Universidad del Valle
Facultad de Artes Integradas - Escuela de Arquitectura
Programa de Maestría en Arquitectura y Urbanismo

Paisajes de la locura:
Interpretaciones de la arquitectura y del diseño del paisaje para el proceso de desinstitucionalización de la salud mental

Giovana de Almeida Martins Azevêdo

Santiago de Cali
2022

Giovana de Almeida Martins Azevêdo

Paisajes de la locura:
Interpretaciones de la arquitectura y del diseño del paisaje para el proceso de desinstitucionalización de la salud mental

Tesis de maestría presentada al Programa de Maestría en Arquitectura y Urbanismo de la Facultad de Artes Integrada de la Universidad del Valle para la obtención del grado de Maestra en Arquitectura y Urbanismo.

Tutora: prof. Verónica Iglesias García[1]
Co-tutor: prof. Edgar Jhonny Munoz Morales[2]

Santiago de Cali
2022

[1] Arquitecta; Docente de la Escuela de Arquitectura – Universidad del Valle

[2] Psiquiatra; Docente de la Escuela de Salud Pública – Universidad del Valle

Agradecimientos

Cuando llegué a Colombia, en febrero de 2020, no imaginaba las bendiciones y felicidades que me iban a ser ofrecidas en esta jornada, que fue hacer una maestría en un nuevo país. Hoy percibo que todas ellas llegaron a mi a través de personas me apoyaron en cada paso, desafíos y decisiones. Personas que me vieron crecer personal, espiritual y profesionalmente. Por eso, hoy agradezco:

A Verónica Iglesias García y Edgar Jhonny Munoz, los tutores de esta tesis, que me guiaron por los amplios caminos que existen entre la locura y el paisaje, por sus enseñanzas y miradas sobre arquitectura, psiquiatría y también sobre la vida;

A mi madre, Márcia, por las velas prendidas, las oraciones, el amor abundante y la fuerza para encontrar la luz y los colores en cada uno de los días que viví en este largo camino;

A mi padre, Ricardo, por las enseñanzas, los consejos, el amor abundante y la ayuda para encontrar las estrellas en las noches de navegación por estos nuevos mares;

A mis abuelos, Irlene, Alcinelli, Terezinha y Erialdo, por el afecto que siento pulsar en mis células y que, con mucho esfuerzo y paciencia, mi hicieron seguir adelante en esta jornada;

A mi tía, Miriam, por su presencia en cada detalle de este proceso, pero en especial en las noches durmiendo en los chinchorros del desierto;

A mis hermanos, Jéssica, Ricardo y Juliana, que son parte de cada parcela de quien soy y de quien quiero ser, con quienes divido cada momento, alegrías y dolores de esta vida, la finalización de esta tesis no podría “ser” sin ustedes;

A los amigos de la Casa del Poeta, que de vecinos subieron al puesto de familia en estos dos años compartiendo alegrías, pandemias, elecciones, comidas, paros nacionales, viajes, llantos, cocteles, vitorias, encuentros y despedidas, con tanto amor;

A mis amigas Bambucas, que hoy son grandes arquitectas que me sirven de inspiración, por no desistir de esta amiga, mismo con los 3.000 km de distancia;

A los profesores de la Maestría en Arquitectura y Urbanismo de la Universidad del Valle, por sus experiencias y enseñanzas, que fueron gentilmente compartidas y resultaron absolutamente necesarias para mi proceso de formación;

A Maria Isabel y los otros profesionales de la Universidad del Valle, por toda la dedicación, tiempo y acogimiento ofrecidos en estos dos años de maestría,

A los usuarios y profesionales del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, por la paciencia, atención y afecto al recibirme en este precioso espacio, en este hogar;

Por fin, agradezco a Colombia, sus tierras andinas, atlánticas y pacíficas, que me llenaron de inspiración ancestral y firmaron mis pasos en este mundo de gente de buen corazón,

Gracias a todos.

Resumen

Teniendo en vista que las crecientes cifras de trastornos mentales en Colombia evidencian limitaciones en la prestación de servicios de salud mental, estimuladas por la persistencia de los modelos hospitalocéntricos, la presente investigación aborda la humanización arquitectónica y paisajística como facilitadoras del proceso de desinstitucionalización de la salud mental. Así, con el fin de interpretar conductas de la arquitectura y del paisajismo que se integran al contexto psiquiátrico, fue observada la necesidad de trazar un paralelo entre el estigma de la locura y la materialización de ambientes psiquiátricos nocivos a la desinstitucionalización; explorar el potencial de la naturaleza para el proceso de humanización de la arquitectura psiquiátrica; y discutir el impacto de las vertientes terapéutica y naturalista del paisajismo en la consolidación de una atención psiquiátrica comprometida con la reinserción del usuario a la sociedad. La investigación fue estructurada, entonces, a partir de una metodología histórico-cualitativa que se integra al estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), en cuanto principal institución de salud mental del suroccidente colombiano y referencia en América del Sur. Como resultado, fue percibido que la manutención del estigma sobre la locura impulsa la concentración de mejorías en ambientes físicos destinados a la internación, en detrimento de los ambientes terapéuticos, complementarios o paisajísticos. Además, la ausencia de la naturaleza o su utilización ineficiente en los ambientes de salud contemporáneos frena el proceso de humanización de la atención psiquiátrica, que es la base de la desinstitucionalización. En este sentido, es posible afirmar que los aspectos ambiental y terapéutico del paisajismo pueden ser mejor explorados en el proceso de planeación de los ambientes destinados a la salud mental, considerando el apoyo de la psicología ambiental para el proceso de recuperación integral del usuario. Por lo tanto, como producto final de la investigación, una propuesta de proyecto paisajístico para el Jardín Principal del HDPUV fue desarrollada. El Proyecto Bulevar Nativo, bajo la intención de validar la aplicabilidad de los lineamientos del naturalismo y de la humanización en un caso actual del sistema de salud mental, busca actuar de manera reformista en la experiencia del usuario, ofreciendo espacios y condiciones capaces de transformar el paisaje de la locura. Vale resaltar, en este contexto, la importancia de investigaciones futuras que se comprometan a estudiar la eficacia y funcionalidad paisajística cuando directamente asociada a la dinámica psiquiátrica actual.

Palabras-clave

Desinstitucionalización psiquiátrica; Humanización arquitectónica y paisajística; Psicología Ambiental; Paisajismo terapéutico; Paisajismo naturalista.

Índice

Agradecimientos 3
Resumen 4
PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN 8
1. Introducción 8
2. Planteamiento del problema 10
3. Justificación 12
4. Objetivos de la investigación 13
5. Marco teórico 14
5.1 Eje 1: Caminos reformistas: cambios de paradigmas en la atención psiquiátrica 14
5.1.1 Historia de la locura y el proceso de estigmatización 14
5.1.2 Reevaluación de la locura y la "Emoción de Lidiar" de Nise da Silveira 18
5.1.3. Reforma Psiquiátrica y Rehabilitación Social 22
5.2 Eje 2: Caminos de la humanización: percepción del ambiente de salud según la psicología ambiental 27
5.2.1 La relación hombre-ambiente 28
5.2.2 La psicología ambiental 28
5.2.3 The Architecture of Happiness, un camino alternativo 30
5.3 Eje 3: Caminos del paisaje: paisajismo en el contexto de la salud mental 38
5.3.1 El paisaje, el ambiente y el hombre 39
5.3.2 El paisaje urbano 41
5.3.3 Operaciones urbanas interesantes 44
6. Estado del arte 48
6.1 Eje 1: Histórico de la psiquiatría y de las normativas colombianas 48
6.1.1 La historia de la psiquiatría desde una visión foucaultiana 48
6.1.2 Histórico de terapias psiquiátricas y la psicofarmacología en Colombia 57
6.1.3 Perspectivas mundiales y normativas de salud mental colombianas 64
6.2 Eje 2: Humanización a través de la naturaleza 72
6.2.1 Humanización del ambiente de salud 72
6.2.2 Arquitectura y paisajismo de los sentidos 76
6.2.3 Estrategias para ambientes de salud humanizados 79
6.3 Eje 3: El paisajismo como alternativa social y ambiental para las ciudades 82
6.3.1 Paisajismo en el contexto urbano 83
6.3.2 Paisajismo naturalista y aspectos ecológicos 88
6.3.3 Paisajismo terapéutico y parámetros del bienestar 95
7. Metodología 108
7.1 Eje 1: Metodología Histórica 108
7.2 Eje 2: Metodología Cualitativa 109
7.3 Eje 3: Metodología Cualitativa 110
7.4 Metodología Estudio de Caso: Hospital Dep. Psiquiátrico Universitario del Valle 110

7.4.1 Fase 1: Histórico de institucionalización del HDPUV.....111
7.4.3 Fase 2: El paisaje alrededor del HDPUV.....111
7.4.4 Fase 3: Los ambientes del HDPUV.....111
SEGUNDA PARTE: RESULTADOS.....112
8. Estudio de Caso: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) 112
8.1 Historias y reglamentos del HDPUV.....112
8.1.1 Histórico del HDPUV: del asilo a la institucionalización.....112
8.1.2 Informaciones institucionales del HDPUV.....123
8.1.3 Perfil epidemiológico del HDPUV o Perfil del usuario.....137
8.2 El paisaje alrededor del HDPUV.....143
8.2.1. Análisis de implantación del HDPUV.....143
8.2.2 Análisis urbana del terreno y su entorno.....153
8.2.3 Análisis ambiental y bioclimática del terreno y su entorno 166
8.3 Los ambientes del HDPUV.....183
8.3.1 Descripción de los ambientes construidos del sector Hospital Día.....186
8.3.1.1 Pabellón del Hospital Día 188
8.3.1.2 Edificio de Expansión 192
8.3.1.3 La Casona 193
8.3.2 Descripción de los ambientes construidos del sector de Hospitalización.....196
8.3.2.1 Salas de hospitalización 1 a 9.....197
8.3.2.2 Sala de Hospitalización 10 y las innovaciones en infraestructura.....207
8.3.2.3 Jardín de la Sala de Hospitalización 10 210
8.3.3 Descripción de las áreas verdes 214
8.3.3.1 Jardín Principal del HDPUV 214
8.3.3.2 Estudio de Vegetación del Jardín Principal 222
8.3.3.3 Jardines Secundarios del HDPUV 234
8.3.3.4 Estudio de Vegetación de los Jardines Secundarios.....250
8.3.4 Frentes ambientales relacionadas a los ambientes del HDPUV.....253
9. Diagnóstico sobre el estudio de caso del HDPUV 256
TERCERA PARTE: PROPUESTAS 260
10. Lineamientos para proyectos de paisajismo destinados a la salud mental 260
10.1. Lineamientos para la humanización 260
10.1.1 Ambientación y apropiación del escenario.....260
10.1.2 Aspectos psicológicos y de salud 261
10.1.3 Accesibilidad universal.....262
10.1.4 Integración con alrededores y áreas verdes 263
10.2 Lineamientos para el paisaje.....263
10.2.1 Construcción del paisaje 264
10.2.2 Diseño paisajístco 264
10.2.3 Aspectos naturalistas.....266

10.2.4 Aspectos terapéuticos.....267
10.2.5 Vegetación.....267
11. Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo (Propuesta para el Jardín Principal del HDPUV).....269
11.1 Planos del Estudio de Insolación.....270
11.2 Plano de Estudio de los Flujos Peatonales.....272
11.3 Plano de Trazado Regulador.....274
11.4 Plano de Directrices.....275
11.5 Plano General: Proyecto Bulevar Nativo.....277
11.6 Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación.....280
CUARTA PARTE: FINALIZACIÓN.....290
13. Conclusiones.....290
14. Bibliografía.....292

PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN

1. Introducción

La presente investigación aborda el tema de la humanización arquitectónica y paisajística como facilitadores del proceso de desinstitucionalización de la salud mental. En la búsqueda por respuestas para las cuestiones que perjudican la implementación de un sistema de atención humanizado en el contexto psiquiátrico, surge el desafío de la sustitución del modelo hospitalocéntrico por ambientes terapéuticos restauradores, que favorecen la recuperación y reinserción del usuario a la sociedad (Amarante & Torre, 2001). En paralelo a este proceso, la descentralización de la atención en la hospitalización, la disminución del tiempo de internación y del uso de medicamentos, que también son abordajes de la desinstitucionalización, se presentan como posibilidades para un nuevo panorama que, gradualmente, está siendo construido para el escenario de la salud mental actual.

La relevancia de este tema puede ser atribuida al creciente número de casos de enfermedad mental en el mundo, agravados por sistemas de salud mental inadecuados y obsoletos, caracterizados por ambientes excluyentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 450 millones de personas sufren de trastorno mental o conducta en el mundo. Además, también ya se sabe que una en cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). En Colombia, tampoco es coherente negar la gravedad de la situación. Según el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años presentó algún trastorno mental alguna vez en su vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Junto con Estados Unidos, Colombia presenta una de las prevalencias de patologías más altas en el mundo. Sin dudas, esas altas cifras de ocurrencia de trastorno mental evidencian las limitaciones en la accesibilidad a servicios de salud mental de calidad, lo que incrementa la gravedad y los casos crónicos, generando una problemática social de múltiples dimensiones, que envuelve la familia del usuario y la sociedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En este sentido, la persistencia de los modelos hospitalocéntricos de salud mental asociados a ambientes artificiales y excluyentes, que amenazan la recuperación integral del usuario, es el problema central de esta investigación. Ese problema tiene inicio en la percepción de la locura como enfermedad mental, que fue decisiva para los caminos y percepciones futuras, porque antecede e impulsa el proceso de aislamiento del loco al margen del sistema general de la sociedad (Parra, 2015) caracterizado por la institucionalización de la locura. Ese escenario se manifiesta hoy bajo la manutención del estigma sobre la locura – un imaginario social negativo y despreciativo –, que está reflejado en un tipo de atención aún muy centrada en el hospital; impera un modelo que se distribuye en servicios basados principalmente en la hospitalización y en la consulta externa. En Colombia, esta perspectiva se manifiesta en la ausencia de una terapéutica comunitaria, con un déficit de centros comunitarios de larga estancia que acojan pacientes en la fase grave y establezcan el proceso de desinstitucionalización (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Así, la falta de ambientes incluyentes, seguros, salubres, que propicien la apropiación y la libertad en el espacio hospitalario, que generen bienestar y contribuyan con una recuperación más agradable (OMS, 2006), como parte de los designios de la Reforma Psiquiátrica, también puede ser entendido, en esta perspectiva, bajo la fragilidad de las actuales políticas públicas de salud mental (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020). Una realidad que ignora la importancia de las relaciones entre personas y ambientes para el proceso salud-trastorno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En este contexto, el impacto negativo que el contexto urbano puede generar en un ambiente de salud, es ampliamente debatido bajo los principios de la psicología ambiental, que estudia las interrelaciones que ocurren entre el hombre y el ambiente a su alrededor y presenta la posibilidad de alimentar la producción de espacios más humanizados

para el hombre (Rocha, 2010). Falta, de manera, general, explorar el potencial de transformación del paisaje - ambiental y social - que el paisajismo puede desarrollar, si bien introducido en este escenario. Eso porque el paisajismo se configura como principal actividad de revegetación en áreas urbanas, con funciones productivas, ambientales y ecológicas que posibilitan la creación de ambientes agradables al ser humano, en las ciudades ya ampliamente adensadas, a partir de la promoción de calidad ambiental (Corrêa, 2019).

La amplitud de esa problemática instiga la interpretación de conductas de la arquitectura y del paisajismo, pautadas por los beneficios del contacto con la naturaleza, que fomenten la desinstitucionalización de la salud mental, que es el objetivo general de la presente investigación. Para ello, se pretende, como primer objetivo específico, trazar un paralelo entre el estigma de la locura y la materialización de ambientes psiquiátricos nocivos a la desinstitucionalización. Luego, la idea es explorar el potencial de la naturaleza para el proceso de humanización de la arquitectura psiquiátrica, como el segundo objetivo específico. Por último, discutir el impacto de las vertientes terapéutica y naturalista del paisajismo en la consolidación de una atención psiquiátrica comprometida con la desinstitucionalización, se configura como el tercer objetivo específico de la investigación. Esa composición tiende a aproximar el desarrollo de la investigación de las necesidades prácticas de la actual dinámica terapéutico-psiquiátrica, bajo la perspectiva de la importancia del paisaje y del ambiente físico en el escenario.

En este sentido, la metodología utilizada en la investigación se caracteriza como histórico-cualitativa, una vez que aborda aspectos subjetivos del espacio y del comportamiento humano en una relación directa con la evolución del abordaje de la locura y de la psiquiatría en la historia de la humanidad. A partir de tres diferentes ejes temáticos - caminos reformistas: cambios de paradigmas en la atención psiquiátrica; caminos de la humanización: percepción del ambiente de salud según la psicología ambiental; y caminos del paisaje: paisajismo en el contexto de la salud mental – que se estructuran alrededor del estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), fue posible abordar la temática de la desinstitucionalización de la salud mental por medio de la humanización arquitectónica y paisajística de los ambientes psiquiátricos.

Este proceso culmina en la creación de un proyecto de paisajismo para el HDPUV con tendencias al naturalismo y a la humanización; el producto de la investigación. Nombrado Bulevar Nativo, el proyecto propone el cultivo de comunidades vegetales nativas del Bosque Seco Tropical en un diseño orgánico y fluido que se integra a las áreas construidas del hospital y aflora la funcionalidad de sus áreas vedes. Mientras busca adaptarse y contribuir con la mejora de la calidad de la dinámica terapéutico-hospitalaria, este nuevo paisaje actúa directamente en la experiencia del usuario, aportando al proceso de recuperación integral y desinstitucionalizado.

2. Planteamiento del problema

La persistencia de los modelos hospitalocéntricos de salud mental asociados a ambientes artificiales y excluyentes, que amenazan la recuperación integral del usuario, es el problema central de esta investigación. De ahí se desarrolla la temática que envuelve la desinstitucionalización de la salud mental a partir de la humanización arquitectónica y paisajística de los ambientes psiquiátricos. En el caso colombiano, ¿hay una relación entre la manutención del estigma de la locura en sociedad, los ambientes no adaptados en el histórico del sistema público y la dificultad de consolidar el proceso de desinstitucionalización?

Empezamos a entender esa problemática desde las percepciones sobre la locura, que abordan una variedad de conceptos que pueden ser encontrados a lo largo de la historia humana. Presente en la cultura y en la literatura desde la época griega, el personaje del loco ha sufrido inúmeros cambios de percepción importantes, representados, por ejemplo, en su manera de materializar los lugares del loco. Sin embargo, la marca de la percepción de la locura como enfermedad mental fue la más decisiva para los caminos y percepciones futuras. Eso porque ella antecede e impulsa el proceso de aislamiento del loco al margen del sistema general de la sociedad. Un mecanismo de segregación que pasó por la fase de institucionalización de la locura, con la consolidación de los manicomios, y culminó en la creación del hospital psiquiátrico moderno, que tuvo inicio en Europa, en el siglo XIX, y que hasta hoy está vigente (Parra, 2015)

Entender el enlace que existe entre esas diferentes concepciones de la locura, puede ser interesante para comprender los posibles caminos que lograrían romper el modelo manicomial, que fue consolidado bajo cambios de paradigmas del pasado, pero que aún asombra el proceso actual de reinserción del usuario en la sociedad. El punto de convergencia entre esas diferentes percepciones evidencia la relación que el hombre establece con la diferencia, con los comportamientos que ultrapasan los límites establecidos por los estándares de la normalidad de una determinada época. Asumiendo el rol del diferente en sociedad, el loco se transforma, se vuelve “el otro” de la relación, pasible de ser clasificado y condicionado (Viecelli, 2014).

Ese escenario se manifiesta hoy bajo la manutención de un estigma sobre la locura – un imaginario social negativo y despreciativo –, que está reflejado en un tipo de atención aún muy centrada en el hospital; impera un modelo que se distribuye en servicios basados principalmente en la hospitalización y en la consulta externa. En Colombia, esta perspectiva no deja espacio para el desarrollo de una terapéutica comunitaria, porque hay un déficit de centros comunitarios de larga estancia que acojan pacientes en la fase grave y establezcan el proceso de desinstitucionalización, que busca descentralizar la atención basada en la hospitalización prolongada. El aumento del índice de pacientes crónicos en esta condición, por ejemplo, es una consecuencia de este desarrollo y una preocupación actual (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Sin duda, se trata de un panorama que evidencia la necesidad de consolidación de los caminos reformistas de la psiquiatría en Colombia, que por su vez ofrecen la posibilidad de desarrollo de una atención integral, enfocada en los usuarios y sus cuidadores, a partir de la oferta de tratamientos individualizados y adaptados a las necesidades, fundamentados en la desinstitucionalización (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020). La falta de ambientes no excluyentes, seguros, salubres, que propicien la apropiación y la libertad en el espacio hospitalario, que generen bienestar y contribuyan con una recuperación más agradable (OMS, 2006), que es parte de los designios de la Reforma Psiquiátrica, puede ser entendido, en esta perspectiva, bajo la fragilidad de las actuales políticas públicas de salud mental (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020). Una realidad que ignora la importancia de las relaciones entre personas y ambientes para el proceso salud-trastorno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La vinculación de los actuales modelos psiquiátricos al contexto extremamente urbanizado de las grandes ciudades – como fruto de la expansión urbana acelerada y desreglada - genera una variable de esta problemática, que engloba la consolidación de los espacios del loco en la sociedad contemporánea. Llegamos así al panorama urbano actual, que impulsa una discusión sobre los estresores psicosociales, bastante asociados a la pérdida de calidad ambiental (Vasconcelos, 2004). La tendencia de la urbanización tiene implicaciones graves para la salud humana, una vez que entornos urbanos sufren de un exceso de estimulación ascendente, que capta la atención del usuario y induce la fatiga cognitiva (Pearson & Craig, 2014). La exposición al ruido y a la contaminación del aire, por ejemplo, puede causar graves trastorno del sueño, discapacidad auditiva y niveles elevados de estrés, lo que impacta la salud física y los sistemas inmunológico y congénito del ser humano (Mackerron & Mourato, 2013).

El impacto negativo que el contexto urbano puede generar en un ambiente de salud es ampliamente debatido bajo los principios de la psicología ambiental, que estudia las interrelaciones que ocurren entre el hombre y el ambiente a su alrededor. Bajo la suma del conocimiento de la arquitectura y de la psicología, que ya se sabe que son complementarios en el estudio del paisaje, presenta la posibilidad de alimentar la producción de espacios más humanizados para el hombre (Rocha, 2010). El proceso de humanizar, que es bastante precario en el contexto urbano actual - lo que se extiende a los hospitales - busca rescatar la importancia de los aspectos emocionales, indisociables de los aspectos físicos, en la intervención en salud (Romero & Sales, 2016). Esa búsqueda por ambientes acordes con los parámetros de humanización, se sostiene en estudios que demuestran la importancia del contacto con la naturaleza para la recuperación del ser humano (Constantino & Mattos, 2015); además de la implementación de elementos – de la arquitectura o del paisajismo – pensados para generar una percepción agradable y regeneradora, con base principalmente en el estímulo sensorial (Vasconcelos, 2004).

Por otro lado, la exclusión del paisajismo como alternativa para la manifestación de espacios más saludables en rol de la salud mental, que es parte del contexto urbano, impacta directamente en un paisaje poco favorable para la experiencia de bienestar de sus usuarios. Así se constituye otra variable de la problemática central de la investigación. Hoy, después de décadas de negación de la naturaleza en los espacios urbanos, bajo la idea de que el desarrollo tecnológico sería capaz de resolver cualquier demanda de la humanidad, la naturaleza vuelve a estar en el centro del debate sobre minimización de los efectos nocivos generados por su eliminación o mala gestión (Enjunto & Querol, 2021). Sin embargo, esa reflexión nos lleva a pensar sobre el hecho de que la mayor parte de la vegetación implantada en áreas urbanas aún es percibida apenas como paisajismo contemplativo – pensada para armonizar el ambiente y promover confort visual a los transeúntes (Corrêa, 2019).

Falta, de manera, general, explorar el potencial de transformación del paisaje - ambiental y social - que el paisajismo puede desarrollar, si bien introducido en este escenario. Eso porque el paisajismo se configura como principal actividad de revegetación en áreas urbanas, con funciones productivas, ambientales y ecológicas que posibilitan la creación de ambientes agradables al ser humano, en las ciudades ya ampliamente adensadas, a partir de la promoción de calidad ambiental, como el caso del paisajismo naturalista (Corrêa, 2019). Por otro lado, en el contexto psiquiátrico, el desarrollo del paisajismo terapéutico, que tiene la finalidad de brindar sensaciones de bienestar a sus ocupantes, podría asumir un papel importante en la promoción de la salud a través de oportunidades de relajación, contemplación y sociabilidad, actuando en el proceso de restauración del cuerpo y la mente. Asimismo, el uso de jardines en la dinámica terapéutica, que aún es poco explorado, puede ser asociado a la terapia ocupacional y a las prácticas terapéuticas complementarias (Constantino & Mattos, 2015). Así, en acorde a lo que plantea la desinstitucionalización psiquiátrica, la ausencia del paisajismo en la dinámica de salud mental, frena el proceso de sustitución del modelo hospitalocéntrico.

3. Justificación

Según la OMS, 450 millones de personas sufren de trastorno mental o conducta en el mundo. Además, se sabe que una en cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Considerando que frecuentemente los cuidadores primarios de una persona con trastorno mental son los miembros de su familia, es de impresionar el numero de personas que pueden estar indirectamente afectadas por la problemática de la salud mental en nuestras sociedades, y muchas veces en silencio o siendo ignoradas. Esa problemática está asociada a otro dato importante: a cada año, en el mundo, un millón de personas se suicidan (OMS, 2004). En Colombia, más específicamente, también es evidente la necesidad de este debate. El Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 apunta que 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años presentó algún trastorno mental – de los clasificados en los criterios del DSM-IV - alguna vez en su vida (Ministerio de la Protección Social, 2003). La OMS comenta aún que, junto a Estados Unidos, Colombia presenta una de las prevalencias de patologías más altas en el mundo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Esas altas cifras de ocurrencia de trastorno mental en el mundo y en Colombia, evidencian las limitaciones en la accesibilidad a servicios de salud mental de calidad, lo que incrementa la gravedad y persistencia de los trastornos mentales y genera una problemática social de múltiples dimensiones, que envuelve la familia del usuario y la sociedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Esas limitaciones, como ya se sabe, provocadas por una atención psiquiátrica insuficiente, caracterizada por un modelo anticuado, que aún reafirma conductas de confinamiento y exclusión social, también están asociadas a los impactos que un ambiente no adaptado al contexto terapéutico puede generar en el sistema de salud mental. Así, es coherente que la sociedad se ponga en alerta en cuanto a los temas que envuelven la salud mental de las poblaciones (OMS, 2004) y que empiece a involucrarse en el escenario.

El desarrollo de nuevos abordajes en este contexto, presentan la posibilidad de construcción de un nuevo panorama, bajo propuestas reformistas que buscan el desarrollo de una atención centrada en el usuario, con base en la rehabilitación social, para lograr la desinstitucionalización. Para ello, se requiere el soporte de una infraestructura adecuada, salubre, humanizada, que, con flexibilidad, busque apoyar al usuario en su proceso de recuperación, que es único. Del contacto con la naturaleza, que puede ser proporcionada por el verde urbano, extraer su potencial terapéutico y ecológico para una relación hombre-ambiente equilibrada, que genere impactos positivos en la salud mental y fisiológica, y percepciones de bienestar. Este trabajo se extiende por las nuevas posibilidades que la arquitectura y el paisajismo desarrollan para la materialización de estos ambientes, de estos paisajes.

4. Objetivos de la investigación

La presente investigación tiene por objetivo explorar, a través de una estructura teórica multidisciplinaria, las características de la arquitectura y del diseño del paisaje que fomenten la desinstitucionalización de la salud mental, considerando el estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Así, el producto final del trabajo pretende definir una propuesta de proyecto de paisajismo para el hospital, desarrollada con base en el cumplimiento ecológico y en la humanización de los ambientes, cuyos lineamientos sean aplicables a otros casos del sistema de salud mental colombiano.

Como primer objetivo específico, la investigación pretende trazar un paralelo entre el estigma de la locura y la materialización de ambientes psiquiátricos nocivos a la desinstitucionalización, a partir de una revisión teórica sobre el histórico de la locura que aborda sus diferentes interpretaciones, maneras de lidiar, tratar y los espacios destinados al loco, como consecuencia de esas conductas.

Ya en el segundo objetivo específico, la investigación se vuelve para el tema del ambiente físico hospitalario y pretende explorar el potencial de la naturaleza para el proceso de humanización de la arquitectura psiquiátrica.

En el tercer objetivo específico, la investigación busca discutir el impacto de las vertientes terapéutica y naturalista del paisajismo en la consolidación de una atención psiquiátrica comprometida con la desinstitucionalización.

5. Marco teórico

5.1 Eje 1: Camino reformista: cambios de paradigmas en la atención psiquiátrica

Como proceso particular de las culturas que componen la historia de la humanidad, las diferentes funciones atribuidas a la locura, en los distintos periodos, revelan el concepto de locura como construcción social. Así, el modo como la locura fue, gradualmente, apropiada por la razón, demuestra un proceso de transformaciones exuberantes y polimorfa acerca de las percepciones y definiciones sobre la locura, antes del siglo XIX. A través de la historia, es posible profundizar la mirada sobre las actuales cuestiones de la locura a partir de la comprensión de estas transformaciones, que resultaron en el confisco de la locura por la razón, a partir del rótulo exclusivo de enfermedad mental, y su consecuente confinamiento asilar (Vieceli, 2014).

5.1.1 Historia de la locura y el proceso de estigmatización

El origen de los diferentes conceptos de locura encontrados a lo largo de la historia humana está arraigado a la relación del hombre con la diferencia, con lo que traspasa los límites establecidos por los estándares de la normalidad. Asumiendo la condición de diferente, el loco se transforma, se vuelve “el otro” de la relación, pasible de ser clasificado y condicionado. Las diferentes formas de concebir la locura, sin duda, perdieron espacio cuando el concepto de locura fue capturado y definido a partir de los rótulos de la enfermedad mental, bajo la mirada atenta del saber psiquiátrico, que poco a poco naturalizó el loco como habitante exclusivo del manicomio (Viecelli, 2014).

La lectura foucaultiana sobre la dominación de la locura también revela esa asociación con la concepción del anormal, que está reflejada en la creación de figuras que representan las monstruosidades de cada época, que son diferentes entre sí. “Solo hay monstruosidad donde el desorden de la ley natural viene tocar, sacudir, inquietar el derecho, sea el derecho civil, el derecho canónico o el derecho religioso”. Según Vera Portocarrero (2002), las anormalidades fueron analizadas por los psiquiatras, entre los siglos XIX y XX, con base en la esfera moral, siendo así sus portadores clasificados como peligrosos, criminosos constitucionales, en fin, una serie de papeles que complementaban lo de enfermo mental y que, como consecuencia, dictaban los espacios a los cuales ellos deberían tener acceso. Los hospicios, manicomios, hospitales generales, cárceles (Pereira, 2019).

Presente en la cultura y en la literatura desde la época griega, el personaje del loco ha sufrido cambios de percepción en la historia de la humanidad. Pero, durante los siglos XVI y XVII, la marca irreparable de la percepción de la locura como enfermedad mental fue la más decisiva para los caminos y percepciones futuras. Fue a partir de ahí que empezó el proceso de aislamiento del loco al margen del sistema general de la sociedad; empezaron a “ponerlos aparte, a no tolerarlos ya en una suerte de familiaridad cotidiana, a no soportar ya verlos circular así, mezclarse en la vida de todos los días y toda la gente [...]”. Un mecanismo de segregación que culminó en la creación del hospital psiquiátrico moderno, que tuvo inicio en Europa, en el siglo XIX, y que hasta hoy está vigente (Parra, 2015)

Que la locura sea un tema que provoca controversias sobre sus valores o sus peligros, su legitimidad o prohibición en la sociedad, su aceptación como enfermedad por la psiquiatría o el rechazo de esta teoría por parte de la antipsiquiatría, no disminuye las problemáticas que cercan su existencia, sus formas atribuidas y, sobretodo, su llegada. Por llegada de la locura, se entiende ese proceso característico de aparecer de improviso y añadirse a un pensamiento habitual, transformándolo. Un proceso que impulsa la búsqueda del origen y la causa de esta modificación psíquica, sin dudas (Thuillier, 1981).

En el campo de psiquiatría, hay personas con problemas ampliamente diferentes. En algunos casos, la conducta perturbada presentada puede ser explicada en términos de procesos biológicos, como las enfermedades del cerebro, envejecimiento cerebral patológico, epilepsia y otros similares. Pero en la mayoría de los casos, la conducta resulta de un proceso diferente, que no ha sido suficientemente explicado por la mirada biológica. Pero esta conducta es inteligible a las relaciones, que pueden tener interacción recíproca con las personas alrededor. Hay, entonces, dos tipos de conductas estipuladas en la categorización de la enfermedad mental: las explicables y las inteligibles. La diferencia entre ellas requiere también una diferencia en los métodos de enfoque, obviamente. Lo que no puede ser garantizado en la común práctica de tratarlos en una misma institución (Cooper, 1974).

La interpretación de la locura como enfermedad mental, como resultado de la consolidación de la psiquiatría en cuanto campo responsable por la locura, a fin de estandarizar los diferentes tipos de medicamentos y tratamientos aplicados a los enfermos mentales, resultó en su clasificación a partir de los síntomas presentados. Tres categorías de síntomas[3] fueron entonces presentadas como explicación para la locura, mientras también caracterizan las terapéuticas más utilizadas en la segunda mitad del siglo XX: en la primera categoría, están la excitación psíquica y la agitación maníaca; en la segunda categoría, están la depresión y la melancolía; y en la tercera categoría, están los delirios y las alucinaciones. La esquizofrenia[4], en este contexto, se presenta como de tamaña complejidad que, en las diferentes etapas de su evolución, puede entremezclarse o alternar todos los síntomas (Thuillier, 1981).

> La enfermedad es la burocratización de la necesidad que esa situación humana representa. El equívoco es que nosotros, como psiquiatras, tomamos el aspecto burocrático de la enfermedad y no la necesidad que ésta expresa […] un conjunto de palabras que complejizan el fenómeno, pero que dejan intacta la necesidad […] una nueva ideología que coloca palabras para explicar la enfermedad, pero que no descubre las necesidades de la persona enferma (Obiols, 1973)

Problemática de la estigmatización

Como consecuencia, hay la legitimación del manicomio como institución especializada en la atención del enfermo mental, en el siglo XIX, que difundió un tipo de tratamiento enfocado en la medicina y en la curación de escasa eficacia. En este escenario, fue conservada la función asilar, principalmente para las personas con enfermedades severas de larga duración o incapacitadas de regresar a la comunidad. Ese modelo de atención manicomial, caracterizado por la segregación, la masificación, la falta de recursos, la ausencia de tratamientos eficaces y las pésimas condiciones de vida, tiene consecuencias negativas para los usuarios, como el deterioro clínico y social, despersonalización y marginación. Además, ese tipo de atención favorece el aumento del estigma y, en consecuencia, la discriminación hacia las personas con enfermedad mental (OPS, 2020).

[3] Esta clasificación de los síntomas de la locura fue propuesta arbitrariamente por Thuillier, en 1981, con la intención de que las personas entiendan los diferentes tipos de tratamientos y medicamentos utilizados en la época y no está basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría - 5ª edición (DSM-V), que son las más aceptadas en la contemporaneidad.

[4] El artista Munch, en su obra “El Grito”, en 1893, simbolizó genialmente el incomodo generado por la conexión continuada con el mundo alrededor, que favorece la peculiar condición del esquizofrénico.

El cuadro “Mujer en el malecón” (Figura 1), de L. Spillicert, simboliza la profunda soledad del enfermo mental, la ruptura ya irremediable del contacto con la realidad. (Obiols, 1973)



Figura 1: Cuadro “Mujer en el malecón” de Léon Spilliaert
Fuente: CODART, 2006

Por estigmatización, se entiende el proceso de percepción incompatible con la realidad sobre las personas con enfermedades mentales, muchas veces asociada con el peligro y la violencia, lo que es nocivo para el proceso de reinserción social y de garantía de los derechos humanos. Además, la formación de un imaginario social colectivo negativo sobre la enfermedad mental impacta directamente en el proceso de desinstitucionalización. La idea de que esas personas constituyen un peligro para las comunidades aún hoy es una realidad y bastante difundida por los medios de comunicación, con sus publicidades sensacionalistas. La persistencia de esta realidad sirve como justificación para los largos internamientos en hospitales psiquiátricos o instituciones cerradas, aún característicos en nuestra sociedad (OPS, 2020).

Así se entiende que todo el sombrío universo que se formó alrededor del proceso de comprensión de la locura aún hoy reverbera en la experiencia social de las personas con enfermedad mental, que sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos y de estigma social. En muchos países, hay una limitación en el acceso a la atención de salud mental y una prestación de servicios inadecuada, degradante y dañina, con condiciones de higiene y de vivienda que pueden ser consideradas subhumanas. La restricción del movimiento, el aislamiento de la sociedad y la aplicación de tratamientos e internaciones sin el consentimiento del paciente, todavía son aspectos de la realidad de la salud mental mundial del siglo XXI. Según la OMS, 65% de las camas psiquiátricas se encuentran en hospitales mentales, cuyas condiciones no son satisfactorias, siendo que el ideal sería que los tratamientos estuvieran enfocados en los hospitales generales, caso necesario, y principalmente en los servicios de rehabilitación comunitarios (OMS, 2004).

Ese estigma, que es parte de lo que la sociedad ofrece al enfermo mental, también se extiende a sus familiares, bajo la creación de estereotipos negativos, que generan temor, incomodidad, evitación. Así, la construcción de un entorno adolecido es sostenida por ese imaginario colectivo negativo sobre la locura; con mitos y concepciones erradas que afectan la vida cotidiana de esas personas, que las lleva a la privación de lo que es más elemental en los derechos humanos - oportunidades de empleo y educación, acceso a la salud, sistemas de seguro de salud y programas de vivienda coherentes. Hay países que incluso niegan el derecho al voto a las personas afectadas por trastornos mentales; en otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por uno. El estigma y la discriminación son el punto de partida para una realidad marcada por la ausencia de atención apropiada y dificultad de

recuperación y de integración en la sociedad, que es lo que caracteriza la mayoría de los países en América Latina (OMS, 2004).

