitarios
- Implementación de croquis de ubicación. Calendarios con actividades. Relojes.
- Orientaciones Norte- Sur. Ventilaciones cruzadas. Protecciones solares con elementos artificiales y naturales.
- Materialidad de fácil mantenimiento
- Tratamiento de los límites perimetrales

**IDEA DE PARTIDO**

Proceso creativo a partir de Ejes de jerarquías y puntos nodales, funcionales y simbólicos.



Los ejes determinados por el lugar, el topos y los aspectos funcionales, simbólicos, surge como dos ejes perpendiculares que se intersectan representando el eje medico y el eje de la rehabilitación, el que conecta el paciente con el mundo exterior, con la reinscripción a la sociedad. Se forman tres nodos:

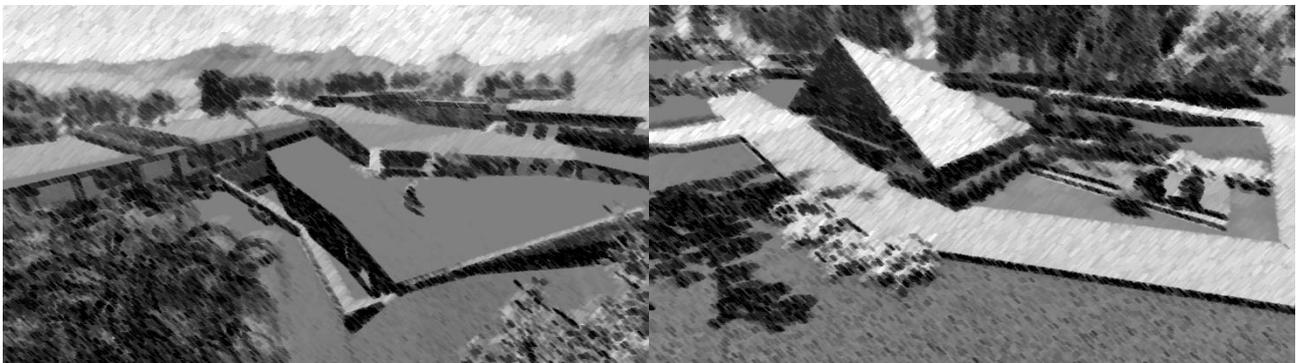
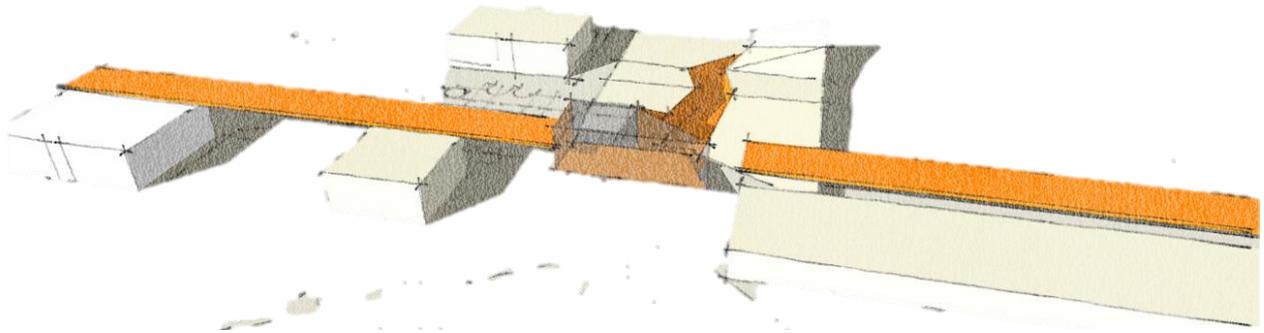
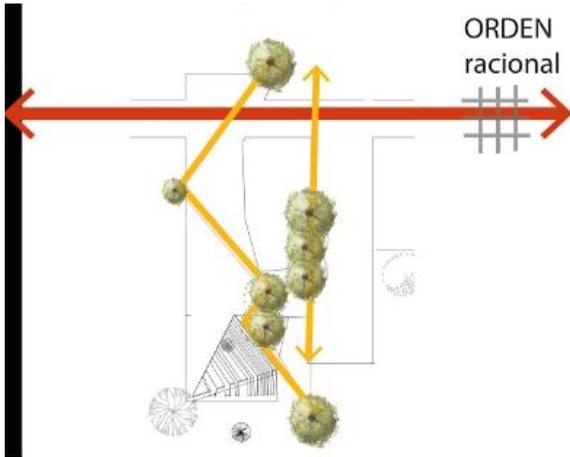


El NODO PRINCIPAL que forma la plaza de acceso que conforma los edificios de valor patrimonial, en donde el edificio toma centralidad y forma el acceso al hall del conjunto arquitectónico

El NODO SECUNDARIO es el espacio conceptual que forma el cruce de los dos ejes, que forma por tanto el lugar de encuentro que comparte funcionalmente las dos partes principales: la clínica y la rehabilitación de los pacientes, que es el comedor.

El NODO TERCIARIO es el remate del eje médico, forma un mirador aprovechando las vistas hacia la montaña, invitando al exterior a disfrutar del espacio verde, diseñado especialmente para los pacientes que pasan su tiempo de óseo tomando mates y recreándose en el exterior

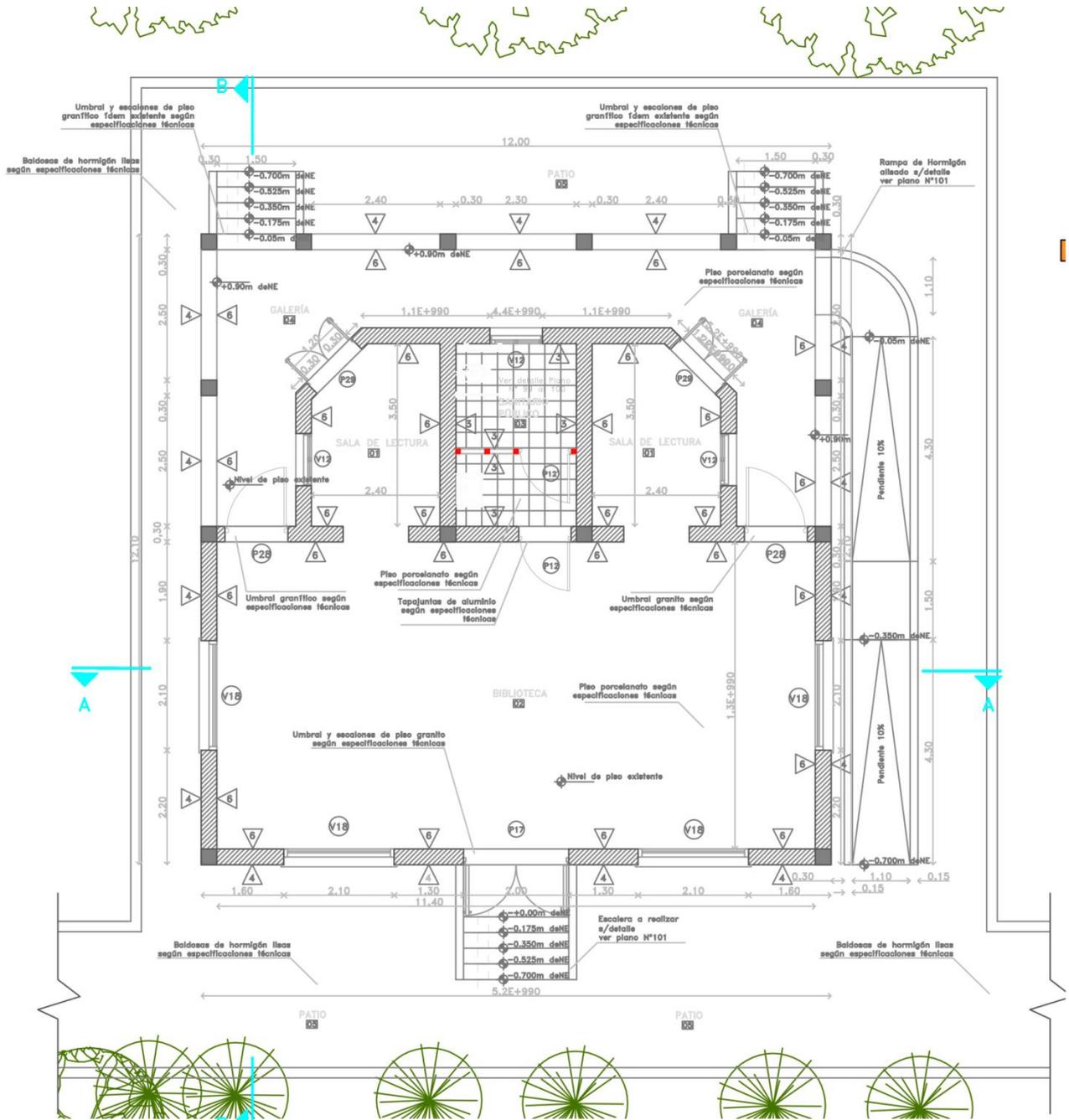
ANTEPROYECTO Proceso de diseño búsquedas proyectuales