La restricción de movimientos aún es una práctica utilizada en instituciones psiquiátricas hoy en día, por ejemplo. Las camas-jaulas, instrumento rutinariamente utilizado para eso, disponen de un elemento físico que restringe el paciente al espacio de la cama, puede ser una red o una barra metálica, desde que sirva para inmovilizarlo, sea por amenaza, castigo. Esa estrategia muchas veces es justificada por la escasez de personal o por su falta de capacitación y tiene consecuencias físicas, como escaras, y psicológicas. Una experiencia descripta por los que ya la han vivido como devastadora, aterrorizadora, humillante, degradante (OMS, 2004). "El miedo al enfermo ha venido caracterizando a la psiquiatría tradicional. Por ello, la agresividad, ejercida o latente, de aquél era contenida con ligaduras, cadenas, etc., que, aparente del irreparable daño moral, solían producir lesiones." (Obiols, 1973)

Una reflexión sobre los espacios de la locura

Sin dudas, la impermanencia de los discursos sobre la locura en las diferentes épocas y sociedades de nuestra historia – que ha sentido las transformaciones por las cuales pasó la humanidad – están reflejados hoy en día, en nuestros conceptos de locura, que al fin son construcciones sociales. Definidos bajo factores culturales y políticos de una época, cada sociedad atribuía a la locura una función y un significado propio (Viecelli, 2014).

En este sentido, la arquitectura[5] se presenta como pieza clave para la comprensión de la trayectoria de la locura, una vez que evidencia las prácticas y costumbres de cada período en relación al trato de la locura de una manera edificada. Cada gesto de la arquitectura es una condicionante para la vida humana que la va a habitar, porque determina sus espacios de acción, delimita y sostiene las relaciones interpersonales, influenciando hábitos y el movimiento de sus cuerpos, formando la percepción de espacio y expresando significados de la cultura de un tiempo (Viecelli, 2014). Por eso la arquitectura reproduce las desigualdades provocadas por las relaciones de subordinación y dependencia, traduciendo la estructura económica y política de la sociedad en espacios construidos. Como producto de la sociedad dominante, ella representa un medio por el cual las instituciones pueden manifestarse y solidificarse (Vieceli, 2014).

De hecho, los procesos de transformación en las formas de comprender la locura siempre fueron impresos en la materialidad, – en el arte, pero eso es tema para más adelante -, en el espacio construido. Determinar los lugares destinados a la locura, en sociedad, es entonces como crear el espacio de la diferencia; el espacio de lo que no fue acepto en la convención social. El desarrollo de la arquitectura y de las ciudades - que están íntimamente vinculados a las relaciones sociales y el desarrollo de las civilizaciones - son por tanto el reflejo de las acciones y pensamientos de un determinado grupo social. Así, no se puede empezar a comprender la historia de la locura, y en consecuencia de la psiquiatría[6], si no observamos los espacios que les fueron destinados (Viecelli, 2014).

El manicomio, en cuanto representación de espacio físico de la Modernidad, y sin dudas también de un modelo de tratamiento, se presenta como un marco en la historia de la locura, porque permite adentrar al imaginario social de la sociedad la falsa idea de que la existencia

[5] En este punto, el tema de la arquitectura y de los espacios destinados a la locura son inseridos en el escenario como una rama aún más específica de la problemática de la locura en sociedad; sus desdoblamientos en la composición de comunidades e incluso en el proceso de espacialidad y urbanización, que pueden influenciar la experiencia del loco. Temas que van a ser mejor tratados en el segundo y tercer ejes de la investigación.

[6] Como se va a observar más adelante, en el estado de arte de este mismo eje, que es el primer de la investigación (Capítulo 6.1).

de los considerados locos puede estar naturalmente asociada al aislamiento, a esa condición de distancia, de estar restricto a un único lugar. El loco pierde el derecho a la ciudad y deja, entonces, de establecer vínculos sociales y de pertenecer a sus contextos múltiplos y conflictos. Ese panorama permaneció intacto en la historia de la locura por más de dos siglos, período en que la relación entre la sociedad y el loco era expresa únicamente por el camino exclusión y materializada por el encierre de muros de los manicomios, que cargaba en su concepción la lógica del confinamiento hasta la llegada del mundo contemporáneo (Viecelli, 2014).

5.1.2 Reevaluación de la locura y la "Emoción de Lidiar" de Nise da Silveira

Cuando una persona recurre a la asistencia psiquiátrica – sobre todo las que llegan espontáneamente – en la mayoría de los casos, ellas desean obtener, en términos prácticos, un conjunto de técnicas que les permitan la mejor y más ajustada satisfacción de las expectativas sociales masificadas. No obstante, la excusa de la aplicación previa de técnicas de invalidación parece ser suficiente para que se realice procedimientos graves y eliminativos, que primero señalan la persona como una minoría y luego la tratan mediante un conjunto de operaciones que van desde la insinuación de menosprecio y la exclusión social, hasta la invalidación total, el asesinato y el exterminio. Observando esas técnicas, es posible decir que ninguna recibe tanto respecto y prestigio cuanto la que tiene el aval de la ciencia médica (Cooper, 1974).

Profundizando en este contexto, se sabe que después de la segunda mitad del siglo XX, la historia de la locura encontró en la violencia psiquiátrica el centro de su problemática. Una violencia sutil y sinuosa que las personas consideradas sanas imponen sobre los rotulados locos; no necesariamente una violencia física, pero ciertamente una violencia que abarca el sentido de "acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de la otra". Siendo los sanos, en este escenario, definidos como los que viven en conformidad con un conjunto de normas sociales establecidas. En este sentido, aunque la historia de la psiquiatría presente, en grande parte del tiempo, el proceso de elaboración de un inmenso servicio de público distribuido en grandes hospitales psiquiátricos, clínicas externas, unidades psiquiátricas y, menos de lo que se espera, en el diván del psicoanalista, hay que confrontar la negación de la necesidad de una reevaluación radical del problema de la locura (Cooper, 1974).

Un punto interesante de este proceso de reevaluación es observar que el paciente mental, una vez rotulado, se ve obligado a asumir un rol de enfermo; lo que requiere una cierta pasividad. Él tiene que aceptar que una enfermedad, que proviene de su exterior, lo está afectando a uno punto que, en su propia situación de alteración y cambio, él se convierte en alguien sustituible. En el objeto sobre el cual labora el proceso de la enfermedad. Como portador de los síntomas que resultan de un proceso y caracterizan esa enfermedad, el paciente se vuelve prescindible en cuanto persona. El médico queda, entonces, tanto con un campo de síntomas propuestos a través del discurso científico como con una perspectiva biológica del proceso salud/enfermedad, que legitiman la idoneidad del saber psiquiátrico clásico. Esta perspectiva facilita la preeminencia del tratamiento biológico dentro del espacio del hospital psiquiátrico y deja en un segundo plano las posibilidades terapéuticas que ofrecen las interacciones, tanto con otras personas, como con el entorno físico del hospital. Esta problemática, que es fruto de una violencia, encuentra amparo en el proceso de institucionalización, que busca estandarizar síntomas, pacientes, enfermedades y tratamientos. "Si no se puede encontrar un virus real, se inventa un virus social." (Cooper, 1974).

Los cambios necesarios en la actual situación de la psiquiatría requieren un posicionamiento acerca de la complejidad dialéctica de la existencia humana, que niegue la reducción de sus experiencias a un mero proceso; sin olvidarse del proyecto por el cual cada individuo se define en el mundo. "Eso siempre ha resultado difícil en la gran institución psiquiátrica tradicional",

según Cooper. Buscando esa aplicabilidad, tales cambios podrían ser aplicados en una comunidad experimental, que todavía no existe, pero que puede ser creada, cuyos fundamentos serían (Cooper, 1974):

> "…funcionar sin los preconceptos o prejuicios clínicos corrientes, sin una jerarquía personal-paciente rígida e impuesta desde exterior, y con una total y activa implicación de las familias de los miembros de la comunidad. En una comunidad "experimental" de ese tipo el sujeto no tendrá que luchar con los deseos alienados de otros que tratan de moldearlo a medida, de curarlo de sus intentos de convertirse en la persona que realmente es. Finalmente, tendrá la posibilidad de descubrir y explorar modos auténticos de relacionarse con los otros […] Mientras tanto, si uno tiene que enloquecer, la táctica que debe aprender en nuestra sociedad es una táctica de discreción (Cooper, 1974).

La hipótesis de que la experiencia de las comunidades terapéuticas puede llegar a ser una realidad viene de experiencias locales, como las de David Cooper y Ronald Laing, en Inglaterra, que consolidaron alternativas de abordaje comunitario en el campo de la locura. También del movimiento de psiquiatría democrática en Italia, liderado por Franco Basaglia, que, bajo un abordaje político-institucional, provocó reformas en el Estado y la promoción de técnicas e instituciones modernizadoras (Madrid & Parada, 2018).

Nise da Silveira y la "emoción de lidiar"

El legado de Nise da Silveira también es una referencia de como la aplicabilidad de la Reforma Psiquiátrica puede impactar la realidad palpable. Nise da Silveira, una psiquiatra brasileña reconocida por sus hechos humanizantes y, para complementar, la mayor representante del movimiento de la Reforma Psiquiátrica de su país. Una mujer al frente de su tiempo (Oliveira, 2011).

Nise ingresó en el curso de medicina, en la Facultad de Medicina de Bahia - *Faculdade de Medicina da Bahía* –, a los 16 años, siendo la única mujer en un grupo de 156 hombres. Terminando el curso, sus estudios e investigaciones, que siempre buscaban indagar los métodos de tratamientos psiquiátricos de su época, la impulsaron a llegar en una nueva forma de abordar la enfermedad mental. Asumiendo su postura cuestionadora, Nise pasa a interpretar la enfermedad mental como una tentativa desesperada de autocura; cabiendo al terapeuta, en este proceso, ser un puente que rompe la barrera de la enfermedad y abre un camino entre la sombra y la luz, el inconsciente y la consciencia del usuario, el protagonista (Oliveira, 2011).

En la fase de sus estudios en que la psiquiatra se disloca entre el campo de la neurología para lo de la psicología, ella se vuelve extremadamente biológica. Cuando vuelve al campo de la salud mental, las últimas descubiertas terapéuticas – el electrochoque, el coma insulínico y la lobotomía[7] - la sorprenden negativamente. Nise se negaba a utilizar tales procedimientos, por su semejes con las torturas físicas, que ella sabía reconocer con facilitad[8]. Así, bajo los

[7] Estos son ejemplos de tratamientos biológicos ampliamente utilizados en la primera mitad del siglo XX, precediendo la época de los psicofármacos y de la psicoterapia. Hasta hoy esas prácticas escandalizan las nuevas generaciones de psiquiatras, por su carácter violento y de subyugación del enfermo. Este tema fue más profundamente abordado en el Estado del Arte de ese mismo eje del trabajo, que es el primero, en el Capítulo 6.1.

[8] Nise se recusaba a utilizar tales procedimientos por la semejes con las torturas físicas que ella vio de cerca en la cárcel (Melo, 2009). Sus pensamientos revolucionarios fueron interpretados, por el Estado, como una amenaza al orden vigente. Así, acusada de defender ideas comunistas, Nise fue presa en la década de 1940, por un año y medio, y destituida de su cargo de médica psiquiatra. Solamente ocho años después ella volvió a ejercer su profesión, en el Hospital Psiquiátrico *Engenho de Dentro* (Oliveira, 2011), donde hizo un trabajo conmovedor, como se puede notar en la película "*Nise - O Coração da Loucura"*, de 2016.

principios de la Terapia Ocupacional, ella empezó un verdadero combate a la práctica de la psicocirugía, en el caso, la lobotomía - creada por Egas Moniz en 1936 y que consistía en seccionar partes específicas del cerebro del enfermo. Ampliamente utilizado por la psiquiatría para cuadros de angustia, depresión y esquizofrenia, el método era también criticado por Oliver Sacks, que esclarecía cuanto a los efectos devastadores de la psicocirugía en sus "patéticos pacientes lobotomizados, algunos psíquicamente muertos, asesinados por su 'cura'" (Melo, 2009).

Fuertemente orientada por el abordaje psicoanalítica, Nise cargaba en su repertorio un vasto conocimiento y encanto por la psicología de Carl Gustav Jung, a quien Nise tenía como maestro. Como alternativa a la terapéutica tradicional, que desde su punto de vista era anticuada y violenta, Nise creó un método terapéutico interpretado por uno de sus usuarios como "La Emoción de Lidiar" (*A Emoção de Lidar*); lidiar con el diferente, respectando su tiempo, sus condiciones y la forma como se presenta y reconoce el mundo, visando conducir el usuario a un reconocimiento de sí mismo y a la superación del sufrimiento psíquico. Para ella, la pintura, el diseño y el modelaje son técnicas – prácticas de la Terapia Ocupacional - pueden servir como medio de expresión del inconsciente para los usuarios, muchas veces incluso impedidos de usar el leguaje verbal, como es característico de la esquizofrenia (Oliveira, 2011).

Nise, más tarde, utilizaría la expresión "La Emoción de Lidiar" como sustituta del término "terapéutica ocupacional", para intitular su método de trabajo centrado en las actividades y en afecto. De otro usuario, ella utilizaría la expresión "innumerables estados del ser", para definir la experiencia de la locura, en lugar de las estigmatizadoras de la psiquiatría tradicional (Gomes & Gagliardi, 2017).

Ese trabajo empezó, en la Sección de terapéutica Ocupacional del *Hospital Engenho de Dentro* en 1946, a partir de actividades de libre expresión en diferentes sectores, lo que causó grande impacto en el campo de la psiquiatría y, en especial, de las artes. La producción en los talleres de pintura levantaba cuestiones acerca de la capacidad creativa presente en las personas con severos trastornos mentales, lo que resultaba en obras con explosión de colores, en contraste a la tristeza de los espacios psiquiátricos, causando espanto y admiración. Esas obras incluso fueron llevadas para exposiciones artístico-científicas, como la intitulada "Nove Artistas de Engenho de Dentro", expuesta en el Museo de Arte Moderna de São Paulo, en 1949[9]; un marco para la terapéutica ocupacional, que por su vez tenía Nise como precursora en Brasil (Melo, 2009).

La producción en estos talleres fue tan abundante que, en 1952, fue inaugurado por Nise el Museo de Imagenes del Inconsciente, que hasta hoy funciona como centro de estudios e investigaciones de carácter interdisciplinario sobre las imágenes creadas en el contexto de la salud mental, que siguen siendo producidas. Con frecuentadores y talleres terapéuticos activos, el acervo del museo, que ya cuenta con más de 350 mil obras – entre las cuales hay algunas consideradas patrimonio artístico del país – sigue creciendo y revelando nuevos artistas (Museu de Imagens do Inconsciente, 2017).

En la Figura 2, presente en la exposición "*Os inumeráveis estados do ser*", Emygdio de Barros, paciente de la psiquiatra, retrata su inmenso sentimiento de soledad delante de las rejas del hospital (Silveira, 1986).

[9] Una exposición con las obras de los usuarios tratados por la psiquiatra, cuyo nombre es "Nise da Silveira – A revolução pelo afeto", está digitalmente disponible en la página del Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB), en el enlace: https://ccbb.com.br/programacao-digital/nise-da-silveira-a-revolucao-pelo-afeto/



Figura 2: Pintura de Emydio de Barros, usuario del Hospital Egenho de Dentro, realizada en 1970 bajo terapéutica de la psiquiatra Nise da Silveira (32,2 x 48,5 - óleo sobre papel)
Autor: Emydio de Barros (1970)
Fuente: Silveira, 1986

Así, toda la trayectoria de la psiquiatra fue marcada por la dedicación en percibir humanidad en las personas que la sociedad, en general, trataba apenas como locas, a percibir sus capacidades creativas y a ofrecerles la posibilidad de lidiar con sus sentimientos, emociones, miedos y placeres; de lidiar con el diferente, a partir del simples contacto el papel, la arcilla, la danza, la costura. Sus métodos buscaban rescatar esa humanidad en las personas que se encontraban olvidadas en los manicomios, al mismo tiempo que condenaba cualquier forma de tratamiento basada en violencia, control, exclusión y silenciamiento del usuario. Esas prácticas, marcadas por una verdadera admiración al inconsciente, caracterizaban sus conductas, que poco a poco la llevaban a desarrollar una psiquiatría más humanista (Oliveira, 2011).

Otra contribución de Nise para este campo, fue sobre el papel positivo del ambiente acogedor, no opresor, libre, en el proceso de lidiar con el usuario mental. En estos ambientes, cualquier elemento que provoque el afecto catalizador es bienvenido – objetos, elementos construidos, personas, animales. Una postura que exigió postura y oraje en el duro paisaje de la psiquiatría de la época (Amparo & Carvalho, 2006). La descripción del taller de pintura inaugurado por Nise en el *Hospital Engenho de Dentro,* para el desarrollo de la terapia ocupacional, demuestra su resistencia hacia el ambiente hostil del hospital (Silveira, 1986):

> “El taller era lugar agradable, amplio espacio con ventanas siempre abiertas dejando ver viejas árboles. El recinto del taller fue muchas veces espontáneamente elegido como motivo para pinturas, lo que indica cuanto ese lugar era significativo para sus frecuentadores. Allí el mundo externo era ameno. En un ambiente de aceptación y

> simpatía la libre producción de formas podría desdoblarse sin la interferencia de quienquiera, médico o monitor." (Silveira, 1986)[10] [11]

Las hipótesis acerca de la influencia del ambiente y del afecto acogedor en la terapéutica aplicada al usuario eran confirmadas, por ella y por Jung, en el análisis de las obras producidas por los usuarios en diferentes tipos de ambientes. Para Nise, el ambiente ideal serviría como puente entre el hospital y la sociedad, "un pequeño territorio libre", como ella definió (Amparo & Carvalho, 2006).

5.1.3. Reforma Psiquiátrica y Rehabilitación Social

Ya se sabe que un servicio de salud mental moderno requiere un equilibrio entre la atención basada en la comunidad y la atención hospitalaria. Por eso es preocupante pensar que el modelo de atención comunitario en salud mental colombiano, hoy en día, aún es prácticamente inexistente. Esa debilidad se debe al hecho de que los servicios, en este campo, mantienen un modelo hospitalocéntrico en vigencia, que imposibilita la inclusión de unidades de salud mental en los hospitales generales, mucho por ser consideras poco rentables (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

En este sentido, algunas de las medidas que pueden ser utilizadas para expandir los servicios comunitarios de salud mental y reducir la institucionalización, son: la reducción de los hospitales psiquiátrico, lo que incluye eliminar camas, reducir los ingresos y trasladar las personas internada a residencias comunitarias; el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, como grupos de ayuda, la integración en la atención primaria de salud (APS), los servicios residenciales, los servicios diurnos y los centros de salud mental comunitarios; la legislación, las políticas y los planes sobre salud mental; la formación de profesionales y técnicos de la salud; y la abogacía y la educación con profesionales de salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Mismo en las grandes capitales, que disponen de una mayor cantidad de recursos económicos y técnicos, el panorama sigue siendo preocupante; impera un modelo que se distribuye en servicios basados principalmente en la hospitalización y en la consulta externa. En este escenario, no queda espacio para el desarrollo de una terapéutica comunitaria, porque la atención está centralizada en la terapia farmacológica o psicológica[12]. Situación obviamente nociva al paciente, que puede ver impactado su proceso de recuperación. Una consecuencia inquietante de este aspecto de la atención actual es el aumento del índice de pacientes crónicos en las unidades destinadas al tratamiento de la fase aguda de la enfermedad; en partes también debido al déficit de centros comunitarios de larga estancia que acojan pacientes en la fase grave y establezcan el proceso de desinstitucionalización. Sobre eso, ya está incluso comprobado que la atención comunitaria es más costo-efectiva (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Además, los informes evaluativos de los sistemas de salud mental desarrollados en los últimos años muestran que el desarrollo de las políticas, leyes, programas y servicios de salud mental

---

[10] O atelier era lugar agradável, amplo espaço com janelas sempre abertas deixando ver velhas árvores. O recinto do atelier foi muitas vezes espontaneamente escolhido como motivo para pinturas, o que indica quanto este lugar era significativo para seus frequentadores. Ali o mundo externo era ameno. Num ambiente de aceitação e simpatia a livre produção de formas podia desdobrar-se sem a interferência de quem quer que fosse, médico ou monitor.

[11] Traducción de la autora.

[12] En enfoque en la terapia farmacológica o psicológica caracteriza una fase importante de la historia de la psiquiatría que hasta hoy es ampliamente debatida, como explicado más adelante, en el estado del arte del primer eje de la investigación (Capítulo 6.1).

sigue siendo insuficiente para lograr la desinstitucionalización. La escasez de avances en el proceso queda clara en los datos fornecidos por el Atlas de salud mental de las Américas, publicado en 2017, el cual dice que el promedio de camas para salud mental varia entre 16,7 por 100.000 habitantes para hospitales psiquiátricos y 2,9 por 100.000 habitantes para los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. Los servicios residenciales comunitarios, por su vez, disponen de una cantidad de camas 12 veces menor que los hospitales psiquiátricos. También se sabe que más de 74% de los usuarios de los hospitales psiquiátricos son egresados dentro de un año, mientras el 20% tienen una estadía mayor a 5 años. Por último (OPS, 2020).

La consolidación de este escenario en el paisaje de la psiquiatría colombiana no deja dudas de que el país necesita de un proceso de reforma psiquiátrica; que sea construido a partir de experiencias mundiales y regionales, pensando en el desarrollo de servicios de salud mental equilibrados. En este nuevo panorama, la atención está enfocada en los usuarios y sus cuidadores, a partir de la oferta de tratamientos individualizados y adaptados a las necesidades, fundamentados en la desinstitucionalización (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

La desinstitucionalización es entendida como un proceso que redirige la atención psiquiátrica desde la reclusión de los usuarios en hospitales psiquiátricos hacia la atención digna y de calidad en la comunidad. Para eso, es necesaria la consolidación de una red de servicios de salud mental de base comunitaria que contribuya con el proceso de descentralización institucional. El hospital psiquiátrico es, entonces, reemplazado por diversas soluciones de viviendas y centros comunitarios de salud mental y algunas camas para casos agudos en el hospital general (OPS, 2020).

La Reforma Psiquiátrica en América Latina

Sobre esas tendencias reformistas, se sabe que el movimiento de Reforma Psiquiátrica latinoamericano, desde el comienzo, estuvo influenciado por las experiencias desarrolladas en Europa y en Estados Unidos en la década de 1960. La más notable, en este contexto, fue la reforma psiquiátrica en Italia – ampliamente conocida y referenciada -, pero las de España, Irlanda y Reino Unido también merecen destaque. En estos casos, hasta cierres de hospitales psiquiátricos fueron registrados. Por eso, entre las décadas de 1970 y 1980, muchos países de las Américas ya habían empezado a desarrollar iniciativas comprometidas con la superación de la asistencia psiquiátrica centralizada en hospitales psiquiátricos, a partir de alternativas enfocadas en la comunidad, sobre todo locales. Entre las iniciativas pioneras sudamericanas, están las de Argentina y de Brasil, entre finales de década de 1980 y comienzo de la de 1990 (OPS, 2020).

Un marco para este momento fue la realización de la Declaración de Caracas, que ocurrió en 1990, como resultado de la Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América latina, y impulsó los caminos reformistas en los países del continente. La declaración proclamó la necesidad de promover un sistema basado en medios terapéuticos que garantice el respecto por los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales. Así siendo, mientras algunos países latinoamericanos empezaron el proceso de establecer modalidades de atención alternativas en sus comunidades, Colombia seguía arraigada al modelo hospitalocéntrico, en el cual se observa la baja interacción de la psiquiatría con las demás especialidades médicas, la escasa integración entre lo ambulatorio y lo hospitalario, y un débil componente comunitario (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Aún hoy, el proceso de reforma psiquiátrica colombiana sigue abierto. Por eso, una atención en salud mental fragmentada, que presenta un déficit de centros de atención comunitarios y la persistencia de grandes hospitales psiquiátricos, se construyó como realidad en Colombia. En este sentido, la creación de un nuevo panorama de las políticas destinadas a la salud mental

surge como una oportunidad de mejoría, a la vez que nuevos desafíos para la rehabilitación psicosocial se presentan. Estos desafíos están relacionados, en su raíz, con el esfuerzo que se ha empleado para dar visibilidad a la importancia de la salud mental, pensando en el grave deterioro funcional, económico y social al que se ven expuestas las personas con enfermedad mental, junto a sus familiares. Bajo esta perspectiva, se observa la importancia de una articulación multidisciplinaria dentro de la comunidad, en el proceso de rehabilitación (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Rehabilitación psicosocial

Por rehabilitación psicosocial, de acuerdo a la Asociación Española de neuropsiquiatría, se entiende el conjunto de intervenciones y apoyos destinados a la recuperación de las capacidades y habilidades del enfermo que son necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad y para el manejo de las diferentes funciones sociales y demandas asociadas al hecho de vivir, trabajar y relacionarse. No se trata de un centro, ni tampoco una unidad física, pero de una determinada forma de entender la atención a las personas con enfermedades mentales, lo que implica un conjunto de procedimientos específicos orientados a la mejoría de la calidad de vida (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

El Ministerio de Salud colombiano reitera que se trata de una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que visa satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, involucrar la participación intersectorial y de los gobiernos locales y hacer uso del sistema legislativo, jurídico y social del país. En este sentido, para el desarrollo de la rehabilitación psicosocial, actuar de manera a promover la intersectorialidad de los actores que conforman escenario de la salud mental, incluso los más indirectos, es clave, porque permite el desarrollo de visiones diferentes sobre un mismo problema. Así, un paso importante para alcanzar esa realidad es mostrar a otros sectores sociales, como el educativo y el laboral, que ellos disponen del potencial para participar de intervenciones psicosociales y contribuir con la consolidación de las redes intersectoriales, que también requieren la comunicación con el sector público (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020)

La Fundación Granja Taller de Asistencia (Fungrata), creada en 1987 por el médico Alberto Fergusson, en Bogotá, en este contexto, se presenta como un ejemplo de proyecto de rehabilitación psicosocial en Colombia. La fundación funciona como alternativa a los hospitales psiquiátricos en el acogimiento de personas consideradas indigentes diagnosticadas con esquizofrenia. Con un modelo de trabajo que proponía reconocer los potenciales del usuario, eran ofrecidas terapias, capacitación laboral, empleo y recreación, de modo a contribuir con el aumento de la autonomía. Otra acción interesante más reciente es la de la Universidad Libre, que en 2015 inició la formación de residentes de psiquiatría con enfoque comunitario, con base en la realización de prácticas en un centro de atención primaria de la ciudad de Cali. El residente, bajo esta dinámica, desarrolla actividades de atención psiquiátrica ambulatoria programada, psicoterapia individual, actividades educativas grupales para la comunidad y visitas domiciliarias (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Como base para la construcción de este escenario - que trata de romper con el modelo hospitalario como paradigma del tratamiento para la enfermedad mental y consolidar un modelo de salud mental comunitario con base en la rehabilitación – años antes, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle diseñó el Proyecto Piloto de Psiquiatría Social, que fue desarrollado en el período de 1967 a 1974. La propuesta estaba enfocada en el entrenamiento y práctica de prevención, diagnósticos y tratamiento de enfermedades mentales en la comunidad y destinada a médicos residentes en psiquiatría; estudiantes de medicina, enfermería y auxiliares de enfermería; y trabajadores sociales. En el mismo departamento, el Valle del Cauca, es notable el trabajo de dos décadas que ha sido realizado en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) –

institución localizada en Cali que incluso fue elegida como estudio de caso para esta investigación. El desarrollo de un área de Intervención Social y Comunitaria, en este contexto, fortaleció la evolución de la atención integral en la salud mental, a partir de la planeación e implementación de actividades comprometidas con la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Legislaciones y sus impactos comunitarios

Pensando en mejorar este panorama y abrir las puertas para la reforma psiquiátrica, las políticas públicas en salud mental constituyen un instrumento importante para ese proceso, debido a su actuación directa en la mejoría de calidad de vida y en el consecuente desarrollo humano. En este sentido, en la década de los años 90, el comienzo de un camino - que más tarde llevaría a la creación de la Política Nacional de Salud Mental[13], en 1998 - fue marcado por la promulgación de las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993. Estas, sin embargo, tuvieron resultados negativos en la atención comunitaria, porque fortalecieron el manejo intrahospitalario y asilar de las patologías mentales, en detrimento de las acciones clínico-comunitarias, lo que generó la baja participación de la comunidad en las actividades de salud mental y la insuficiente utilización de los recursos comunitarios en los tratamientos complementarios a la farmacoterapia tradicional (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

La Política Nacional de Salud Mental, como mencionado, también constituye un marco importante para el desarrollo de la legislación sobre salud mental. En su concepción, la intención de política es promover la salud mental, mientras previne la aparición de la enfermedad mental, mejora el acceso, la cobertura y la calidad de la atención. Esa idea, sin embargo, se perdió en el arduo proceso de orientación de acciones funcionales y asertivas. Igual que en otros países latinoamericanos, en Colombia, la fragilidad en la implementación de políticas, la falta de evaluación, la fragmentación y la baja articulación intersectorial, disminuyeron el nivel de los resultados de implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

La ineficacia de las normativas anteriores impulsó a la aprobación de la Ley 1616, en 2013; la Ley de Salud Mental, que pretende, entre otras propuestas, establecer una red integral de prestación de servicios en salud mental de base comunitaria compuesta por diferentes instituciones que prestan servicios en todos los niveles necesarios para lograr una buena atención primaria en salud mental y la rehabilitación. La ley incluso promulgó la actualización de la Política Nacional de Salud Mental, pero no incluyó en su contenido elementos consistentes con un cambio en el modelo de atención y con el proceso de desinstitucionalización, que la verdad ni fue mencionado. En los procesos logrados por esa ley, no se nota avances en el camino de la desmanicomialización y esa realidad es bastante frustrante (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Esa necesidad de establecer planes de servicio de salud mental comunitaria es bastante común en el mundo. En América Latina, por ejemplo, hay el caso de Perú, uno de los últimos países a incorporarse a ese proceso de reforma psiquiátrica, mediante su Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria, expedido en 2018 (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020)

El movimento de Reforma Psiquiátrica de Brasil

[13] El tema de las legislaciones vinculadas al desarrollo de la salud mental en Colombia fue abordado de manera más profundizada en el estado del arte del primer eje de la investigación (Capítulo 6.1).

Un ejemplo contundente de como se ha desarrollado el tema de la reforma psiquiátrica en América Latina, es la historia de la reforma psiquiátrica brasileña, que propone medidas de mejoría para el sistema de atención a la persona en sufrimiento mental, como parte del actual proceso de desinstitucionalización de la locura, y que actúa por medio de la gestión de practicas de salud, en defensa de la salud colectiva. Aportado por la necesidad de cambios en las practicas asilares, el movimiento representa la búsqueda por los derechos de los pacientes de la salud mental, abriendo puertas para la implementación de maneras humanizadas de interacción y cuidados con los dichos locos, en esfera colectiva. En 1989, las políticas brasileñas de salud mental comenzaron a tomar formas más definidas. Con la entrada del Proyecto de Ley nº 3567, propuesto por el Diputado Federal Paulo Delgado - "que propone la regulación de los derechos de las personas con trastornos mentales y la progresiva extinción de los asilos en el país", fueron aprobadas, en diferentes puntos del país, "las primeras leyes que determinan el reemplazo progresivo del ambiente psiquiátrico por una Red de Atención en Salud Mental" (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. [DAPE], 2005).

Esta red, que forma parte del Sistema Único de Salud (SUS), está compuesta por Centros de Atención Psicosocial (CAPS), Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), Centros Comunitarios, Centros Ambulatorios de Salud Mental y Hospitales Generales. Los CAPS, que son instituciones comunitarias, tienen un valor estratégico en la red de atención, como sustituto del hospital psiquiátrico en los municipios brasileños. Su función es brindar atención clínica, promover la inserción social, favorecer las acciones intersectoriales y regular la dinámica de la red de atención, evitando así las hospitalizaciones obligatorias basadas en modelos de asilo (DAPE, 2005).

Como fruto de los cambios, la materialización de estas unidades es una demostración de cómo la arquitectura empieza a interactuar con la locura en una realidad reformulada por la Reforma Psiquiátrica. En este sentido, los edificios con estándares manicomiales, tan persistentes en la historia de la locura, deben ser reemplazados por espacios que constituyan un entorno humanizado y se adapten a las prácticas terapéuticas. En este contexto, se destacan las Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC), que se integran con los tratamientos psiquiátricos convencionales a partir de talleres y actividades terapéuticas cuya efectividad depende de entornos adaptables y acogedores, frente a los estándares hospitalarios (DAPE, 2013).

La Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC) brasileña incluyó estos servicios en el SUS en 2006. Las PIC contemplan sistemas médicos complejos y recursos terapéuticos con enfoques que buscan estimular los mecanismos naturales de prevención de enfermedades y recuperación de la salud, compartiendo una comprensión diferente de salud-enfermedad y ampliando la visión de posibilidades. Medicina Tradicional China / Acupuntura, Homeopatía, Plantas Medicinales y Fitoterapia, Termalismo Social / Crenoterapia, Medicina Antroposófica, Meditación y Yoga son algunas de las prácticas que se han integrado en el escenario psiquiátrico (DAPE, 2013).

En este contexto, en Brasil, como guía para estructurar espacios efectivos para el desarrollo de las actividades complementarias – que sin dudas contribuyen para la descentralización de la atención psiquiátrica – se cría, en 2013, el Manual de Estructura Física de CAPS, teniendo en vista la construcción y adecuación de ambientes acogedores, que sean como un hogar para los usuarios y que promueva la participación social. Para ello, es importante que esté bien asentado en el territorio de la comunidad local, tenga una entrada abierta y accesible, contenga espacios habitables y áreas externas con jardines y vegetación. La idea es que las áreas externas se diseñen con usos flexibles, favoreciendo momentos de convivencia y la realización de prácticas y actividades terapéuticas; un espacio para socializar. Estos jardines deben diseñarse de acuerdo con los contextos socioculturales locales, facilitando el proceso de identificación y apropiación del usuario (DAPE, 2013).

5.2 Eje 2: Camino de la humanización: percepción del ambiente de salud según la psicología ambiental

El ser humano está a todo momento inserido en un espacio, es decir, todos sus eventos ocurren en un espacio; por lo cual, es posible caracterizar el cuerpo humano como sujeto del espacio, siendo el espacio arquitectural la base de la vivencia cotidiana. Así, es observada una relación íntima que el hombre establece con el ambiente, al punto de que todas sus expectativas, deseos y necesidades estén abrigadas en esta interacción, donde el hombre recibe estímulos del ambiente y reacciona a ellos. De esa manera ocurre el proceso de apropiación - que exige una relación recíproca usuario-espacio - y la consecuente ambientación de los espacios - que trata de la composición de elementos que califican el ambiente para la utilización humana. El hombre se apropia de los espacios les humanizando[14] (Vasconcelos, 2004).

Pensando en los espacios que el hombre habita actualmente, llegamos al panorama urbano contemporáneo, que impulsa una discusión sobre los estresores psicosociales, bastante asociados a la pérdida de calidad ambiental. Por ejemplo, junto al proceso acelerado de urbanización que las ciudades han sufrido, ha crecido las situaciones de individuos sometidos a condiciones de encierro y hacinamiento, habitualmente contra su voluntad[15]. Los hogares establecidos en áreas minúsculas – que es una característica de los asentamientos urbanos hoy en día, principalmente los más vulnerables – son ejemplos de esa realidad, y presentan falta de privacidad y circulación comprometida, además de los aspectos insalubres muchas veces asociados a esa condición. Una experiencia traumática, dañina, estresante y que puede generar episodios de agresividad (Catino, 2009).

No hay duda de que la temática ambiental ha ganado espacio y atención en los actuales debates políticos y sociales. El valor del espacio natural protegido, la belleza del paisaje y las estrategias para la preservación de la biodiversidad, son aspectos positivos presentes en el contexto ambiental; ya las catástrofes ecológicas y las problemáticas referentes a la acción humana revelan algunos de los aspectos negativos de ese escenario. Ambos hacen parte las preocupaciones cotidianas del hombre, a nivel personal y colectivo. Para Maloney & Ward (1973), esa crisis ecológica puede ser descrita como una consecuencia de variadas conductas mal adaptadas, cuyo origen está asociado a equivocaciones de la especie humana en relación a la naturaleza. Así siendo, el ingreso de la psicología en el escenario de los problemas ambientales tiene que ver con la relación existente entre el comportamiento humano y la organización social (Corraliza & Aragonés, 2002).

La psicología se presenta, de acuerdo con Elali (1997), “redefiniendo y complementando su objeto de estudio para abarcar las interacciones ambiente-comportamiento, y contribuyendo a un conocimiento más amplio de la realidad a través de un enfoque ecológico y humanamente más consistente.” (Rocha, 2010)

[14] El proceso de humanización como parte de los paradigmas contemporáneos de solución para las problemáticas ambientales y sociales del contexto urbano, hospitalario y de salud mental actual, está mejor debatido en el Capítulo 6.2 de este trabajo.

[15] Como visto en el Capítulo 5.1 de este trabajo, el escenario de la salud mental actual también presenta esa misma condición. Los ambientes destinados a los usuarios psiquiátricos presentan un carácter de encierro y reclusión, caracterizado por la presencia de estresores psicosociales. Lo que es típico de la atención psiquiátrica desde el principio de la historia de la locura y hoy se presenta como problemática urbano-social.

5.2.1 La relación hombre-ambiente

Si vemos el panorama de la relación hombre-ambiente más consolidada hoy, mucho se debe a los estudios de Kurt Lewin, uno de los primeros psicólogos en asignar la importancia que era debida a esa relación. Con enfoque en determinar el tipo de influencia y la clase de relaciones existente entre personas y ambientes, sus investigaciones lo llevaron a algunas conclusiones: primero, que el ser humano es capaz de modificar el ambiente de su entorno; segundo, que es necesario considerar al individuo y el medio ambiente como entidad única, que no se separa; y tercero, que ambos se afectan, es decir, así como el sujeto actúa sobre el medio ambiente, el ambiente también puede afectar a la persona de manera profunda. De ahí, el autor presenta la necesidad de un abordaje multidisciplinario para la compresión de esta relación (Catino, 2009).

Influenciados por las ideas de Lewin – que presentan el comportamiento como función de la interacción persona-ambiente - en finales de los años de 1940, Barker y Wright también empezaron a estudiar el comportamiento humano en su contexto natural. Teniendo como base una serie de discusiones acerca de los métodos tradicionales de investigación, con sus experimentos en laboratorio y procedimientos clínicos, que no reproducían los acontecimientos como ocurren naturalmente, surgieron los primeros trazos de la psicología ecológica, que más tarde se consolidaría como psicología ambiental (Medeiros, 2004).

En este punto de la discusión, es interesante abordar la perspectiva que insiere la arquitectura y la psicología como complementarias en el estudio de las interrelaciones que ocurren entre el hombre y el ambiente en sociedad. Una vez que tanto una como la otra, de manera individual, no pueden abarcar completamente la relación persona-ambiente, la búsqueda por un espacio común entre ambas se vuelve inevitable. En este sentido, mientras la interdisciplinaridad presente en este contexto encoraja a los arquitectos a actuar, en sus proyectos, visando entender la atmosfera del ambiente que va ser creado y para quien lo va a destinar; para los psicólogos, este panorama impulsa la ampliación de sus estudios, que pasa del enfoque en el individuo para el abordaje también del social, que envuelve el ambiente en el cual está introducido (Rocha, 2010).

Consolidando el espacio y el papel de la psicología en el campo del proyecto de arquitectura, hoy en día, el proceso de creación de ambientes que pueden influir en los estados de ánimo de los usuarios ya es ampliamente difundido (Catino, 2009)

5.2.2 La psicología ambiental

Mucho de eso se debe a la evolución de la psicología ambiental en cuanto área de estudios en común entre la psicología y la arquitectura. Abarcando y centralizando los esfuerzos para entender la relación entre el comportamiento humano y el medio ambiente, su desarrollo se hizo por medio de investigaciones que buscaban responder las respuestas acerca de ese nuevo panorama urbano y social (Corraliza & Aragonés, 2002). Más específicamente, la psicología ambiental presenta la posibilidad de, bajo la suma del conocimiento de la arquitectura y de la psicología, que ya se sabe que son complementarios, alimentar la producción de espacios más humanizados (Rocha, 2010).

Así, siendo responsable por los estudios sobre la conciencia ambiental del hombre, de los procesos psicológicos que intervienen entre el ambiente y su conducta, la psicología ambiental también constituye un instrumento importante para fomentar el respecto por el medio ambiente e impulsar cambios más racionales en este sentido, evitando así comprometer el futuro de las próximas generaciones humanas con los procederes depredadores de hoy (Catino, 2009). En realidad, los conceptos de sostenibilidad, solidaridad y calidad de vida, han estado presentes como marcos justificativos en gran parte de las investigaciones desarrolladas

en el ámbito de la psicología ambiental, así como la profunda aspiración por la mejora del bienestar humano (Corraliza & Aragonés, 2002).

De hecho, a partir de los años 1980, el creciente números de trabajos que abordaban los problemas ambientales revelaron el surgimiento de una nueva fase de la psicología ambiental, que fue llamada por Pol (1993) de psicología ambiental verde. Un momento en que fueron consolidadas las discusiones sobre la conservación de la naturaleza, energía, recursos, contaminación y conductas pro ambientales (Medeiros, 2004).

En este sentido, se entiende que el campo de la psicología ambiental está ganando cada vez más espacio y relevancia en el escenario actual también debido al creciente índice de urbanización y a la consolidación de la relación entre la existencia humana y los ambientes construidos. Un escenario que impulsa la comprensión de las implicaciones en el comportamiento humano derivadas del ambiente alrededor, que funciona como determinante para el proceso de planeación de espacios que buscan promover calidad ambiental y de vida al usuario (Vasconcelos, 2004).

Esa reflexión reafirma el carácter interdisciplinario o transdisciplinario en su actuación, que aproxima aspectos relevantes de disciplinas cuyos intereses se cruzan en el proceso de comprensión del comportamiento humano en la relación con ambientes específicos (Medeiros, 2004). Sin duda, investigar sobre el hombre y el medio ambiente requiere el aporte de otros campos, que faciliten la comprensión del fenómeno hombre-naturaleza-ambiente (Catino, 2009). Según Elali (1997), la psicología ambiental puede:

> […] desempeñar el papel de "puente" que, enfatizando y valorando similitudes y diferencias entre conocimientos arquitectónicos y psicológicos, posibilita los necesarios intercambios, enriqueciendo a ambos, a través de la suma de conceptos, experiencias y métodos de trabajo, además de abrirse a la contribución de áreas afines (como Geografía, Sociología y Antropología, entre otras), lo que amplía el alcance y la potencialidad de los estudios a ser realizados. (Rocha, 2010)

Como objetivo de estudio de la psicología ambiental, está la percepción ampliada del espacio construido, que deja de ser visto como un conjunto de características físicas – que componen un edificio en una mirada superficial, por ejemplo - y pasa a ser pensado como un espacio vivencial, sujeto a la ocupación, lectura, interpretación y modificación, por parte de los usuarios (Rocha, 2010).

Así, pensando en la configuración físico-espacial de los ambientes de salud – que es lo que viene siendo abordado en este trabajo – es posible identificar elementos, como iluminación, ventilación, colores, presencia de la naturaleza, que presentan aspectos relevantes para su buen funcionamiento. Además del tratamiento médico, la arquitectura y la psicología se unen para mejorar, entre otros aspectos, el psicológico de los pacientes (Rocha, 2010). ¿Cómo? Permitiendo su apropiación por parte de los usuarios; que ellos sientan que el espacio es parte de ellos mismo, que es su espacio. Es importante que la obra permita reflejar su personalidad (Catino, 2009).

Profundizando en el proceso de percepción y edificación de los espacios y sus elementos, que funcionan como catalizadores de sensaciones humanas, una revisión del libro The Architecture of Happiness, de Alain de Botton, publicado en 2006, fue propuesta para esta etapa del trabajo:

5.2.3 "La arquitectura de la Felicidad", un camino alternativo

Alain Botton (2006), en el libro *"The Architecture of Happiness"*[16], nos conduce por una trayectoria que desvenda el proceso por el cual combinaciones de elementos de distintas materialidades, como piedra, acero, concreto, madera y vidrio, pueden se expresar y hablar sobre cosas significativas y emocionantes para el ser humano, en la composición de edificios, espacios construidos y esculturas (Botton, 2006).

El autor empieza abordando la materialidad de las colecciones de esculturas abstractas del siglo XX, que ocupan salones blancos de galerías de arte hasta hoy. Estas piezas traen la perspectiva de como masas tridimensionales pueden transmitir significados, además de demostrar la variedad de ideas y emociones que objetos no representativos pueden trasmitir. Un abordaje que puede ser aplicado en nuestras casas, con los objetos y accesorios que las componen. La escultura "Dos segmentos y una esfera" (Figura 3), de Barbara Hepworth (1936), por ejemplo, a pesar de ser una obra aparentemente simple, tiene la capacidad de prender la mirada de los observadores y generar fuertes emociones. El crítico psicoanalítico Adrian Strokes sugiere que, inconscientemente, comprendemos la composición entre las formas como un retrato de familia: "La movilidad y la forma redondeada nos sugieren sutilmente un bebe de mejillas rechonchas a retorcerse, mientras las amplias formas oscilantes del segmento remeten a una madre calma, indulgente y de caderas largas." (Botton, 2006) [17]



Figura 3: Escultura "Dos segmentos y una esfera" de Barbara Hepworth (1936)
Fuente: Botton, 2006

La facilidad en interpretar un objeto como figura humana, en este sentido, viene de nuestra tendencia a hacer proyecciones, lo que nos permite emocionarnos con una escultura abstracta compuesta por un conjunto de piedras, de la misma manera que con una pintura representativa, eso porque nuestros ojos interiores encuentran la misma capacidad expresiva en las dos representaciones. Eso significa que esculturas abstractas pueden hablar, en su peculiar lenguaje disociativa, sobre temas importantes de nuestras vidas y nos inducen a pensar sobre el poder de comunicación de los objetos que nos rodean, incluso predios y muebles (Botton, 2006).

Esta perspectiva nos hace comprender que, si tenemos la capacidad de juzgar la personalidad de objetos inanimados, se debe al hecho de que antes desarrollamos esta misma habilidad con

[16] Traducción de "*The Architecture of Happiness*": La arquitectura de la felicidad.

[17] Traducción de la autora.

los humanos, a partir de pequeñas características de la piel, músculos, movimientos y comportamientos. La riqueza de informaciones que extraemos de las formas vivas nos ayuda a comprender la intensidad de sentimientos que pueden ser generados por las diferentes representaciones de la arquitectura, una vez que lo que buscamos en una obra arquitectónica no está lejos de lo que buscamos en las personas con las que nos vamos a relacionar (Botton, 2006).

Se nota, por ejemplo, que la interpretación que se puede llegar a tener sobre una simple línea - que, cuando reta, señaliza estabilidad; cuando ondulada, aparenta calma; ya cuando llena de puntas, remete a una persona enfadada y confusa - nos demuestra que nuestra habilidad en trazar paralelos entre formas y seres humanos es refinada (Botton, 2006).

Sobre eso, en una investigación, el psicólogo Rudolg Arnheim demostró que podemos interpretar personalidades complejas a partir de formas extremamente simples, cuando solicitó que los alumnos describieran un buen y un malo matrimonio con apenas una línea. El resultado (Figura 4) es claro, la línea curva demuestra suavidad y representa la fluidez de una unión tranquila; ya la línea llena de puntas demuestra inquietud, una señal de que las cosas no caminan bien en este matrimonio (Botton, 2006).



Figura 4: Dos historias sobre la vida conyugal
Fuente: Botton, 2006

Bajo esta perspectiva, es posible afirmar que si hasta trazos en un pedazo de papel pueden precisar estados psíquicos, cuando se habla en predios enteros, este potencial sube bastante, debido a la elocuencia de las formas, materiales y colores (Botton, 2006).

Otra manera de interpretar el proceso de comunicación entre espacios construidos y seres humanos es a partir de las asociaciones, que nos remiten a circunstancias históricas y personales, conforme el estilo arquitectónico, época y escenario en que fueron construidos. Así como recuerdos de una niñez pueden surgir a partir de un olor aleatorio, toda una cultura puede emerger a partir de las formas y ángulos de un edificio, lo que puede fácilmente despertar emociones en los observadores. Eso se debe al proceso sináptico que ocurre en el subconsciente humano, que posibilita el manejo de informaciones y la construcción de asociaciones que el consciente probablemente sería incapaz de hacer (Botton, 2006).

Confiando en las capacidades humanas asociativas, los arquitectos pueden trabajar a fin de trasmitir sensaciones especificas a partir de elementos, materiales, colores y formas, utilizados desde la estructura hasta el acabamiento de los espacios proyectados, con la seguridad de que van a ser comprendidos, teniendo en cuenta parámetros sociales comunes a diferentes culturas. En este contexto, se entiende que los ambientes y edificios que admiramos son los que manifiestan valores y calidades positivas, como amistad, bondad, sutileza, fuerza e inteligencia, una vez que la comprensión de lo que es bello y de lo que es vivir bien están conectados en el imaginario colectivo (Botton, 2006).

"El bello es la promesa de la felicidad", reflexiona Stendhal sobre la íntima asociación entre nuestros gustos visuales y valores. Pensamiento que separa la búsqueda y el amor por el bello de una mera preocupación estética y la integra a las calidades que necesitamos para prosperar en cuanto seres humanos. Sin especificar ningún tipo de belleza, una vez que la humanidad siempre va a estar en conflicto en cuanto a sus gustos visuales y valores éticos, el escritor complementa: "Existen tantos estilos de belleza como visiones de felicidad." (Botton, 2006)

Por otro lado, de acuerdo a Erwin Panofsky, en la categoría de los objetos fabricados por el hombre, que se opone a los naturales, está incluido el objeto de arte, como un bien que reclama ser estéticamente experimentado; es decir, que impulsa el desarrollo de una percepción acerca de su forma, en vez de su función. Sobre eso, el mismo Panofsky comenta que es prácticamente imposible determinar científicamente el momento exacto en que un objeto fabricado por el hombre se vuelva obra de arte, presentando así la imposición de la forma sobre su función. En este proceso, el autor comenta sobre la relevancia de la intención del productor del objeto. Esta intención se presenta como fruto de normas y convenciones sociales que actúan en la frontera que difiere estos objetos y que pasa por cambios a lo largo de la historia. Así siendo, la percepción y apreciación de la obra también depende de la intención del espectador, que es igualmente regida por las normas convencionales de un determinado momento histórico y social. La aptitud del espectador para conformarse a esas normas y su competencia artística, en este orden de ideas, también influencian el proceso (Bourdieu, 2002).

De manera complementaria, Bambula (2016) comenta sobre la relevancia de conocer la manera particular de un artista relacionarse con el mundo para el proceso de entendimiento su intención por detrás de una obra de arte. Ellos exprimen la capacidad de distanciarse de los habituados esquemas perceptivos y de abordar inexplorados espacios de la realidad, a partir de sus fuerzas emocionales y capacidades sensibles y racionales, lo que los permite plasmar ideas, en sus obras, que solo serán percibidas por los teóricos tiempos después. Esta capacidad tiene que ver con su manera holística de acceder a su sensorium, mediante la concentración de todos los sentidos en su conjunto. De eso salen profundas expresiones de conceptos a través de la forma, sea de manera representacional, por medio de imágenes narrativas, figurativas, o de manera performativa, mediante actos y acciones (Díaz, 2016).

Los sistemas de clasificación del arte característicos de una época y de una clase social determinadas, en este sentido, constituyen diferenciaciones pertinentes que pueden ser utilizadas en el campo de las representaciones artísticas, para el proceso de distinción de los objetos. Se percibe, así, que la historia de los instrumentos de percepción complementa la historia de los instrumentos de producción de la obra y es coherente decir que “[…] toda obra se hace, de alguna forma, dos veces, por el productor y por el consumidor, o mejor aún, por el grupo al que pertenece el consumidor.” (Bourdieu, 2002)

Es posible afirmar, incluso, que la distinción entre obras de arte - que exigen su percepción a partir de la intención estética - y el resto de objetos fabricados por el hombre, se consolidan bajo un carácter arbitrario (Bourdieu, 2002):

> Producto de una historia particular en una sociedad particular, esta distinción se impone con lo arbitrario del hecho social. La mejor prueba de ello es, sin duda, el inevitable fracaso al que está condenado el análisis esencialista de la percepción propiamente estética cuando, por no realizar una última "reducción", omite tornar en cuenta las condiciones sociales de posibilidad de la experiencia vivida de la obra de arte a la cual se aplica (Bourdieu, 2010).

Espacios ideales

En este sentido, aunque que sea grande el potencial expresivo de objetos y construcciones, aun son raras las discusiones sobre lo que ellos nos están diciendo, sobre las implicaciones expresivas presentes en composiciones arquitectónicas etc., lo que impacta en la calidad de las lecturas de los ambientes en que vivimos y, en consecuencia, en la construcción de relaciones con los mismos. Así, para comprender la importancia de lo que la arquitectura tiene para decir a una persona o la vulnerabilidad de las personas a lo que dicen estos ambientes, se requiere una mirada enfocada en las características de la psicología humana. Una de ellas hace referencia a la diversidad de identidades que el ser humano abriga en sí mismo; aspecto que nos posibilita, en determinados estados de espirito, sentir que estamos lejos de nuestro yo verdadero (Botton, 2006).

Este yo verdadero representa nuestro lado más auténtico, creativo y espontáneo. A veces lo extrañamos, simplemente, porque no se puede evocarlo en cualquier momento; el no nos pertenece, se trata de un trazo de nuestra personalidad. Este trazo, por su vez, puede ser determinado por el lugar donde nos encontramos y por sus características físicas, como forma, materialidad, colores y dimensiones, porque dependemos de lo que está a nuestro alrededor para personificar estados de espirito y ideas que creemos verdaderas. En consecuencia, aunque no percibamos, desarrollamos la costumbre de organizar los espacios al nuestro alrededor con elementos que comunican lo que necesitamos interiormente, a fin de evitar la pérdida de nuestras identidades. En suma, necesitamos de construcciones que mantengan viva la visión benéfica que tenemos de nosotros mismos (Botton, 2006).

En respuesta a lo que estos lugares nos ofrecen, muchas veces les nombramos como "hogar", aunque estos no nos ofrezcan abrigo, porque reconocemos la armonía que existe entre ellos y las versiones más profundas de nosotros mismos. Una relación que suple las necesidades psicológicas y físicas del ser humano protege sus estados mentales y demuestra cómo su identidad no es autodeterminada (Botton, 2006).

La arquitectura religiosa, por ejemplo, surge con la percepción de que el ambiente es determinante para la definición de la identidad de una persona y de lo que ella cree. En los principios del cristianismo y del islamismo, se difundía la idea de que edificios bellos tenían la capacidad de mejorar, en el sentido moral y espiritual, al ser humano; conduciéndole hacia la perfección. Una arquitectura atractiva era considerada capaz de comunicar la bondad en un idioma no verbal, debido al lugar de equilibrio que ocupaba entre los reinos visual y ético (Botton, 2006).

Llegaron a especular que era más simple seguir las enseñanzas de Dios *mirando* de lo que *leyendo*; en consecuencia, la humanidad se moldaría más por la arquitectura de lo que por la escrita, debido a nuestro carácter sensorial. Lo que quiere decir que los principios espirituales actuarían con más eficacia en el ser humano, si fueran asimilados por los ojos en lugar del intelecto. En concordancia, los defensores de la búsqueda por la belleza arquitectónica se apoyaban en la incapacidad del hombre prosperar en igual medida en diferentes espacios (Botton, 2006).

La verdad es que, hasta hoy, los constructores de la actualidad comparten algunos objetivos con los de las catedrales y mezquitas de la antigüedad, lo que significa que identificar elementos físicos y decorativos que pueden promover estados interiores saludables en el ser humano, siempre fue importante para la arquitectura (Botton, 2006).

A partir de este punto de vista, se puede entender porque después de un día frenético y agotador, inmersos en nuestras rutinas de trabajo y compromisos, contemplar la vista de un jardín, sentado en frente a una ventana, nos puede hacer encontrar a un yo más auténtico,

pacientemente, esperando en los bastidores. Como si elementos de un ambiente, o un ambiente entero, pudieran ayudarnos a identificar partes importantes de nosotros mismos que están perdidas (Botton, 2006).

> Nuestro lado sumergido extraerá coraje de las flores pintadas a ambos lados de la puerta. El valor de la amabilidad se confirmará en los delicados pliegues de las cortinas. Nuestro interés por un modesto y afectuoso tipo de felicidad será favorecido, sin pretensiones, por las tablas de madera en el piso. Los materiales a nuestro alrededor nos hablarán de las más altas expectativas que tenemos con relación a nosotros mismos. Un ambiente puede llegar a estados mentales marcados por la Integridad y la vitalidad. Podemos sentirnos interiormente liberados. Podemos, en un sentido profundo, volver para la casa. (Botton, 2006) [18]

Bajo este punto de vista, se entiende porque el ser humano tiende a valorar construcciones que tienen la capacidad de reequilibrar su paisaje interior, estimulando sentimientos saludables, como la calma y la bondad, que, en el mundo actual, son fácilmente sacrificadas. Esta relación puede explicar la necesidad del hombre en vincular emociones a sus hogares, por ejemplo. En este contexto, se entiende por hogar cualquier espacio que logre facilitar el acceso a las verdades importantes que el mundo, bajo la mirada de un yo distraído y indeciso, tiende a ignorar. La verdad es que la arquitectura permite un acceso más permanente a texturas emocionales que solo se experimenta ocasionalmente. "Construimos por el mismo motivo que escribimos: para registrar lo que es más importante para nosotros." (Botton, 2006)

El deseo de recordar, en este sentido, puede estar íntimamente relacionado con los motivos que tenemos para construir o estructurar un espacio. Nuestros accesorios domésticos, por ejemplo, son como memoriales de nuestra propia identidad. En su forma más auténtica, el impulso arquitectónico está asociado a nuestro deseo de comunicar al mundo - por medio de registros no verbales, como objetos, materiales y colores - quién somos. Este proceso también sirve para recordar a nosotros mismos quién somos (Botton, 2006).

Los ideales de los espacios construidos

Pensando de esta manera, podemos abordar el tema de la idealización de la arquitectura. ¿Por qué, en el principio de la era moderna, las obras más valoradas reproducían paisajes, personas y construcciones libres de imperfecciones comunes? El propósito del arte y de la arquitectura, en esta época, no era representar la vida como verdaderamente era, sino como podría ser. Las obras deberían ayudarnos a activar lo que hay de mejor en nosotros mismos (Botton, 2006).

Hoy en día, puede parecer que perdemos la admiración por las idealizaciones - puentes decoradas y estaturas doradas ya no nos llaman la atención - sin embargo, no es al ideal en si que renunciamos, que se refiere simplemente a la aspiración a la perfección, pero si a los valores específicos venerados por estas obras. La antigüedad, la mitología y la aristocracia ya no nos dicen nada, pero la democracia, la ciencia y el comercio sí. Nuestros valores cambiaron y, como ideales de una sociedad, ellos siguen presentes en nuestras obras; es decir que seguimos comprometidos con la idealización. Una fachada práctica de la arquitectura moderna no dejó de reflejar a sus espectadores la imagen selectiva de lo que ellos pueden llegar a ser, si perfeccionaren sus realidades (Botton, 2006).

Así, se puede decir que la arquitectura producida bajo parámetros de la idealización sirve como promoción de doctrinas o conjuntos de creencias que, por su vez, pueden estar asociados a cuestiones políticas y comerciales. Obras que, intensificando nuestra sensibilidad, nos conducen hacia una reacción favorable a un fin o a una idea; nos dirigen hacia una realidad

[18] Traducción de la autora.

específica. Bajo esta perspectiva, los defensores del arte idealizadora defienden que no hay problemas en el facto de que obras de arte pueden orientar las acciones del hombre, desde que las direcciones que les apuntan tengan algún valor. Es decir que la arquitectura, en cuanto arte, debe servir para hacer el bien a las personas, una vez que ellas buscan parecer con objetos y lugares que las conmueven por su belleza y perfección (Botton, 2006).

En este punto, nos encontramos con una cuestión importante. ¿Por qué los ideales cambian? o ¿Por qué cambiamos de opinión acerca de lo que creemos bonito? De acuerdo con Worringer (1907), historiador de arte alemán, tanto para la arquitectura como para la pintura, un factor determinante para los cambios en los estilos estéticos que apreciamos, está en los valores que faltan en cada sociedad. La sociedad tiende a amar en el arte lo que hace falta en sí misma (Botton, 2006).

A partir de entonces, entendemos que llamamos de bello cosas en las cuales encontramos calidades que nos faltan, en cuanto personas o sociedades; respetando, así, un estilo que nos aproxima de lo que deseamos. Esta dependencia del arte es una señal de que corremos el riesgo de vivir permanentemente en un desequilibrio innato - que nos provocan los grandes opuestos de la vida: razón y imaginación, simplicidad y lujo, seguridad y peligro - y que es agravado por exigencias prácticas de la vida, como nuestros empleos que, con tantas imposiciones, reducen nuestras capacidades de mantener una personalidad harmoniosa (Botton, 2006).

Por eso, a partir de sus elecciones estilísticas, se puede conocer a grupos de personas, saber sobre sus gustos y sobre lo que falta en sus vidas. La compresión de los mecanismos psicológicos que existen por detrás del gusto contribuye con la refutación de dos grandes dogmas de la estética: primero que solo existe un estilo visual aceptable y segundo que todos los estilos son igualmente válidos. En este sentido, la diversidad de estilos se presenta como consecuencia de la multiplicidad de nuestras necesidades interiores. Podemos, bajo esta perspectiva, revisar nuestro desprecio por obras que no nos gustan y buscar entender la carencia de las personas a partir de las escojas que hacen (Botton, 2006).

Así, podemos determinar, a partir de la arquitectura, cuales obras son más adecuadas a nuestras necesidades psicológicas. A la medida en que nuestro desequilibrio se altera, nuestra atención camina para nuevas partes del espectro del gusto, para nuevos estilos, que representan con más fidelidad lo que todavía está oculto en nuestro interior (Botton, 2006).

En este sentido, considerando la historia individual y colectiva del gusto, se entiende que es improbable que objetos complejos como las obras de arte, creadas a partir de leyes de construcción elaboradas a lo largo de una historia relativamente autónoma, generen preferencias naturales vinculadas apenas a sus propiedades formales. Sobretodo porque se sabe que cada individuo posee una capacidad especifica de percepción de la obra, por su vez regida por su conocimiento acerca del código genérico del tipo de mensaje que la obra puede pasar, considerando sus características, época de creación, escuela, autor etc. Cuando el mensaje supera las posibilidades de percepción del espectador, el tiende a desinteresase por la obra o aplicar los códigos que tiene disponible sin compromiso con la pertinencia (Bourdieu, 2002).

Complementando, la observación científica presenta las necesidades culturales como producto de la educación, siendo así las prácticas culturales y las preferencias correspondientes asociadas al nivel de instrucción y al origen social de los observadores. Por eso, la jerarquía socialmente reconocida de las artes corresponde a la jerarquía social de los consumidores. “Aquello que predispone a los gustos a funcionar como marcadores privilegiados de la clase.” (Bourdieu, 2010)

Las virtudes de las construcciones

No es difícil llegar a un acuerdo sobre lo que es un lugar bonito hecho por el hombre; cuando cuestionamos a las personas sobre las ciudades más bonitas del mundo, las repuestas son previsibles: Edimburgo, Paris, Roma, San Francisco. Sin embargo, esta intuición sobre lo que es bello no facilita la creación de leyes de belleza satisfactorias. Si así fuera, sería fácil replicar obras-primas de proyectos urbanos del pasado y no sería necesario concentrarnos en el tema de la preservación y restauración. Esto se debe al facto de que la arquitectura siempre estuvo desafiando las tentativas de encuadrarla en un camino científico y regulado (Botton, 2006).

Creando una analogía entre la arquitectura y la ética, se entiende que es poco probable haber una única fuente de belleza en un espacio construido, así como una única calidad no define a una persona por completo. Es decir que las calidades de un edificio deben surgir en momentos ciertos, con combinaciones especificas entre sí. Con estas virtudes y calidades bien definidas y integradas a las discusiones sobre arquitectura, podríamos comprender de manera sistemática y recrear ambientes que amamos intuitivamente. Las virtudes de un espacio construido pueden ser categorizadas de la siguiente manera (Botton, 2006):

1. Orden

Presente hasta en los proyectos de arquitectura más modestos, sea en diagramas de circuitos eléctricos o en fachadas y planos, el orden es fundamental, contribuye para la fascinación en casi todas las obras substanciales y nos priva de la sensación de complicaciones excesivas. El orden nos hace sentir como si pudiéramos estar en el comando de un futuro desconocido. Eso porque aceptamos bien los ambientes que nos traen sensación de regularidad y previsibilidad, donde podemos confiar y descansar nuestras mentes. Ese proceso puede ser evidenciado en nuestro gusto por apreciar paisajes - en el topo de una montaña, en terrazas panorámicas, o mismo desde una ventana - lugares donde encontramos el placer de lograr ver todo lo que está lejos, sin que los elementos surjan repentinamente - lo que nos provoca la sensación de haber dominado el imprevisible (Botton, 2006).

Sin embargo, nuestra aceptación al orden es limitado; lo apreciamos mientras esté caminando junto a la complejidad presente en dibujos regulares e intrincados al mismo tiempo, compuestos por diferentes elementos ordenados entre sí. Por ejemplo, para un efecto complejo y agradable a los ojos humanos, se puede citar la variación entre el tratamiento de puertas y ventanas, así como la composición de materiales vitales con apariencias orgánicas - como ladrillo, piedra caliza, mármol, cobre patinado, madera y concreto. En una obra de arte, el caos debe surgir del velo del orden (Botton, 2006).

2. Equilibrio

Podemos observar un equilibrio en la relación existente entre el orden y la complejidad, arriba citada, como un punto medio entre oposiciones - que incluso hace con que arquitectos produzcan bellos resultados. El encanto generado por el equilibrio entre elementos contrastantes de una construcción nos trasmite madurez y benevolencia, como si la tensión existente entre líneas curvas y rectas, por ejemplo, no recordara la razón y emoción presentes en nosotros mismos (Botton, 2006).

Este equilibrio aprobado en la arquitectura, al cual llamamos de "bello", trazando un paralelo con el psicológico humano, puede presentarse como salud mental o felicidad. Los hombres poseen opuestos que deben ser conciliados dentro de sí - caos o rigidez, decadencia o austeridad, machismo o afeminación - como polaridades que deben ser neutralizadas o acomodadas para lograr un bienestar. La verdad es que edificios equilibrados divergen, pero

también nos trasmiten el mensaje de que es posible conciliar los aspectos conflictivos presentes en nuestro interior (Botton, 2006).

3. Elegancia

La impresión de belleza que tenemos de una obra arquitectónica puede estar proporcionalmente ligada a la intensidad de fuerzas a las cuales ella se opone. Un puente, por ejemplo, es testimonio de nuestra admiración por la fuerza y resistencia de construcciones humanas, su poder emocional está justo en el punto donde los pilares se encuentran y resisten a la fuerza del agua. Sin embargo, como el bello es resultado de un conjunto de calidades, no solo con fuerza se puede garantizar el encanto de una construcción. Es en este punto que entra la elegancia, que se refiere a la capacidad de una obra arquitectónica en demonstrar modestia frente a una dificultad superada, ejecutando un acto de resistencia - sostener, abrigar, transponer - con gracia y economía, además de fuerza (Botton, 2006).

Nos encantamos con obras complejas con apariencia simples; pero un simple que haya sido conquistado bajo mucho esfuerzo, solucionando dificultades técnicas o naturales. Ese tipo de cuidado refleja un desafío más abstracto que construcciones deben superar para alcanzar la elegancia: la negligencia. Edificios que no cargan el peso del descuido y de la indiferencia son más apreciados, eso porque en los floreos observamos señales de bondad y benevolencia, al mismo tiempo en que trazamos un paralelo con aspectos de la naturaleza humana que insisten en prosperar y no apenas en sobrevivir. En este proceso, nos recordamos que no somos apenas pragmáticos, necesitamos de culturas que permitan demostraciones de delicadeza (Botton, 2006).

4. Coherencia

Edificios poseen una naturaleza múltiple y actúan en colectivo, junto a su contexto geográfico y cronológico, por ejemplo. De estas relaciones, surge la oportunidad de observar consonancias, disonancias y discordias estéticas y de personalidad entre los espacios construidos, lo que nos influye sobre la coherencia existente en el escenario. Esa posible diversidad presente en el encuentro de tendencias opuestas, tan presente en las ciudades, puede ser agradable, así como es perturbador observar predios que niegan el ambiente a su alrededor (Botton, 2006).

Por eso, por edificios adecuadamente contextualizados se entiende: aquellos que involucran los valores y ambiciones más deseadas de su época, que actúan como receptores de un ideal. Hay seres humanos que son considerados prototipos admirables de nuestras sociedades, es el mismo principio. Oscar Niemeyer apoyaba esta idea en sus obras, tanto que manifestó el deseo de que ellas fueran representaciones de los puntos de vista y actitudes de los brasileños más esclarecidos de la época (Botton, 2006).

Por otro lado, hay edificios residenciales en Tokyo que demuestran estar en sutil harmonía con las aspiraciones de grandes obras tradicionales del pasado, cuya simplicidad fue expresada con materiales contemporáneos. Las representaciones modernas exitosas de estilos arquitectónicos antiguos pueden inspirar al hombre a buscar una modernidad que no rompa con el pasado y los regionalismos. Estas construcciones demuestran cómo transportar partes valiosas del pasado y del presente para un futuro incierto; ellas nos posibilitan la cura de traumas generados por cambios bruscos y rápidos (Botton, 2006).

5. Autoconocimiento

Proyectar exige un esfuerzo para desaprender lo que creemos saber y comprender el comportamiento humano - que es repleto de excentricidades que al fin no facilitan los

intentos de previsión - pues que es difícil desarrollar una noción intuitiva del bienestar bajo una compresión lógica de sus causas. Este esfuerzo exigido explica la cantidad de predios que no representan un buen trabajo de autoconocimiento, cuyos arquitectos fracasaron en el proceso de traducir sus propias necesidades en proyectos que cumplan con la necesidad de los demás (Botton, 2006).

La verdad es que los sentimientos de satisfacción son estructurados con elementos inesperados, siendo necesario que determinado objeto o ambiente cumpla con un poco más de lo que prevé su función. Puertas de entrada, por ejemplo, son mejor aceptadas cuando poseen un umbral, una cubierta, piedras y hasta flores, cualquier elemento que ayude a delimitar la transición entre espacio público y privado, que calme na ansiedad de entra o salir de casa (Botton, 2006).

Cuando aspectos sutiles del proyecto son ignorados, lo que representa también una falta de empatía con las sutilezas de la mente humana, son generados espacios que requieren del hombre un mayor esfuerzo para vencer confusiones y inquietudes. Este fracaso en el proceso de creación de ambientes agradables refleja nuestra dificultad de comprender quién somos y qué nos satisface; una incapacidad de encontrar felicidad en diferentes áreas de la vida. Lo que quiere decir que una mala arquitectura puede ser considerada un fracaso no solo de proyecto, sino que igualmente de psicología (Botton, 2006).

> "Los lugares que llamamos bellos son obras de aquellos raros arquitectos con la humildad para indagar correctamente sobre sus deseos y con la tenacidad para traducir sus fugaces percepciones de lo que es felicidad en proyectos lógicos - una combinación que les permite crear entornos que satisfagan las necesidades que tenemos, pero que nunca conocemos conscientemente." (Botton, 2006) [19]

5.3 Eje 3: Camino del paisaje: paisajismo en el contexto de la salud mental

> El paisaje, por tanto, no es simplemente
> lo que vemos, sino una forma de ver...
> (Taylor, 2007)

El paisaje es resultado de la mirada humana sobre determinado medio ambiente. Bajo esa definición, es posible comprender que, diferente de la naturaleza, el paisaje no existe sin el hombre. Lo que reafirma el paisaje como resultado, considerando sus métodos y técnicas descriptivas e interpretativas, de la perspectiva desde la cual se les mira en cada época o territorio cultural. Un reflejo de los sentimientos e ideales de los que lo crea, pinta, esculpe, construye, ajardina o interviene desde diversas disciplinas, en fin, de los que lo interpreta (López, 2010).

Siguiendo esa línea de pensamiento, también se puede afirmar que para que exista un paisaje, es necesario que exista un observador, porque este se proyecta sobre el paisaje. Así se entiende que, al mismo tiempo que el paisaje se refiere a una realidad física, también se define como la representación que culturalmente las personas hacen de ella. Es decir, el paisaje comprende tanto la fisionomía externa y visible de determinada porción de la superficie terrestre, como la percepción individual y social que la misma genera en las personas; el tangible y el intangible al mismo tiempo; "…el significante y el significado, el continente y el contenido, la realidad y la ficción". Además, el paisaje también representa el hoy y el ayer, presente y pasado, siendo el pasado parte del campo no visible del paisaje, como

[19] Traducción de la autora.

las herencias históricas, por ejemplo. Un conjunto de capas centenarias, por veces milenarias (Nogué, 2007).

Igualmente plantea Taylor (2007), cuando describe el paisaje como un repositorio de valores intangibles y significados que alimentan la propia existencia humana, siendo, por lo tanto, la memoria y el paisaje, inseparables. El paisaje se comporta, en esta perspectiva, como la base de nuestras memorias, sea personales o colectivas (Taylor, 2007).

Taylor (2007) afirma que el paisaje no es simplemente lo que vemos, pero la forma que vemos (Taylor, 2007); el concepto abarca tanto espacios salvajes, cultivados, urbanos y sin cultivo, como las entidades humanas y no humanas que lo habitan y lo moldean. Pero, principalmente, el concepto lleva al paisaje la función de describir relacionamientos que organizan los espacios, lo que invoca diferentes tipos de paisajes Hay los paisajes de violencia racional, de género y económica; paisajes de energía e infraestructura; paisajes del colonialismo e imperialismo; paisajes lingüísticos; y paisajes de cuerpos individuales (Bridges & Osterhoudt, 2021).

Estudios antropológicos incluyen el proceso de creación de memorias con el paisaje, con una variedad profunda de asuntos que integran dominios de significados, materialidad y poder. Pensar sobre los paisajes de la memoria, lleva a una serie de reflexiones que envuelven el paisaje como potenciador de recuerdos del pasado; como representación de los trazos políticos en los terrenos físicos y emocionales; como elemento que posibilita el compartir de memorias entre grupos y generaciones, que puede influenciar eventos del presente. Pero, al fin, "¿de quién son las memorias y historias que tienden a ser memoradas en los paisajes y de quien son las experiencias silenciadas?"[20] (Bridges & Osterhoudt, 2021).

5.3.1 El paisaje, el ambiente y el hombre

Así se adentra al punto de la reflexión que presenta el paisaje como producto social, como resultado de la transformación de la naturaleza y de la proyección cultural de una sociedad sobre un espacio. Eso remete a un largo proceso de la humanidad, lo de transformación de los paisajes originales en paisajes culturales, que se caracterizan por una determinada forma, referente a la materialidad, y por valores y sentimientos, referentes al aspecto simbólico. Estos paisajes están llenos de lugares que representan las experiencias y aspiraciones de los seres humanos; ellos expresan pensamientos, ideas y emociones diversas. Así se observa que el paisaje no apenas muestra como es el mundo, sino que también es una composición del mundo, una forma de verlo. De ahí viene el potencial del paisaje en naturalizar y normalizar las relacione sociales y el orden territorial; el crea y recrea el paisaje a partir de determinaciones ideológicas (Nogué, 2007).