PROYECTO

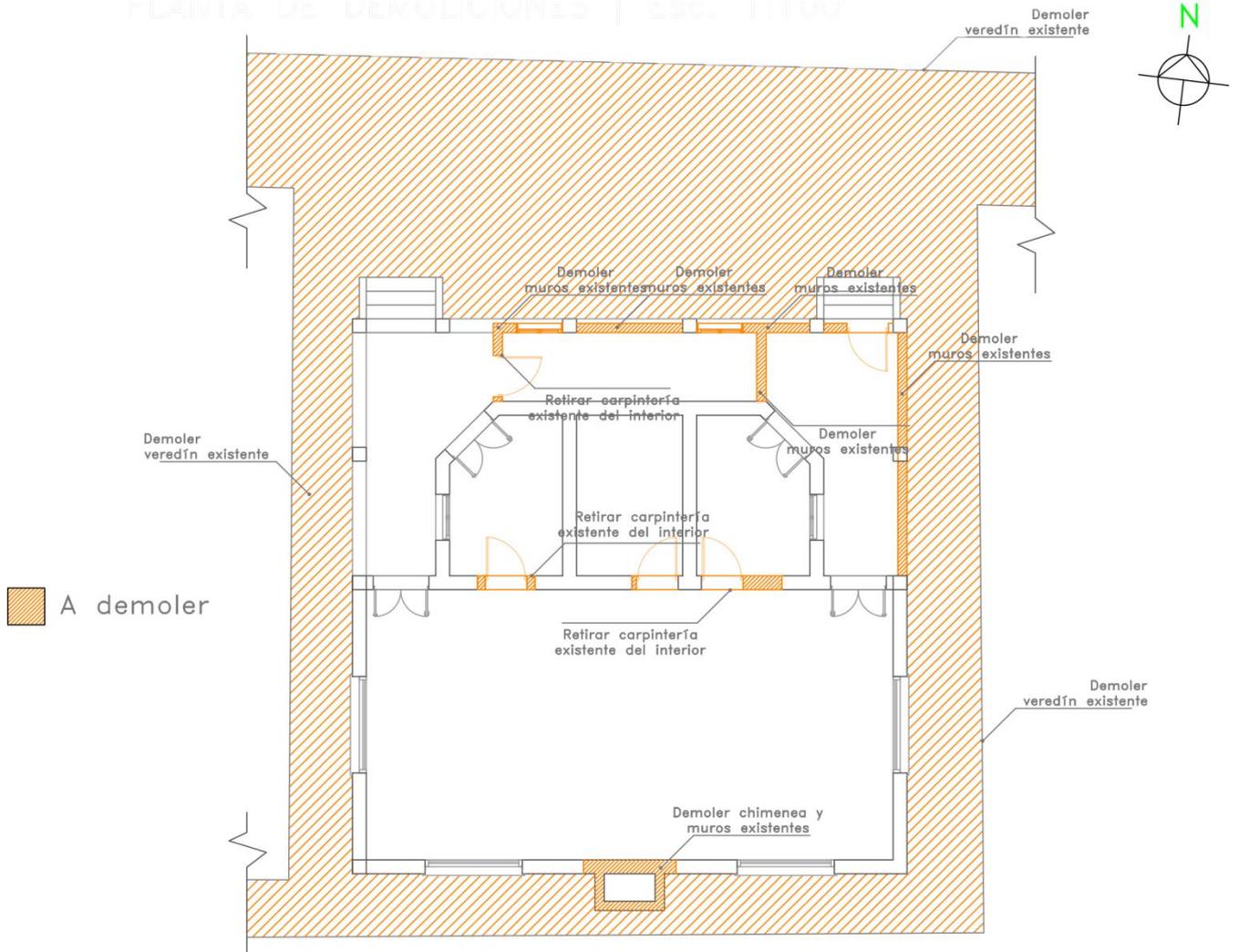


PLANO: PLANTA DE ARQUITECTURA ORIGINAL DEL PABELLÓN A.



A lo largo de los años, se le han introducido al edificio modificaciones que representan un riesgo a la estructura original, y afectan la estética original del edificio, por lo que se propone demoler las modificaciones introducidas, volviendo a su estado original:

PLANTA DE DEMOLICIONES | ESC. 13100



**SIGNIFICADO**

**ALGUNOS CONCEPTOS REFERIDOS AL PATRIMONIO**

En la primera reunión de la ONU en París (1972) se hizo hincapié en la importancia de preservar el patrimonio natural y cultural reconociendo que ellos están cada vez más amenazados de destrucción, no sólo por las causas tradicionales de deterioro, sino también por la evolución de la vida social y económica que la agrava con fenómenos de alteración o destrucción aún más temible. Esta consideración permite incluir a los bienes patrimoniales en la temática ambiental en la categoría de recursos no renovables, es decir que reúnen la característica de únicos e irrepetibles.

**Patrimonio:** Bien heredado de nuestros antepasados. Conjunto de bienes que una/s persona/s hereda/n de sus ascendientes. El patrimonio cultural de una región está constituido por una gran cantidad de aportes que van definiendo funciones particulares que debemos asumir positivamente como un factor de fortalecimiento de nuestro patrimonio; Identidad Regional Cultural.

**Bien:** Hacienda, riqueza, beneficio, algo de valor. Expresión y testimonio de la creación humana con valores (la mayor parte de los objetos asociados a la cultura de un país) UNESCO.



**Cultura:** Conjunto de conocimientos científicos, literarios, y artísticos de un pueblo, lugar o época, es la parte del ambiente hecha por el hombre. El hombre modifica la naturaleza constantemente.

**Cultural:** Todo aquello que el hombre hace y lo ha hecho para su propio beneficio.

			VALOR UNIVERSAL- EXEPCIONAL	
PATRIMONIO	NATURAL	Monumentos	Lugares naturales Formaciones geológicas	Estético Científico
		Áreas	Zonas que constituyen el hábitat de especies animales y vegetales	Conservación Belleza natural
	CULTURAL	Monumentos	Obras arquitectónicas Esculturas, pinturas Sitios arqueológicos	Historia Arte Ciencia
		Conjuntos	Cavernas, inscripciones Grupos de construcciones aisladas o reunidas cuya arquitectura está unida o integrada al paisaje	

Al patrimonio se lo puede dividir en dos grandes grupos: Natural y Cultural. Consideramos al patrimonio en su doble aspecto, ya que la identidad de los pueblos se forja a partir de su medio ambiente natural, como las creaciones humanas a veces son inspiradas por la belleza de la naturaleza.

**Monumento:** Comprende la creación arquitectónica aislada, como también un sitio urbano y sitio rural, y que nos ofrece el testimonio de una cultura particular, de una fase representativa de un suceso histórico. Comprende: Centros históricos, barrios urbanos, antiguas pobladas, sitios arqueológicos, jardines y parques.

En resumen, el **Patrimonio:**

- Es un bien, es una herencia, un legado cultural.
- Consiste en un conjunto de obras arquitectónicas que son hito y referencia material, que marca la distancia de la historia de una comunidad y la revelan con su propia presencia.
- Es único e irremplazable, producto de ciertas circunstancias y de modos particulares de hacer que no persisten.
- Su valoración es susceptible de ser discriminada en categorías de valores históricos.
- Nos comunica con los que ya no están y con los que no han nacido. Tiene poder evocador.
- Encierra significados capaces de transmitirse vivencialmente.
- Identifica una comunidad y su cultura ante los ojos del de afuera.
- Contribuye a consolidar un sentimiento de identidad que une a sus miembros desde adentro.

**Patrimonio Cultural:** El patrimonio cultural de una región está constituido por una gran cantidad de aportes que van definiendo fisonomías particulares que debemos asumir positivamente como un factor de fortalecimiento de nuestro patrimonio, identidad regional cultural.

“EL QUEHACER CULTURAL DE UN PUEBLO ES EL LEGADO DONDE SE EXPRESA LO PROPIO, SIMBOLIZA EL CONJUNTO DE REFERENCIAS COMUNES”



El patrimonio cultural de un pueblo comprende las obras de sus artistas, arquitectos, músicos, escritores y sabios, así como las creaciones anónimas, surgidas del alma popular y el conjunto de valores que dan sentido a la vida, es decir, las obras materiales y no materiales que expresan la creatividad de ese pueblo, la lengua, los ritos, las creencias, los lugares y monumentos históricos, la literatura, las obras de arte y los archivos y bibliotecas.