Los paisajes, entonces, también se constituyen bajo una dinámica de relaciones de poder, de género, de clase, de etnia. Fuertemente impregnado de connotaciones culturales, él no sólo refleja la cultura, sino que es parte de ella, un producto social, como dicho anteriormente (Nogué, 2007). El carácter adaptativo y generador de los recuerdos del paisaje a nivel colectivo, puede favorecer la búsqueda humana por cambios, a partir de conexiones sociales; el activismo social y la resistencia son resultados de esa dinámica, que también genera impactos en el proceso de conservación de la diversidad biológica y cultural (Bridges & Osterhoudt, 2021)

[20] Pensar en el dominio de ciertos grupos en la consolidación de un paisaje, en cuanto reflejo de una historia, de una época, de una sociedad, remete a la discusión sobre los espacios destinados a los locos en sociedad, que es parte del referencial teórico del primer eje de esta investigación (Capítulos 5.1 y 6.1).

Cada nueva interpretación del paisaje se construye sobre los sustratos de las anteriores versiones, renovando y modernizando emociones de modelos del pasado, bajo un tratamiento innovador teórico y práctico. En este proceso, la ruptura con los modelos anteriores nunca va a ser total, puesto que, en toda manifestación estética de lo nuevo, las teorías anteriores perviven de alguna manera (López, 2010).

Pensando en la composición del paisaje, se sabe que lo componen una variedad de elementos que pueden definir los espacios como vírgenes, en sus estados naturales, o como cultivados, transformados, construidos por el hombre (Nogué, 2007). Asimismo, Borrero (1975) afirma que hay dos grandes clases de paisajes: el paisaje natural, que presenta un equilibrio intrínseco y que requiere intervenciones basadas en el conocimiento de las relaciones biológicas y mecánicas que ocurren entre sus distintos elementos; y el paisaje artificial, donde predomina la obra del hombre, como las plantaciones agrícolas, las ciudades etc, como nichos que tienen sus propias características (Borrero, 1975).

Pisón (2007) entiende que la forma adquirida por el paisaje visible, con su rugosidad material que condiciona la vida, viene de un conjunto de aspectos del campo no visible que se interrelacionan y se articulan funcionalmente, conformando así parte de la estructura del paisaje. Considerando que no hay espacio geográfico sin función y que cada segmento se integra en redes funcionales más amplias, se puede comprender como las relaciones externas influyen en la materialización y en los cambios morfológicos del paisaje. Ya sobre los múltiplos y diversos elementos que componen el paisaje, el proceso de identificarlos y atribuirles agrupaciones, es decir, de clasificarlos como conjunto y jerarquizarlos en sus papeles, resulta en la posibilidad de comprender su significado en el paisaje[21] (Nogué, 2007).

Además, la evolución y la historia del paisaje son vías fundamentales para entender su estructura, porque el paisaje funciona como un acumulador de herencias, es el producto y la muestra de su historia. A partir de la perspectiva histórica del paisaje, el proceso de cambio de paisaje adquiere sentido. “El tiempo sobrevive en el paisaje” (Nogué, 2007).

Lugar y espacio en el concepto de paisaje

En este contexto, el concepto de lugar también se ve importante para el estudio del paisaje, porque tambos términos envuelven las construcciones sociales de un determinado espacio. Con el pasar del tiempo, la concepción de espacio y lugar pasó de elementos que contextualizan estudios etnográficos para prominentes ventanas para pensar la cultura. Las concepciones anteriores de espacio, lugar y paisaje, aunque variadas, tienen una conformación coincidente en lo que refiere a la forma como las personas impregnan lugares con experiencias sociales y personales. Este proceso induce a múltiples representaciones del paisaje (Bridges & Osterhoudt, 2021).

La creación de lugares, en este sentido, se observa como un proceso gradual e interactivo que se desarrolla mientras las personas atribuyen significado a los paisajes a lo largo del tiempo. Los paisajes agrarios, por ejemplo, como palcos de la intervención humana en diferentes estaciones, años y generaciones, reflejan el proceso de conexión entre el cultivo de la tierra y el cultivo de memorias. En este contexto, campos, florestas, pomares, jardines, son interpretados como espacios que reúnen las diversas dimensiones de las memorias del paisaje - políticas, económicas, cognitivas, culturales y sensoriales. Ellos conforman paisajes que abarcan diferentes escalas de la experiencia, del individual al colectivo, del local al global (Bridges & Osterhoudt, 2021).

[21] Comprender el significado de los elementos en determinado paisaje, que viene de la función que tiene en la dinámica, es importante para planear la estructura del paisaje como tal.

En los paisajes cultivados, por ejemplo, al mismo tiempo que recuerdan las trayectorias de las historias económicas y políticas, la presencia de los árboles, en especial, da fuerza a los recuerdos personales, a una escala individual. Las personas consideran los árboles como marcadores tanto de sus experiencias pasadas como de sus visiones para el futuro, que se desarrollan mientras los árboles crecen, maduran, firman raíces y trasforman el paisaje. Lo que reafirma el proceso de integración de múltiples especies; la vida de las personas y dos árboles se entrelazan componiendo el paisaje (Bridges & Osterhoudt, 2021).

El abordaje multiespecies, en el escenario del paisaje, trata de las interacciones entre las especies humanas y no humanas. En este sentido, se puede considerar la propia tierra como agente de la memoria, capaz de guiar el comportamiento humano. Comprender el mundo desde una perspectiva más ecocéntrica – un sistema de valores centrado en la naturaleza - que antropocéntrica, abre la posibilidad de entidades no humanas responder a la historia (Bridges & Osterhoudt, 2021).

Pensando en paisajes colectivos, se sabe estos también manifiestan recuerdos dolorosos de las sociedades, por medio de monumentos, memoriales, construcciones o mismo de tacones de árboles viejos, rocas, que remeten a épocas históricas críticas, como la esclavitud, el colonialismo [22]. Por más dolorosos que sean, estos recuerdos brindan recursos a las comunidades del presente para el desarrollo de nuevas estrategias para la vida colectiva (Bridges & Osterhoudt, 2021)

Sabiendo que las memorias del paisaje son coproducidas por humanos y no humanos, se puede comprender que el resultado de estas interacciones se reflete en paisajes culturales y ecológicas, que muchas veces son preocupantes, porque remeten a tiempos de injusticias, degradación, violencia, racismo. Pero también pueden estar asociadas a la esperanza y a nuevas posibilidades. Eso porque tanto los paisajes como las memorias son dinámicas, tienen la capacidad de reinventarse siguiendo los cambios políticos, de poder y de ideas de una época (Bridges & Osterhoudt, 2021).

5.3.2 El paisaje urbano

Pues bien, pensar en paisaje colectivo nos lleva a pensar en paisaje urbano. Esa relación es importante para el proceso de mejoraría de la calidad ambiental y promoción de bienestar a los habitantes; es una necesidad social, por así decirlo. Los conceptos sociológicos y urbanísticos asociados a su creación, que están fundamentados en promover la salud, proporcionar contacto con la naturaleza y mejorar las condiciones de desarrollo de la población, sin duda, pueden mejorar las condiciones de las ciudades actualmente (Hurtado, 2019).

El paisaje urbano está conformado por elementos artificiales y naturales, y tiene sus calidades definidas por los elementos visibles - como vías, edificios, puentes, arboles - y por los elementos que solo pueden ser sentidos - como la brisa, la radiación, las visuales, los sonidos, el contacto con lo natural, el aroma del entorno. La ausencia o la debilidad de elementos que constituyen un paisaje genera percepciones negativas, que es traducida por episodios de inconformidad, violencia, desapego e indiferencia (Hurtado, 2019). Así, es posible decir que el paisaje urbano se puede captar, sentir, conocer, valorar de diferentes formas, según las circunstancias del medio (Nogué, 2007). En este contexto, los recuerdos sensoriales se

[22] A partir de ese punto de vista, los manicomios pueden ser vistos como elementos de un paisaje que generan recuerdos dolorosos. Recuerdos de una historia de segregación y marginación de la locura, que se extiende hasta hoy, pero con un paisaje renovado, como visto en los capítulos 5.1 y 6.1 del trabajo.

manifiestan, y caracterizan principalmente la relación entre el hombre y la naturaleza, a partir de olores, texturas, sabores y sonidos de los paisajes (Bridges & Osterhoudt, 2021)

La percepción y el conocimiento del paisaje urbano se construye a partir de una secuencia de visiones que son guardadas en la memoria de las personas y que empiezan a influir en la manera como se comportan en sociedad y, en consecuencia, en la construcción social del paisaje. Así, cada uno ve la ciudad y la experimenta de una manera. Sin duda la percepción del paisaje urbano es múltiple, una vez que recibe la influencia de los factores socioculturales, los factores circunstanciales – como la climatología y la dinámica de las estaciones – y también los factores subjetivos, sea emocionales o sensoriales (Nogué, 2007):

> […] Se paladea el aire salobre en las ciudades portuarias; se siente el silencio de los patios de manzana entre el rugido de las calles del ensanche barcelonés; las campanas, en función del viento dominante, se oyen desde uno u otro punto y permiten predecir el tiempo […] (Nogué, 2007)

Sin embargo, hay estampas siendo consolidadas en el imaginario social que representan a las claras la complejidad y las inquietudes que permean el escenario urbano actual. El espacio metropolitano, por ejemplo, con su alta densidad, variación de flujos, los conflictos y tensiones que les son comunes, deja marcas trágicas en las personas. Un paisaje que, sin duda, favorece la individualización y la evolución de una sociedad personalista, saturada de imágenes y escenas efímeras, que anula parte de la sensibilidad de las personas y produce percepciones distorsionadas. Eso debido a la incapacidad personal de filtrar esa gran cantidad de representaciones diarias, que provoca tanta exaltación. Ese proceso causa una cierta nostalgia en las personas, que se apegan a las imágenes de los paisajes del pasado, brindadas por la memoria, que más frecuentemente selecciona lo que es agradable (Nogué, 2007).

Nuevos paradigmas y problemáticas del contexto urbano

Asistimos así la emergencia de espacios urbanos resultantes de las intensas dinámicas de metropolización y urbanización difusa y dispersa, que provocan transformaciones territoriales, ambientales y paisajísticas importantes. Los grandes espacios urbanos y metropolitanos contemporáneos fueron consolidados repletos de "[…] zonas inseguras, indeseables, desagradables, fácilmente sorteables y escamoteables a la mirada". Son los territorios de la ciudad oculta, que solo reciben atención cuando pasan a ser interesantes para el proceso de gentrificación o otras estrategias de la urbanización (Nogué, 2007).

En la segunda mitad del siglo XX, principalmente en Europa, el crecimiento del uso de coche, por ejemplo, provocó múltiples transformaciones en las ciudades. La priorización del tráfico en la ordenación de las ciudades, derivado de ese proceso, que perduró hasta los tiempos actuales, provocó un tipo de transformación en la ciudad bastante dañina al espacio público y a la calidad ambiental. Las calzadas fueron alargadas, las franjas de aparcamiento fueron substrayendo espacio a los peatones e intervenciones para una mayor fluidez del tráfico automovilístico fueron consolidadas, sacrificando arbolados y vegetaciones en general. Las áreas verdes de los espacios públicos y de los patios internos de las manzanas también fueron paulatinamente eliminados, a fin de obtener el máximo aprovechamiento del suelo, lo que incrementó notablemente la edificabilidad en las ciudades y las sustituciones edificatorias o incorporaciones de nuevos usos (Enjunto & Querol, 2021).

El concepto de monumento, desarrollado en esta fase, también influenció la deforestación del arbolado urbano, que pasó a ser visto como un obstáculo para la contemplación de edificios. Así ocurrió la homogenización de muchos entornos de monumentos, en los cuales fueron aplicadas soluciones de urbanización duras que, bajo la intención de resaltar el monumento, acabaron reduciendo la calidad y el confort ambientales. Aún hoy este criterio nada racional –

considerando que los árboles ocupan muy poco espacio a la altura habitual de contemplación humana - prevalece en la conformación de ciudades. En la década de los años 1980, cuando esa cuestión empezó a ser cuestionada, las políticas públicas, que deberían enfocarse en la reducción de coches en el contexto urbano, fueron destinadas a ocultarlos, por medio de la creación de rutas periféricas y parqueaderos en el subsuelo. Estas políticas resultaron en un efecto bumerán, porque generaron aún más tráfico (Enjunto & Querol, 2021).

La pérdida de biodiversidad, como unas de las problemáticas decurrentes de la reducción del arbolado, es otra cuestión ambiental emergente en las ciudades. Un estudio reciente, publicado en Nature, en 2020, reafirma la importancia de ese debate, al presentar sus resultados, que muestran que el índice de masas artificiales en las ciudades ha superado a la de organismos vivos. Hoy en día, ya es de conocimiento general los efectos nocivos de la contaminación para la salud humana, pero la relación entre la biodiversidad y la salud aún no es muy conocida. Ellas se relacionan porque la diversidad de organismos vivos es primordial para la funcionalidad de los ecosistemas, de la cual depende la salud humana. Así que, la pérdida de biodiversidad, el mal manejo y la destrucción de especies y, en consecuencia, de ecosistemas, reduce la calidad de los recursos naturales del planeta, desestabiliza el ambiente físico y puede acelerar la propagación de enfermedades infecciones y de invasores de cultivos (Enjunto & Querol, 2021).

En este mismo contexto, la noción del agotamiento de los recursos naturales, fortaleció los debates sobre reciclaje de materiales, aprovechamiento del agua lluvia, el uso de energías renovables y el uso de especies vegetales nativas (García, 2012).

Ese periodo, de innegables alteraciones ambientales, económicas y sociales, imponen a la humanidad y sus gobernanzas globales y locales, los desafíos que requieren evaluaciones fidedignas de los problemas, para la creación de un conjunto de soluciones capaces de incorporar estrategias sostenibles comprometidas con la calidad de vida los ciudadanos (Sá, 2012). En este sentido, entender la necesidad de desarrollar una ciudad gentil, hoy en día, sólo a partir de los fundamentos formales y escultóricos, se caracteriza como una negación a la posibilidad de buscar soluciones en la relación entre el urbanismo, la arquitectura y la ecología (Hurtado, 2019).

Cambio climático y salud urbana

En este contexto, en la transición del siglo XX para el siglo XXI, hubo un crecimiento en el abordaje de los impactos ambientales en el contexto del paisaje urbano, principalmente en lo que refiere al clima, que fue impulsado por las problemáticas derivadas del cambio climático a una escala mundial. Con el paso del tiempo, la preocupación con olas de calor en el verano, especialmente en Estados Unidos y Europa, ha llevado muchos países a adoptar estrategias de mitigación de los efectos de las altas temperaturas sobre la población. Sin embargo, sin duda, el panorama de la variabilidad climática es más dañino a los países en vías de desarrollo, que justamente presentan poblaciones con poca capacidad económica (García, 2012).

Los antecedentes de las alteraciones climáticas apuntan para la época de la Revolución Industrial, que marcó el inicio de las emisiones de gases de efecto estufa. Desde entonces, la humanidad ha estado emitiendo esos gases a un ritmo que crece a cada año, se volviendo superior a la capacidad de absorción del planeta, principalmente en los últimos 60 años, con el crecimiento acelerado de las ciudades. Este proceso está explicado por la explosión demográfica asociada a la creciente industrialización, que provocó el rápido acúmulo de la población humana en polos urbanos. Sobre eso, fue estimado que hasta 2050, el 70% de la población mundial va a estar ocupando los grandes polos urbanos. Ese aumento demográfico en las ciudades ha provocado problemáticas, como el aparecimiento de zonas suburbanas, con

construcciones de baja densidad, que descentralizan y dispersan la ciudad, lo que aumenta los dislocamientos internos, sobrecarga la movilidad y favorece el calentamiento global (Sá, 2012).

Las olas de calor extremas, que generan problemas de salud y aumento de la mortalidad, son agravadas por las islas de calor. Fenómeno que presenta un aumento significativo de la temperatura en las urbes, si comparado a los entornos rurales (Enjunto & Querol, 2021). Las consecuencias del cambio climático reafirman la necesidad de pensar en el campo del paisaje y de la memoria que ella produce, una vez que estos se transforman a la medida que cambios ambientales son concretizados. Así, al mismo tiempo que los individuos y sus comunidades experimentan trasformaciones en la tierra, la memoria del paisaje, abordada anteriormente, surge como un recurso valioso para conocer y responder a estos cambios (Bridges & Osterhoudt, 2021).

El progresivo calentamiento global, que tiene repercusiones en diferentes niveles del contexto urbano y ambiental, también impacta directamente la salud de la gente. Hay alteraciones en las reservas hídricas, lo que provoca el riesgo de aumentos de la proliferación de dolencias de transmisión hídrica - la cólera por ejemplo -, y la disminución de la producción de alimentos, principalmente en las regiones más desfavorecidas, lo que impacta en el aumento de los índices de desnutrición; hay también el aumento del nivel del mar, que provoca inundaciones en las costa y la migración de poblaciones; y alteraciones climáticas pasibles de prolongar épocas de transmisión de dolencias por vectores, alterar su distribución geográfica y llevarlas a poblaciones no inmunes (Sá, 2012).

En el contexto presentado, la gestión del territorio que visa la salud urbana, teniendo como base la solución de las problemáticas asociadas a las alteraciones climáticas, debe estar fundamentado en la minimización del consumo de espacio y recursos naturales, la racionalización y gestión eficiente de los flujos urbanos, la protección de la salud de la población, la equidad en el acceso a recursos y servicios, y el impulso a la diversidad social y cultural (Sá, 2012).

En este sentido, estudios y experimentos han demostrado la eficacia de la naturaleza en la minimización de los efectos nocivos de los episodios de alta temperatura, principalmente en áreas donde la cobertura que forma las copas de los árboles es densa. Las hojas de los árboles, además de ofrecer sombra, una vez que bloquean la radiación solar excesiva, también evaporan el agua, enfriando así las superficies. Asimismo, la vegetación y el suelo permeable, que componen los espacios libres de las ciudades, favorecen la evapotranspiración y contribuyen con la reducción de la demanda por refrigeración en los edificios, lo que disminuye, en consecuencia, el consumo energético y la generación de contaminantes (Enjunto & Querol, 2021).

5.3.3 Operaciones urbanas interesantes

La búsqueda por soluciones para esas estructuras ambientales urbanas problemáticas ha resultado en la evolución de operaciones urbanas que integran criterios y estrategias interesantes de sostenibilidad ambiental. Se ven, así, crecientes los esfuerzos de las ciudades en promover adelantos en el campo de las propuestas arquitectónicas y urbanísticas comprometidas con la sostenibilidad ambiental. Tjeerd Deelstra, por ejemplo, en el ámbito del ecoplaneamiento – que fue bastante incorporado como fundamento de esas operaciones - trae el abordaje de los siete campos de la intervención urbana: “gestión del ecosistema, agua, energía, residuos, materias primas, movilidad, arquitectura, usos del suelo y urbanismo” (García, 2012).

Ya Spirn (1984) reconoce la ciudad como parte de la naturaleza, en contraposición a la tendencia de concebirla como una entidad aparte de la misma, siendo así necesario que ella

sea diseñada acorde con esto. En esta perspectiva, la ciudad, los suburbios y el campo son vistos como una unidad, como un sistema envuelto en la naturaleza, cuyo valor social es reconocido y su poder aprovechado. El ideal, entonces, es que la naturaleza presente en la ciudad sea cultivada, como un jardín, en lugar de ser ignorada o dominada, que es lo que suele ocurrir (García, 2012).

Años más tarde, Forman (1995) plantea, como paisaje sostenible, un área que presenta la integridad ecológica y necesidades humanas básicas integradas de forma concurrente durante generaciones. Las características de esa dinámica son: "preservación de la biodiversidad, restauración del paisaje, preservación del patrimonio natural y cultural, aseguramiento de la cantidad y calidad de recursos naturales y la gestión de los usos del suelo". Luego, de manera complementaria, Christensen (1996) y Botequilha & Ahern (2002), plantean la sostenibilidad como condición básica para alcanzar cualquier objetivo en el campo de la planificación urbana. Para eso, se ve necesario el desarrollo de perspectivas humanas y ecológicas de manera integrada, además de la consideración de variables espaciales y temporales, la búsqueda por estándares espaciales óptimos, la participación pública y la sostenibilidad cultural (García, 2012).

La mirada territorialista hacia las sostenibilidades urbanas

El enfoque territorialista encara los problemas relacionados a la sostenibilidad con una mirada que recae la atención sobre el ambiente del hombre. Esa mirada está aportada en el hecho de que las acciones humanas no afectan la naturaleza como afectan a sus propios territorios. Eso porque en milenios de años la naturaleza encuentra nuevos equilibrios ecosistemicos para recuperarse del daño, diferente del territorio - construido como neoecosistema[23] por la civilización humana - que tiene su habitabilidad fácilmente impactada por esas afectaciones, supuestamente causadas apenas a la naturaleza (Magnaghi, 2011).

Se supone, bajo ese punto de vista, que Gaia[24] no va a ser afectada, por ejemplo, por los cambios climáticos que pueden provocar la subida de las mares, como comentado antes. Ese sistema viviente se adaptará biológicamente a las condiciones del nuevo clima, como sabemos que ha ocurrido con el paso de las eras geológicas y los consecuentes procesos evolutivos de fauna y flora, que se desarrollan en diferentes gradaciones, no necesariamente incluyendo la especie humana. Ya la sobrevivencia de las ciudades costeras y sus poblaciones ciertamente estaría en riesgo (Magnaghi, 2011)

Pensando la degradación territorial como problemática esencial para los proyectos de desarrollo sostenibles, se nota la necesidad de manejar un sistema complejo y multisectorial de indicadores de sostenibilidad. De ahí, surge diversos estudios con enfoques sobre la sostenibilidad que presuponen que el proceso de trasformación ecológica compete a diferentes sectores de la sociedad, de manera integral, no individual, evidenciando la cultura, las políticas, las formas de democracia, la manera de habitar y producir de una sociedad. Por ejemplo, las cinco dimensiones de la sostenibilidad - social, económica, ecológica, geográfica y cultural - propuestas por Ignacy Sachs, en 1993; la necesidad de tratar conjuntamente las relaciones circulares entre los sistemas ecosociobiológicos, presentes en el ecosistema urbano,

[23] "La acción antrópica produce en el tiempo, sobre la superficie terrestre, neoecosistemas caracterizados por una alta complejidad, que permanecen a la vista si son objeto de prácticas por la cultura y por las reglas que los han producido o por nuevas culturas y nuevas reglas a condición que vengan alimentados, mantenidos, ayudados a crecer en sus continuas transformaciones (a diferencia de Gaia o de la "naturaleza" que encuentran en largos tiempos nuevos equilibrios biológicos incluso en ausencia del hombre). " (Magnaghi, 2011)

[24] Gaia en cuanto ecosistema de la tierra, el sistema viviente que autorreproduce en el tiempo sus propias condiciones de vida

planteada por Claude Raffestin, en 1989; y los principios de ecología social como fundamentos para resaneamiento ambiental, formulados por Murray Bookchin, en 1989 (Magnaghi, 2011).

En este sentido, el enfoque territorialista presenta los indicadores de evaluación de los aspectos urbanos bajo diferentes alcances de la sostenibilidad. La sostenibilidad política, en este escenario, se presenta como la capacidad de autogobierno de una comunidad asentada, considerando las relaciones con sistemas externos. Por sostenibilidad social, se puede inferir el elevado nivel de integración de intereses de los actores débiles del sistema que rige las decisiones locales de una comunidad, lo que involucra equidad social y de género. La sostenibilidad económica, por su vez, presenta la capacidad de producir valor agregado territorial en un modelo de crecimiento. Hay también la sostenibilidad ambiental, que puede ser asegurada por la práctica de reglas virtuosas del asentamiento humano, comprometidas con la autosostenibilidad, que resultan en proyectos integrales que van desde el ecosistema urbano hacia el ecosistema territorial. Por último, la sostenibilidad territorial se refiere a la capacidad de promover procesos de reterritorialización en un asentamiento humano, buscando un grado de organización del espacio físico que contribuya con la realización de las otras cuatro sostenibilidades (Magnaghi, 2011).

El metabolismo urbano

La evolución de los estudios sobre los ecosistemas y organismos, en este sentido, debido a la sorprendente eficiencia descubierta en sus funcionamientos, han impulsado el desarrollo de propuestas inspiradas en este modelo de funcionamiento para las ciudades. Ese nuevo panorama ha promovido una búsqueda por la consolidación del metabolismo circular como modelo urbano en las ciudades, en sustitución al modelo basado en el metabolismo lineal, que ya se sabe que es insostenible, porque rompe con los ciclos naturales y desfavorece la efectividad ecológica de los sistemas (García, 2012).

El concepto de metabolismo urbano viene del término metabolismo, usado en la biología y en la ecología para definir un conjunto de mecanismos del organismo desarrollados para la formación, desarrollo y renovación de estructuras celulares y a la producción de energía fundamental a la vida. El término fue análogamente traducido para el ecosistema urbano y planteado por Wolman, en 1965; hoy en día, él se ve fundamental para el desarrollo de ciudades sostenibles y comunidades saludables. El concepto, en este escenario, fue definido como la suma de procesos técnicos y socioeconómicos de la ciudad que resultan en el crecimiento, la producción y la eliminación de residuos (Sá, 2012)

En los tiempos actuales, los cambios de paradigmas impulsan que, en las ciudades cuyos rendimientos estén centrados en la producción de residuos y emisiones, haya un cambio en un futuro próximo, que revele una centralización del enfoque en la calidad de vida y en la vivencia de las poblaciones. En este panorama, considerando el metabolismo como fundamental para el equilibrio de una ciudad, se ve necesario el desarrollo de un planeamiento capaz de suplir las necesidades metabólicas urbanas, intrínsecamente asociadas a un conjunto de acciones de sensibilización y educación que impulse la población a adoptar estilos de vida más saludables. En este sentido, la construcción de territorios saludables y sostenibles tienen como objetivo promover la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones en los campos ambiental, económico y social (Sá, 2012).

El metabolismo circular, entonces, trata de aprovechar de manera eficiente los recursos naturales, porque tienen un alto porcentaje de recursos provenientes de zonas cercanas, y presenta la disminución de residuos, puesto que estos son reutilizados. Su aplicación en las ciudades visa consolidar esa alternativa al metabolismo lineal, que presenta un consumo de grandes recursos distantes y una alta generación de residuos (García, 2012).

Determinantes sociales de la Salud Urbana

Por salud, se entiende el completo bienestar físico, psíquico y social de una persona; no apenas la ausencia de enfermedades. La salud y la calidad física, en este sentido, se presentan como condición básica y prioritaria para la sostenibilidad del sistema, y requieren una atención especial de los aspectos relativos a los grupos humanos y a las circunstancias que los rodean. Las necesidades de los residentes de la ciudad deben servir, entonces, como guía para el planeamiento urbano (Sá, 2012).

Bajo esa perspectiva, se entiende que el planeamiento urbano es indisociable de los determinantes sociales de salud, porque moldean las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen. Ese escenario es determinado por la distribución de poder, de dinero y de recursos, por su vez influenciados por desdoblamientos políticos. Así se observa que esos determinantes sociales de salud son también los responsables por las iniquidades en el contexto de salud de las ciudades, con la capacidad de provocar injusticias y evitables disparidades en el estado de salud de los ciudadanos[25] (Sá, 2012).

La mejora de las condiciones ambientales derivadas del aumento de vegetación en las ciudades, que inicialmente estaba más asociada a la mitigación del cambio climática, parece estar recientemente conduciendo su foco, de manera más directa, hacia la mejora de la salud. Incluso se puede decir que así se ha tenido más éxitos, visto que el argumento de la salud parece llegar a la población de manera más clara. Hace tiempo ese binomio naturaleza-salud ya está consolidado científicamente; por eso el creciente número de ciudades, en diversas partes del mundo, que vienen desarrollando programas de renaturalización urbana, de plantación de árboles y reverdecimiento de espacios cementados (Enjunto & Querol, 2021).

Hay evidencias de que la influencia del medio físico en la salud humana ha sido abordada desde los escritos hipocráticas, siendo que su papel más relevante ocurrió en el periodo de la Ilustración y, luego, en la época del higienismo decimonónico, que se extiende hasta las primeras décadas del siglo XX (Enjunto & Querol, 2021).

Podemos hablar incluso, en este punto de la discusión, de la relevancia que el higienismo tuvo en los orígenes de urbanismo, como disciplina autónoma, lo que se ve reflejado en las leyes sanitarias promulgadas como solución a los graves problemas de salud que el proceso de industrialización ocasionó. Los árboles pasan a ser vistos como “poderosos agentes de higiene pública”. Reflejada en las acciones actuales que se dirección al verde urbano, pero bajo otra perspectiva – la de la higiene - están los avances urbanísticos derivados del racionalismo, en las primeras décadas del siglo XX. De hecho, el concepto de “verde urbano” es oriundo del Movimiento Moderno, en el cual el espacio verde ocupa la cuarta función urbana, con una importante misión socializadora e higiénica (Enjunto & Querol, 2021).

Hoy en día, como resultado de las evidencias científicas, se sabe incluso que la mala calidad del aire, las temperaturas extremas, o la pérdida de biodiversidad impactan directamente en salud, causando diferentes tipos de enfermedades y muertes prematuras, como visto anteriormente (Enjunto & Querol, 2021).

Sin duda, las características del espacio urbano, considerando sus múltiples dimensiones – ambiental, social y económica – y las prácticas de planeamiento urbano, afectan el bienestar y

[25] Así también es posible entender, con un poco más de profundidad, como la problemática urbana actual influencia la ineficiencia del sistema de salud mental – temática que viene siendo abordada en la investigación desde el capítulo 5.1 - que sigue arraigado en un modelo excluyente, que presenta procesos de recuperación e inserción en la sociedad incoherentes con el conocimiento que se tiene hoy en día, principalmente en lo referente a la promoción de ambientes urbanos y prestación de servicios adecuados, que provoquen la calidad de vida, visando una atención en salud integral.

la salud de las poblaciones. El hecho de que esas afectaciones sean positivas, depende de orientaciones urbanísticas y decisiones políticas, que conforman propuestas decisivas para este campo. Así, considerando que la salud es el principal elemento del desarrollo sostenible, la construcción del espacio urbano debe abarcar un tipo de mejoría de la calidad del espacio físico que proyecte sus consecuencias en la calidad de vida y de salud de las comunidades. La salud urbana, en este escenario, debe entonces ser vista a partir de dos perspectivas: la salud de los habitantes y los atributos del espacio urbano (Sá, 2012).

El debate sobre la salud en el contexto urbano abre espacio para el abordaje de la salud mental en este escenario, el cual tanto requiere atención a la promoción de bienestar y a la mejora de la calidad de vida. De ahí se llega a una percepción del escenario urbano actual no muy usual, como palco para el desarrollo del paisaje de la locura contemporáneo[26]. El producto de las historias del pasado como parte de la historia que se construye hoy, así es el paisaje en la experiencia humana. Esa relación con el paisaje de la locura, tiene que ver con la consolidación de los espacios vinculados a unos roles específicos en la construcción del paisaje social, que llega a dictar las relaciones y comportamientos interpersonales. Lo que, claramente, está reflejado en la construcción excluyente de los espacios y paisajes que los considerados locos habitan y experimentan. Un reflejo del pasado que busca ser apagado de los paisajes del futuro.

6. Estado del arte

6.1 Eje 1: Histórico de la psiquiatría y de las normativas colombianas

La historia de la locura no es la misma de la historia de la psiquiatría. Desde los tiempos más remotos, ya se sabe, ha existido un modo diferente de vivir y de comportarse, algo a lo que se ha llamado locura. La historia de la evolución de la actitud del ser humano frente al escenario de la enajenación, que es tan antigua como la humanidad, expone importantes variaciones, que pueden ser explicadas por la influencia que las creencias religiosas, filosóficas, supersticiones o concepciones mágicas elementales de la vida (Obiols, 1973).

Este capítulo de la investigación busca comprender la relación entre la percepción de la locura en Colombia en un paralelo con los ambientes destinado a las personas consideradas locas a lo largo de la historia del país, que están directamente relacionados con la evolución de los tipos de tratamientos y de la atención centrada en la psiquiatría.

6.1.1 La historia de la psiquiatría desde una visión foucaultiana

En “Historia de la locura en la época clásica”, Foucault propone una aproximación entre la comprensión de la locura y de las actitudes que la sociedad ha tenido hacia ella a lo largo de su historia (Obiols, 1973). Empezando por el período entre la Edad Media y el Renacimiento, Foucault presenta la locura como un fenómeno aún lejos de ser apropiado por la medicina y que recibió de la sociedad el sesgo de la segregación, como herencia de la conducta que tenían con la lepra. La lepra había desaparecido del mundo occidental en finales de la Edad Media, después de asolar los países de Europa entre los periodos de la Alta Edad Media y de las Cruzadas. Inicialmente sustituida por las dolencias venéreas, ahora los miedos seculares vinculados a esta dolencia avasalladora estaban depositados en la locura, que merecía estar en un espacio moral de exclusión. En este contexto, antes de la locura ser dominada, en meados del siglo XVII, por antiguos ritos, ella tuvo que pasar por las experiencias del Renacimiento (Foucault, 1972).

[26] Como visto en el capítulo 5.1 de este trabajo, la locura está inserida en el contexto social actual – y en este punto hay que considerar el desarrollo de un imaginario social colectivo que provoca un estigma sobre la locura – como enfermedad mental, bajo la responsabilidad de la psiquiatría y de las políticas de salud mental.

Para entender este proceso, una importante alegoría puede conducir el pensamiento acerca de esta historia: la Nave de los Locos, que surge en el paisaje imaginario del Renacimiento y, de manera autocrítica, presenta las problemáticas sociales de la época relacionadas a la locura antes de la época clásica presentada por Foucault. La producción literaria de Narrenschiff (1497), en este contexto, se destaca por su compromiso con la realidad en la descripción del escenario de la época. Barcos que llevaban la carga insana de la sociedad, es decir, la parcela de los locos, cuya existencia era considerada errante, de una ciudad para la otra. En otras palabras, las personas consideradas locas eran expulsas de los muros de la ciudad durante la primera mitad del siglo XV. Entender el sentido de esta práctica no es sencillo, puesto que otra conducta, un poco menos excluyente, también fue registrada en esta misma época: la de recibir ciertos tipos de locos en los hospitales, antes que fueran construidas casas especiales para este fin (Foucault, 1972).

En el Hôtel-Dieu de Paris, considerado el hospital más antiguo de Paris, hay registros de camillas destinadas a los locos en los dormitorios. Por otro lado, también se sabe de la existencia de lugares de detención reservados para los locos en las ciudades europeas a lo largo de la Edad Media y del Renacimiento. Es el caso del Châtelet de Melun, de la famosa Torre de los Locos de Caen y de las Narrtürmer de Alemania. Por ese motivo, es posible deducir que los dichos locos no eran expulsos de las ciudades en los barcos de manera sistemática. Talvez apenas los extranjeros eran enviados a sus respectivas ciudades. Los lugares de peregrinación, como el Saint-Mathurin de Larchant, el Saint-Hildvert de Gournay, el Besançon y el Gheel, en este contexto, también aparecen como opción para ellos (Foucault, 1972).

El modelo de hospital que conocemos hoy, que se destina a la atención a la salud, es una creación cristiana de la Edad Media. Bajo los principios de la caridad, hospitalidad y solidaridad, que alejan los pecados de los hombres, la iglesia proponía el auxilio a los pobres y a los locos, que existen en la sociedad gracias a los designios de Dios, como medio de alcanzar la salvación. Así, en la época medieval, los hospitales parecían albergues o asilos, porque abrigaban cualquier persona que necesitaba cuidados, como alojamiento, alimentación, asistencia, tratamientos. Había peregrinos, viajantes, dolientes, deficientes, mayores, pobres y locos confinados; todos en la mira de la caridad cristiana. En general, estos hospitales eran compuestos por enfermerías, farmacias y huertas medicinales que, anexadas a catedrales, abadías o monasterios, eran implantadas a lo largo de las vías de peregrinación y rutas comerciales para cumplir el deber cristiano de hospitalidad (Vieceli, 2014).

Es posible, entonces, que estas naves de locos presentes en las sátiras hayan sido naves de peregrinación altamente simbólicas, que llevaban locos en búsqueda de razón. Algunas de las naves decían los ríos de Renania, en Alemania, en dirección a Bélgica y de Gheel; otras subían el Reno hasta el Juro y Besanzón. Considerando todo este escenario que fue construido alrededor de la locura, es posible comprender la sobrecarga que afecta la navegación de los locos y que le genera algún prestigio. Obviamente hay una eficacia práctica envuelta en esta historia; confiar los locos a los marineros era una solución para este grupo que vagaba indefinidamente por las ciudades. A partir de esta práctica, se tenía la certeza de que ellos estaban lejos, como prisioneros de sus propias partidas. El agua, en este contexto, representa un elemento de purificación, porque es la base de la navegación, que entrega el hombre a su propia suerte, a su propio destino (Foucault, 1972).

En algunas ciudades, como Nuremberg, que no era un lugar de peregrinación, los locos de otras fueron acogidos y, como no estaban involucrados en el presupuesto de la ciudad, no recibían tratamiento; eran apenas confinados en una prisión. También hay registros de locos que fueron azotados públicamente y expulsos de las ciudades en una especie de juego de persecución (Foucault, 1972). Influenciada por la literatura demonológica cristiana, la locura en la Edad Media era interpretada bajo fuertes parámetros morales asociados a dogmas y

creencias populares, que defendían las posesiones demoniacas y la brujería como explicación para la locura. El fenómeno representaba una relación defectuosa entre el hombre y Dios; era como un castigo provocado por faltas morales y pecados cometidos. En este sentido, las prácticas de cura eran las mismas indicadas para la expiación de los pecados: peregrinaciones, confesiones, preces, consumo de hierbas, torturas y exorcismo (Vieceli, 2014).