Además, este patrimonio cultural es de carácter irreplicable, en su mayor parte de carácter material (edificios, monumentos, muebles, etc.) está sujeto al peligro de la degradación y destrucción a causa del mal uso, preservación inadecuada, paso del tiempo, fenómenos naturales, sin contar con las malas intenciones humanas por ignorancia voluntaria o involuntaria.

#### ASPECTOS REFERIDOS A LA VALORACIÓN CULTURAL DE LOS BIENES PATRIMONIALES

El **valor cultural** de un concepto que ayuda a medir el significado de un bien. Los lugares que son aptos de tener valor son aquellos que ayudan a la comprensión del pasado, o enriquecen el presente, y que serán de valor para las generaciones futuras.

**Valor cultural:** Se define como valor cultural al valor estético, científico, histórico y/o social para las pasadas, presentes y futuras generaciones.

**Valor estético:** El valor estético incluye aspectos de percepción sensorial. Se deben establecer criterios tales como forma, textura, sonidos, olores, etc., relacionados con el sitio.

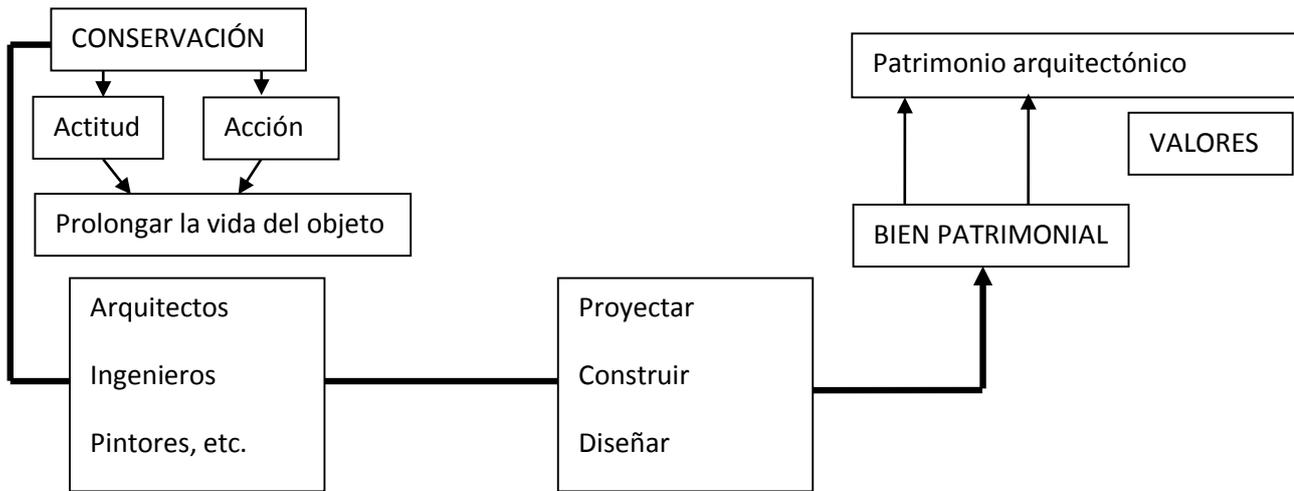
**Valor histórico:** El valor histórico abarca la historia de la estética (arte) y ciencia de la sociedad. Es parte fundamental, un lugar puede poseer valor histórico porque fue influenciado por un evento importante. El valor asignado será mayor para aquella donde la evidencia de la asociación o mito ha sobrevivido sustancialmente intacta (Grecia, Roma).

**Valor científico:** Es el valor científico o potencial de investigación de un lugar, dependerá de la importancia de la información que exista, de su rareza, su calidad su capacidad representativa, y el grado en que el lugar pueda contribuir con datos adicionales de gran sustancia (Ischigualasto).

**Valor social:** Abarca las cualidades por las cuales un lugar se ha convertido en un foco de sentimientos espirituales, nacionales, políticos o culturales para un grupo mayoritario o minoritario de la población. Luego de conocer los valores se eligen una forma de cuantificar o calificar cada uno de los campos de interés artístico, arquitectónico e histórico social en cada uno de los bienes inventariados.

**Conservación:** Actitud y conjunto de actitudes tendientes a mantener, a cuidar, a salvaguardar un bien cultural-patrimonial.

“LA CONSERVACIÓN EXISTE EN TANTO EXISTAN OBJETOS PARA SER CONSERVADOS”.



**Historia y teoría de la conservación**

Desde la antigüedad existen evidencias de la importancia que atribuía a la lectura de monumentos y obras de arte, pero a partir del siglo de las luces, en que se redescubre lo clásico, se hacen las cosas más serias como actitud frente al pasado.

Estas diversas actitudes nos llevan hasta mediados del siglo XIX cuando parte del movimiento historicista comienza a tratar el tema de la necesidad de intervenir los monumentos debido al deterioro de los mismos, ya no se planteaban dudas sobre la necesidad de intervenir y restaurar, sino que comienza a plantearse de manera se realizaran las intervenciones.

Se inicia aquí la divergencia que recorre un largo camino hasta la actualidad, este camino o ha tenido un punto de partida, uno del romántico inglés John Ruskin, quien decía que había que intervenir escuetamente el edificio para evitar su pérdida y dejarlo en el estado existente; y el pragmático Viollet Le Duc, quien contrariamente opinaba que se debía intervenir fuertemente en la obra, volver a su estado, para recuperar su apariencia original. Así nace en Inglaterra la primera escuela de conservación con Ruskin. “Como ningún pato puede completar un verso incompleto de la poesía, ningún pintor termina una escultura por Miguel Ángel, ningún arquitecto puede terminar una catedral.

La escuela francesa es la contracara de la inglesa, Viollet Le Duc decía que “el verdadero sentido de la restauración no es el mantenimiento, la refacción o la reconstrucción, sino la apropiación de los principios que constituyen la esencia misma de la arquitectura. La restauración debe pasar inadvertida”.

Las dos posturas, a pesar de las diferencias de criterios, coinciden en que se debe restaurar y volver, y ambas coinciden al hablar de monumentos.

Seguirá luego el teórico Camilo Boito (escuela italiana) quien compatibiliza un criterio intermedio entre las dos posturas anteriores, dando forma a una primera Carta del Restauo, en donde se deberá diferenciar el estilo nuevo del viejo, diferenciar los materiales, “limitar la acción a lo estrictamente necesario y que quede claramente diferenciada de la obra actual”.

Un avance hacia los conceptos actuales los propone Gustavo Giovannonni (discípulo de Boito) quien comienza con la restauración científica. Comienza a defender el tejido urbano, la arquitectura no monumental,



lucha contra las demoliciones, la especulación y la ruptura de la continuidad del tejido urbano. La Carta de Atenas (1931) se convierte en el primer documento internacional para la protección del patrimonio.

Se deja de considerar al monumento aislado para valorar al conjunto, al entorno y sus relaciones, pero dada la postura del Movimiento Moderno en cuanto a la ciudad a la arquitectura, la disciplina queda solamente considerada por especialistas, no hay concientización general a nivel profesional, privado u oficial.

En 1964 en el Congreso Internacional de Arquitectura de Monumentos Históricos, en Venecia, se fijan criterios y se plantea la arquitectura aislada, el sitio urbano, el rural, las obras modestas, etc. Se comienza a investigar los nuevos enfoques, con amplitud de dejar en cada cultura, cada país la adaptación a su caso particular y a sus tradiciones...

Se amplía el espectro de interés y concientización en “saber ver el patrimonio” y surgen recomendaciones, normas, etc.

Se considera entonces movimiento, entorno, conjunto urbano, etc. Ya no se habla de restauración, el concepto es ampliado y el alcance de las intervenciones también.

Esta solución ha llegado a considerar la totalidad del tejido urbano, el ambiente entero y la interacción de las personas como estructura vital, es decir, AMBIENTE TOTAL.

La evolución del concepto sigue ampliándose y hoy se plantea a los pequeños pobladores históricos, ya que constituyen gran aporte de nuestro patrimonio urbano arquitectónico, ambiental y cultural; y además conforman el soporte básico de nuestras identidades regionales: PATRIMONIO REGIONAL.

La **remodelación** y la **rehabilitación** son los modos de intervención que inciden fundamentalmente en la optimización del patrimonio urbanizado y edificado, cuyo objeto es precisamente el de la conservación de lo existente por medio de la adecuación funcional, estructural o de habitabilidad.

La rehabilitación como modo de intervención se centra en los siguientes aspectos: conservación, protección y mejora del patrimonio edificado y urbanizado existente, sin perjuicio de posibilitar la creación de espacios y dotaciones nuevas como elementos dinamizadores, complementarios y necesarios de una acción revitalizadora conjunta e integradora.