Las percepciones acerca de la locura en el Renacimiento tenían principios en el simbolismo gótico, que ya aparentaba un declino. Rompiendo con leyes sobrehumanas, que presentaban un camino natural, el Renacimiento del siglo XVI trae el Humanismo y la racionalidad. A partir de entonces, la locura y la razón empiezan a desarrollar una relación interesante: por un lado, la locura tiene su razón, que la juzga y controla; por otro, la razón tiene su locura, en la cual encuentra su verdad más irrelevante. En este movimiento de referencia recíproca, ellas se recusan, pero de la misma manera se fundamentan (Foucault, 1972). En esta época, se afianza la idea de que la locura es una parte desconocida de la naturaleza humana y, con ella, la construcción de una realidad mística para su comprensión. Así, se tiene una percepción del loco como representación de las verdades más negadas por el hombre y que, al mismo tiempo, son inherentes al hombre. Según Foucault, la locura se vuelve incluso fascinante, en el sentido de que trae consigo este lado oscuro, también reconocido en la Edad Media, pero ahora entendido como algo por revelar (Vieceli, 2014).

Se puede, entonces que, en la transición del Renacimiento para la Modernidad, el concepto de locura pierde su experiencia dramática, cósmica y sagrada, se limitando al contexto de la razón, que trae la experiencia crítica; en este escenario, la locura y la razón son antagónicas, ocupan dos extremos de la naturaleza humana. Los lugares de la locura presentan, entonces, la evolución de las prácticas empezadas en la Edad Media (Vieceli, 2014). Si antes, en la Edad Media, el loco era un elemento de otro mundo, ahora el se destaca como problema social, una amenaza al orden de la ciudad, un caso de policía. Se entiende, en este contexto, que el loco hace parte de la realidad y debe ser incluido en la razón. En este proceso, su lugar se consolida entre los pobres y miserables, siendo excluido por el proceso saneamiento. Sin embargo, el loco sigue vagando, pero ahora con un destino trazado por el Estado (Foucault, 1972).

La grande internación

Más tarde, en la Era Clásica, Foucault expone que la locura, que había sido libertada por las nuevas perspectivas del Renacimiento, fue reducida al silencio a través de un golpe de fuerza: las internaciones. En esta época, a partir de la mitad del siglo XVII, esta era una conducta común; incluso, había una gran cantidad de casas de internamiento, debido a la demanda. En Paris, por ejemplo, 1 a cada 100 habitantes fue confinado en una de esas casas. Por un siglo y medio, los locos fueron mantenidos en este tipo de régimen, como si este fuera su ambiente natural. Así, Philippe Pinel - alienista francés que elaboró el Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental, publicado por primera vez en 1801 - y la psiquiatría del siglo XIX van a encontrar los locos en los muros del internamiento y es allá que ellos los dejarán, ahora dentro de los hospitales generales, bajo la idea de que los libertaron. El internamiento se presenta, entonces, como la estructura más visible de la época Clásica y también será motivo de escandalo, cuando esta época pasar en la cultura europea (Foucault, 1972).

> Los vi desnudos, cubiertos de trapos, teniendo apenas un poco de paja para abrigarse de la fría humedad del suelo sobre el cual se extendían. Los vi mal alimentados, sin aire para respirar, sin agua para matar la sed y sin las cosas más necesarias para la vida. Los vi entregados a verdaderos carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los vi en lugares estrechos, sucios, infectados, sin aire, sin luz, encerrados en antros donde se

> dudaría en cerrar a los animales feroces, y que el lujo de los gobiernos mantiene con grandes gastos en las capitales. (Foucault, 1972) [27]

Como marco del comienzo de este proceso de institucionalización, en 1656, fue expedido el decreto de la fundación de un Hospital General en Paris, lo que en un primero momento parece ser apenas una reorganización administrativa. Sin embargo, en esta fase, diversos establecimientos destinados a los locos pasan tener una administración única: la Salpêtrière, que es un hospicio de mujeres, y el Bicêtre, que fue construido para abrigar a los inválidos del ejército. Algunos de los enfermos mentales se presentaban en estos establecimientos por espontanea voluntad, otros eran encaminados por la autoridad real o judiciaria, era el comienzo de la institucionalización (Foucault, 1972).

La dinámica en estos lugares estaba basada en la subsistencia, en las buenas conductas y en el orden. Así, se nota, en estas instituciones, la tentativa de demonstrar que el orden puede ser adecuada a la virtud por medio de las internaciones que, a partir de un modelo autoritario, representa el mito de la felicidad social. La internación funciona como una policía, que sigue los principios religiosos de la Iglesia Católica. Sin embargo, esa creación institucional presenta una amplitud que la distancia de la prisión que era practicada en la Edad Media. En la historia de la locura, la internación, en cuanto medida económica y precaución social, representa un momento decisivo, en el cual la locura es percibida en el campo social de la pobreza, de la discapacidad para el trabajo y de la imposibilidad de integración social. En este momento, los problemas de la ciudad empiezan a ser inseridos en el escenario de la locura (Foucault, 1972).

Queda evidente que el internamiento asumió un papel social en el contexto de las ciudades del siglo XVII, como solución que elimina los elementos heterogéneos o nocivos de las calles - como eran vistos los locos. Así era posible alcanzar el sueño burgués de una ciudad que impera la síntesis autoritaria de la naturaleza y de la virtud. Este proceso, sin embargo, no representó apenas un papel negativo, lo de la exclusión, pero un papel positivo, lo de la organización. Sus prácticas y reglas generaron un tipo de experiencia que tenía unidad, coherencia y función. El internamiento integró personajes y valores, estableciendo una gradación en dirección a la locura, cuya semejanza jamás había sido pensada en culturas anteriores. Para eso, una reorganización del campo ético fue necesaria; fueron creadas nuevas líneas de división entre el bien y el malo, el reconocido y el condenado, y establecidas nuevas normas de integración social (Foucault, 1972).

En este espacio creado en el siglo XVII, que era el mundo de las internaciones, alianzas sombrías fueron establecidas en nombre del racionalismo y bajo la mirada atenta del pecado. Alianzas estas que cientos de años de psiquiatría positiva no lograrían romper, en tiempos futuros. Es interesante pensar que justo el racionalismo haya posibilitado esta confusión entre el castigo y el remedio, esta integración entre el gesto de pune y el gesto que cura. En esta articulación entre la medicina y la moral, la capacidad de la razón medica de hacer el bien mientras hace el mal, poco a poco fue siendo consolidada. La represión adquiere, de esta manera, una doble eficacia, la cura de los cuerpos y la purificación de las almas. El internamiento viabiliza, entonces, una realidad que sería la actividad principal de los asilos del siglo XIX: los castigos y terapéuticas, cuya fórmula fue asegurada por Pinel, que defendía la necesidad de abalar fuertemente la imaginación de un alienado y trasmitirle un sentimiento de terror (Foucault, 1972).

Posteriormente, ya en el siglo XVIII, los esfuerzos estuvieron enfocados en ajustar la vieja noción jurídica de “sujeto de directo” para le idea contemporánea de “hombre social”, en un proceso de reconciliación pautado por el Iluminismo. Este proceso condujo a la elaboración de la noción de locura y a organización de prácticas destinadas a ella. La medicina positivista del

[27] Traducción de la autora.

siglo XIX es heredera de esta idea. La enfermedad mental, que se volvió objeto de la medicina, fue lentamente constituida como unidad mítica del sujeto jurídicamente incapaz o perturbador al grupo, aún bajo el efecto del pensamiento moral del siglo XVII. En este contexto, en 1784, empiezan los internamientos de los locos precedido de un procedimiento judiciario minucioso, que determina el sujeto loco como persona jurídica. Por primera vez, la persona alienada es reconocida, jurídicamente, como incapaz y como loca (Foucault, 1972).

El siglo XVIII estuvo marcado por una serie de cambios en los ámbitos político, social y económico. Profundamente ligada al pensamiento iluminista, las transformaciones relacionadas con la Revolución Francesa y la Revolución Industrial - determinantes para el ascenso de la burguesía y para el progreso de las sociedades capitalistas - la Modernidad surge con la marca del surgimiento de una nueva forma de vivir en grupos. El movimiento propone una nueva estructura social, dividida en clases; una nueva forma de ver el trabajo y adecuación de la forma de vivir a una nueva disciplina social. Esas transformaciones son importantes para todos los aspectos que influyen en la vida humana, por lo que fue un período decisivo también en la historia de la locura (Vieceli, 2014).

El nacimiento del asilo

En el escenario de los asilos del siglo XIX, la locura ya no representaba la contradicción de vida racional, pero un aspecto de si mismo sin directo a la autonomía, como la niñez. En esta nueva realidad, los locos eran considerados niños con exceso de fuerza y que la pueden utilizar de manera peligrosa. Por eso, necesitaban de castigos y recompensas presentes, como parte de un nuevo sistema de educación que da un nuevo curso a sus ideas: subyugarlos en el comienzo, encorajarlos a seguir, aplicarlos al trabajo y tornarle agradable a sus ojos. La familia, desde finales del siglo XVIII, pasa a representar un papel decisivo en la reorganización de las relaciones entre locura y razón. El asilo funcionaba bajo el dominio de la iglesia, pero no tenía religión; él representaba el control de la moral y de la ética. Las marcas antiguas del sagrado desaparecen, en este momento, y abren espacio a la moral social. Los valores de la familia y del trabajo, todas las virtudes socialmente reconocidas, pasan a imperar en esta fase de los asilos. En fin, en las manos de Pinel, esta institución se vuelve un instrumento de uniformización moral y denuncia social (Foucault, 1972).

A la medida que el positivismo asume el control de la medicina y de psiquiatría, las prácticas destinadas a la locura se vuelven más sombrías, el poder del psiquiatra más milagroso y el par médico-paciente más singular y preocupante. Para el paciente, el médico empieza a aproximarse de Dios, una autoridad que actuaba en nombre del orden, de la moral, de la familia. Así, mientras el paciente se vuelve completamente alienado de la persona real de su propio médico, el médico se apodera del concepto crítico de la locura para disipar la realidad de la enfermedad mental. Bajo las formas vacías del pensamiento positivista, en la concepción del par médico-paciente, se resumen todas las alienaciones (Foucault, 1972).

La evolución de los antiguos asilos de Colombia puede ser observada en el cambio de los nombres a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el Hospital de Varones de la Beneficencia de Cundinamarca, en el principio era llamado de Asilo de Locos, más tarde Asilo de San diego, luego Manicomio de Varones. En 1937, cuando fue instalado en Sibaté, en 1937, recibió el nombre de Sanatório Frenopático y, años más tarde, entre la década de 60 y 70, pasó a ser llamado de Hospital Neuropsiquiátrico Sección Sibaté. En este mismo proceso, la primitiva Casa de las Locas, a partir de 1908 empezó a ser llamada de Asilo de Locas (El Aserrío), luego recibió el nombre de Frenocomio de Mujeres y, en entre las décas de 60 y 70, era conocido como Hospital Neuropsiquiátrico Sección Bogotá (Rosselli, 2009).

El periodista Osorio Lizarazo, en 1926, en una serie de visitas que hizo a los asilos de Bogotá - de las cuales resultaron reportajes y el libro “La Cara de la Miseria” - describió el entonces

Asilo de Locas como un “Carnaval de Espíritus”. El periodista cuenta la sensación de terror que sintió al depararse con las mujeres, en esta época llamadas de dementes, aglomeradas en estrechos bancos, tomando el Sol en ambientes de paredes ennegrecidas. Se escuchaban gritos agudos y absurdas manifestaciones de locura venidos de estas mujeres, cuyos cabellos revueltos les daban el aspecto de medusa mitológica y cuyas palidez y hinchazón de los rostros sin movimiento contribuían para exaltar el sentimiento de horror que lo invadía desde el principio (Rosselli, 2009).

> […] Las dementes dejan pasar la vida sin sentirla, la vida estéril y estúpida de la forzosa inactividad, esperando que la muerte corrija los desperfectos del cerebro, o que la tenacidad de los médicos haga que la psiquis actúe de acuerdo con las facultades corpóreas. Un ambiente de tristeza, de una tristeza mortal, fluye desde el pequeño cuadrado de cielo, también gris, que recortan las paredes de los patios, y se refleja en los rostros de todas aquellas mujeres inmóviles, condenas inexorablemente al predominio de la vida animal. (Rosselli, 2009)

A partir de la Figura 5, es posible entender la precariedad del asilo, que ocupaba una manzana hacia el extremo sur de la ciudad. De acuerdo a lo redactado por el doctor Carlos Landis, profesor de psicología de la Universidad de Columbia, en Nueva York, en su informe resultante de la Misión médica americana del *Unitarian Service Committee*, que pasó por Colombia en 1948, el Asilo de Locas disponía de una vieja estructura de ladrillo y teja con varios patios. Los edificios y prados estaban bien cuidados; así como los cuartos y laboratorios, limpios y aseados. Las pacientes eran alojadas en amplias salas compuestas apenas por fileras de camas, sin sillas, mesas o armarios para sus objetos personales. No había salas o sitios especiales para el abrigo de las enfermas en días de lluvia; ellas eran mantenidas en los patios descubiertos, en grupos de 200 o más, y pasaban el día sentadas en los pocos bancos que había o vagando sin rumbo. Todas descalzas, vestidas con largos vestidos grises (Rosselli, 2009).



Figura 5: Antigua portada del Asilo de Locas
Fuente: Rosselli, 2009

El periodista Osorio Lizarazo puntúa aún que, debido a la falta de dormitorios y a la escasez de muebles, era necesario que dos enfermas dividieran una misma cama de 90 centímetros de ancho, en la época llamada de catre. Las pacientes ocupan los patios con pisos cementados, que se mantienen continuamente húmedos para evitar el desaseo. Componiendo estos ambientes, hay una cantidad insuficiente de bancos de piedra, lo que obliga a la mayoría de las reclusas permanecieren de pie o utilizar el piso como silla y comedor. También había una cantidad escasa de baños, aproximadamente tres para cerca de 400 usuarias en un departamento y, en el otro, hay uno disponible para 300 usuarias. Las deficiencias en el tema del aseo generaban infecciones intestinales y disenterías que aumentaban el índice de mortalidad del asilo (Rosselli, 2009).

Complementando el escenario de la década de los años 40 y 50 en Colombia, los comentarios del doctor Carlos Landis en su informe deja claro que había un atraso en la psicología médica en Colombia. Se trata, en gran parte, del resultado de la actitud hacia la vida que adopta la población general y los médicos. Una actitud que considera los desórdenes mentales como resultado del pecado moral y la conducta contra la ética, y que caracteriza la pérdida de razón como castigo divino. Mientras esa actitud insensibilice la vida colombiana intelectual y emocional, y domine el pensamiento médico, hay poca esperanza de que se pueda hacer algo constructivo para una mejor higiene mental y psicoterapia adecuadas (Rosselli, 2009).

Esta realidad reafirma el escenario en el cual estaba introducido Colombia, caracterizado por un bajo numero de psiquiatras que hacían lo mejor dentro de las circunstancias presentadas, buscando referencias e influencias en Estados Unidos. La verdad es que la psiquiatría, como ciencia médica, todavía no había sido consolidada en Colombia. Ya se utilizaba la terapia de choque y la neurocirugía, pero la psicoterapia y la aproximación dinámica-psicológica a los problemas de la enfermedad mental, todavía no existían (Rosselli, 2009).

Sobre el campo de la medicina legal y de la psiquiatría forense, en la primera mitad del siglo XX[28], en 1934, el profesor Guillermo Uribe Cualla publicó la primera edición de su obra "Medicina Legal y Psiquiatría Forense", el texto que sirvió como base para la enseñanza de las Facultades de Medicina y de derecho de esta época. Años más tarde, en 1967, siguiendo la misma línea, el doctor Marco Castro Rey, médico-psiquiatra y abogado, director de la Sección Psiquiátrica nacional Carcelaria, publicó el "Manual de Psiquiatria Forense y Reflexología, con prólogos de Guillermo Uribe Cualla y Luis Carlos Pérez – penalista. El objetivo era fornecer a los estudiantes la orientación Pavloviana en Psicología y Psicopatología, a través de la Psiquiatría Forense, con base en la legislación colombiana (Rosselli, 2009).

Importante para entender esa perspectiva sobre la psiquiatría, que estaba siendo desarrollada en la segunda mitad del siglo XX, el manual contiene una primera parte que trata del tema de la Psicología a partir del abordaje de las manifestaciones normales de conciencia en la personalidad, que se organizan en tres ejes: intelectualidad, afectividad y voluntad o actividad. En la segunda parte del manual, fue abordado el tema de la Psicopatología, que trata de las manifestaciones anormales de conciencia, empezando por la patología de la atención y finalizando con la patología de las esferas intelectuales, afectiva y volitiva. En la tercera parte del manual, el autor aborda la Psiquiatría Forense a partir del sesgo del tratamiento jurídico y de la terapéutica general médica. Ya en la cuarta parte, fue abordado el tema de los Principios de Reflexología, con base en los sesgos de la actividad psíquica, la base fisiológica y fisiopatológica de las manifestaciones de conciencia y aplicaciones prácticas (Rosselli, 2009).

El Higienismo

[28] Este campo ha sido representado por el director del Instituto de Medicina Legal de Colombia, el profesor Guillermo Uribe Cualla, que se graduó como médico en la Facultad Nacional en 1920.

El primer momento en que la Higiene Mental fue oficialmente mencionada en el país fue en la Asamblea Médica reunida en Medellín, en 1933, en el discurso de uno de los conferencistas, el doctor Eduardo Vasco, que leyó el texto "Apuntes para una conferencia sobre Higiene Mental y Psiconeurosis Infantil". Entre las temáticas abordadas, se destaca la idea de fundar una Liga de Eugenesia y de Higiene Mental en la Academia de Medicina, aprovechando los datos fornecidos por los laboratorios clínicos y las nuevas conquistas de la psicopatología, a partir de la cual se pretende conocer los problemas relaciones con la educación sexual del público y su responsabilidad ante la sociedad y la raza, la preparación social a la herencia y la profilaxis de la delincuencia en general (Rosselli, 2009).

El doctor Vasco también aborda la temática de la enseñanza en las escuelas primarias que, de acuerdo con su planteamiento, debe enfocar en la práctica de la higiene mental de la siguiente manera: estudiar los niños y sus tendencias y orientarlos en función de eso; dedicar más atención a los niños precoces, que tienen más probabilidades de, futuramente, ser psicópatas; realizar las correcciones escolares de manera metódica y científica, evitando las impresiones penosas y los contagios psíquicos, que tienen la capacidad de atacar lo que hay de más frágil y noble en el hombre, su neurona; por último, él plantea la necesidad de buscar lo que hay de mejor en cada niño, visando cultivarlo y transformarlo en el núcleo de su educación, sobretodo en los inferiorizados física, mental y socialmente, y en los que carecen de personalidad definida, que futuramente son los candidatos al asilo, a la mendicidad o a la casa de corrección (Rosselli, 2009).

Más tarde, en 1943, Vasco abordó la importancia de la higiene mental en la salud pública a partir de la publicación del documento "Algunas consideraciones sobre Higiene Mental", en la cual plantea que según investigaciones recientes de la época, se puede presumir que la mayor parte de las psiconeurosis tienen esencialmente una causa orgánica, sea lesional o funcional, aunque los factores psicológicos morales y sociales funcionen como integradores. El doctor, en esta misma ocasión, también discurre sobre la alarmante propagación de las enfermedades mentales en el mundo y la carencia de una profilaxis, es decir, medidas preventivas, organizadas en Colombia para tratar de este asunto, que deben ser orientadas por una entidad ampliamente autorizada (Rosselli, 2009).

En este contexto, él también aborda la objeción a la organicidad de las psicosis, planteada en los estudios provenientes de la escuela de Viena, que tienen el psicoanálisis de Freud como método de diagnóstico y de tratamiento, además de las teorías de Pierre Janet sobre el análisis psicológico en estado de hipnosis y/o vigilia. Sin embargo, aunque los resultados positivos obtenidos por el psicoanálisis y el análisis psicológico sean innegables, desde el punto de vista higienista, los traumatismos psíquicos solo dejan huellas perdurables en las personas con temperamento predispuestos, es decir, cuya estructura psicofisiológica está ligada a anomalías congénitas en las regiones de la corteza donde ocurre la actividad psíquica, anomalías de organización, de reacción o de nutrición, anomalías imponderables e indomables, que resultan en una fragilidad de la personalidad (Rosselli, 2009).

Años más tarde, en 1965, Augusto Esquibel, un médico brasileño y consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Organización Mundial de Salud - que tenía su formación de médico desarrollada en Brasil y la de psiquiatra en Estados Unidos - realizó una inspección en los servicios de salud mental de Colombia. Bajo la perspectiva higienista, visitó a los servicios psiquiátricos en funcionamiento en las ciudades de Cúcuta, Bucaramanga, Barranquilla, Medellín, Cali y Cartagena, evaluando sus servicios, instalaciones y dinámicas. La información obtenida fue utilizada en la creación del Informe sobre la Salud Mental en Colombia, que establece un conjunto de recomendaciones para los problemas encontrados (Rosselli, 2009).

En este informe, Esquibel comenta sobre la falta de un programa nacional general de salud mental, creado para establecer normas acerca de los cuidados con los pacientes mentales; el

déficit de clínicas de salud en los centros de higiene; el bajo número de hospitales generales con servicio de psiquiatría disponible, que sumaban apenas cuatro en la época; y la ausencia de servicios especializados en niños o adolescentes emocionalmente perturbados. Además, denuncia la escasez de trabajadores en el campo de los recursos humanos en salud mental. En este contexto, también cita la falta de programas de capacitación en psiquiatría para trabajadores sociales, psicológicos, de enfermería, de terapia recreativa o ergoterapia (Rosselli, 2009).

Otra temática importante abordada en la informe trata de la problemática relacionada a los pacientes que se han hecho crónicos debido al proceso de institucionalización, bastante asociado a la baja cantidad de psiquiatras disponibles o a la utilización inadecuada de estos profesionales en la dinámica hospitalaria. “Algunos pacientes no han sido vistos por un médico por periodos prolongados”. Es posible decir que parte de esta problemática también está asociada al proceso de formación profesional psiquiátrica, que en lo respecta a la enseñanza de conceptos psicodinámicos, eran insuficientes. “El problema de la educación y el adestramiento de los varios trabajadores de Higiene Mental en Colombia parece ser uno de los más graves de los que confrontan las autoridades de higiene mental […]” (Rosselli, 2009).

Entre las recomendaciones planteadas por Esquibel en el informe, están la creación de una Junta Asesora Nacional de Salud Mental que, bajo la autoridad del Ministerio de Salud Pública, esté encargada de establecer programas nacionales de salud mental; el mayor desarrollo de la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, visando mejoras diversos aspectos de la dinámica de salud mental pública; y la mejoría de los programas de entrenamientos de residentes, direccionando sus pensamientos médicos hacia la psiquiatría de la comunidad y al manejo de pacientes psiquiátricos en hospitales generales (Rosselli, 2009).

Reflexiones sobre la llegada de la psiquiatría

Observando el proceso de llegada de la psiquiatría en el continente americano, que se desarrolló bajo la influencia del nacimiento de la psiquiatría en Europa, en el siglo XIX, es posible concluir que parte de la asimilación y aplicación de los conceptos de higienismo y eugenesia, un marco en el mundo occidental, sirvieron como fundamento para la consolidación de la relación entre la psiquiatría y la enfermedad mental. El papel de la psiquiatría en el mundo, en América y en Colombia, cumple, en varios aspectos, un rol especifico de control social estipulado por las leyes higienizantes que marcaron el occidente en el siglo pasado (Parra, 2015).

Según Foucault (2010), la psiquiatría no surgió como desarrollo del saber médico, si no que, como práctica de la higiene pública, teniendo en vista la protección social contra los peligros de las enfermedades mentales, que amenazan la sociedad. Para se institucionalizar, la psiquiatría tuvo que encuadrar la locura como dolencia, transformarla en patología y manejarla bajo el sesgo de la medicina. Así la psiquiatría se estableció como autoridad en el tema de locura. A partir de entonces, la historia de la locura, desde la perspectiva de la ciencia, fue contada como una historia lineal de la enfermedad mental (Vieceli, 2014).

Una reflexión interesante acerca del proceso de consolidación de la psiquiatría como una vertiente de la medicina es la de Thuillier. El plantea que, diferente de las otras ramas de la medicina, que tienen sus hechos y descubiertas condecoradas por el público, para la psiquiatría y sus medios terapéuticos, en nombre de la libertad, las personas han acumulado críticas y acusaciones por veces injustas e infundadas. Una hipótesis para tal comportamiento sería que el público ignorante queda perplejo ante esta especialidad médica misteriosa, difícil de abordar y de comprender y que, incluso, genera miedo. Nadie sabe exactamente lo que provoca la locura y, peor, hay los que defienden que es una enfermedad incurable. Sumando al escenario las extrañas y invasivas terapéuticas - internamientos arbitrarios, electrochoques,

comas insulínicos, cirugía cerebral, camisa química - propuestas por la psiquiatría, se compone un medio un tanto difícil de acceder. No es de extrañar que la reacción del público sea "acusar a los psiquiatras de drogar a los agitados, de transformar a los violentos en corderos aterrorizados, de convertir a los homosexuales en impotentes" (Thuillier, 1981).

Esta, sin embargo, es apenas una perspectiva. Thuillier, por ejemplo, defiende que, gracias a los desdoblamientos y descubiertas de la psiquiatría, se ha transformado el escenario de los enfermos mentales. Los nuevos medicamentos descubiertos hacia los años 50, que caracterizan la psicofarmacología, transformaron positivamente la imagen que se tenía de la locura. Una verdadera revolución empezó a suceder y a transformar la psiquiatría, concediéndole un lugar entre las disciplinas médicas, de las cuales había sido excluida. Se ha visto desaparecer, en los manicomios, el uso de la camisa de fuerza, así como disminuir tratamientos invasivos como la cura de Sakel - el coma insulínico, explicado más adelante -, el electrochoque y las intervenciones psicocirugías. El uso de medicamentos también contribuyó en la disminución del tiempo de internación de los pacientes y en el proceso de retornar a la vida activa (Thuillier, 1981).

> Hay que hablar claro y con veracidad. A veces, los psiquiatras se han servido de «venenos de la mente», pero tan solo para encontrar los «medicamentas del cerebro» a lo largo de una apasionante aventura. Yo he vivido esta aventura de la psicofarmacología, es decir, de la ciencia que ha puesto a punto los medicamentos de la psiquiatría moderna. (Thuillier, 1981)

6.1.2 Histórico de terapias psiquiátricas y la psicofarmacología en Colombia

Con la llegada de la era psicofarmacológica a Colombia, en los años cincuenta, que coincide con la instauración del psicoanálisis y de la psicoterapia analíticamente orientada, la psiquiatría colombiana sufrió cambios significativos en lo que se refiere al tratamiento de la enfermedad mental, que ha existido en todas las épocas y culturas. La entrada de la era moderna y la influencia de la psiquiatría norteamericana, en sustitución a la europea, que predominaba en Colombia, trajo un nuevo escenario para lo que antes estaba en las manos del curanderismo, bajo experiencias y conocimientos ancestrales, y procedimientos médicos sin tanta evidencia científica (Rosselli, 2009).

En este sentido, los primeros registros de tratamientos para la locura, en el actual territorio colombiano, presentan los hábitos de los indígenas precolombinos, que encerraban sus pacientes en jaulas pequeñas, adornadas con pinturas cabalísticas o rituales, a fin de expulsar el espíritu de la locura. Asimismo, los indígenas *kogui*, de la Sierra Nevada de Santa Marta, eran conocidos, por tribus de los alrededores, por sus conocimientos teológicos, éticos y psicoterapéuticos, y solicitados para tratar dolencias psíquicas a partir del método de la confesión y purificación (Rosselli, 2009).

En el siglo XVII, después de la época de la Colonia, los registros demuestran que los enfermos mentales, muchas veces debido a la ausencia de médicos titulados, eran tratados por curanderos, como el reconocido José Rendón. En este contexto, eran utilizados conocimientos empíricos, culturales y ancestrales, sin aporte científico, en tratamientos basados por la utilización de hierbas, piedras, baños y animales, como en esta prescripción hecha por José Rendón, en el año de 1653, que puede recordarnos la polifarmacia[29] que aun hoy es utilizada en el tratamiento de desordenes mentales (Rosselli, 2009):

[29] Polifarmacia es el uso simultáneo o excesivo de diversos medicamentos. Esta práctica representa una mala adherencia a los esquemas terapéuticos, que genera deterioro en la calidad de vida, cascadas de prescripción y en general mayor morbimortalidad (Rodríguez, Hernández & Medina, 2015).

> La primera y principal (medicina) fue el agua de azahar con la piedra besalmás (sic) (sin duda quiso decir piedra bezoar), nueve días a tarde y a mañana baños de leche, y otros nueve baños de vino con romero y más el romero puesto entre dos paños en la cabeza, y otros nueve días la altamisa a tarde y a mañana; y cinco gallinazos: los tres sacados con alquitara y los dos cocidos con plumas y todo, y luego la yenda de la persona y la del lagarto y luego el defensable en todas las especies de la cabeza[...] (Rosselli, 2009).

Solo en el siglo XVIII surgió el primer escrito colombiano que aborda la temática psiquiátrica, donde José Celestino Mutis, un médico considerado el padre de la medicina colombiana, aborda, de manera compadecida, las causas orgánicas y psicológicas de las hipocondrías, hoy llamadas de depresiones. En este contexto, el desaprobaba el uso de remedios mágicos por parte de curanderos o hechiceras, aunque esté de acuerdo con "el uso dilatadísimo de los banños de agua fría; el alimento blando y humectante; la bebida de la misma naturaleza; las lavativas frecuentes de agua y un ejercicio moderado a pie o a caballo", y recomendaba la psicoterapia, descripta, en la época, como la necesidad de buscar consejeros (Rosselli, 2009).

Sin embargo, en la misma época, Cordovez Mourev (1962) relata el terror que sufrían los pacientes psiquiátricos cuando sometidos a aplicaciones como lavatiba, práctica común entre los médicos de Bogotá para combatir las convulsiones. El imán también era utilizado en el contexto psiquiátrico para el tratamiento de histerias, así como la inhalación de oxígeno (Rosselli, 2009).

Por otro lado, también era común el uso de fármacos como el Diacodión - compuesto por 0,05% de opio - utilizado como sedante, analgésico y hipnótico; la Melisa (*Melisa oficinalis*), utilizada como excitante, cordial, sudorífica y antiespasmódica; el Diente de León (*Leodontum taraxacum L.),* utilizado como diurético y laxante; y la Bálsamo de la Meca - trementina extraída del Amyris opobalsamwn - utilizada contra las neuralgias, la ciática y los cólicos hepáticos (Rosselli, 2009).

Solo cincuenta años después los médicos colombianos empezaron a mirar hacia las enfermedades mentales de manera científica, según datan las revistas científicas. En 1875, por ejemplo, fue publicado el primer trabajo nacional sobre psicosis, "Locura curada con inyecciones hipodérmicas de morfina: Observación tomada de la Clínica del Dr. Plata Azuero por Florentino Ángulo", en la Revista Médica de Bogotá, con la descripción de tratamientos mentales realizados en las salas del hospital general, tendencia que ha vuelto al contexto psiquiátrico. Sin embargo, el tratamiento con morfina no se popularizó, posiblemente por consideraren que el medicamento era peor que la enfermedad (Rosselli, 2009).

En 1888, el profesor Manuel Plata Azuero publicó, en Bogotá, el "Tratado de Terapéutica General y Especial", que abordaba algunas prácticas de la terapéutica psiquiátrica basadas en el uso de agentes terapéuticos como Modificadores de la Inervación: la estricnina y la brucina, consideradas Excitomotores; la valeriana, del grupo de Moderadores Reflejos; y el opio, la morfina, el hidrato de cloral y la narceína, considerados Moderadores Hipnóticos o Narcóticos (Rosselli, 2009).

En 1890, fue escrito, por los doctores Nicolás Osorio y Pablo García Medina, el "Diccionario de los Medicamentos Nuevos", donde se reconocía el uso de nuevos hipnóticos, como el paraldehído, el uretano, el sulfonal y el tetronal, en sustitución al hidrato de cloral. También se expuso el uso del bromuro de níquel para la epilepsia, la melancolía y las afecciones histéricas; la hioscina y la hiosciamina para la enajenación mental; la cloralosis, la morfina y el sulfato de quinina para la histeria; y el picrotoxina para la depresión (Rosselli, 2009).

El este mismo contexto, se presentaba el hipnotismo como anestésico y se empezaba a considerar la opoterapia, que se trata de la utilización de inyección de líquido testicular de perros y conejos, como una posibilitad para pacientes alienados estuporosos (Rosselli, 2009).

Estas prácticas representan la pobreza del tratamiento de las enfermedades mentales que se extendió en Colombia hasta la mitad del siglo XX, con la llegada de nuevas formas de tratamientos biológicos. Como ejemplo, está la aplicación del Absceso de Fijación, también conocido como Absceso de Fochier, para las psicosis agitadas. El tratamiento, utilizado para provocar un choque proteínico que teóricamente calma la agitación, consistía en la inyección subcutánea de una mezcla de trementina y éter que provocaba gran inflamación, fiebre, dolor y, en consecuencia, la inmovilización forzada del paciente. Después, con el advenimiento del electrochoque y de los neurolépticos, este tratamiento cayó en desuso hasta que desapareció completamente (Rosselli, 2009).

En 1917, la Malarioterapia fue presentada como opción para la parálisis general, una forma de neurosífilis, por Jauregg - hecho que le valió en Premio Nobel. La técnica fue introducida a Colombia, en 1925, por el Profesor Maximiliano Rueda, quien expuso una estadística de 33% de resultados satisfactorios para un total de 300 casos. Este tratamiento cayó en desuso con la descubierta de la penicilina para el tratamiento de sífilis (Rosselli, 2009).

Historia de los Tratamientos psiquiátricos

1. Cura de Sakel

En este contexto, la Insulinoterapia, descubierta por Sakel, en 1933, como opción para el tratamiento de la esquizofrenia - a partir de comas insulínicos - fue introducida, cuatro años después, en Colombia, por Julio Manrique y Alfonso Agusti Pastor, y utilizada por cerca de 25 años. Asimismo, la Cardiazolterapia fue utilizada en Colombia, desde 1938, por Julio Manrique y Luis Jaime Sánchez, para agitaciones psicóticas de los esquizofrénicos. Ambos procedimientos están olvidados hoy en día (Rosselli, 2009).

El método de Sakel empezó a ser concebido en la época que el trataba morfinómanos – que son adictos a la morfina - en el hospital de Lichterfelde, en Berlín. En estas ocasiones, el observó que la eliminación progresiva de la droga provocaba en los enfermos una sobreexcitación, probablemente debido a la superactivación del tiroides y de la suprarrenal. La idea de que una sustancia antagónica podría disminuir el tono simpático, calmar los sistemas endocrinos y atenuar la excitación, hizo que Sakel eligiera la insulina para sus experimentos. Hoy en día, se sabe que su razonamiento estaba incorrecto, pero, en este período, el invento fue importante; el había inventado el primer tratamiento biológico para la esquizofrenia. Su hecho fue reconocido con un premio Nobel, que le fue concedido por su descubrimiento, en 1923 (Rosselli, 2009).

Este proceso ejemplifica un escenario común de la época: ante la ineficacia de los medicamentos de la farmacopea para tratar enfermedades psiquiátricas, cuando un nuevo producto era introducido en la terapéutica de la medicina general, algunos psiquiatras lo probaban “para ver”. Era común verlos empezando la administración de cualquier nuevo medicamento con la dosis media y subir gradualmente la posología para obtener resultados, llegando a alcanzar casi la dosis tóxica, que caracteriza una curación por medio de tratamientos de choque (Thuillier, 1981).

El procedimiento consistía en provocar un coma insulínico en el paciente, haciendo que la superficie de su cerebro deje de funcionar y que solo exista vida vegetativa. El coma libera las regiones bajas del control de la materia gris y reduce el paciente a un nivel de adaptación primitivo. Era común ver al paciente, durante el procedimiento, “inundado de sudor, echando

babas, gimoteando, relativamente tranquilo, sin reflejos, y apenas sensible al pinchazo". La duración del coma no podía ultrapasar la fase en que ya no era posible reanimar el paciente, pero tampoco podía ser insuficiente al punto de no hacer efecto. Del punto de vista psicológico, el paciente salía del coma en profundo estado de regresión, momento propicio para hacer una remodelación de las funciones psicológicas y fisiológicas (Thuillier, 1981).

2. Lobotomía

Por otro lado, la psicocirugía fue iniciada, en 1936, por Egas Moniz, quien recibió un Premio Nobel de Medicina por este hecho, y fue introducida en Colombia por Mario Camacho Pinto y Luis Jaime Sánchez, y aún sigue siendo utilizada esporádicamente en los países desarrollados. Entre los procedimientos involucrados por la psicocirugía, están la lobotomía prefrontal bilateral, la lobotomía bimedal y el método de Poppen (Rosselli, 2009). Esta primera lobotomía, realizada en la década de 30, contó con la ayuda del neurocirujano portugués Almeida Lima. En esta época, la mortalidad de este procedimiento era del 1% al 2% y los efectos era pacientes más tranquilos o indiferentes (Thuillier, 1981).

Egas Moniz, neurólogo y antiguo alumno de la Salpétrière, defendía la hipótesis de que las ideas mórbidas se intensifican si no son frenadas inmediatamente, provocando el estímulo continuo de las células nerviosas. En este contexto, le impresionaba el facto de que algunos tipos de enfermos mentales tenían una vida psíquica restringida, compuesta por un ciclo limitado de ideas que domina las demás y ocupa constantemente el cerebro del paciente. Pensando en desconectar estas ideas mórbidas de sus centros de resonancia, Moniz consideró que el lugar de incisión debería ser en la conexión entre el tálamo, que es el centro de relevo de las impresiones sensoriales, y los lóbulos prefrontales, que las hace inconscientes. De ahí nace la idea de seccionar las fibras tálamo-corticoprefrontales (leucotomía o lobotomía), a fin de interrumpir este relevo, o la extrair parcialmente la zona cortical del lóbulo frontal (topectomía) (Thuillier, 1981).

3. Electrochoque

Después, en 1941, el Electrochoque fue introducido en Colombia por Julio Asuad, y ampliamente utilizado hasta la década de 60. Aunque hoy en día sea relatada una cierta fobia acerca de este tratamiento, todavía sigue siendo utilizada en algunas clínicas psiquiátricas (Rosselli, 2009). La historia del Electrochoque empezó con el descubrimiento, por parte de Ladislas Joseph von Meduna, director del hospital psiquiátrico de Budapest, de que la neuroglia – envoltura de las células cerebrales – tenía carácter muy espeso en los epilépticos y muy fino en los esquizofrénicos. La conclusión encontrada era la de que las enfermedades deberían ser antagónicas y que las crisis epilépticas, si provocadas en los esquizofrénicos, podría curarlos. Sus estudios también lo llevaron a percibir que la epilepsia y la esquizofrenia no coexistían casi nunca en un enfermo, lo que reafirmaba la hipótesis de que, si un esquizofrénico se volvía epiléptico, se curaba de la enfermedad. Hoy se sabe que su hipótesis, sin embargo, era superficial (Thuillier, 1981).

Meduna empezó ministrando el alcanfor y luego el cardizol para provocar crisis de epilepsia; los resultados obtenidos fueron positivos no solo para la esquizofrenia, pero también para las psicosis que se acompañan de depresión y melancolía. El método, sin embargo, fue abandonado porque provocaba crisis tónicas brutales, fases de angustia y la frecuencia relativa de síncopes y de fracturas cerebrales. Más tarde, perfeccionando la técnica de la crisis epiléptica eléctrica, Ugo Cerletti y su asistente, Lucio Bini, desarrollaron el electrochoque. En la década de 30, mientras realizaba la autopsia de cadáveres de epilépticos, Cerletti observó un endurecimiento de la materia cerebral en una región específica del cerebro y le causó curiosidad la relación de la crisis epiléptica con este facto. A fin de sanar su duda, empezó a generar crisis epilépticas con corrientes eléctricas de 125 voltios en perros (Thuillier, 1981).

Cerletti estaba motivado por los efectos adversos causados por el método de Meduna, basado en la epilepsia cardiozólica, que el percibía, en sus propias experiencias, ser doloroso para el paciente, porque no provocaba una pérdida de consciencia inmediata y estaba precedida de una sensación de asfixia angustiosa para el enfermo. Así, observando los perros del experimento - que tenían una pérdida inmediata del conocimiento - y considerando la literatura médica - donde constaba que, entre los casos de pacientes que sobrevivieron a electrocuciones, ninguno se acordaba de las circunstancias del accidente - el pensó en sustituir la crisis de epilepsia eléctrica, a fin de lograr suprimir la angustia de la fase premonitoria de la crisis cardiazólica (Thuillier, 1981).

Siguiendo este principio, en marzo de 1938, Certletti, por medio de un aparato simple creado con la colaboración de Lucio Bini, sometió a un esquizofrénico por primera vez al electrochoque. Un mes después, los primeros resultados fueron comunicados, un método sencillo que provocaba amnesia total del enfermo e importantes resultados en los melancólicos. Consideraciones que lo popularizaron rápidamente (Thuillier, 1981).

Hoy en día, las nuevas generaciones de psiquiatras se escandalizan con las prácticas asociadas a los tratamientos biológicos de la primera mitad del siglo XX, que precedieron los psicofármacos y la psicoterapia. De acuerdo con Humberto Rosselli, graduado en la época de los electrochoques, el entusiasmo de estas prácticas, que marcaron una época idealista y romántica, se daba por las múltiples recuperaciones generadas por estos tratamientos, que no eran considerados tan crueles o bárbaros. No se sabe si el proceso de recuperación ocurría debido a los cambios neuroquímicos o neurofisiológicos que producían o debido a la mística contagiosa de los médicos de la época (Rosselli, 2009).

Psicofármacos

En este contexto, la era de los psicofármacos llegó a Colombia en la década de los años 50, principalmente por medio de la hibernoterapia, que fue descubierta en Francia y traída por los médicos Julio Asuad y Andrés Didier. El tratamiento producía una sedación continua en la agitación psicótica. Desde entonces, el desarrollo de la psicofarmacología clínica en el país ha sido constante y progresiva, se extendiendo para prácticamente todas las ramas de la medicina (Rosselli, 2009).

Neurolépticos

Este escenario empezó a ser construido con la descubierta de los neurolépticos, uno de los más grandes descubrimientos terapéuticos de mediados del siglo, por ser una alternativa a los choques, que tenían muchas contraindicaciones relacionadas al choque operatorio, temido por el cirujano, porque ponía la vida del paciente en riesgo, pero visado por el psiquiatra, que buscaba un choque psicológico. El Largactil y la Clorpromazina son ejemplos de neurolépticos, sustancias que se apoderan del sistema nervioso del paciente, lo deprime selectivamente y hace disminuir el psiquismo exaltado. Años más tarde, el Dr. Jean Thuillier, que participó de la fase de experimentación de los neurolépticos, hizo un comentario interesante acerca de este hecho que ejemplifica una de las miradas presentes en el campo de la psiquiatría en la década de 80 (Thuillier, 1981):

> Cualesquiera que sean las definiciones, las palabras nuevas y las descripciones clínicas, el descubrimiento está ahí, preciso, brillante y neto: por primera vez un medicamento curaba los trastornos mentales mayores, sin recurrir al sueño, a la hidroterapia y a los choques eléctricos o insulínicos. Calmando la agitación, disminuyendo el delirio, realizaba el objetivo que desde hacía mucho tiempo todos los psiquiatras querían alcanzar: reducir lo más rápidamente posible todas las muestras de la locura y restaurar

> un estado mental satisfactorio para una reinserción familiar y social en óptimas condiciones (Thuillier, 1981).

Entre los resultados registrados en la época también estaba na disminución del tiempo de internación de los pacientes, como los agitados, que antes quedaban meses o años en los manicomios. Con el Largactil, por ejemplo, era posible hacer desaparecer el delirio de un paciente de estos y liberarlo del hospital en algunas semanas. Estos resultados movieron la relación entre los psiquiatras que apoyaban el desarrollo de los psicofármacos y los más tendentes a la psicoterapia. El principal punto observado entre las dos líneas de pensamiento era el tiempo de tratamiento necesario para obtener resultados. Las confidencias sobre el diván, el análisis de los discursos, la transmisión afectiva, resultaban en efectos más tardíos, si comparados a la toma de un comprimido, cuyo efecto se siente inmediatamente. En este sentido, había psicoanalistas que conservaban sus métodos, pero que se mantenían abiertos a los descubrimientos de la psicofarmacología, pero también había otros irreductibles (Thuillier, 1981).

Antidepresivos

Así como los neurolépticos, el Trofanil, primero antidepresivo triciclo, también fue descubierto bajo una serie de experimentos e intentos. La verdad es que sustancia no dio resultados satisfactorios rápidamente, en los primeros experimentos realizados. Pero gracias a la persistencia de los centros hospitalouniversitarios, a Robert Domenjos y a Roland Kuhn - quien publicó los resultados positivos de sus experimentos con el Trofanil, en 1957, que se trataba del primer trabajo sobre uno de los dos tipos de antidepresivos verdaderos, los antidepresivos tricíclico - la sustancia fue reconocido como la primera quimioterapia de la melancolía y de las depresiones, pudiendo, en un gran número de casos, remplazar al electrochoque (Thuillier, 1981).

La casualidad que acompañaba el descubrimiento de los neurolépticos también hizo que nuevos estudios sobre el funcionamiento de estas sustancias en el organismo fueran realizados. Así, aplicando la Reserpina en mamíferos, fue descubierto que las monoaminas desaparecían casi por completo del cerebro de estos animales. Las monoaminas son sustancias químicas presentes en el cerebro que son llamadas de neurotransmisores; gracias a ellas el sistema nervioso funciona y transmite informaciones. Como una de las características de los animales inyectados con la Reserpina era sus estados tranquilos, abatidos y deprimidos, concluyeron que la disminución de monoaminas llevaba a la calma y la sedación. Así, para obtener un efecto antidepresivo, concluyeron que sería necesario paralizar la oxidasa que destruye las monoaminas, que se llama monoaminooxidasa. El inhibidor de monoaminooxidasa (I.M.A.O.) es presentado entonces como el segundo tipo de antidepresivos verdaderos (Thuillier, 1981).

Es interesante puntuar que no había disputa en la utilización de uno u otro de esos dos tipos de antidepresivos, porque a cada uno fue atribuido su debido eje de actuación, que permitía tratar selectivamente las diferentes categorías de depresión. En este sentido, el síndrome melancólico franco, con dolor moral, angustia, inhibición, ideas de incurabilidad, de incapacidad y de suicidio, que eran indicaciones de electrochoque, podían ser tratadas con Trofanil, bajo vigilancia medica. Ya las depresiones simples, exógenas o reaccionales con astenia psíquica y física, inquietud, desánimo, competían a los El inhibidor de monoaminooxidasa (I.M.A.O.) (Thuillier, 1981).

Sobre este proceso de búsqueda de la cura para los pacientes depresivos, Thuillier hizo un comentario interesante que demuestra la profundidad de la enfermedad:

> Es una tarea curiosa, es ejercicio de un arte difícil, atender a un deprimido. Se domestica, se calma a un loco furioso, se trata de una prueba de fuerza física y moral que interpreta su papel en un sentido preciso. Pero la inmovilidad, la tristeza no se resuelven bajo la presión de un atropello, ni con un espectáculo alegre. Empujando la máquina, ésta no va a ponerse en marcha. Hay que entrar en el mecanismo, reunir de nuevo las piezas dispersas, construir una voluntad, una motivación, e indicar la vía a veces muy estrecha por donde, tras una marcha más o menos larga, se encontrará la salida hacia la acción y sobre todo las ganas de actuar y de vivir (Thuillier, 1981).

Tranquilizantes

Posteriormente, los depresivos medulares empezaron a ser experimentados; se tratan de productos químicos que, sin destruir la médula espinal, la intoxican momentáneamente y disminuyen sus funciones de transmisión de la actividad espontánea y refleja de los nervios y músculos. Los depresivos medulares también son, entonces, relajantes musculares, relajantes psíquicos y, por tanto, tranquilizantes. La acción de la Mefenesina como depresivo medular empezó a ser analizada en 1946, por Berger y Bradley. En 1947, el producto fue recomendado como relajante muscular por Mallison. En 1948, Berger y también Schwartz, Schlan y Unna, demostraron su acción como relajante psíquico, capaz de calmar la ansiedad sin trastornar la conciencia y sin hacer dormir (Thuillier, 1981).

Es importante que los tranquilizantes sean ministrados por los psiquiatras en el momento oportuno, a fin de tratar los síntomas para los cuales son eficaces, y el uso debe ser suspendido al alcanzar el resultado esperado. El tema de la prescripción de tranquilizantes para pacientes que no lo necesitan impulsa una situación desfavorable, que es la generalización de esos medicamentos a enfermedades de cualquier tipo. El hecho de que la persona presente trastornos o malestares de sesgo psicológico no justifica la prescripción automática de los tranquilizantes. Hay que escuchar, preguntar, analizar e intentar resolver el conflicto antes de ofrecer el tratamiento, que debe ser discontinuo. Contrario a los neurolépticos, que son ministrados en dosis regulares y continuas a los pacientes psicóticos durante años, los tranquilizantes cuando utilizados sin descansos pueden conducir al hábito. Hay relatos de accidentes por privación en adictos a los tranquilizantes (Thuillier, 1981).

Esta realidad, sin embargo, puede ser evitada, si los tranquilizantes fueren juiciosamente prescritos. El Equanul, por ejemplo, es utilizado desde hace más de 20 años y no es peligroso, pero debe ser utilizado bajo orientación médica. Es importante resaltar eso porque el uso generalizado de este medicamento resultó en su calificación como “aspirinas psicológicas”, fue banalizado. Sobre el tema de los tranquilizantes, Thuillier comenta (Thuillier, 1981):

> Si tuviera que juzgar los tranquilizantes por su mayor virtud, iría a buscarla al abrigo de las controversias que levantan, en la calma y la paz que traen a la mente oprimida por el miedo. Porque su mérito esencial es dispersar la inquietud y los miedos difusos que engendran la angustia para hacerlos desaparecer o, al menos, para disimularlos bajo una máscara de plácida serenidad (Thuillier, 1981).

Los descubrimientos sucesivos de los neurolépticos, de los antidepresivos y de los tranquilizantes permitieron comprender algunos aspectos del funcionamiento cerebral y suplieron una grande demanda de los psiquiatras, que ahora acompañaban cambios absolutos en la imagen y en el tratamiento de la locura, proporcionado por esos descubrimientos. En la década de 80, los resultados de ese hecho eran comprobados estadísticamente, había disminuido el número de internos en los manicomios y aumentado el número de enfermos tratados a domicilio y la reinserción del paciente, que ahora podía incluso trabajar, se volvía una realidad (Thuillier, 1981).

6.1.3 Perspectivas mundiales y normativas de salud mental colombianas

En contra a lo que defiende la Organización Mundial de la Salud (OMS) - que declara la importancia de la salud mental a partir de la promoción del bienestar, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales - la salud mental en Colombia sigue siendo deficiente. Debido a la inadecuada implementación y interpretación de las normas, una dura realidad se sostiene bajo el papel de desprecio que ocupa la salud mental en el contexto de las políticas públicas colombianas (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

La definición de salud mental es amplia. Por salud, se entiende un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Así siendo, salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales, involucra un concepto de bienestar más subjetivo, que abriga autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Como fruto de la consolidación de esos aspectos, que generan el bienestar en la persona, está la capacidad de reconocer sus habilidades, de enfrentar el estrés cotidiano, de trabajar de manera productiva y de contribuir en a comunidades. Ella permite que individuos y comunidades se relacionen y alcancen sus objetivos. Por eso los problemas relacionados a la salud mental afectan a la sociedad como un todo, no grupos aislados, como está presente en el estigma. Así se comprende porque salud mental es materia de interés para todos, no apenas para las personas con enfermedad mental (OMS, 2004)

El facto de que la salud mental haya sido objeto de desatención en la mayor parte del mundo, que no haya recibido la misma importancia que la salud física, tiene que ver con el muro del estigma y de la discriminación que la ha ocultado durante largo tiempo. Por otro lado, el hecho de que en los últimos años haya crecido la conciencia sobre el potencial que ya existe para hacer progresos en la salud mental (OMS, 2004), es resultado de un largo proceso de rompimiento de las estructuras de este muro que, como visto en el Histórico de la Locura de Foucault, viene siendo construido desde por lo menos la Edad Media.

La “promoción de salud” mental es un ejemplo de conducta que facilita instrumentos para el individuo ganar control sobre su salud y mejorarla. Por lo cual se puede decir esa conducta también tiene una relación directa con la mejora de la calidad de vida, no apenas con la disminución de síntomas. En este sentido, ya hay evidencias por ejemplo de que factores psicológicos, sociales y conductuales tienen la capacidad de proteger la salud y favorecer la salud mental, resultando en la resistencia a las enfermedades, en el retardando y disminución de la aparición de discapacidades y en un restablecimiento más acelerado de las enfermedades (OMS, 2004).

Las intervenciones psicosociales - como la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones de grupo con base familiar - en este escenario, se presentan como alternativa para prevención del desarrollo de trastorno como la ansiedad, por ejemplo, además de reducir los síntomas depresivos y los problemas de conducta. Ya la prevención de suicidios e intentos de suicidios en los jóvenes escolares, por otro lado, puede ser asegurada por programas escolares que incluyan modificaciones apropiadas en la política escolar, en la actuación de los profesores y de los padres, el manejo adecuado del estrés y el desarrollo de una serie de aptitudes importantes para la vida (OMS, 2004).

La magnitud del problema

La importancia de esta temática es evidente cuando accedemos al siguiente dato del Estudio Nacional de Salud Mental de 2003: 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años presentó algún trastorno mental – de los clasificados en los criterios del DSM-IV - alguna vez en su vida, siendo que 16% de ellos reportó la ocurrencia en los últimos 12 meses y 7,4%

durante los últimos 30 días. De los tipos de trastorno, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, con un índice de 19,3%, luego viene los trastornos del estado de ánimo, con el 15%, y por último, los trastornos de uso de sustancias psicoactivas, con un índice de 10,6% (Ministerio de la Protección Social, 2003). La Encuesta Nacional de Salud Mental (2005) también expone una realidad que merece atención: 10% de los adultos entre 18 y 44 años y 12% de los adolescentes tiene algún problema relacionado a enfermedades mentales (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

En una escala mundial, se sabe que 450 millones de personas sufren de trastorno mental o de conducta. Además, ya es de conocimiento general que alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Otro dato que pone la sociedad en alerta en cuanto a la salud mental de nuestras poblaciones es que una en cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Considerando que frecuentemente los cuidadores primarios de una persona con trastorno mental son los miembros de su familia – lo que impacta directamente en la calidad de vida familiar - es de impresionar el número de personas que pueden estar indirectamente afectadas por la problemática de la salud mental en nuestras sociedades, y muchas veces en silencio o siendo ignoradas. La preocupación también está en facto ya conocido: el número de individuos con trastorno mental tiende a aumentar con el envejecimiento de la población y como resultado de conflictos sociales (OMS, 2004).

Entre las barreras que impiden que las personas accedan a una atención apropiada en salud mental, está el estigma - que estimula la victimización de las personas con trastornos mentales por su condición, y su consecuente discriminación, obviamente injusta. Esta realidad perjudica incluso el acceso a vivienda, a empleo y demás oportunidades ofrecidas por la sociedad. Otras barreras son los planos de seguro de salud discriminatorios, prioridades incorrectas – como la baja inversión o la mala distribución de la inversión en salud mental – y personal del nivel primario de atención inepto – que no son capacitados para reconocer y tratar adecuadamente los pacientes mentales. El déficit de medicamento también es una barrera para el desarrollo de una atención integral; sobre eso, se sabe que el 20% de los países que tienen acceso a los medicamentos esenciales que se utiliza para proveer medicamentos terapéuticos (que suman 85%) no tiene ni un medicamento antidepresivo, antipsicótico y antiepiléptico en el nivel primario de atención (OMS, 2004).

Este escenario también puede ser explicado, por ejemplo, por una baja inversión. Según la OMS, el gasto anual promedio de los países en salud mental es inferior a US$ 3 por habitante; en los países de bajos ingresos, la situación es aún peor, se gasta un valor promedio de US$ 0,25 anualmente por habitante. Esta precariedad - que en muchos países significa una inversión de apenas 2% del total de los recursos de salud destinados a la salud mental - genera problemas prácticos como escasez de psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales (Bernal, Pérez & Bernal, 2018)

En cuanto a las políticas y legislaciones en salud mental, a un nivel mundial, queda claro que estas carecen de bases racionales y de integridad, cuando nos deparamos el facto de que el 40% de los países del mundo no tiene una política de salud mental; el 25% no tiene legislación de salud mental; y el 30% no cuenta con un programa nacional de salud mental. Así se compone el escenario actual, en que las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas (OMS, 2004).

En respuesta a esa problemática, hoy en día, ya se entiende la importancia de aumentar los presupuestos nacionales asignados para el desarrollo de infraestructura y servicios de los sistemas de salud mental, lo que requiere también más recursos humanos, para proveer la atención y el cuidado que se espera. La idea es que los países, principalmente aquellos con recursos limitados, se organicen frente a esa cuestión a fin de establecer políticas, planes e

iniciativas destinados a la protección, promoción y al apoyo a la salud mental. La combinación adecuada de programas de tratamiento y prevención, asociados a los marcos de estrategias públicas generales, tiene la capacidad de evitar años vividos con discapacidad y la muerte prematura; reducir el estigma presente en el imaginario colectivo; aumentar el capital social; contribuir con la disminución de la pobreza y, en consecuencia, con el desarrollo del país (OMS, 2004).

Sobre eso, la OMS comenta también que la falta de recursos financieros y profesionales no puede ser utilizada como excusa para el trato inhumano y degradante. Siendo así, los gobiernos, los responsables legales por proveer financiamientos que cubran las necesidades básicas en salud mental. La idea es proteger a los usuarios del sufrimiento causado, por ejemplo, por la ausencia de un ambiente adecuado, seguro y respetuoso de la dignidad humana; la falta de comida; la falta de instalaciones de higiene básica; la vestimenta inadecuada; la ausencia de personal suficiente y adecuado; la falta de servicios adecuados; y los sistemas de restricción física, como aquellos que fuerzan a la persona a estar en una misma posición, que le impiden pararse y moverse libremente, durante largos periodos de tiempo. La Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en este sentido, desde 1984 impone a los Estados parte de la responsabilidad de prevenir los tratamientos o penas crueles, inhumanos o degradantes (OMS, 2006).

Siguiendo esa línea de pensamiento, la OMS facilitó una lista de directrices destinadas a las instituciones de salud mental que deben ser garantizadas por sus legislaciones correspondientes (OMS, 2006):

. El ambiente de las instituciones debe ser seguro e higiénico;

. Las instituciones deben ofrecer condicionares sanitarias adecuadas;

. El ambiente de las instituciones debe incluir instalaciones para el ocio, la recreación, la educación y la práctica religiosa;

. Debe ofrecerse rehabilitación vocacional (que puede ayudar a los pacientes a prepararse para la vida comunitaria, una vez que dejen la institución);

. El derecho a interactuar con miembros de ambos sexos;

. El entorno humano debe estar organizado de modo de proteger la privacidad del paciente en la mayor medida posible;

. Los pacientes deben tener comunicación libre e irrestricta con el mundo exterior, incluyendo las visitas, la recepción de cartas y de otras formas de comunicación con amigos, familiares y otras personas;

. No debe forzarse a los pacientes a realizar trabajos que no desean hacer; cuando los pacientes acepten realizar trabajos, estos deben ser apropiadamente remunerados.

Normatividad en salud mental positiva en Colombia

En este contexto, las políticas públicas de salud mental actúan como herramientas o directrices que, a partir de acuerdos, resoluciones o leyes, definen prácticas sociales en favor de un colectivo. Así, es su papel definir metas, prioridades, responsabilidades y actividades a desarrollar, a fin de asegurar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

Siguiendo las determinaciones de la OMS - que defiende el desarrollo de programas de salud mental, modernización de la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales - en Colombia, se ha promulgado políticas, asociadas a la ley 1616, que visan solucionar problemas relacionados al diagnóstico, tratamiento y transformación de la realidad de estas personas. Sin embargo, mismo años después de promulgada la ley, la inequidad en salud mental sigue siendo una realidad (OMS, 2004; Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

En 1993, con la promulgación de la Ley 100 - que articula los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad para la atención en salud - hubo cambios significativos en el contexto de la salud mental colombiana (Bernal, Pérez & Bernal, 2018). Es a partir de esta ley que se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que se integran para garantizar a las personas y a la comunidad el acceso a la calidad de vida, teniendo en cuenta los planes y programas desarrollados por el Estado. Estos planes y programas, por su vez, tienen el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. La ley actúa en acorde a la dignidad humana y mediante la protección de las contingencias que la afecten (Ley 100 de 1993).

A fin de identificar las reales necesidades relacionadas con la prestación de servicios de salud mental colombiana, para la formulación de la Política Nacional de Salud Mental, en 1998, fue realizado un estudio de los diferentes niveles que componen ese sistema. La infraestructura, por ejemplo, es un aspecto importante que ya dejaba que desear en esta época, tanto en lo que refiere al acceso a la información de los servicio - que es incompleta y desactualizada, con datos pocos accesibles – como por el bajo número de instituciones disponibles en 1986, que se restringen a 11 hospitales mentales ubicados en 9 servicios seccionales, que por su vez disponen de una capacidad de 2.549 camas en el subsector oficial y 2.690 en el privado. Ya las unidades de salud mental disponían de 340 camas distribuidas en 15 servicios complementarios (Resolución 2358 de 1998).

Sin embargo, de una manera más amplia, se percibe que parte de la población se encuentra en riesgo de ver comprometida su salud mental, debido a la confluencia de una serie de factores, como (Resolución 2358 de 1998):

> El deterioro de las estructuras sociales, tales como la deslegitimación institucional, la inequidad distributiva, la ausencia de una infraestructura de servicios acorde con las demandas, la falta de oportunidades, el deterioro paulatino del medio ambiente en relación con proceso de deforestación y contaminación de aire, aguas y suelos, y el flujo de personas que acuden a los grandes centros urbanos del país en calidad de desplazados por la violencia, y que no poseen los soportes sociales requeridos para enfrentar su situación, son algunos de los diversos componentes de la situación que viven los colombinos a las puertas de un nuevo milenio (Resolución 2358 de 1998).

En este sentido, se entiende, hoy en día, que el estado de salud mental no puede estar separado de las condiciones sociales presentes, principalmente desde un punto de vista de ciudad en cuanto organismo; lo que quiere decir que el desarrollo de la salud mental de la población involucra diferentes sectores gubernamentales y el apoyo de la sociedad civil. Así siendo, a partir del contexto social, se entiende que la relación entre pobreza y salud mental, el envejecimiento poblacional, el deterioro de la calidad de vida y la ausencia de mecanismos destinados al manejo de la vida mental del ciudadano, son puntos decisivos para la consolidación de políticas con proyección hacia el futuro. Asimismo, es ideal que los servicios sean desarrollados en función de la comunidad, siendo las propuestas formuladas en acorde a las particularidades de cada región y en armonía con sus planos de desarrollo. Es de ahí, entonces, que surge el marco conceptual y los lineamientos determinantes para la concepción

de estrategias, objetivos y acciones de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 2358 de 1998).

Ya se sabe que esas necesidades en salud mental, tanto las actuales como las futuras, además de voluntad política y consenso social, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, que lleven a la preservación y recuperación en todos los ciudadanos, impactando así directamente en el número de personas que alcanzan un desarrollo humano sostenible. En cuanto respuestas a las necesidades presentadas por los individuos y la comunidad, esos procesos se deben a los notables avances logrados en el conocimiento de la fisiología cerebral y en las áreas psicológica y social, y en el desarrollo de modelos y tecnologías en todos los niveles de prevención (Resolución 2358 de 1998).

Política Nacional de Salud Mental de Colombia

Así siendo, y pensando que la vida es más que la conservación de ciertos parámetros biológicos, se entiende que, al Estado, en defensa del derecho a la vida, no le compete apenas mantener la población viva; es necesario proporcionarles los espacios propicios para vivir con dignidad. En lo que respecta a salud mental, es de interés general que sean suministrados tratamientos dignos, que garanticen primero la observancia y respecto de los derechos humanos de los pacientes, manejando una ética civil ajena a cualquier tipo de moralismo infundado (Resolución 2358 de 18 de 1998).

> No se puede entonces afirmar que quien está vivo tiene vida si no disfruta de derechos tales como la libertad, la presunción de su inocencia, la libertad de su conciencia y expresión o locomoción, a su intimidad y buen nombre o al libre desarrollo de su personalidad, al derecho a la defensa y al debido proceso entre otros muchos, no menos importantes (Resolución 2358 de 1998).

Cumpliendo con esas directrices, que visan minimizar las problemáticas de salud mental en Colombia, desde el Ministerio de Salud, fue adoptada la Política Nacional de Salud Mental a partir de la Resolución 2358, de 18 de junio de 1998. Con una formulación que integra factores condicionantes - como los aspectos biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos, económicos, culturales y de salud - la política pretende adecuarse a la modernización del Estado, bajo principios de la Constitución Nacional, la descentralización institucional y la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993. El proceso debe llevar en cuenta las particularidades territoriales, el desarrollo del talento humano, la problemática social vigente en el país y los recursos de inversión destinados para Salud Mental (Resolución 2358 de 1998)

En resumen, la Política Nacional de Salud Mental se refiere a un conjunto de objetivos y estrategias que orientan y guían el proceso de implementación de planes y programas de salud mental, con base en las normativas vigentes. Como objetivo principal, se pretende promover la salud mental y prevenir las enfermedades mentales, además de mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud en todas sus fases. En cuanto a los objetivos específicos propuestos, en síntesis, hay la intención de fomentar la cultura, prevenir trastornos mentales, mejorar la calidad de la prestación de servicios, impulsar la rehabilitación psicosocial, fomentar procesos de investigación y fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios en salud mental (Resolución 2358 de 1998).

Algunas de metas propuestas por esta política tienen más relación con los temas abordados en esa investigación, sobretodo considerando el estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, en el cual fueron evaluadas la aplicabilidad y la eficiencia de las normativas de salud mental colombianas en la práctica. Son ellas: La disminución del tiempo promedio de hospitalización, siendo el tiempo máximo de 30 días y el promedio ideal

de 15 días; la composición de equipos de salud mental comunitarios conformados por médico, psicólogo y enfermero; la disminución del índice de personas hospitalizadas por consulta, siendo el valor máximo el 5%; y la descentralización de la atención en salud mental, que debe atingir el 100% de los departamentos de Colombia (Resolución 2358 de 1998).

Aún en la década de 90, debido a las resistentes deficiencias presentes en el sistema de salud mental, fue observado un crecimiento en las tutelas sancionadas por la Corte Constitucional para las numerosas personas que buscaban atención integral, respaldadas por la Sentencia No. T-013, que reitera el derecho a la salud y la obligación de la atención integral a las personas con trastornos mentales. Esta presión abrió camino para nuevos lineamentos en salud mental que dieron origen a la Ley 1122 de 2007, cuyo diferencial está en la inclusión de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

En este mismo contexto, el decreto 3039 de 2007 declara la salud mental como prioridad a partir del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que diferenciaba los regímenes de atención en contributivo y subsidiado, sin garantizar la atención integral. Como siguieron las denuncias y consecuente presión de la Corte Constitucional por falta de atención a los enfermos mentales, fue otorgada, en 2013, la resolución 5521, que actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS) y derogó los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, con la finalidad de proporcionar tratamientos más integrales para esta población, una vez que estos acuerdos actualizaban los medicamentos y procedimientos del plan obligatorio de salud (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

Ley 1616 – Ley de Salud Mental

Como dichos ajustes no rindieron resultados promisorios, aún motivados por las quejas de pacientes, familiares, profesionales de la salud y la constante presión de la Corte Constitucional, desde el Congreso de la República de Colombia, fue promulgada la ley 1616 de 2013, la Ley de Salud Mental, con el objetivo de garantizar la salud mental como derecho fundamental y priorizarla en el contexto de la salud pública (Bernal, Pérez & Bernal, 2018). Además, se pretende promover la prevención del trastorno mental, la calidad de vida y la atención integral e integrada, que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. A partir de estos objetivos, la ley también establece criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental, teniendo como base los derechos territoriales y poblacionales (Ley 1616 de 2013).

La “promoción de la salud mental”, un tema de interés y prioridad nacional, es interpretada por la ley como un conjunto de estrategias ofrecidas a la población que les permite alcanzar la salud mental, un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana y permite a los individuos y a las comunidades utilizar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana; es decir, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. Esas estrategias son intersectoriales y incluyen un conjunto de procesos para la transformación de los determinantes de salud mental, que buscan la satisfacción de necesidades de la población teniendo en cuenta el marco cultural colombiano. Ya por “atención integral e integrada”, se entiende como la integración del talento humano y de los recursos pertinentes para responder a las necesidades de salud mental de la población, teniendo como fundamento la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad de los campos involucrados en la atención en salud mental (Ley 1616 de 2013).

La Ley 1616 también prevé la creación de una Red Integral de Prestación de Servicios en Salud Mental, que es parte de la red de servicios generales de salud y actúa a partir de diferentes tipos de institución, abarcando todos los niveles de complejidad de los servicios de salud

mental y garantizando calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil acceso (Ley 1616 de 2013). Son servicios involucrados en esta red son: atención ambulatoria, domiciliaria y prehospitalaria; centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia; centros de salud mental comunitarios, grupos de apoyo de pacientes y familias; hospitales día para adultos, niños y adolescentes; rehabilitación basada en comunidad, y unidades de salud mental y urgencias psiquiátricas (Muñoz, Muñoz, Restrepo, 2020).

Sin embargo, aunque, más tarde, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 hubiera reiterado la salud mental como prioridad - predicando la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales (Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) - el acceso al servicio integral de salud mental continuó limitado debido a variables sociales y estructurales del sistema de salud (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

> "El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia." (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

En este sentido, se entiende que la falta de coherencia entre las normativas y la realidad explicada, por ejemplo, por la falta de cambios sustanciales después de promulgada la Ley 1616 - se debe a la dificultad de transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis con lineamientos generalizados, poco comprometidos con las necesidades territoriales, desarticulados gubernamentalmente y poco conocidos por la comunidad (Bernal, Pérez & Bernal, 2018). Por ejemplo, la actualización del Plan Obligatorio de Salud por la resolución 5521 de 2012, que determinó el uso de medicamentos para determinados diagnósticos psiquiátricos, teóricamente garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud (Resolución 5521 de 2013). Esta definición resultó en un cierto afán, por parte de los médicos, por asegurar la prescripción de tales medicamentos, favoreciendo la falsa incidencia de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y retraso mental (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

Por otro lado, existen barreras de acceso a los servicios de salud mental justificadas tanto por la escasez de psiquiatras y personal capacitado, que están concentrados en las grandes ciudades, como por la falta de centros especializados e infraestructura adecuada para el manejo del sistema psiquiátrico (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

Estas dificultades que perjudican el acceso a terapias psicológicas especificas - como cognitiva-comportamental, interpersonal, de readaptación social y ocupacional, de pareja, de familia y grupal - explican la resistencia de estas barreras. Así como la ausencia de grupos de apoyo y programas de reinserción laboral que, al final, van en contra a la Ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública, que defienden el derecho a la rehabilitación social y laboral (Bernal, Pérez & Bernal, 2018).

Acciones para transformar la salud mental colombiana

Considerando este escenario, en que la salud mental se presenta como algo transformable, pensar en proyectar intervenciones para mejorarla requiere aplicar estrategias exitosas. Complementando el pensamiento, Bernal, Pérez y Bernal (2018), han propuesto una serie de estrategias para la promoción y prevención de la salud mental, la implementación de tratamientos adecuados y el cumplimiento de la Ley 1616 (Bernal, Pérez & Bernal, 2018):

. Promover la salud mental a lo largo del ciclo vital en el hogar, escuelas, lugares de trabajo y prevenir el suicidio tanto como sea posible

. Incrementar la capacidad de las familias, cuidadores, escuelas y organizaciones comunitarias para promover la salud mental de recién nacidos, niños y adolescentes

. Promover entornos laborales mentalmente sanos

. Incrementar la capacidad de los adultos mayores, familias, entornos de cuidado y comunidad para promover la salud mental al final de la vida

. Cuidar los derechos de las personas con problemas de salud mental y superar el estigma.

. Reducir la prevalencia de personas con enfermedad mental en el sistema judicial

. Oportunidad e integración de los servicios de salud mental

. Atender las necesidades especificas de salud mental relacionadas con el género y la orientación sexual.

. Acceso a hogar, cuidado, empleo y educación para las personas con problemas mentales.

. Facilitar el acceso a servicios de salud mental en comunidades remotas.

Por eso, al formular políticas públicas coherentes con esta realidad, es importante proponer ambientes cuyos planes diseñados sean desarrollados de manera a atender las necesidades particulares de estas poblaciones (Bernal, Pérez & Bernal, 2018). Ambientes que sirvan como parte de la solución deben apoyar el crecimiento de un sistema de salud mental equitativo, asegurando la calidad de vida y los derechos de la población con trastorno mental. La grande cuestión es: ¿Cómo deben ser estos ambientes? ¿Cuales son sus características principales? ¿Y cómo incorporarlas al nuestro sistema de salud mental actual?

Directrices para estructuras físicas psiquiátricas vinculadas a las normativas

Algunas directrices encontradas a lo largo del Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación fueron compiladas a seguir a fin de orientar el proceso de mejoría de las estructuras físicas de las instituciones psiquiátricos. Vale resaltar que el lema de este manual es “Sí a la atención, no a la exclusión” y por eso puede ser de gran importancia para los temas que van a ser tratados en secuencia en el trabajo, que culmina en el estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, localizado de Cali (OMS, 2006).

. Prevenir las restricciones inadecuadas de autonomía y libertad en el ambiente hospitalario;

. Ambientes que posibiliten a la persona con trastorno mental participar en la comunidad;

. Proporcionar ambientes seguros, salubres, higiénicos y con condiciones sanitarias adecuadas, que contribuyan con la disminución del trato inhumano y degradante;

. Favorecer el tratamiento menos restrictivo con ambientes adecuados;

. El medio ambiente debe aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de vida normal de las personas;

. Disponer de instalaciones de recreación, educación, práctica religiosa y rehabilitación vocacional;

. Ambientes que promuevan la comunicación con el mundo externo;

. Instalaciones que permitan a los pacientes desarrollar actividades adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales, favoreciendo el proceso de rehabilitación y reintegración en la comunidad;

. Ambientes térmicamente adaptados a las variaciones climáticas;

. Espacios organizados de modo a prevenir heridas o lesiones;

. Instalaciones adecuadas para prevenir la propagación de enfermedades contagiosas;

. Instalaciones científicamente apropiadas y de buena calidad;

. Ofrecer espacios para privacidad, que limiten la posibilidad de interferencia de la sociedad en los asuntos de la persona y que no sean violados por el personal o otros pacientes;

. Ambientes que permitan a las mujeres gozar de adecuada privacidad, con dormitorios separados, que las proteja del abuso sexual y de la explotación física;

. Instalaciones adaptadas para el momento el post-parto vivido por algunas de las usuarias y para que las madres cuiden de los hijos recién nacidos.