#### VALUACIÓN DEL INMUEBLE HISTÓRICO-PATRIMONIAL: JUSTIFICACIÓN

En el marco de la Tesis de Arquitectura que aquí presentamos, se realizó un trabajo en forma paralela, correspondiente a la cátedra electiva de Valuación de Edificios Patrimoniales (trabajo completo en el Anexo 3), donde se puso en foco los edificios donde actualmente funciona el Neuropsiquiátrico de Zonda. Cuando realizamos nuestra primera visita al predio notamos algo particular: en aquel lugar inhóspito, que pocos de los sanjuaninos tiene conciencia de lo que allí sucede, en los pies de la montaña de Zonda, nos encontramos con edificios que tenían características que consideramos de valor histórico.

Conocemos como edificaciones y monumentos históricos toda aquella manifestación arquitectónica vinculada con la historia de los pueblos. En sí representan algún pasaje histórico, o bien una época significativa dentro del panorama artístico en este caso, de la provincia.

Un edificio antiguo, independientemente de su utilidad, es único, escaso e irrepetible en idénticas condiciones. Determinar si resulta viable su restauración/ demolición, será entre otros factores: la cuestión además de conceptos de valor del espacio arquitectónico desde valores simbólicos, como así también desde



la seguridad, considerando San Juan , y el riesgo sísmico de la provincia, como así también económico, trabajo que aquí se realiza.

Los métodos de comparación no son aplicables. Propiamente dicho, no existe una teoría específica de la valuación de inmuebles de este tipo, sino una serie de combinaciones de teorías a las que está ligado íntimamente el quehacer valuatorio, es decir, a las teorías y conceptos del valor y del pensamiento económico a través de la historia. El trabajo realizado de forma resumida fue:



## VALUACION DE INMUEBLES HISTORICOS O PATRIMONIALES: Hospital Neuropsiquiatrico de Zonda<sup>17</sup>

El inmueble en estudio pertenece a un conjunto de pabellones los cuales se construyeron durante el Gobierno de Cantoni, quien ponía mayor acento a las obras de salud, en 1924 se terminaron de construir. El Sanatorio allí dispuesto se realizó desde una visión higienista. El edificio principal, el cual es el objeto de tasación, tiene características similares a los 2 pabellones que lo rodean, pero con particularidades que lo hacen único. Se cree que el edificio funciono para los maestros que cuidaban los tuberculosos o como casino de la familia Cantoni.

### Recolección de datos

Se seleccionaron los siguientes procesos: investigación documental en libros, revistas, periódicos, trabajos realizados en la zona, tesis, ponencias, conferencias, leyes y reglamentos, obtenidas del Archivo Histórico de la Prov. De San Juan; así como mediante la información obtenida en internet, comentarios y entrevistas con historiadores, arquitectos relacionados con el patrimonio de San Juan, habitantes de la zona, etc.

### Registro experimental

El predio se encuentra ubicado en las afueras de la ciudad de San Juan, departamento Rivadavia, al cual se accede mediante la ruta provincial N° 12, al oeste del Valle de Tulum. De rápido acceso, debido a su cercanía a la Av. Ignacio de la Roza que pertenece a una de las vías estructuradoras del AMSJ.

En toda la zona, se destacan mayoritariamente usos de tipo industrial, aunque predominantemente se encuentran terrenos sin uso, de carácter desértico. Es una zona heterogénea, también hay presencia de una franja agrícola al norte. No presenta desniveles abruptos ni mayores accidentes del paisaje. Tiene buenas visuales hacia el oeste. La ausencia de construcciones circundantes y la marcada longitudinalidad este-oeste favorece el uso de la ventilación norte-sur y el asoleamiento de todas las construcciones esta minimizado por las especies arbóreas.

Zonificación actual en el terreno: Se observa la distribución de diferentes usos en todo el predio. Gran diversidad de vegetación. Se destacan los tres edificios pabellones en contraposición con las obras más actuales.

### Objetivo del trabajo

El objetivo de la tasación, o finalidad, es determinar la factibilidad de conservar el edificio. Se presupone el uso futuro de sala de exposiciones, y por sus cualidades físicas y simbólicas, se realizará un balance de costos de reparación / rehabilitación y una valuación técnica para evaluar si conviene conservarlo, considerando su valor cultural.

<sup>17</sup> Electiva Temas Actuales en Valuación Inmobiliaria a cargo de las docentes: Hemilce Benavidez, Cecilia Kenan



### METODOLOGIA APLICADA

Valores técnicos para uso contable de bienes patrimoniales con valor cultural - valuación de inmuebles | Rodolfo H. Pellice

### CONCLUSIONES DE TRABAJO: “el Neuro de Zonda: No se vieron personas, menos se vieron edificios.”

La relevancia que tiene hoy el edificio, tiene que ver con la forma de hacer arquitectura, por un lado, y por otro, la manera de hacer salud. La práctica asilar como aplicación de la medicina mental se realiza en las instituciones psiquiátricas, asilos, hospitales psiquiátricos y colonias, que hasta fines del S XIX monopolizan la atención médica. La concepción inicial del edificio, desde sus orígenes estuvo asociada al aislamiento de los tuberculosos. Asimismo, en la década del 70, cuando se convirtió en un Neuropsiquiatrico de Zonda, bajo la figura central de la psiquiatría, el manicomio, o la institución total, sigue asociada al encierro, la exclusión y aislamiento, además de transformarse en un lugar de conocimiento, poder y jerarquía, lo que permite realizar un ordenamiento de los cuadros patológicos basado en una diferenciación de síntomas. Este modelo conceptual es el que actualmente refleja el Hospital Neuropsiquiatrico de Zonda, donde elementos tales como su ubicación física (distancia, sector contaminado), controles de seguridad (alambrados), van conformando una imagen de incomunicación de un edificio con infraestructura y equipamiento adecuado para tal fin.

Es así, que además de la importancia de pertenecer a la época Cantonista, con sus ideas populares, que dio la importancia en Salud a la provincia como nunca antes se había hecho, también pertenece a nivel nacional al estilo de pabellones de concepción higienista, en conexión con la naturaleza.

Hoy, los ojos se vuelven hacia esa forma de hacer arquitectura y salud. Hay un cambio de paradigma latente. La idea de desinstitucionalización se ha propagado por todos los países del mundo, y en nuestro país la experiencia se llevó a cabo en la reglamentación de la nueva ley 26657 de Salud Mental. No solo se reverá en San Juan el Neuro de Zonda y su funcionamiento, también **se verán sus edificios de los que nadie se había percatado. Se valora a la persona con padecimiento mental, y también se valoran ahora, los edificios que fueron testigos de la historia que nadie conocía.**

El análisis estricto del edificio por medio de la metodología aplicada, resultado que tiene un coeficiente cultural 3 (máximo 5), potencialmente tiende a un coeficiente cultural de 4, por los tributos

Autor: Carla Baldovin

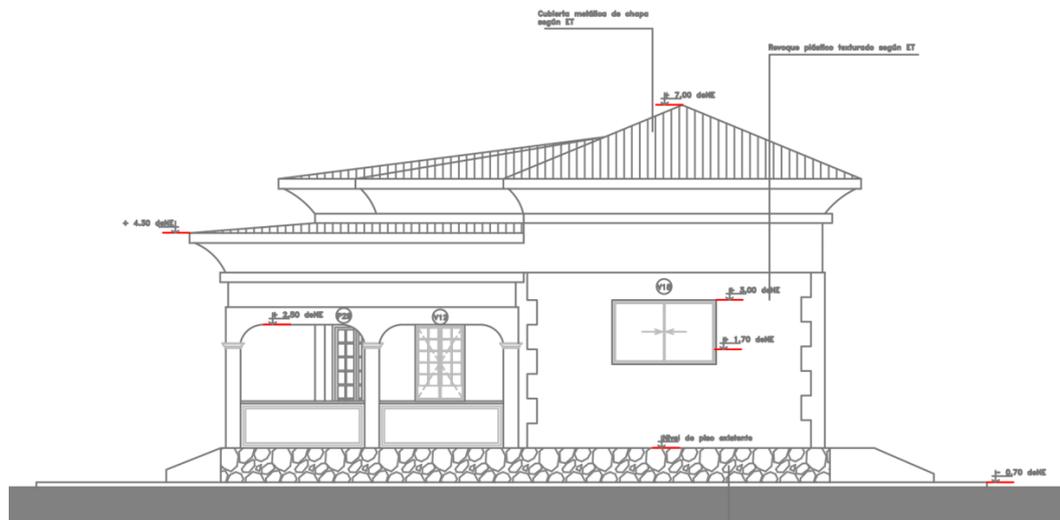
mencionados. Esto aumenta el componente económico, que resultó positivo.

A partir del estudio del concepto de Patrimonio, sus maneras de intervenir estudiamos cada uno de los objetos significativos en particular del proyecto. Análisis arquitectónico de los edificios que datan del 1926

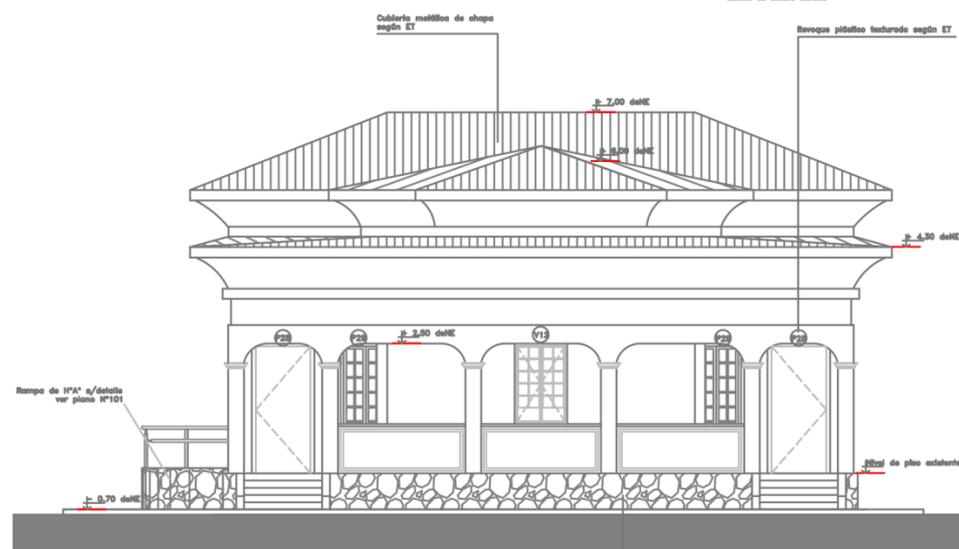


### Modelo 3D de los edificios con valor patrimonial. Estudio de Valuación del edificio Anexo 3

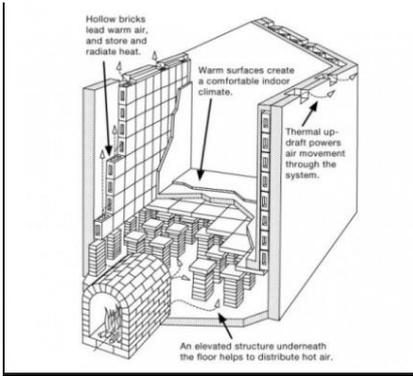
Calidez espacial, espacios de doble altura, con potencial uso para exposiciones, galerías al norte - oeste



VISTA OESTE



VISTA NORTE



De especial interés es la calefacción utilizada, consiste en un sistema muy antiguo llamado hipocausto, ideado por los romanos. Este sistema de calefacción consta de una caldera exterior por donde se quema el combustible, leña, y por convección a través de los pasadizos interiores por debajo del piso, el pasaje de los humos por los mismos, trasfiere el calor al ambiente. Es la versión antigua de lo que hoy conocemos como calefacción por piso radiante.



Los pisos utilizados, mosaicos calcáreos, se encuentran en buen estado de conservación. Dichos pisos hoy en día se encuentran revalorizados por la sociedad, lo que acrecienta la imagen positiva del edificio.

#### OBSOLESCENCIAS FÍSICAS - FUNCIONALES

Por otro lado, el edificio donde actualmente funciona la parte administrativa, que data del 1970, se encuentra en graves deterioros por humedades, evidenciando la caída de los cielorrasos y paredes descascaradas. Se detectan también aparición de grietas, que ponen en riesgo la seguridad de la estructura. Además se registran varios incidentes de incendios provocados por la precaria instalación eléctrica.



En resumen, realizamos la recopilación de información y de relevamientos de los edificios existentes, y aquellos que revisten valor histórico-patrimonial, los ponderamos sobre aquellos que se encuentran en condiciones de precariedad o mal estado.

Las conclusiones del análisis nos llevaron a determinar que el edificio central de los pabellones, donde actualmente solo está habilitado un sector mínimo, es singular y único, y que por su uso durante los años como depósito, ha favorecido a la buena conservación del edificio de estilo ecléctico. Realizada la tasación estimativa, con la finalidad de determinar la factibilidad de conservar el edificio, y la presunción del uso futuro de dicho edificio como adaptable a usos como sala de exposiciones o reuniones, como así también por sus cualidades físicas y simbólicas, podemos decir que el balance de costos de reparación / rehabilitación indica que es conveniente conservarlo.

Si bien todos los edificios tienen obsolescencias funcionales, los mismos se destacan por su potencial para usos comunes, sala de reuniones, salas de informática, etc. Además se han conservado sus características originales, por lo que vale la pena rescatar y potenciar.

### ASPECTO MORFOLÓGICO-ESPACIAL

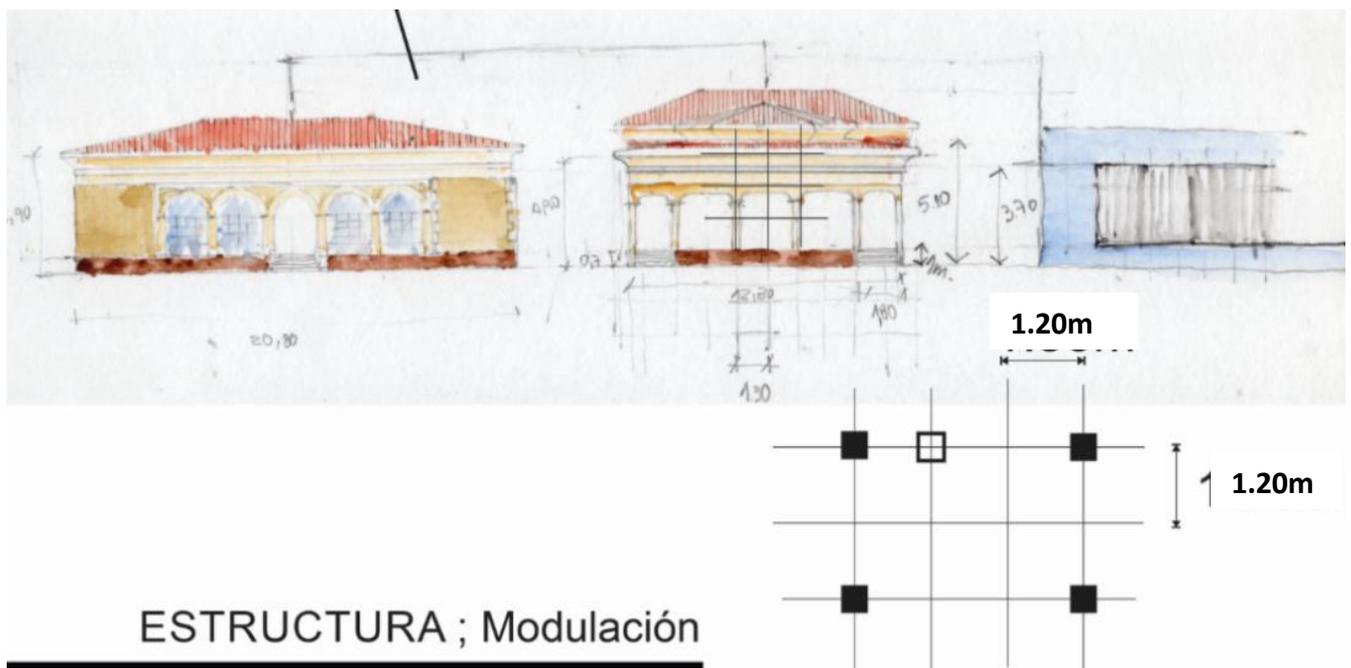
El análisis desde lo morfológico de estos edificios patrimoniales fue el inicio de la propuesta. Dicho conjunto presenta una estructura pabellonal, propio de los postulados de la Academia de Ciencias de París. Pabellones paralelos, simétricos, aislados. Aislados también de la sociedad con la intención de separar a los “locos” de la población. Este “depósito” de gente, en contacto con la naturaleza, responde a la teoría higienista en busca del aire puro y en contacto con la naturaleza, que desde esta mirada que se proponía en el siglo XVIII se creía que los hospitales debían estar en las afueras de la ciudad.

En América Latina para esa época se construyeron las “loquerías”, donde los pacientes eran encerrados en celdas especiales. La práctica manicomial, los hábitos morales de laboriosidad y buena conducta se estimulan por un sistema de recompensas en cigarrillos, mates, salidas. Las prácticas religiosas se destacan en la vida de un asilo. El tratamiento “moral” que es una tecnología de sujeción y educación que nace en los manicomios, rescata los caracteres del personaje: autoridad, presencia, respeto por las jerarquías, nada lejos de la realidad actual del hospital del Zonda.