6.2 Eje 2: Humanización a través de la naturaleza

La naturaleza como base para la humanización de la arquitectura puede ser relacionada con el sentimiento de ambiente saludable, la satisfacción visual y la percepción de la belleza de los paisajes. Además del carácter práctico en la vida humana, manifestado a partir del clima, aire, luz, alimento etc., la naturaleza presenta también la geometría transcendental y la diversidad ecológica, que son fuente de inspiración para las creaciones humanas (Kowaltowski, 1989).

Este capítulo de la investigación discute, en este sentido, los parámetros de la naturaleza que dialogan bien con las necesidades básicas para el bienestar del hombre, en el contexto arquitectónico, y que pueden ser consideradas como un camino a seguir en la jornada de la humanización. Un proceso de identificación de los elementos que intervienen positivamente en la experiencia humana y son relevantes para la caracterización de un ambiente comprometido con la desinstitucionalización.

6.2.1 Humanización del ambiente de salud

Según el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria brasileño[30], humanizar es rescatar la importancia de los aspectos emocionales, indisociables de los aspectos físicos, en la intervención en salud. El termino aborda la posibilidad de asumir una postura ética de respecto al otro, de acogida al desconocido y de reconocimiento de los limites (Romero & Sales, 2016).

Según el diccionario, la palabra humanizar significa elevar a la altura del hombre; volver más humano, civilizar. Lo que puede ser interpretado como dar condiciones humanas a cualquier cosa o lugar. Adentrar el universo de la humanización de un ambiente requiere una visión amplia, la comprensión del ser humano y el significado de la vida. Solo así se puede

[30] El Programa Nacional de Humanización Hospitalaria (PNHAH) fue creado por el Ministerio de Salud brasileño como un conjunto de acciones integradas que buscaban cambiar el patrón de asistencia al usuario en los hospitales públicos de Brasil, mejorando la calidad y eficiencia de los servicios. (Romero & Sales, 2016)

comprender la atmosfera de una persona y proyectar para ella un ambiente que supla sus necesidades y expectativas más íntimas, volviendo el espacio lo más cerca posible de su naturaleza, de sus sentimientos, pensamientos y valores personales, como fundamenta la humanización. “Cualquier emprendimiento humano, para tener éxito, debe alcanzar la mente, el corazón y el espíritu.” (Rocha, 2010)

En un sentido más práctico, la humanización de la atención hospitalaria remete al proceso de búsqueda de estándares de proyecto que, a partir de aspectos de la organización espacial[31] y ambientación[32], favorecen la satisfacción y el bienestar de los usuarios en el proceso de recuperación (Medeiros, 2004). Esta creciente valoración del abordaje del espacio arquitectónico, como facilitador del bienestar de las personas, es importante para los procesos de planeamiento del sistema de salud (Romero & Sales, 2016).

Un poco de la historia de la humanización hospitalaria

El proceso de humanización de los entornos sanitarios se afianzó a principios de la década de 1990 con un movimiento denominado Centro de Atención al Paciente en Estados Unidos. Motivados por los efectos negativos provocados por los entornos institucionales, los administradores hospitalarios utilizaron los conceptos de humanización del cuidado para recibir a los pacientes de manera integral, “como parte de un contexto, y ya no como un conjunto de síntomas y patologías a ser estudiados por especialidades médicas [...]” (Constantino & Mattos, 2015).

En este sentido, se puede decir que cambios significativos en el panorama del ambiente hospitalario, decurrentes de las transformaciones de la perspectiva humana en relación a la naturaleza, fueron registrados en el período de la Revolución Industrial, en el siglo XVIII. Estos cambios generados por la ampliación del conocimiento de la época, introdujo al escenario el tema sanitario, vastamente explotado en el siglo XIX. De esta relación, surgen nuevas posibilidades de atención, que consolidan el hospital como ambiente de cura, no más de exilio, como era común en la Edad Media; y nuevas ideas respecto a los ambientes hospitalarios. Ideas estas que impulsaron un periodo de criticas a los modelos existentes, que se encontraban en condiciones precarias de funcionamiento, caracterizadas por el hacinamiento y las pésimas condiciones de confort, que fomentaron la revisión de los conceptos arquitectónicos (Soares, 2017).

Con el cambio en el concepto de salud, que tuvo inicio en el siglo en XX, con ápice en la década de 1980, la terminología pasa a referirse a una comprensión más global de la salud, que envuelve los factores físico, mental y social, en detrimento de la interpretación del pasado, en la cual la salud se presentaba apenas como la ausencia de dolencia, un mero aspecto fisiológico. Esta nueva concepción trajo aún más reconocimiento para la humanización de los ambientes de salud y impulsó la comprensión de la arquitectura como factor indispensable para el desarrollo del ambiente hospitalario, no apenas porque favorece el proceso de cura, pero también porque mejora la eficiencia de los servicios. Como consecuencia de esa reestructuración, la temática de la salubridad del ambiente y del confort ambiental fueron incorporadas al contexto hospitalario (Soares, 2017).

Diferente de la Edad Media, Renacimiento y Modernidad, los primeros vestigios de ambientes de salud pensados para la recuperación del paciente vienen de la Grecia antigua, entre los siglos IV a.C. a VI d.C. (Bagnati, 2019), cuando la concepción médica de Hipócrates impulsó,

[31] “Organización espacial puede ser entendida como un conjunto de aspectos físico-funcionales de los ambientes necesaria para el desarrollo de las actividades propuestas para la edificación.” (Medeiros, 2004)

[32] “Ambientación: proyecto que indica los materiales de acabamiento, colores y disposición y diseño detallado del mobiliario utilizado en la composición de un ambiente.” (Medeiros, 2004)

junto a la racionalidad científica de la época, el desarrollo de un lado supersticioso y místico. Los espacios eran pensados para promover confort al paciente, por medio de la composición de bellos paisajes, bajo la valoración de los aspectos físicos y funcionales de los pacientes, lo que constituye una perspectiva holística de la enfermedad (Soares, 2017). Además, estos espacios de cura ofrecían diversidad de actividades, como librería, teatro, museo. En su planeación, la naturaleza era pensada como parte esencial de la dinámica del ambiente. El agua era utilizada para rituales de limpieza y bosques de árboles eran utilizados como base para los momentos en que el paciente debería estar afuera de la edificación principal (Bagnati, 2019).

Además, en el imperio romano, también hay registros de construcciones destinadas a la cura. Las Valetudinarias, por ejemplo, donde eran abrigados los soldados enfermos, ocupaban fortificaciones romanas ubicadas alrededor de un patio central, pensado para promover iluminación y ventilación natural a los ambientes internos, debido a su disposición periférica. Esas estrategias demuestran que, en los diferentes periodos de la historia de la humanidad, así como hoy en día, la configuración de los espacios hospitalarios acompañaba las tecnologías de la época. Una adaptación de su tiempo, de sus creencias y de cultura (Soares, 2017).

El panorama de la humanización actual

A fin de guiar el proceso productivo del proyecto hospitalario, el entendimiento de la construcción como base para una arquitectura humana debe ser considerado a partir del respecto a sus necesidades y de la noción de que su suceso depende de una ocupación productiva de los pacientes, visitantes y profesionales de la salud. Así, la creciente tendencia de la humanización del ambiente de salud, junto a las evidencias científicas sobre los beneficios del contacto con la naturaleza, impulsaron cambios pragmáticos en relación a los jardines en estos espacios (Gobbi et al., 2017).

Este nuevo panorama, que envuelve formas innovadoras de pensar las tipologías de espacios verdes para los ambientes hospitalarios, tiene la capacidad de cambiar la percepción psicológica negativa que los edificios hospitalarios generan en las personas, que los caracteriza como áreas desfasadas del contexto urbano, que son temidas y que, por lo tanto, deben ser evitada. Los hospitales están empezando a incorporar en sus planos arquitectónicos, por ejemplo, jardines y ventanas que permiten la entrada de luz natural y vistas hacia la naturaleza. Elementos que pasaron a ser complementarios a los tratamientos, porque contribuyen para el bienestar físico y psicológico de los usuarios. Las evidencias actuales sugieren, en este sentido, que los seres humanos están programados no apenas para apreciar una visión agradable de la naturaleza, pero también para se beneficiar de ella, como tomar una droga relajante después de una experiencia estresante (Gobbi et al., 2017).

Hoy en día, la nueva generación de estabelecimientos de asistencia a la salud esta embazada por los fundamentos del *Patient-Centered Care*[33]*,* que buscan la cura del paciente de una manera global. Los requisitos para este cuidado, que esta enfocado en el paciente, son: (Romero & Sales, 2016)

. Eliminar factores estresantes;
. Conectar el paciente con la naturaleza;
. Ofrecer opciones de escojas para control individual;
. Proporcionar oportunidades de socialización;
. Promover actividades de entretenimiento positivas;

[33] *Patient-Centered Care: "*Cuidado centrado en la persona" es la traducción de este término que se refiere a una práctica de salud en la cual el paciente participa activamente de su propio tratamiento médico, en cooperación con profesionales de la salud.

. Promover ambientes que remeten a sentimientos de paz, esperanza, reflexión, conexión espiritual, relajación, humor y bienestar.

El origen de este conjunto de medidas que envuelven la relación médico-paciente, el apoyo familiar, el acceso a información y conductas terapéuticas alternativas, según Malkin (1992), está asociada a la filosofía *Planetree*, que se basa en la premisa de que el paciente debe tener el poder de escoja y control sobre diferentes aspectos de su tratamiento. En este sentido, una institución centrada en el paciente incluye inúmeros factores, siendo el ambiente físico - creado a partir de un proyecto arquitectónico que se aproxima de las necesidades de los pacientes -, un punto central para este proceso (Medeiros, 2004).

Así siendo, es evidente que la creciente valoración del enfoque del espacio arquitectónico – lo que incluye las áreas paisajísticas - como facilitador del bienestar de las personas, es importante para el proceso de planificación del sistema de salud (Romero & Sales, 2016). Sin embargo, si bien la valoración de las áreas hospitalarias libres está aumentando, se observa que aún existe un desconocimiento para la práctica efectiva de ambientes humanizados. La mayoría de los hospitales y clínicas permanecen restringidos a ambientes climatizados por aire acondicionado, con iluminación artificial y con sus pisos conectados por ascensores, lo que dificulta que los usuarios identifiquen y se apropien del entorno (Constantino, 2010).

Estudios sobre el contacto con la naturaleza

La búsqueda por ambientes acordes con los parámetros de humanización se sostiene a partir de estudios que demuestran la importancia del contacto con la naturaleza para la recuperación del ser humano. En 1984, una encuesta realizada por Ulrich muestra que los pacientes operados se recuperan más rápido y con menos medicación, cuando las ventanas de sus dormitorios ofrecen vistas a entornos naturales. Otra encuesta, realizada en 1994, en cuatro jardines, en los Estados Unidos, señala que el 90% de los usuarios sintieron un cambio positivo en el estado de ánimo por el contacto con elementos naturales (Constantino & Mattos, 2015).

Sin duda, muchas de las teorías actuales sobre proyectos de humanización de ambientes tienen fundamentos en las investigaciones de Roger Ulrich, que apuntan que los principios del proyecto tradicional de ambientes de salud producen instalaciones psicológicamente duras, si analizadas en cuanto a su función y eficiencia. Según el autor, este tipo de ambiente no es atractivo para los pacientes, por lo cual no genera una competencia en términos de mercado; y además son ambientes estresantes, no apenas para pacientes, también para visitantes y profesionales. Lo que resulta un fracaso en diversos ámbitos de este contexto. Otros investigadores apuntan evidencias que fundamentan grandes alteraciones necesarias en la apariencia, en la funcionalidad y en la sensaciones provocadas por los ambientes de salud. Aún así es complejo definir cómo deben ser estos ambientes. La principal hipótesis planteada se refiere a la alteración del espacio hospitalar por medio de la reducción del estrés ambiental, a fin de lograr la mejoría de la atención al paciente y aún reducir los custos del tratamiento (Vasconcelos, 2004).

Asimismo, ya se sabe que la visión de la naturaleza reduce rápidamente la presión arterial y la taja de pulsación, además de aumentar la actividad cerebral que controla sentimientos de elevación del humor. Por otro lado, según Marcus y Sachs (2014), más de 66% de las personas eligen un escenario natural para retirarse en momentos de estrés. Además, fue constatado que 95% de las personas perciben una mejora de humor después de un tiempo en la naturaleza, pasando de deprimido, estresado y ansioso para calmo y tranquilo. En otro estudio, que monitoreó la recuperación de pacientes hospitalarios ubicados en espacios con vista para la vegetación, en comparación a los que tenían vista de edificios, fue descubierta un proceso de recuperación más acelerado en el primer grupo. Pacientes más satisfechos con sus

ambientes de tratamiento se vuelven más fáciles de tratar, porque se ponen más receptivos, y como consecuencia, presentan un histórico de alta más acelerado (Gobbi et al., 2017).

De este modo, una vez asociada al sistema de salud, la humanización desarrolla un enfoque organizacional centrado en una atención de calidad al usuario, en un proceso que más allá del atendimiento técnico y mecánico, se basa en la comprensión y cuidado integral del paciente (Rocha, 2010). Para ello se requiere, además de una buena integración entre el personal y la socialización[34], ambientes planeados teniendo el usuario como pieza clave de sus definiciones. Un proceso que, sin duda, adentra la concepción de lo que es ser humano y que envuelve principalmente la psicología ambiental, que nos permite comprender la forma como el usuario percibe el ambiente y la forma como el ambiente, y sus múltiples elementos, lo influencia (Vasconcelos, 2004).

Humanización y apropiación del espacio arquitectónico

Así se desarrolla el proceso de apropiación del espacio, que requiere una ambientación basada en el conjunto de elementos que califican el ambiente para la utilización humana. Para ello, se requiere una interacción recíproca entre usuario y espacio; el espacio se vuelve entonces apropiado y apropiable. El entendimiento de esa profunda relación puede ser traducida de manera objetiva en un proyecto; la humanización pasa por el campo del *design* del espacio y de la funcionalidad en función de las necesidades del usuario, y presenta posibilidades de elementos que pueden suplir sus expectativas y necesidades: el uso adecuado del color, de materiales, revestimientos y texturas, de objetos de decoración, mobiliario, iluminación, de las aperturas hacia el exterior y el uso de vegetación apropiada, por ejemplo, pueden ayudar a aproximar el ambiente proyectado de la naturaleza de la persona que lo va a utilizar (Vasconcelos, 2004).

Estos elementos no son más que atributos de la humanización agregando valor personal al espacio físico. Ellos interactúan entre si formando un conjunto que influencia la percepción del usuario de forma agradable o desagradable. El suceso de la propuesta está, entonces, en la planeación previa, que requiere del arquitecto estar inserido, percibiendo el contexto. De ahí resulta el partido arquitectónico, que es determinante en un proyecto de humanización. Así, la planeación del espacio se insiere como una posibilidad de generar impactos en la funcionalidad y en la calidad plástica, si asociadas a las percepciones psicológicas provenientes de un determinado ambiente (Rocha, 2010).

Por eso, la integración interior-exterior es considerada uno de los aspectos más relevantes en la humanización de los ambientes hospitalarios. Los beneficios de los estímulos sensoriales ocasionados por los elementos naturales, caracterizan esa integración como el camino más eficaz en el proceso de cura a través del ambiente (Vasconcelos, 2004).

6.2.2 Arquitectura y paisajismo de los sentidos

De acuerdo a Assmann (1998), los órganos sensoriales funcionan como puentes de conexión con el medio ambiente (Constantino,2010). La sensación es un acontecimiento psicológico que

[34] Hoy en día, se entiende que, para el desarrollo innovador y satisfactorio de un entorno de salud humanizado, es necesario el diálogo entre los profesionales de la salud y de la arquitectura. Mientras que los médicos piensan en los procesos de internos de sanación, los diseñadores se centran en manipular elementos espaciales para interferir positivamente en el comportamiento de los usuarios. Además de atender las demandas médicas, considerar las características climáticas y predecir la flexibilidad de los espacios, el proceso de diseño de ambientes de salud también debe basarse en el bienestar del usuario, principalmente a través del confort ambiental (Constantino & Mattos, 2015).

viene de estímulos externos en los órganos ligados a los sentidos humanos. A partir de este proceso, el individuo es capaz de relacionarse con el propio organismo y con el mundo alrededor (Dias & Anjos, 2017). En la arquitectura y en el paisajismo, las percepciones provenientes de los sentidos humanos se manifiestan de manera complementaria:

La arquitectura refuerza la experiencia existencial - la sensación de pertenecer al mundo, que se relaciona con la identidad personal - por medio de la integración entre los espacios, las personas y sus experiencias de mundo. Además de las funciones constructivas, una edificación puede intensificar la vida y estimular los sentidos de los usuarios (Pallasmaa, 2011), transmitiendo un amplio espectro de emociones que hacen parte de la vida cotidiana. Este conjunto de emociones constituye el contenido psicológico de la arquitectura (Dias & Anjos, 2017).

Las características del espacio - materialidad, escala, texturas, colores, luz, sombra etc. - son igualmente medidas por los ojos, oídos, nariz, piel, lengua, esqueleto y músculos. Sin embargo, en vez de una mirada clásica de los cinco sentidos, la arquitectura presenta campos de la experiencia sensorial de una manera integrada, facilitando la experiencia multisensorial (Pallasmaa, 2011).

Por otro lado, el paisajismo es considerada la única expresión artística que explora completamente los cinco sentidos del ser humano. En cuanto la mayoría de las artes plásticas usa la visión con más frecuencia, el paisajismo involucra el olfato, la audición, el paladar y el tacto con absoluta fluidez, proporcionando ricas experiencias perceptivas. El papel de un jardín, al fin, es agudizar los sentidos y generar bienestar (Abbud, 2010).

La visión no es un recurso estático, al revés, es móvil y pasea por los elementos que están adelante a partir de un mecanismo que capta una secuencia de planos que, por su vez, van perdiendo nitidez mientras se alejan. Así, la visión capta con más claridad lo que está en primer plano y con menos definición lo que está en segundo y tercer planos. Sin embargo, para alguien que está en movimiento, este mecanismo se invierte. El primer plano se mueve con más velocidad que el segundo, y el segundo, más rápido que el tercer. Así, cuanto más rápido el movimiento, menor la nitidez de lo que está en primer plano. Por eso, la visión es considerada uno de los sentidos más complejos del ser humano (Abbud, 2010).

En el paisajismo, a partir de la visión, el hombre puede enfocar en los elementos vegetales de un jardín y percibir las formas de las copas, tallos y ramas; la variación de colores de las flores, hojas y follajes; las texturas, rugosidad, brillo y opacidad presente en cada elemento. La visión acompaña la danza de los ramajes, observa el sol que calienta y produce luz y sombra, y hace con que el hombre se encante (Abbud, 2010).

En la arquitectura, el sentido de la visión esta relacionado con la expresión externa de las obras, con la lectura visual de los elementos construidos, que también pueden resultar en diferentes reacciones psicológicas. La manipulación de la luz, que es un elemento rico en materia sensorial, es una de las maneras de acceder al psicológico atreves de la visión (Pallasmaa, 2011).

En relación a la audición, una obra de arquitectura manifiesta los sonidos a partir del entorno en el cual la obra esta inserida: las condiciones del viento, los ruidos del medio urbano, los jardines alrededor y sus vegetaciones. Estos elementos, a depender de la manera que el efecto sonoro se integra al espacio, pueden ser calmantes y acogedores, o pueden ser desagradables, considerados como ruidos (Dias & Anjos, 2017).

En paisajismo, por otro lado, la audición posibilita un contacto más íntimo con los elementos naturales que pueden ser encontrados en un jardín. Así, se puede conocer y disfrutar con más

profundidad el susurro del agua, el crujido de las hojas, el canto de los pájaros y el ruido de un caminar en las piedras (Abbud, 2010).

En la arquitectura, el paladar y el olfato caminan juntos, una vez que las partículas que olemos por la nariz pasan por la boca, estimulando el paladar. Se puede aplicar esta relación en la arquitectura, cuando olemos la madera utilizada como elemento constructivo, por ejemplo; es casi como si se pudiera sentir su sabor, lo que permite la creación de una ligación sensorial más profunda con la edificación (Dias & Anjos, 2017).

En el paisajismo, el paladar ofrece una experiencia diferente; él posibilita que las personas conozcan los jardines desde la boca, presentando las frutas, semillas, especias, hojas y flores comestibles, que habitan los jardines, a partir de sus sabores. Por otro lado, el olfato permite que se sienta las variaciones de olor de las plantas de un jardín en la mañana, en el fin de la tarde o en un día lluvioso. El perfume de las flores, hojas y ramas en diferentes momentos del día, estimulando diferentes sensaciones y experiencias (Abbud, 2010).

En la arquitectura, el tacto es el sentido que integra las experiencias de una persona con su individualidad, pues necesita del contacto directo con los elementos construidos, de manera a percibir sus temperaturas y texturas. De esta manera, la arquitectura tornase palpable en el campo sensorial (Pallasmaa, 2011).

Ya el tacto en el paisajismo representa el contacto directo con elementos naturales, que como vimos puede ser restaurativo, así la persona también percibe las variaciones de temperatura, la lisura, rugosidad, suavidad y dureza. Este sentido, el tacto también es responsable por la percepción del calor y del frescor en un ambiente, provocando numerosas sensaciones (Abbud, 2010). Por fin, el tacto es considerado, por Okamoto (1996), como diez veces más fuerte que el contacto verbal o emocional y afecta casi todas las actividades de la vida humana. Una vez que el tacto es percibido por todo el cuerpo, es posible acceder a la noción de tridimensionalidad, que es la base de la experiencia arquitectónica (Constantino,2010).

Las percepciones sensoriales del paisaje

Considerando que el espacio engloba constantemente el ser humano, sus formas visuales, dimensiones y escalas, además de la calidad de luz, son aspectos que dependen la percepción humana sobre los limites espaciales definidos por los elementos de la forma. La forma en los ambientes de salud pueden interferir directa o indirectamente en el proceso de tratamiento de los pacientes, contribuyendo o no con su desarrollo (Rocha, 2010).

Considerando el proceso de percepción visual del paisaje, también vale considerar los elementos cromáticos de la naturaleza: el fondo y la luz. La presencia de luz, la ausencia de luz y el tipo de luz, son aspectos decisivos para la consolidación del colorido externo de los paisajes y la calidad del color en las edificaciones. La calidad de la luz cambia en función de la bruma, la lluvia, el humo, el polvo, los ciclos estacionales, los cambios de follaje y las masas arbóreas. Esa interacción entre elementos de un paisaje, permite llegar a la conclusión que el efecto cromático de los árboles no derivan apenas de sus propios colores, pero igualmente de las sombras que proyectan en las calles y jardines, impactando y siendo impactado por la presencia de otras plantas y objetos (Nogué, 2007).

El sonido, así como la forma y el color, hace parte del paisaje, aunque esté en una posición desfavorecida en la percepción del paisaje, si comparado con el proceso visual. Actualmente, en contraste al silencio y la calma del paisaje sonoro rural o natural, en las ciudades, se observa la presencia extrema de ruidos nocivos a la vivencia humana. Esta condición extrema actual, sin duda, requiere esfuerzos colectivos para lograr su disminución, evitar los efectos negativos o la interferencia en otras actividades. “El sonido, como la vista, tiene también una

poderosa capacidad simbólica, identificativa y hedónica. Por ello, para entender y vivir mejor las ciudades hay que intentar conocer su identidad sonora e introducir elementos positivos en su gestión" (Nogué, 2007).

La posibilidad de interacción, aunque apenas visual, con el mundo exterior, en el contexto hospitalario, es de extremo valor para los enfermos. La inserción de vegetación en estos ambientes, en conjunto con la iluminación, ventilación natural y la percepción del tiempo, que hoy tiene su importancia ampliamente debatida, refuerzan la relación interior-exterior a partir de los fundamentos sensoriales, y generan la impresión de continuidad, lo que elimina la sensación de encierre, que es común a muchos hospitales y que debe ser considerada en su diseño y planeación (Soares, 2017).

6.2.3 Estrategias para ambientes de salud humanizados

Las decisiones básicas para un proyecto humanizado deben ser tomadas llevando en cuenta el análisis de los estándares de tratamiento y de la rutina desarrollada en el hospital, a fin de que los elementos y ambientes se adecuen a su realidad (Rocha, 2010). Además, en el proceso de humanización del ambiente, es necesario un cuidado con la generalización. Según Calmenson (1996), la importancia de atender necesidades específicas de cada usuario tiene que ver con la heterogeneidad de la población de los hospitales, compuesta por personas diversas, que presentan necesidades y expectativas diferentes entre si. El éxito del proyecto hospitalario está sujeto a ese proceso, que requiere una humanización que abarque las diferencias. Para ello, es necesario conocer las características de la población que va a utilizar el espacio y las actividades predominantes que van a ser desarrolladas ahí, de manera a proyectar ambientes coherentes y adecuados (Vasconcelos, 2004).

Una recomendación importante para los proyectos de ambientes de salud, es proponer espacios lúdicos. Estos espacios requieren una diversidad de áreas para uso simultáneo, que sean accesibles a diferentes grupos, con una variedad de opciones que posibilitan la escoja, con elementos fácilmente visualizados y abiertos a una variedad de interpretaciones, incluso los vegetales. También es necesario aumentar y realzar los estímulos sensoriales, naturalmente presentes en los ambientes abiertos, a partir del uso de colores, texturas, formas y *layout* de espacios abiertos (Constantino, 2010).

Para proyectar un ambiente humanizado, es necesario más que ser agradable, confortable y poseer elementos familiares; se requiere el conocimiento de las razones científicas por la cuales determinados elementos hacen bien o mal a los pacientes, entender las sensaciones provocadas por los espacios físicos y su proceso de percepción por los usuarios. Además, es necesario conocer la enfermedad de los usuarios del espacio, a fin de que el ambiente influencie positivamente en su recuperación. Es necesario romper con la división entre la belleza y la eficiencia de la humanización hospitalaria. Considerando que todo se relaciona y interactúa en un ambiente, la elección de los elementos que lo van a componer - en función de la creación de la ambientación arquitectónica, que interactúa con la percepción del usuario - es fundamental para lograr ambientes confortables y seguros (Vasconcelos, 2004).

Para ofrecer ambientes tranquilizantes – ideales para pacientes con epilepsia, tumor cerebral, lesión en la medula ósea o enfermedades neurológicas – es coherente utilizar colores suaves y con poco contraste, iluminación indirecta, visuales para el exterior, plantas y pinturas o cuadros con paisajes naturales. Los pacientes con síndromes de demencia, por ejemplo, se distraen fácilmente en ambientes con exceso de estimulo, como los colores; por eso, espacios más íntimos, con colores amenas son bienvenidos. Las texturas en los objetos también son igualmente importantes, debido al facto de que los sentidos son perjudicados con la enfermedad, siendo así el tacto explorado como una posibilidad de obtener placer y confort (Vasconcelos, 2004).

En investigaciones de la psicología ambiental, por ejemplo, fue observado que promover un grado moderado de estimulación es esencial para la sensación de bienestar humana. El alto sonido, la intensa iluminación, los colores vibrantes y, sobretodo, el impacto acumulativo de estos estímulos en el paciente, le generan estrese. Por otro lado, el déficit o la ausencia de estímulos sensoriales puede ser propicio para generar depresión o malos sentimientos (Vasconcelos, 2004).

> La falta de esa estimulación, puede causar, portando, aburrimiento, y en casos extremos, la privación sensorial. De lo contrario, cuando está en exceso, puede causar distracción e interferir en procesos cognitivos que requieren concentración o esfuerzo; la sobreestimulación hace difícil fijar la atención e interrumpe acciones continuadas (Rocha, 2010).

La distracción positiva debe ser considera en este contexto, visando provocar sentimientos positivos en el paciente, porque prenden su atención y despiertan su interés para otros temas, además de su enfermedad. Ese proceso puede reducir o mismo bloquear malos pensamientos, si vinculado a una dosificación equilibrada de estímulos. En el caso, este nivel satisfactorio de estímulos requiere el conocimiento de las características de la población, como edad, género, nivel cultural y social (Vasconcelos, 2004).

La integración interior-exterior

Gruffydd (1967) sintetizó algunas directrices proyectuales con significados terapéuticos para los ambientes externos del espacio hospitalario, ellas deben tener amplitud, complejidad, variedad, movimiento, ritmo, color, fragancia, orden y eficiencia, además de favorecer la relación entre el interior y el exterior, para que el contacto entre el paciente y la naturaleza pueda ser desarrollado. En este sentido, las ventanas son vistas como principal elemento construido a ser considerado en el proyecto para garantir el contacto con el exterior. Más que una apertura en paredes externas, las ventanas se configuran como medio de comunicación del paciente con el mundo exterior (Vasconcelos, 2004). Además del confort visual, ellas generan confort térmico y psicológico, por ejemplo, por medio de la posibilidad que el paciente tiene de acompañar las variaciones de luz, tiempo, clima y movimiento afuera (Rocha, 2010).

Así se percibe que la visión del ambiente externo puede ser esencial para aliviar la sensación de encierro, cuando se pasa horas en un mismo local, principalmente en un cuarto de hospital. Estudios confirman, incluso, que la integración interior-exterior es relevante para la reducción de costos del hospital, puesto que los pacientes cuando disponen de contacto con el ambiente externo, necesitan de doses menores de medicamentos y de un tiempo reducido de hospitalización para su recuperación (Gobbi et al., 2017).

En este contexto, para lograr el proceso de integración con el paisaje exterior, es necesario observar algunas condicionantes físicas en el proyecto, como el terreno de implantación, su dimensión, forma y entorno; el clima local, que es un determinante para la utilización de áreas al aire libre; la disponibilidad de recursos financieros; el partido arquitectónico y, en consecuencia, la anatomía del edificio (Rocha, 2010). En este sentido, una síntesis de los ambientes y elementos constructivos que constituyen las características arquitectónicas responsables por la integración interior-exterior, puede ser configurado de la siguiente manera: jardín externo, acceso principal, patio central, terraza-jardín, jardín terapéutico, jardín interno y atrio, dispuestos de manera a relacionarse con los ambientes de la internación (Vasconcelos, 2004).

Carpman, Grant e Simmons (1986) plantean, en este sentido, que un proyecto humanizado debe contemplar el punto de vista de pacientes y visitantes, siendo necesario que el

proyectista considere la interacción de las personas con el ambiente, el nivel emocional y psicológico de los pacientes cuando sometidos a procedimientos el espacio o cuando simplemente lo utilizan cotidianamente. Para tal, hay cuatro aspectos que deben ser obedecidos en el proyecto: señalización para orientación del espacio, confort físico, posibilidad de regular el contacto social y cuidado con los significados simbólicos transmitidos por el ambiente (Medeiros, 2004).

Pensando en promover bienestar a partir de ambientes humanizados, vale considerar la necesidad de control del ambiente, que es inherente al ser humano, y que influencia en nivel de estrese en las personas, sobretodo en pacientes hospitalizados, que presentan fragilidad física y psicológica. Según Ulrich (1990), hay evidencias científicas que comprueban que un hospital ruidoso, confuso, sin privacidad y que no permite el control inmediato del ambiente por parte del individuo, perjudica el paciente, pues que reduce su sensación de autonomía, causando depresión, pasividad, aumento de la presión arterial y reducción de la funcionalidad del sistema inmunológico. Situaciones incontrolables, en general, son estresantes y generan aversión, no apenas en el medio hospitalario (Vasconcelos, 2004).

> Se ha demostrado que, en cualquier establecimiento, no solo en hospitales, el control del medio ambiente reduce el estrés. Cuando sabes que tienes una opción, por pequeña que sea, te sientes mejor (...) Las consecuencias para los ambientes de salud son enormes: pacientes que pueden controlar la temperatura y la iluminación de su propia habitación, la privacidad necesaria, la hora y la cantidad de comidas que tienen durante el día, muestran menor estrés y presentan una recuperación más rápida. (Rocha, 2010) [35]

Siguiendo esa línea de pensamiento, Ulrich defiende que, para aumentar la sensación de control del ambiente, hay que dar importancia a medidas que garantan la privacidad visual, la inclusión de jardines o patios accesibles, y la creación de lugares para el desarrollo de intereses personales y hobbies de los usuarios (Rocha, 2010)

Por otro lado, es importante que estos ambientes proporcionen soporte social al usuario. Por ejemplo, el contacto prolongado con familiares, que genera beneficios físicos y emocionales. En verdad, individuos con soporte social tienden a presentar menores niveles de estrese y sensaciones de bienestar más frecuentes que los individuos sin apoyo familiar, de amigos o de la sociedad. Favorecer este tipo de soporte por medio del ambiente hospitalario es un desafío que requiere confort, acogimiento y una organización espacial interna que promueva la interacción social a partir de su forma flexible, posibilitando el encuentro de diferentes grupo y aumentando la interacción entre pacientes-visitante y pacientes-pacientes, lo que aumenta el soporte social (Vasconcelos, 2004)

Los jardines en el contexto hospitalario humanizado

Las primeras orientaciones para proyectos de jardines hospitalarios - definidas por el teórico de la horticultura, Christian Cay Lorenz, a finales del siglo XVIII - dictan que los jardines deben estar directamente conectados al edificio del hospital; las ventanas deben encuadrar escenas de la naturaleza que generan felicidad; las plantas deben delimitar caminos funcionales, con bancas disponibles; los espacios intermedios deben estar compuestos por pastos y cultivos de plantas y flores. En suma, un jardín de hospital debe fornecer todo lo que es necesario para el disfrute de la naturaliza y para la promoción de una vida saludable. Estas orientaciones anticipan resultados de estudios y abordajes de finales del siglo XX (Bagnati, 2019).

[35] Traducción de la autora.

La utilización de espacios terapéuticos provistos de vegetación es un campo nuevo del paisajismo que tiene como función contribuir con la cura y recuperación del paciente. A partir del vínculo afectivo, establecido entre el ser humano y el local vivenciado, denominado de Topofilia, la interacción con el espacio verde proporciona estímulos sensoriales, por medio de los colores, texturas y aromas, y tiende a disminuir el estrese de los usuarios en ambientes de salud. Por estrese, se entiende el proceso de respuesta, por medio del comportamiento psíquico y fisiológico del ser humano, a las amenazas a su bienestar. De este proceso son observadas reacciones relacionadas a factores psicológicos, como la sensación de miedo, rabia o tristeza, y a factores fisiológicos, principalmente, en el sistema cardiovascular, neuroendocrino, óseo y muscular (Dobbert, 2010).

Los problemas sociales y estresores ambientales frecuentes en los núcleos urbanos, por ejemplo, están relacionados con la recurrencia de desórdenes psiquiátricos. La verdad es que los bajos niveles de contacto con la naturaleza provocan un mayor índice de patologías sociales y problemas de salud. En este sentido, en 2001, la OMS ya consideraba la posibilidad de que la depresión y las enfermedades relacionadas a ella podrían ser una de las mayores fuentes de salud-enfermedad en 2020, constituyendo uno de los problemas de salud más amplios del mundo (Soto, López-Lena & Chiapas, 2016).

Entre las teorías que explican los beneficios del contacto con la naturaleza, se destaca la de Stephen Kaplan (1995):

> [...] los ambientes naturales tienen características particularmente ricas para las experiencias de restauración, como, por ejemplo, la capacidad de reflexión que la fascinación por los ambientes naturales brinda a sus usuarios, la oportunidad de liberarse de alguna actividad mental y el sentimiento de compatibilidad entre escenarios naturales e inclinaciones humanas (Constantino & Mattos, 2015).

Por analogía, existe la teoría de Kaplan & Kaplan (1999), que considera a la naturaleza como proveedora de coherencia, a partir de la capacidad de dar sentido y comprender el paisaje; de complejidad, por la riqueza del paisaje; de legibilidad, por la capacidad de leer, comprender y descifrar un jardín; y de misterio, por la posibilidad de que presente algo más por descubrir (Constantino, 2010).

Otra de las fundamentaciones para la interacción entre personas y plantas está en la Biofilia, propuesta por Edwar Wilson en 1984, que defiende que la reacción positiva frente a las plantas es inherente al ser humano. La dimensión terapéutica de un área paisajística también esta representada por el convivio interactivo, en el cual se puede observar el crecimiento y el comportamiento de las plantas, y donde a cada día surge una nueva posibilidad de experiencia. La atmosfera saludable presente en ambientes verdes se debe al alto nivel de oxigeno resultante de la fijación de la polución por las hojas y del frescor proporcionado por la evaporación y transpiración de las plantas (Dobbert, 2010).

6.3 Eje 3: El paisajismo como alternativa social y ambiental para las ciudades

Como parte de la dinámica urbana, la incorporación del paisajismo en el contexto de la salud mental, como práctica de revegetación en el medio urbano, puede presentar soluciones para la degradación y contribuir a la estructuración de ambientes adecuados al escenario de reintegración del usuario a la sociedad. En este sentido, la relación entre los efectos del proceso de revegetación y la humanización de un ambiente psiquiátrico está en la mejora de la calidad ambiental y la consecuente promoción del confort y bienestar para el usuario.

Así siendo, este capítulo de la investigación busca abordar la relevancia del paisajismo y sus vertientes terapéutica y naturalista en la consolidación de una atención psiquiátrica

comprometida con la desinstitucionalización. Ambos caminos se cruzan en el desarrollo de la sostenibilidad urbana, que es el ello de diferentes dimensiones de la vida urbana y cuya magnitud alcanza hasta la parte más particular de ese ecosistema, la calidad de vida de un individuo, su bienestar, su salud[36]. En este sentido, la creación de ambientes verdes de usos diversos y flexibles, que posibiliten el desarrollo ecológico y la interacción con el paciente, revela la posibilidad de proponer un tipo de paisajismo que actúe directamente en la humanización de la dinámica terapéutica, tal y como prevé la Reforma Psiquiátrica.

6.3.1 Paisajismo en el contexto urbano

Después de décadas de negación de la naturaleza en los espacios urbanos, bajo la idea de que el desarrollo tecnológico sería capaz de resolver cualquier demanda de la humanidad, la naturaleza vuelve a estar en el centro del debate sobre minimización de los efectos nocivos generados por su eliminación o mala gestión. Estrategias de reincorporación de la naturaleza en las ciudades han sido cada vez más frecuentes desde finales del siglo XX, como solución para la desaparición de la vegetación y la impermeabilización de las superficies urbanas. Eso envuelve la creación de espacios públicos y privados que puedan ser nuevamente naturalizadas, a partir de la incorporación de vegetación y de suelos filtrantes (Enjunto & Querol, 2021).