ORDEN: vinculación de la organicidad y a racionalidad

ORDEN RACIONAL

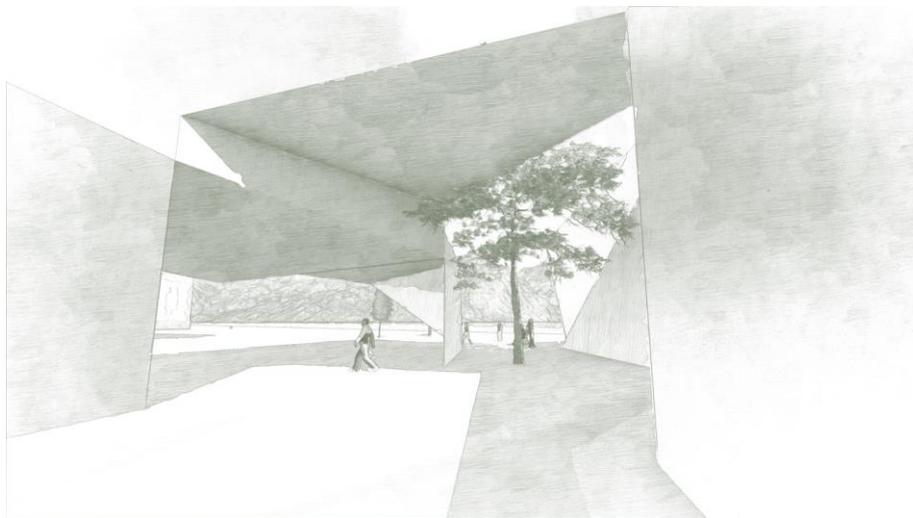
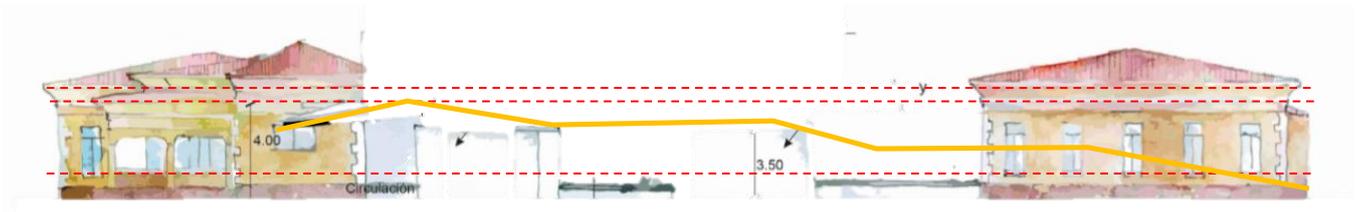
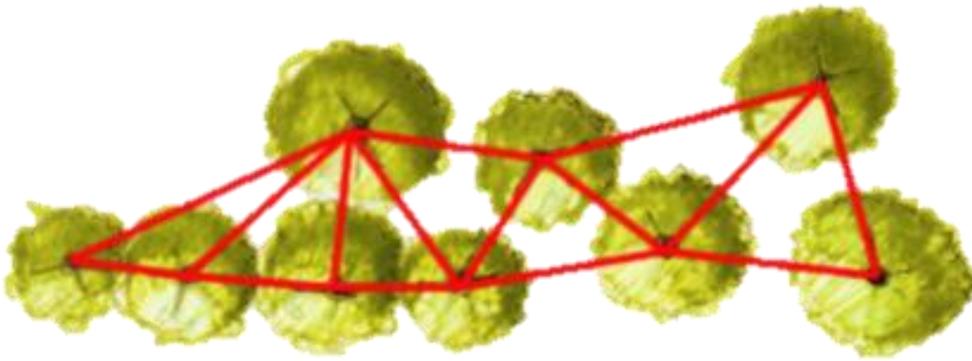
Tanto en vista como en planta, los edificios de valor cultural existentes, tienen una regulación ortogonal que se repite. La reinterpretación que hicimos de este orden de “lo viejo” en lo nuevo, a partir de una rejilla cuadrangular que nos ayudó a estructurar el proyecto a partir de modulaciones que se repiten tanto en planta como en alzado.



## ORDEN ORGÁNICO

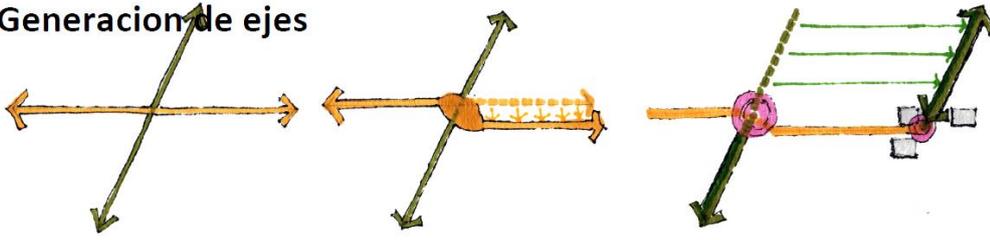
La cinta es el elemento de vinculación de los órdenes que atraviesa el edificio. Estructurador de elementos cartesianos, como la zona de consultorios y dormitorio, por ejemplo que responden a ejes ortogonales. La parte de rehabilitación es la parte que nos referimos como orgánica, es el elemento espacial que empezó siendo una cinta que trata de descomponer el orden regular de los elementos tipológicos, que de repente es piso y de repente es techo, o pared, como en la zona de bufet, CafeZito, o el Culto.

El orden orgánico, surge de puntos es el espacio natural que forman las especies arbóreas existentes:



**ASPECTO FUNCIONAL**

**Generación de ejes**



**Justificación de zonificación**

**SECTOR DORMITORIO / Distribución de Camas:**

En la mayoría de los casos, la mejor manera de hospitalizar a los pacientes psíquicos consiste en distribuirlos por habitaciones de 4 a 8 compartimientos individuales; esta solución permite conciliar su necesidad de independencia con las exigencias de la seguridad. Los grupos pequeños (menos de 4 compartimientos) aunque permiten establecer buenas relaciones personales limitan demasiado la independencia de cada uno de sus miembros. Los grupos mayores (de más de 8 compartimientos si bien permiten una independencia mayor, favorecen al mismo tiempo la tendencia al aislamiento. La mejor solución consiste en crear grupos en un rango de 4 a 8 compartimientos. Las habitaciones de dos camas pueden contribuir a que se produzcan reacciones emocionales excesivas. También los grupos de 3 pacientes pueden dar lugar a situaciones delicadas, ya que un sentimiento de empatía mutua entre dos de sus miembros se traduce a veces en una situación de aislamiento para el tercero.

Por lo tanto consideramos que la distribución de la personas con padecimiento mental en habitaciones de 6 personas constituye la solución particularmente recomendable.

En la parte central de la sala debe haber un despacho para la enfermera y un lugar de reunión donde puedan encontrarse todos los pacientes hospitalizados.

**SECTOR REHABILITACIÓN:**

El estudio de la enfermedad mental puede hacerse desde muy diversos puntos de vista. Todos los enfoques llevan a la misma conclusión la enfermedad mental reduce la capacidad de adaptación y de integración al medio ambiente y, en consecuencia, determina un retroceso en las formas más primitivas de comportamiento. Tratar las enfermedades mentales consiste también en dar al paciente los elementos necesarios para que pueda compenetrarse de nuevo con el mundo exterior.

Conviene por tanto considerar al hospital psiquiátrico como un centro de tratamiento transitorio, dotado de todos los medios necesarios para para la readecuación de los pacientes y para su reincorporación a la vida normal y a la sociedad.

Su función debe consistir en adiestrar al paciente, en la atmosfera de una colectividad terapéutica para que pueda hacer frente a las tensiones que suele imponer la vida en una colectividad ordinaria.



Es por tales motivos que el sector de rehabilitación es una herramienta primordial para la reinserción social luego de la externación: contando con talleres que enseñen oficios y los mantengan ocupados, con responsabilidades, y compromisos de horarios

## SECTOR CLÍNICA

Actualmente, como ya se detalló anteriormente, el establecimiento recibe aproximadamente 90 pacientes diarios que no pertenecen a la institución, quienes se atienden en el sector de consultorios externos del hospital. A partir de esta situación en el proyecto se pretende que el sector de clínica funciones independientemente del resto de las áreas.

Inspiradas en la experiencia en Mendoza, SAC es un nuevo servicio que ofrece el hospital a partir de la Nueva Ley de Salud Mental, que atiende a los pacientes en el periodo de la crisis y luego se los acompaña hasta el regreso con la familia. Una vez que el paciente egresa el Hospital se encarga de buscar la ayuda profesional que el padeciente requiere en un radio cercano a su casa, de manera que el tratamiento no sea abandonado por razones de distancias. Esto se conecta con el sistema de casas de medio camino. En las mismas los residentes se encuentran acompañados por un grupo de enfermeros.

## ASPECTO TECNOLÓGICO

### Uso de paneles solares: calefacción – agua caliente para consumo

Un calentador solar es un equipo (basado en un sistema fototérmico) que aprovecha la energía proveniente del sol para calentar alguna sustancia o fluido; sin usar ningún tipo de combustible. Los calentadores solares pueden utilizarse durante todo el año a pesar de los días nublados ya que funciona aprovechando la radiación solar visible e invisible;

San Juan cuenta con condiciones geográficas y climáticas muy favorables para utilizar estos equipos de calentamiento solar de agua. Un calentador solar utilizado para calentar el agua, puede disminuir considerablemente el consumo energético entre 50% – 75% o inclusive hasta un 100% si se implementa para eliminar el consumo de gas o de electricidad.

Un calentador solar de agua tiene un funcionamiento muy sencillo. Se compone de un colector solar plano, donde se captura la energía proveniente del sol; que después será transferida al agua.

El agua caliente es más ligera que el agua fría y por esta razón tiende a subir, estableciendo una circulación natural entre el colector solar y el termotanque; que es donde se almacena el agua caliente sin necesidad de ningún equipo de bombeo. El acumulador está forrado con un aislante térmico para evitar la pérdida de calor y mantener el agua caliente para que esté lista para usarse en el momento requerido.

Los colectores de tubos evacuados utilizan como elemento captor 2 tubos concéntricos de cristal, con un espacio vacío entre ambos; donde el tubo interior está provisto de una capa que absorbe el calor. Este equipo tiene la capacidad de proporcionar agua hasta 80 °C en un día soleado.

Es importante mencionar que el 80% del consumo de gas se debe al calentador de agua. Por lo que el consumidor debe cubrir una cantidad considerable de dinero anualmente para satisfacer las necesidades de agua caliente. Con un calentador solar se obtiene un beneficio tanto energético como económico a largo plazo.

Para seleccionar un buen calentador solar de agua, hay que tener presente el volumen requerido de agua al día en litros y la temperatura deseada.

Según la experiencia realizada en un proyecto, se tomaron de referencia los siguientes valores:



### Reutilización de aguas grises – recuperación de aguas negras

#### Tratamiento de Aguas Grises

Las aguas grises: son todas aquellas utilizadas en duchas, bañeras y lavabos. Denominamos reciclaje o tratamiento de aguas grises al sistema que nos permite utilizar esta agua para usos en los que no es imprescindible el agua potable, como es el riego. El agua resultante es un agua limpia y completamente higiénica que, sin embargo, no recibe legalmente el estatus de agua potable, pero que puede utilizarse en multitud de usos cotidianos. De este modo, tratar las aguas grises resulta en un beneficio para nosotros, para la sociedad y para el medio ambiente.

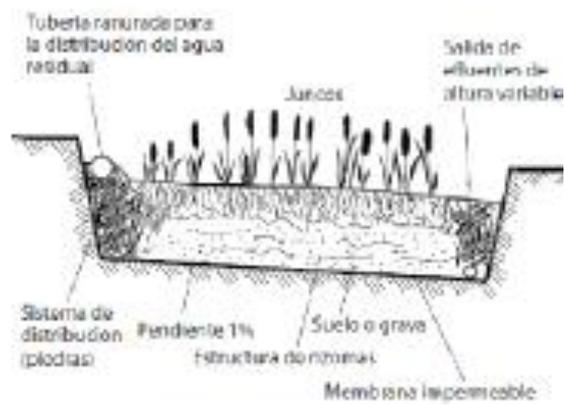
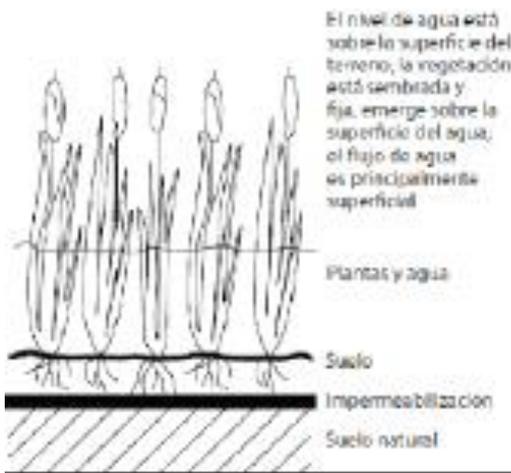
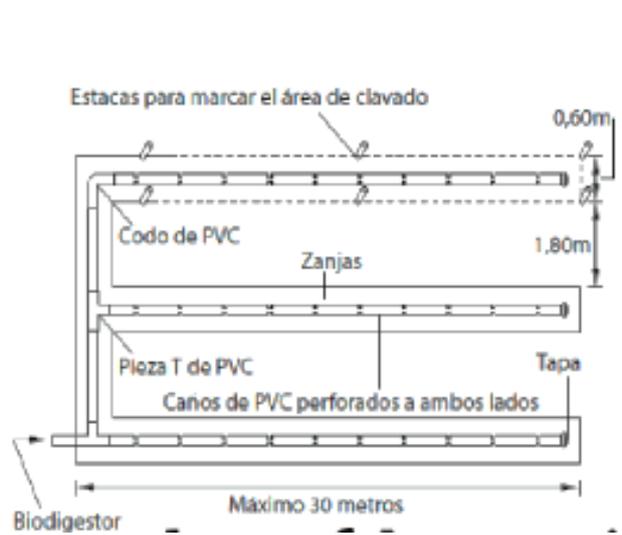
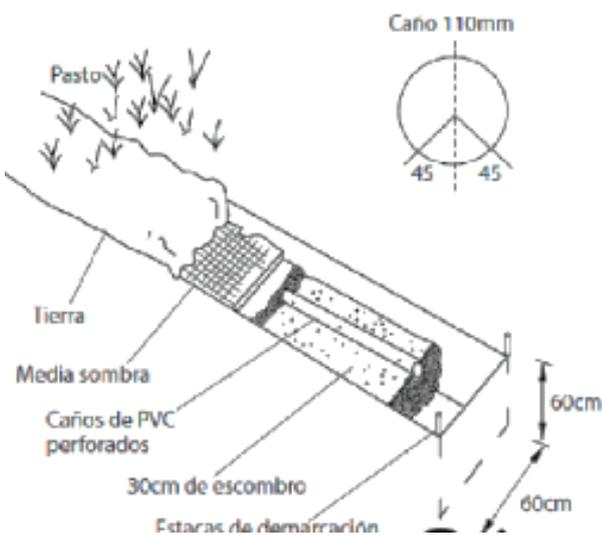
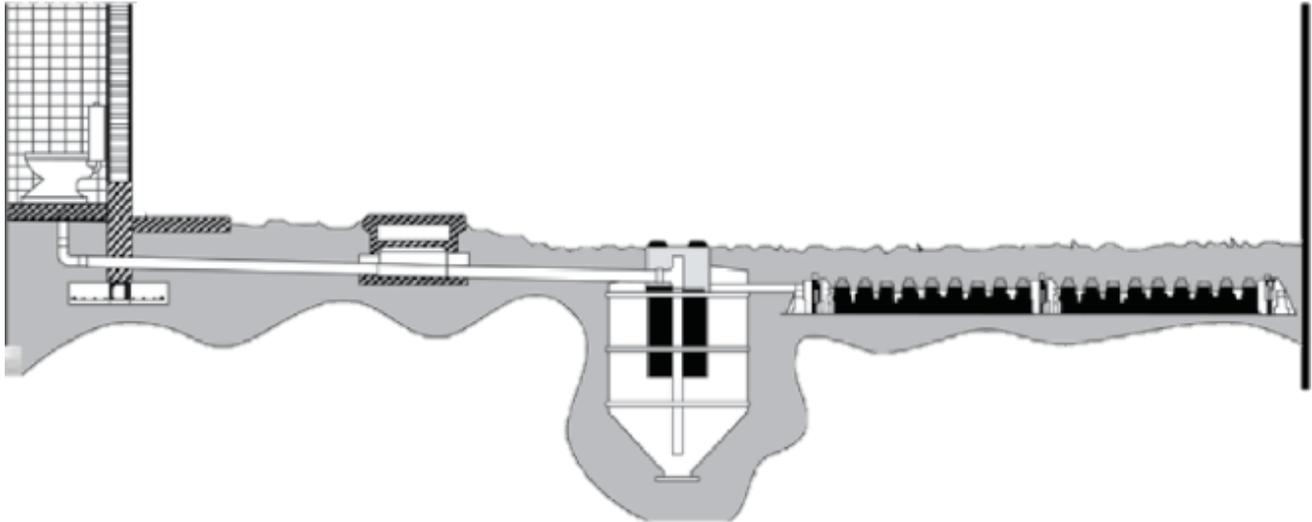
Los principales usos, por volumen, son el riego.

El tratamiento de aguas grises: Para poder tratar las aguas grises es necesario que el edificio disponga de dos sistemas hidráulicos independientes: por un lado el de las aguas grises, es decir, el de las aguas que proceden de los lavabos y las duchas y baños, y por otro lado el resto de los desagües de la casa. Por este motivo, lo mejor para optimizar la amortización del sistema es planificar previamente el sistema. Estas aguas son recogidas y enviadas al sistema de tratamiento de aguas grises, donde pasa por una serie de filtros y procedimientos, como detallaremos a continuación.

El sistema de tratamiento de aguas grises utilizando para ellos los criterios de la más estricta eficiencia energética. Los Equipos de depuración de aguas Grises aplican el principio de depuración mediante lodos activos y oxidación total, en el que se genera una masa activada de microorganismos capaz de estabilizar el agua residual mediante la intervención del oxígeno del aire.

En la práctica este proceso supone que el agua gris procedente de duchas, bañeras y lavabos, se agite mediante la acción del aire inyectado en el equipo, de manera que la materia orgánica se mantenga en suspensión y en contacto permanente con el oxígeno del aire. Las bacterias - presentes de forma natural en el agua - descomponen esta materia orgánica con la ayuda del oxígeno. A continuación, la materia degradada sedimenta por su propio peso y es separada en dos porciones; una parte se recircula para mantener una población bacteriana adecuada y otra parte sobrante se evacúa hacia el desagüe.

Finalmente, se aplica sobre el agua tratada un tratamiento de desinfección con rayos ultravioleta con el fin de eliminar las bacterias todavía presentes. Adicionalmente, este tratamiento puede completarse con una desinfección mediante dosificación de cloro.



El tratamiento de las aguas residuales o aguas negras involucra una serie de pasos, cada uno de gran importancia en el proceso de depuración del agua de contaminantes obtenidos por su utilización en las diferentes actividades de la vida diaria

El procedimiento es similar al caso anterior, pero se realizan por cañerías independientes.

El tratamiento eficiente de las aguas residuales permite devolver el líquido al ambiente natural, para riego, y reducir el impacto y contaminación producidos por el consumo de agua.



**Tecnología de innovación: Sistema Danpalon<sup>18</sup>**

CONTROLITE: De la familia Danpalon®, es un panel de policarbonato celular de 30 mm de espesor con persianas giratorias alojadas en el interior de la celda. La posición de las persianas en relación con el sol determina la cantidad de radiación solar transmitida a través del panel y cada panel ControliteR cuenta con un mecanismo de operación independiente que fija la posición de las persianas de acuerdo al nivel de luz requerido bajo el lucernario.

El Sistema Controlite® funciona con dos modos de operación:

Modo manual: el usuario fija el ángulo de las persianas. Las persianas están en posición cerrada hasta que el usuario cambia a un ángulo diferente y elige manualmente la transmisión de luz deseada.

Modo automático: el usuario elige el nivel deseado de transmisión de luz y se mantiene durante el día automáticamente; al accionar el modo automático, las persianas se abrirán o cerrarán basadas en las lecturas de los sensores de luz conectados al sistema y mantendrán la misma transmisión de luz durante el día.

<sup>18</sup> Catalogo en Anexos 4

## MATERIALIDAD

La materialización propuesta para el proyecto surge a partir de diferenciar los ejes conceptuales estructuradores del mismo. El Eje medico tomando una imagen de regularidad y continuidad; y el eje espiritual tomando un carácter estructurador de espacios complejos.



**EJE MEDICO:** Los espacios servidos se materializaran en sistema tradicional, tomando un peso y una imagen objetivo de espacios agarrados a la tierra. Los espacios sirvientes de este eje (circulación) respetan la misma modulación y regularidad pero tomando cualidades de liviandad materializándose en construcción en seco.

**EJE ESPIRITUAL:** este eje está representado a través del vacío que rompe la regularidad de las áreas de rehabilitación volviendo sus espacialidades más complejas. Este sector también estará constituido por un sistema constructivo en seco.

Ventajas de usar construcción en seco: es destacada cuando se trata de rehabilitación de edificios. El poco peso de los perfiles, permite usarlos sin necesidad de medios auxiliares. Hace posible construir un nuevo forjado sin introducir cargas a la estructura existente. Permite elevar alturas sobre edificaciones existentes sin tener que reforzar la cimentación Su uso como sistema estructural para edificación permite conseguir importantes ahorros sobre todo en la parte de cimentación, dado que las cargas transmitidas al terreno son muy inferiores a las de cualquier sistema tradicional.

A partir de un análisis de los materiales empleados para trabajar este sistema se optó por tomar una modulación mínima de 1.20m la cual responde a medidas de comercialización de los mismos. A partir de este módulo se usaron sus múltiplos para el diseño de la estructura.

### Construcción tradicional.

La materialización para la clínica médica será a través de un sistema aporticados respetando la modulación anteriormente mencionada El sistema porticado tiene la ventaja al permitir ejecutar sus muros interiores de placa de yeso, flexibilizando a cualquier modificación que se quieran al interior del edificio, ya que en estos muros, al no soportar peso, tienen la posibilidad de moverse.

Sobre lo nuevo

Los edificios propuestos juegan con una morfología antagónica por un lado representando la racionalidad a través de la ortogonalidad, regularidad y pesadez del eje medico trabajando el sector de clínica médica en hormigón.

Por otro lado el eje de rehabilitación representando la conexión espiritual a través de un juego libre de planos que no sigue un lógica geométrica basada en módulos sino que nace como una abstracción de la trama formada por los arboles del lugar, los cuales hoy en día son los que cumplen el papel de todo este eje. Siguiendo un orden orgánico para el cual se utilizara el sistema de construcción en seco

Sobre lo existente

Los edificios existentes de carácter patrimonial serán respetados sin intervenciones estructurales ni morfológicas, interviniendo solo con estrategias de restauración. En cuanto a funcionalidad la misma será redefinida. En su perímetro se jugara con espejos de agua que reflejen la imagen del edificio. Y se anexara de manera tangente una estructura con el sistema Dampalon, construcción liviana, con una regularidad de columnas que acentúen el orden racional.

### PAISAJE

La elección de las plantas varía según la situación, algunas caducas y otras perennes y dependiendo de la velocidad de crecimiento de la especie y los tamaños se adoptan para darle carácter a las diferentes situaciones.

Imágenes de espacios verdes diseñados para los pacientes.

Se rescataron las especies arbóreas existentes: Álamos, Eucaliptos, Moras, Membrillos, Olivos, Sauces, según el relevamiento realizado:



## Especies Arboreas



Jacarandá



El follaje es semipersistente, dota de una sombra transparente, y de grandes dimensiones (alcanza una altura de 15 metros y un diametro de 8 a 10 metros) este arbol caracteriza el circuito deportivo con su color celeste-violeta que adopta las flores.



Moras



El follaje es caduco, dota de una sombra densa, que permite utilizarlo de arbolado publico por su buena sombra y la velocidad del crecimiento de dicho arbol. Sus dimensiones (alcanza una altura de 10 metros y un diametro de 6 a 8 metros). El color es verde claro brillante de buena estetica



Platanos



El follaje es de una sombra densa, que permite utilizarlo de arbolado publico por su buena sombra y aunue su crecimiento es mas lento llega a alcanzar un tamaño muy grande de dimensiones que oscilan una altura de 15 metros y un diametro de 10 a 15 metros). Es un arbol que en el sector se utiliza para marcar grandes avenidas.



Tipa



El follaje es persistente, que permite mantener su follaje todo el año y dota de una sombra semidensa. Sus dimensiones (alcanza una altura de 15 metros y un diametro de 8 metros). El color es verde claro brillante de buena estetica, sus flores de color amarillento. Es utilizado para los espacios publico y semi publicos del sector.



Ciruelo



El follaje es caduco, de una sombra semidensa. Sus dimensiones (alcanza una altura de 4 metros y un diametro de 4 metros). El color es blanco y rosado de la flor, y sus hojas purpura oscuro, se caracteriza por sus flores aparecer antes que sus hojas, dando una especial imagen. Es usado en agrupaciones, en los conjuntos de viviendas, que se acerca a la escala humana.



Brachichito



El follaje es persistente, que permite mantener su follaje todo el año y dota de una sombra densa. Sus dimensiones (alcanza una altura de 10 metros y un diametro de 5 a 8 metros). El color es verde medio lustroso. Es utilizado para los espacios publico y semi publicos del sector.



Alamos



El follaje es caduco, dota de una sombra densa. Sus dimensiones que alcanza una altura de 20 metros y un diametro de 1 a 2 metros, permite crear marcos a diferentes escenas, marcas direcciones por su morfologia longitudinal, crear pantallas, etc. El color es verde claro brillante



# DOCUMENTACIÓN GRÁFICA

---