En este contexto, que también envuelve la vida acelerada que se desarrolla en las ciudades demasiadamente urbanizadas, el paisajismo se presenta como una posibilidad de traer la naturaleza para más cerca de las personas, sin que ellas necesiten salir de sus rutinas. Esa posibilidad incorporó el paisajismo al contexto urbano, pasando a ocupar un lugar de importancia en el proceso de búsqueda por el equilibrio y la calidad de vida en una ciudad (Abbud, 2010). La arquitectura paisajista se insiere en este escenario porque estudia las plantas como elementos integradores en el medio ecológico del hombre y como objetos dotados de valor estético, pero también con pleno movimiento vital, que se proyecta en el tiempo y en el espacio (Borrero, 1975). Nogué afirma aún que la arquitectura es una de las profesiones que actúan en la construcción del paisaje que más pone visibilidad en la estructura de ese paisaje. A partir de la arquitectura, es posible trazar el rostro del paisaje al mismo tiempo que dibuja su lógica territorial, histórica y social[37] (Nogué, 2007).

Pero la perspectiva del paisajismo antiguamente no era esa, los primeros jardines aparecieron en China y Egipto, según Lima & Machado (2003), con la propuesta de reproducir el paraíso, y terminaron originando diferentes concepciones y estilos, los cuales se basaron en diferentes culturas y especies vegetales locales. La comprensión de un jardín como obra de arte, que siguió un estándar europeo, influyó en la arquitectura y los jardines hasta el siglo XIX (Corrêa, 2019).

Solo después, especialmente con la densidad de población en las áreas urbanas, los jardines urbanos comenzaron a asumir funciones utilitarias. En este proceso, que incluyó la forestación urbana para la calidad de vida en las ciudades, varios parques urbanos fueron implementados (Corrêa, 2019).

La funcionalidad del paisajismo en el contexto urbano

[36] Aquí podemos hacer un puente con el actual escenario de la persona con enfermedad mental, que trae marcas del pasado y que resulta en su drástico histórico de experiencias en paisajes urbanos. El paisaje actual, que va a ser descripto en esta etapa, con una serie de problemáticas sociales y ambientales, los llevan a la pérdida de sus derechos, a la ausencia de una atención integral, a un proceso de recuperación injusto, que les priva de los procesos y dinámicas de la ciudad, y de acceso a espacios saludables.

[37] La discusión sobre paisaje está en el capítulo 5.3 de este trabajo.

Así se ve surgir un aspecto importante para la discusión del paisajismo en el contexto urbano es acerca de su funcionalidad. Abbud (2010) plantea que, en paisajismo, la composición de formas, colores, texturas, luz, sombra, aromas y sabores evidencian sus intenciones estéticas. Así como las demás artes, él busca crear belleza y, a partir de la estética, logra atingir y emocionar el espectador (Abbud, 2010).

Por otro lado, Guilhon (2009) defiende que la no restricción del paisajismo al rol estético genera aún más espacio para el desarrollo de acciones que buscan reducir el efecto de los impactos ambientales en las ciudades y favorecer la comodidad de los usuarios. En este sentido, cabe mencionar la importancia de las comunidades vegetales para la regulación del clima local, regional y global. Para ser más específico, a escala global, el crecimiento y la transpiración de las plantas están vinculados a la absorción de CO_2 y al control de gases de efecto invernadero, lo que influye en el ciclo hidrológico y las condiciones climáticas regionales. A escala local, los árboles interceptan, reflejan, absorben y transmiten la radiación solar, actuando en el control térmico de los ambientes construidos (Guilhon, 2009).

Esa reflexión nos lleva a pensar sobre el facto de que la mayor parte de la vegetación implantada en áreas urbanas aún es percibida apenas como paisajismo contemplativo – pensada para armonizar el ambiente y promover confort visual a los transeúntes. Lo que sucede es que ya se sabe que la vegetación en el medio urbano tiene funciones ambientales y sociales impactantes, que influyen incluso en la demografía, que es un determinante para la satisfacción humana (Corrêa, 2015):

> […] espacios vegetados ayudan en la distribución y en la densidad de barrios y del tráfico, crean local para recreación, cultura y deporte, valorizan inmuebles, evitan invasión humana, ejercen influencia en la regulación climática, en la comodidad acústica y en la circulación de vientos, secuestran carbono, reducen la contaminación del aire, amortiguan eventos naturales extremos, atenúan los efectos de los períodos de sequía, amortiguan las inundaciones, reducen la erosión del suelo, auxilian la recarga de acuíferos, albergan la fauna que controla la proliferación de plagas urbanas, contribuyen al mantenimiento de la biodiversidad, sirven como objeto de educación ambiental, entre otros (Corrêa, 2015)[38]

La concepción funcional de paisajismo urbano busca sacar el máximo provecho de los beneficios que la vegetación puede ofrecer, sea por medio de árboles dispersas o agrupadas en bosques, forestas, parques y otros ambientes verdes. El enfoque funcional del paisajismo posibilita la consolidación del espacio vegetado como parte de la infraestructura urbana. El verde urbano, en el cual están inseridos los parques, plazas, rotondas, calles arborizadas, jardines, vestigios de vegetación nativa y tantos otros, es capaz de transformar paisajes y mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Por eso, los criterios para la elección de plantas, en el rol paisajista, no deben limitarse a la función estética y a la regulación de microclima. La reducción de impactos ambientales, los corredores ecológicos y la defensa del bioma natural, como visto antes, son algunos de los criterios contemporáneos que pueden ser logrados con el uso de especies nativas, para la rehabilitación de espacios urbanos[39] (Corrêa, 2015).

Espacios públicos y jardines

En este escenario, las áreas paisajísticas que constituyen el entorno urbano son básicamente distribuidas en espacios públicos y jardines privados. Estos, en general, son los paisajes con los

[38] Traducción de la autora.

[39] El tema de la funcionalidad del paisajismo en el contexto urbano, cuyos impactos ambientales y sociales pueden ser potencializados por el uso de especies nativas, abre espacio para el abordaje del proceso de revegetación y del concepto de paisajismo naturalista. Ambos van a ser discutidos más adelante, en este mismo capítulo.

que los habitantes de la ciudad están más familiarizados y donde tienen la mayor parte de sus experiencias con la naturaleza. La forma utilizada en estos espacios, que se refiere al *design* del paisaje, puede variar en términos de tamaño, ubicación e historia, mostrando diferentes estilos de cultivo y movimientos paisajísticos. Independientemente de los méritos estéticos asociados a estos movimientos, el tema a observar es el propósito de crear jardines agradables para el público y funcionales de una manera general para la sociedad y el medio urbano (Hitchmough & Dunnett, 2004).

La concepción del espacio público también debe considerar las necesidades de la comunidad, que requieren espacios menos endurecidos, capaces de recuperar el equilibrio entre hombre y naturaleza, minimizar las problemáticas urbanas de contaminación y movilidad, abrigar las actividades de la población e impulsar sentimientos por el territorio. Además, es importante que la construcción de espacios públicos esté centrada en un proceso de modificación a partir de la conservación de lo natural, y no en su transformación. Esa es la base para una relación ciudad-urbanismo-arquitectura basada en los fundamentos de la ecología y en la apreciación de la naturaleza (Hurtado, 2019).

De acuerdo con Hurtado (2019), el espacio público es incluso un determinante para la definición del carácter de una ciudad, porque el demuestra cómo se gobierna y como viven sus habitantes. Se trata de un lugar de encuentros que sirve como palco para el desarrollo de actividades indispensables para la vida de la población y que puede fomentar el interés por la relación entre ciudadanos. Sin duda, la percepción de la implicación de este término en el contexto urbano ha ido cambiando, junto al proceso de trasformación de las ciudades. Hoy en día, considerando que las condiciones del espacio físico determinan en gran medida la manera de pensar, sentir y comportarse de las personas, es coherente fomentar el consecuente debate sobre cómo se diseña, se construye y se mantienen esas áreas de uso público de las ciudades [40] (Hurtado, 2019).

El diseño del paisajismo urbano

El diseño del paisaje es una actividad compleja que envuelve numerosas variables, principalmente asociadas al carácter cultural y ambiental, como visto. Se trata de la materia prima de trabajo del paisajista[41] y, hoy en día, tiene en su abordaje los conceptos de percepción e interrelación bien marcados, superando el énfasis únicamente en el visual y consolidando una visión más dinámica del paisaje, que integra lo natural y lo antrópico, en cuanto factores modeladores del paisaje. Montando ese escenario, se entiende como campo de acción de los arquitectos paisajistas "[…] tanto el ambiente exterior como los espacios dentro del entorno construido, en donde se encargaría de la realización de investigaciones y asesoramiento sobre planificación, diseño y administración, así como de su conservación y sostenibilidad." (García, 2012).

En este sentido, el carácter transdisciplinar que el diseño del paisaje requiere posibilita el surgimiento de nuevas herramientas y metodologías, una vez que favorece el estrechamiento

[40] En el caso colombiano, donde las ciudades cuentan con espacios públicos caracterizados por la jerarquía del espacio duro sobre el espacio verde, en los cuales los árboles funcionan más como un obstáculo para el diseño, se observa los efectos de la falta de importancia que es dada a áreas verdes, a los parques urbanos. Espacios que ofrecen el verdor de los prados, un microclima favorecido por la arborización y el aprecio por los valores patrimoniales, que favorecen la calidad de vida (Hurtado, 2019).

[41] Virós (2007) afirma que el camino de la percepción del paisaje está apoyado por la propia vivencia y experiencia, por lo cual no queda dudas de que el aprendizaje en el campo de la arquitectura y del paisajismo requiere la experiencia de la realidad (Nogué, 2007).

de relaciones con otros campos, como la ciencia y la ecología, que facilitan el conocimiento sobre la complejidad del mundo natural (García, 2012).

Los paradigmas actuales de diseño arquitectónico y urbano apuntan, principalmente, hacia dos referenciales, el formal, con un abordaje estético; y el que considera los sistemas naturales como inspiración y hasta modelo para su desarrollo. Lo que se entiende, hoy en día, es que estos abordajes pueden actuar de manera complementaria en un diseño (García, 2012). Asimismo, Abbud (2010) comenta que la estética debe ser incorporada al paisajismo de manera equilibrada, considerando la historia del lugar, aunque sea para cambiarlo, para crear nuevas formas, pero con consciencia de lo que ha sido hecho antes (Abbud, 2010).

Corrêa (2019), por su vez, plantea que entre las pautas paisajísticas que imperan en la actualidad, el jardín naturalista y el jardín como obra de arte, sin duda la primera es la que mejor se adapta a las necesidades previstas actualmente. Para la eficiencia del diseño de estos jardines, es importante conocer las características fisiológicas, morfológicas, fenológicas y ecológicas de las especies vegetales, a fin de proponer una conciliación entre la forma y función de los ambientes que los componen. En este sentido, las especies vegetales cuyas características dialogan bien con el entorno construido son las más adecuadas para su uso en el contexto paisajístico. Es importante que estén adaptados al clima local, requieran poco mantenimiento, tengan un desarrollo rápido y una buena interacción con los humanos y la fauna local (Corrêa, 2019).

Las raíces del pensamiento sostenible para el diseño del paisaje

Esas nuevas formulaciones para el diseño del paisaje, para la formulación del paisajismo son frutos de los cambios generados por la aparición del concepto de desarrollo sostenible, en la década de 1980, que empezó a impulsar las estrategias urbanísticas hacia la naturaleza y a la sostenibilidad como paradigma. Eso generó uno de los más significativos cambios en la orientación teórica del paisajismo, con la incorporación de conceptos de diseño ecológico y sostenibles (García, 2012).

Un poco antes, Borrero (1975) ya afirmaba que delante del panorama del medio urbano, que a medida que se tecnifica, más distante se hace de la naturaleza, se ve la necesidad de establecer un equilibrio entre lo construido y lo natural en el diseño, que frene el aumento de las superficies duras de las calles. La autora define aún algunas pautas para el proceso de selección e introducción de los elementos vegetales, definidas a partir del estético y del funcional (Borrero, 1975):

La primera pauta trata del orden espacial, que se explica en el facto de que vivimos en un mundo dimensionado y volumétrico. Así, organizar el espacio de según la espacialidad hace sentido. El espacio calle, plaza o jardín, son diferentes entre sí, pero es donde la flora produce un primer impacto espacial, sea como árbol – que funciona como una cobertura vegetal; como arbusto y seto, que se imponen ante la perspectiva humana; el macizo, que se destaca próximo a la superficie de suelo; y los prados y plantas cobertoras, que forman el plano de base o suelo (Borrero, 1975).

La segunda pauta trata de la calidad del color – que generalmente se refiere al verde del follaje en contraste con el color de la flor -, de la textura, del brillo o de la opacidad, de la masa del follaje o de la estructura de las ramas (Borrero, 1975).

La tercera pauta camina un poco más hacia allá de los valores ornamentales y presenta las condiciones de adaptabilidad de las plantas al suelo, la luz, la temperatura y la humedad, dentro del nuevo panorama ecológico, como centro. Los factores funcionales también se insieren en esta pauta, puesto que cada árbol tiene un potencial y una función. Para eso, es

necesario conocer las características de la planta, el tiempo de crecimiento, la talla, la forma estructural, la silueta, la longevidad, la profundidad de la raíz, la resistencia a las plagas, la persistencia de la hoja, el tamaño de la flor, su color y el volumen de la floración etc. (Borrero, 1975).

Por último, viene la pauta de las interrelaciones, que aborda el comportamiento de las plantas en el cultivo, sea por su capacidad de agrupación o por su potencial como unidad aislada. Factor igualmente importante para la escogencia de plantas que presentan diferentes valores espaciales y estético. La autora complementa que es necesario crear en los habitantes de las ciudades un aprecio por la flora espontánea. "Ella expresa una sutil relación entre la tierra y la vida y, como resultante, imprime su sello característico sobre el paisaje." (Borrero, 1975)

Bajo el abordaje ecológico de diseño, Ruff (1982) propone la creación de paisajes ecológicamente inspirados, que posen las características de los paisajes espontáneos. Para eso, debe haber la intención de no disturbar el proceso natural y los ciclos existentes o de restaurarlos cuando necesario; y de utilizar topografías y estructuras biológicas variadas, a fin de evitar monocultivos y demasiada uniformidad. En este sentido, consolidar una estructura que sea capaz de responder a los cambios en las necesidades sociales y biológicas es un aspecto a ser considerado en el diseño. Para eso, la integración con la comunidad local en la toma de decisiones se ve como una estrategia primordial (García, 2012).

Construyendo ese mismo escenario, está el concepto de "Jardín en Movimiento", creado por Clemént (1984). Esa propuesta de diseño está fundamentada en el reconocimiento de los cambios resultantes de la interacción con el tiempo en el jardín, en alternativa al control absoluto de la naturaleza, presente en algunos jardines clásicos. El objetivo del jardinero en esta perspectiva sería lo de interpretar tales interacciones para determinar el tipo de jardinería que va ser desarrollada, siempre buscando equilibrio entre especies y mejorar la biodiversidad. Para eso, hay que mejorar la calidad de los sustratos orgánicos: agua, tierra, aire; y promover la economía de medios, consumo de agua y energía en su manejo. Ese concepto cambia los principios de diseño formales; su diseño cambia con el tiempo, por lo tanto también depende mucho de quien lo mantiene, no apenas del diseño en si (García, 2012).

Dunnett y Hitchmough (2004) entienden el diseño sostenible de la vegetación como lo que logra mantener su integridad sobre la mayor cantidad de generaciones sucesivas con la mínima entrada de recursos posible; equilibrando así la dinámica y estableciendo un mejor funcionamiento como ecosistema. Ese proceso implica la reducción de la intervención humana en el paisaje (García, 2012). Complementando, Ruff (1982), años antes, ya había planteado que, para alcanzar la funcionalidad ecosistémica, es necesario que los espacios verdes de una ciudad estén integrados entre sí, como un sistema que genera la conectividad necesaria para el desarrollo de la biodiversidad[42]. Además, el defiende el consumo mínimo de energía con el uso de suelos locales disponibles, materiales regionales y reciclaje de materiales sobrantes (Enjunto & Querol, 2021).

La experiencia del paisaje como directriz para el diseño

El proceso de experimentar la naturaleza - en el cual la calidad visual tiene un papel importante – está arraigado en la sutil integración entre humanos y medio ambiente natural. Por eso la experiencia debe ser pensada en el proceso de diseño del paisaje (Simonic, 2003).

Así, la producción de un paisaje experiencial de calidad, bajo una perspectiva contemporánea de diseño del paisaje, puede ser una alternativa para el contexto del mundo globalizado, en el

[42] Como visto antes, estos planteamientos son parte de la solución para las problemáticas ambientales actuales que afectan a la salud, como la mala calidad del aire derivada de la contaminación, la pérdida de biodiversidad y el efecto isla de calor (Enjunto & Querol, 2021).

cual se observa el proceso de simplificación de los estándares visuales del pasaje y la disminución de su diversidad. Aspectos probablemente irreversibles. La necesidad de experimentar paisajes percibidos como naturales, en particular la presencia de la vegetación desempeña un papel crucial en el rápido ritmo de la vida contemporánea. Los criterios para el diseño de tales paisajes, en este sentido, deben derivar de las preferencias y de las características de naturalidad percibidas. Estos dos conceptos son bastante importantes en la investigación de las relaciones entre la experiencia de la persona y el medio ambiente, y fomentan la adopción de estrategias de diseño naturalistas para el paisaje, que son de alto valor experiencial para las personas (Simonic, 2003).

6.3.2 Paisajismo naturalista y aspectos ecológicos

Por lo que plantea Ogrin, la mimesis, en cuanto concepto estético de imitación de la naturaleza, es el principio básico del diseño del paisaje. El proceso de traducción de las ideas y principios extraídos de la naturaleza para la creación de un paisaje diseñado, sin embargo, no es hecho de manera directa. Siendo la abstracción de formas naturales y la abstracción de procesos naturales, dos de los enfoques que generalmente son utilizados en el proceso de mimetización. Lo mismo sirve para el paisaje naturalista, que se asemeja a paisajes naturales hasta cierto punto, aunque hayan sido creadas bajo un abordaje y sintaxis de *design* particular (Simonic, 2003).

En el *design* de espacios verdes, la tendencia naturalista ha crecido considerablemente en los últimos años, a pesar de que no viene de ahora en la historia del paisajismo. El estilo prioriza el desarrollo espontaneo, orgánico y autentico del jardín, lo que favorece su carácter ecológico y salvaje. En lo que respecta a la vegetación, planes de siembra naturalistas son desarrollados a partir de composiciones de especies inspiradas en las asociaciones espontáneas de las plantas en el paisaje. Estos planos son desarrollados con base en las plantas autóctonas, pero también hay espacio para plantas introducidas, es decir, exóticas (Henriques, Soares & Azambuja, 2017).

A partir del siglo XVIII, con el desarrollo del paisajismo ingles, las concepciones de la naturaleza empezaron a ser impostas al paisaje a partir de la abstracción de formas y estructuras naturales. Una manera naturalista de abordar, que fue expresa por medio de formas orgánicas y organización espacial irregular, con bastante abstracción. Luego, con la introducción de diferentes elementos del paisaje, es posible percibir que la naturalización siguió por el camino del estilo pintoresco. El estilo *gardenesque* también fue desarrollado, en esta fase, con la introducción de plantas exóticas. En el siglo XIX, el desarrollo de parques paisajísticos en las ciudades sirvió como contribución y difusión del paisajismo naturalista; así como la evolución de dos estilos de jardín, el jardín salvaje y el jardín de flores, que también aportaron para el movimiento. Por otro lado, en el siglo XX, la evolución de la ciencia ecológica y de los movimientos ambientales fue un marco para el panorama del paisajismo naturalista, que pasó a tener un principal enfoque a finales del siglo: los procesos naturales. Los jardines silvestres urbanos son ejemplo de ese hecho (Simonic, 2003).

En una perspectiva histórica, la publicación del libro *The Wild Garden*, de William Robinson, en 1870, constituyó un marco para el abordaje naturalista de los jardines (Henriques, Soares & Azambuja, 2017). Además, diferentes estudios sobre las preferencias humanas acerca de la composición del paisaje revelan una preferencia por el carácter natural de los paisajes, en comparación al geométrico, por ejemplo, que es menos preferido. En el análisis del contenido de escenas, las que contenían paisaje, jardín salvaje y paisaje pintoresca fueron las preferidas. Ya entre las escenas de paisajes naturalistas, fue observada una gran variación de preferencias entre los diferentes diseños, lo que demuestra la variabilidad de este estilo. De manera resumida, las escenas que más agradaron a las personas contenían agua y vegetación arbórea; la textura de la cobertura del suelo fue menos importante (Simonic, 2003).

Resultados como este confirman el facto de que el elemento más comúnmente preferido en los paisajes es el agua. Además, escenas estructuralmente más complejas reciben una mayor preferencia por parte de los encuestados, si comparadas a las escenas simplificadas y abstractas. Queda claro, entonces, que el tipo y la calidad de los elementos de un paisaje desarrollan un papel importante en la percepción de preferencia. Estudios como estos afirman aún más el impacto positivo que los paisajes naturalistas pueden generar en la percepción humana y presentan directrices para proyectarlos, en lo que refiere a la organización de la experiencia paisajística (Simonic, 2003).

El naturalismo bajo la perspectiva urbana sostenible

A finales de la década de los noventa, el tema la gestión de las áreas verdes urbanas empezó a llamar la atención. Fue observado un declive en el mantenimiento del paisaje público en las ciudades de los países occidentales, debido a la caída de la financiación y la llegada de nuevos movimientos sociales y ambientales. En este contexto, el naturalismo surge con la propuesta para dinamizar el paisaje público a través de plantaciones sostenibles, con bajos costos de mantenimiento, taxonómicamente diversas, con cambios estacionales notables y que favorecen la vida silvestre (Hitchmough & Dunnett, 2004).

En este sentido, además de los parámetros funcionales y los beneficios del placer estético, con el aumento de densidades en las áreas urbanas, los espacios verdes asumen un rol lúdico, social y ambiental, afectando directamente la salud y el bienestar de las personas (Hitchmough Y Dunnett, 2004). De ahí viene la tendencia del paisajismo contemporáneo a considerar el confort ambiental, el ahorro de mantenimiento, la ergonomía y los servicios ambientales, apuntando a la conservación de la diversidad de biomas nativos, en un proyecto de paisaje. Este es el paisajismo naturalista que, a partir del uso de especies nativas, busca reafirmar el ecosistema natural que lo acoge (Guilhon, 2009).

La importancia otorgada a los espacios urbanos en el proceso de conservación de la biodiversidad proviene del entendimiento de que las reservas naturales por sí solas no son suficientes para garantizar su perpetuación (Siqueira, 2016). Así, el movimiento naturalista se inserta en este contexto, trayendo consigo la necesidad de romper con las plantaciones tradicionales basadas en la horticultura, que hasta entonces eran impactantes en los movimientos paisajísticos. En estas plantaciones se observan composiciones de especies exóticas, dispuestas en arreglos, en los que se evidencian intensas competencias entre especies y la consiguiente invasión espontánea de hierbas dañinas; escenario ecológicamente discutible. Así, la búsqueda de un tipo de plantación que permita el desarrollo de procesos ecológicos naturales en el bioma en el que se insertan, justifica la consolidación del naturalismo (Hitchmough & Dunnett, 2004).

La verdad es que jardines con plantas nativas tienden a tener una menor huella ecológica, lo que reafirma su contribución con la sostenibilidad de los ambientes del entorno. Eso se debe al facto de que, para el cultivo de plantas nativas, en general, no es necesario mejorar el suelo; las plantas nativas, por selección natural, son más resistentes y se adaptan a las variaciones del clima existente; y no es necesario fumigar, como en los jardines de plantas exóticas, que frecuentemente son atacadas por plagas masivas. Mientras más distante de una situación natural, mas esfuerzo se requiere para manejar el cultivo (Siqueira, 2016).

Estos factores demuestran que el uso de especies nativas reduce la necesidad de mantenimiento, lo que favorece el proceso de revegetación[43]. La poda de plantas, la limpieza, el proceso de fertilización y riego, además de las prácticas culturales en los huertos urbanos, que pretenden incorporar estándares estéticos, son actividades que impiden el proceso de

[43] El concepto de revegetación fue mejor abordado más adelante, en este mismo capítulo.

sucesión natural. Dichos parámetros se consideran en el proceso de consolidación de un jardín naturalista (Guilhon, 2009).

Además, la incorporación de flora nativa es también una forma eficiente de fomentar la identidad local a partir del potencial ornamental y de la conservación ecológica de las plantas de la región. Oudolf & Kingsbury (2013) – importantes nombres del paisajismo naturalista - comentan sobre el deseo de celebrar la diversidad regional, el patriotismo, de apoyar la biodiversidad, que está presente en el naturalismo. En este sentido, el interés que se rencendió, en el siglo 21, por la utilización de especies nativas en paisajes construidas, impulsó el proceso de búsqueda por plantas salvajes con potencial paisajístico en la naturaleza. Esta práctica recibe el nombre de *plant hunting* y hace parte del proceso los testes de reproducción de las especies encontradas, para que puedan ser incorporadas al sistema comercial (Siqueira, 2016).

Partiendo de la promoción de identidad local, se entiende que establecer relaciones culturales y afectivas con territorios es apenas una de misiones de la arquitectura del paisaje en las ciudades. Además de crear ciudades más humanas y acogedoras, hoy en día ya se considera la responsabilidad del paisajismo en recrear hábitat para la vida salvaje, de modo a conservar la biodiversidad; favorecer la retención y absorción de aguas pluviales; crear microclimas más amenos; combatir los efectos de las islas de calor urbanas. Aspectos que son posibilitados en un abordaje naturalista (Siqueira, 2016).

En el contexto urbano, el desarrollo de proyectos de corredores bióticos de escala metropolitana, como apuesta en potencial para el paisajismo contemporáneo en las grandes ciudades, presentan la oportunidad de conectar zonas verdes diversas de la ciudad, integrándolas por medio de un sistema jerárquico que crea un sentido de continuidad. El corredor también conecta las zonas verdes a las demás zonas de la ciudad, promoviendo la movilidad y la expansión de los aspectos ecológicos de la ciudad, además de calidad de vida a la población. El proyecto del Parque del Río Medellín (Figuras 6 y 7), en Colombia – diseñado por Sebastian Gomez y Juan Tabordaes – es un ejemplo bien sucedido de como asociar un paisajismo basado en la utilización de especies autóctonas de la región a la creación de un corredor que se integra a las actividades urbanas y el sistema estructurante de Medellín, orientando el crecimiento urbano de una de las mayores ciudades del país, de manera comprometida con el medio ambiente y con la movilidad urbana (Colegio de Arquitectos de Cataluña [COAC] & Universitat Politècnica de Catalunya [Barcelona-Tech], s.f.).



Figura 6. Vista aérea - Parque del Río Medellín
Fuente: COAC & Barcelona-Tech, s.f.



Figura 7. Vista peatonal - Parque del Río Medellín
Fuente: COAC & Barcelona-Tech, s.f.

El cultivo de especies nativas

Existe una amplia diversidad de enfoques cuanto al cultivo de especies nativas. Como objetivo único, según Burle Marx – importante paisajista brasileño y percusor en el diseño de

paisajismo con especies nativas -, está la intención de reflejar el paisaje circundante, plantar en el jardín las especies que crecen en la región, ya aptas para el suelo y el clima. Un jardín debe pertenecer, en espíritu, al lugar donde se ubica, porque, por muy cuidadosa que haya sido su planificación, nunca se presentará perfectamente bien si las plantas que lo constituyen no son ecológicamente compatibles. Conseguirlo debe ser uno de los objetivos del paisajista (Siqueira, 2016).

En este sentido, tres de las corrientes que componen el movimiento naturalista son: restauración del hábitat, conservación creativa y paisaje antropogénico (Hitchmough Y Dunnett, 2004). El aspecto que une estos diferentes enfoques es la propuesta de crear comunidades de múltiples especies, como grupos de plantas relativamente estables que pueden tratarse como una unidad, en contraposición a la plantación de monocultivos. Este tipo de plantación contemporánea busca utilizar plantas individuales para diseñar algo que sea mayor que la suma de las partes, una combinación de especies, algo nuevo; desarrollando así una vegetación, en lugar de una masa de individuos (Oudolf & Kingsbury, 2013).

The New Perennial Movement

Con el aumento del interés por el naturalismo, se mejoraron las posibilidades de combinaciones entre especies y, gradualmente, fueron surgiendo enfoques más detallados. Las comunidades naturales idealizadas por Richard Hansen y Friedrich Stahl, por ejemplo, se estructuraron a partir de la categorización de especies en: plantas temáticas, plantas compañeras, plantas solitarias, plantas de cobertura del suelo y plantas dispersas. Los fundamentos del *The New Perennial Movement* traen la proposición de jardines en camadas, diferenciando las especies por sus características físicas y de impacto, en categorías denominadas protagonistas, matriciales y dispersas, creando así una jerarquía beneficiosa para la composición del paisaje (Oudolf & Kingsbury, 2013).

A partir de este movimiento, que es una vertiente del naturalismo, se entiende cómo el paisajismo contemporáneo puede establecer un nuevo tipo de diseño, cuya base está en el uso de conceptos ecológicos y funcionales para definir un estilo estético. Como se observa en los proyectos del paisajista Piet Oudolf, la idea no es imitar la naturaleza, sino proponer composiciones de plantas que se relacionen de manera armónica, posibilitando un desarrollo natural que favorezca los cambios provocados por las estaciones y los ciclos de vida - y la consecuente valoración del ecosistema en el cual están inseridas (Oudolf & Kingsbury, 2013). El uso de planta herbáceas y arbustivas, organizadas en comunidades con gran biodiversidad, entonces, es la apuesta del movimiento, en oposición a los jardines estructurados en bloques y monoculturas. Estos jardines evocan ambientes salvajes, que se abren hacia los cambios que suceden a lo largo del tiempo, se adaptan al envejecimiento y la muerte de las plantas, y al surgimiento espontaneo de nuevas especies; en fin, son creados para ser apreciados por la potencialidad de su estacionalidad (Siqueira, 2016).

El monocultivo, que es la siembra de una única especie en un jardín, en este contexto, se presenta como una estrategia simple y popular para espacios verdes públicos, pero que carga una monotonía, derivada de baja variabilidad, por ejemplo, en la floración, que ocurre apenas en un determinado periodo. La versión más compleja de este tipo de cultivo es llamada de cultivo en bloque, y consiste en la asociación de diferentes especies en grupos que pueden llegar a más de cien individuos. La vegetación es espacialmente organizada en *drifts*, que son tiras generalmente dispuestas en ángulos más lineares en relación al observador. Los drifts son compuestos por grupos de plantas dispuestas en estrechas filas, lo que aumenta el efecto de profundidad, al paso que también aumenta los costos de planeación y mantenimiento. Como ventaja del método, está la mejor apariencia de los grupos estrechos en su fase pico, y también el facto de que no perjudican los bordes cuando desvanecen (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

Otro abordaje naturalista del diseño del paisaje, es el cultivo de especies según sus niveles de sociabilidad. Esa estrategia tiene como base la utilización de plantas perenes para una composición enfocada en un efecto salvaje. Las plantas con bajos niveles de sociabilidad son, entonces, organizadas individualmente o en grupos pequeños de 3 a 9 individuos; mientras las plantas con altos niveles de sociabilidad pueden ser alocadas en grupos con más de 9 individuos y dispuestas libremente alrededor del primer grupo (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

Cultivo mixto aleatorio

Debido a la alta demanda de tiempo que envuelve la planeación de un cultivo de perenes diversificadas, pensando en aumentar la eficiencia de ese proceso, el concepto de cultivo mixto aleatorio fue desarrollado en la *Anhalt University of Applied Sciences*, en Alemania. La posición de las especies en este tipo de cultivo no es predeterminada, tampoco hay planos trazados, pero se requiere una distribución homogénea, en toda el área de cultivo. Se trata de una estrategia que cuenta con el acaso para generar un efecto natural en el paisajismo. Para eso, las especies son cuidadosamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las siguientes características: el hábitat natural y el lugar de implantación; la sociabilidad de la planta; el enfoque temático del cultivo; el ritmo de crecimiento de la planta; la expectativa de vida; los aspectos de la reproducción y los índices de propagación; las estrategias biológicas populaciones; y los criterios estéticos (camas, combinaciones de cores, texturas etc.) (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

La idea es crear una comunidad vegetal en un equilibrio ecológicamente correcto. Las especies, en este contexto, con sus variedades de aspectos, formas y estrategias de propagación, se complementan en la composición de un sistema autorregulado. En ese sistema, que se trata de un modelo dinámico de integración entre especies, la supervivencia de todo el grupo es mas importante que la supervivencia de plantas individuales; lo que reafirma el carácter naturalista, en que las plantas se adaptan unas a las otras, con una competencia equilibrada[44]. También se comenta la posibilidad de introducción de estructuras y elementos visuales dominantes o plantas temáticas, Ese aspecto abre espacio para el abordaje de la organización de las especies a partir de categorías. Así, para garantir un relieve visualmente agradable y sostenible en el cultivo, es recomendable utilizar la siguiente categorización (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021):

Especies dominantes: plantas estructurales y llamativas que forman la estructura del cultivo, pueden ser gramíneas, plantas perennes de hojas grandes o plantas verticales; plantas de acompañamiento: son las estabilizadoras, más recurrentes y de larga vida, que definen el carácter visual del cultivo y enfatiza la presencia de las especies dominantes; cobertura del suelo: normalmente son pequeñas plantas perenes de até 30 cm de altura, utilizadas en mayor cantidad, formando un tapete entre las plantas de dos primeras categorías; plantas de relleno: son de corta vida, rápido crecimiento y expansión generativa, pero débil en competencia, lo que hace que disminuyan mientras son sustituidas por plantas de las otras categorías, son utilizadas para generar una rápida cobertura y visualización en periodos más cortos; y plantas dispersas: son de curto periodo de crecimiento y no requieren demasiado espacio para desarrollarse, son vistosas y dominantes cuando floridas, y implementadas en el cultivo adicionalmente (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

***The High Line* en Nueva York**

[44] De acuerdo con Piet Oudolf y Kingsbury, la combinación de plantas genera una mayor competencia, lo que requiere un mayor conocimiento de las cuestiones ecológicas del local o por lo menos una mayor conciencia del desempeño a largo plazo de las especies (Oudolf & Kingsbury, 2013)

Esa espontaneidad en el comportamiento de cultivos perenes naturalistas puede ser observada en terrenos baldíos de las ciudades, que son invadidos por plantas con notable velocidad, enseñando la rapidez y profundidad de la naturaleza en recuperar terrenos perdidos y recuperar ambientes contaminados y dañificados. Estos lugares suelen desarrollar una flora fascinante y única, con combinaciones de especies nativas que generan paisajes bastante biodiversos. Principalmente en las sociedades post-industriales, en que fueron abandonadas grandes cantidades de instalaciones industriales, ferrovías, minas, campos de entrenamiento militar, ese aspecto de la naturaleza, de dominio frente a construcciones humanas olvidadas, quedó bien claro (Oudolf & Kingsbury, 2013).

Ese es el escenario de desarrollo del proyecto *The High Line,* en Nueva York (Figura 8), uno de los ejemplos más famosos de esa conquista de plantas sobre territorios abandonados, una línea ferroviaria elevada (Figura 9), usada por última vez en la década de 1960, que sirvió como base para la construcción de un parque urbano (Oudolf & Kingsbury, 2013); un elemento integrador de la ciudad, con potencial paisajístico y ecológico y que promueve la movilidad.



Figura 8. Vista aérea – The High Line, en Nueva York
Fuente: La Farge, A. & Darke, R., 2022



Figura 9. Vista aérea – The High Line, en Nueva York
Fuente: La Farge, A. & Darke, R., 2022

Piet Oudolf, paisajista holandés cuyo trabajo ha sido crucial para difusión del naturalismo en el mundo (Henriques, Soares & Azambuja, 2017), en colaboración con los arquitectos paisajistas del *James Corner Field Operations*, diseñaron el parque, que fue construido entre 2004 y 2014. Buscando favorecer el aspecto salvaje (Figura 10), ellos utilizaron las mismas especies de la flora nativa que fue perdida en el proceso de reurbanización del parque; lo que ya crecía naturalmente en el local (Figura 11). El sorprendente resultado inspira proyectos de paisajismo por todo el mundo y contribuye para la difusión del naturalismo y de la posibilidad de recuperación de los paisajes post-industriales de manera sostenible (Oudolf & Kingsbury, 2013).



Figura 10. Vista aérea – The High Line, en Nueva York
Fuente: La Farge, A. & Darke, R., 2022



Figura 11. Vista peatonal – The High Line, en Nueva York
Fuente: La Farge, A. & Darke, R., 2022

Según Burle Marx, un proyecto de paisajismo debe siempre reflejar el paisaje circundante – como espacio colectivo que induce al individuo a preservar lo que es de todos - con especies que crecen en la región, que ya están adecuadas al suelo y al clima. “Un jardín debe pertenecer, en espíritu, al lugar donde está situado […]”, con plantas ecológicamente compatibles. Ese logro debe ser el objetivo del paisajista (Siqueira, 2016).

En este sentido, los que fueron diseñados por el paisajista Roberto Burle Marx, cuya innovadora concepción de integrar el paisajismo en las áreas de recreación, deporte, ocio cultural y contemplativo, con el uso de vegetación predominantemente nativas, contribuyeron al desarrollo del paisajismo brasileño hasta la actualidad (Corrêa, 2019).

Se creó entonces una nueva relación en cuanto al uso del espacio a partir de la composición de especies y la atribución de funciones a los entornos verdes, con el objetivo de mejorar el medio ambiente y la calidad de vida de las personas. El uso de plantas nativas, atribuido a la conservación y recuperación del medio ambiente, no eclipsó el carácter estético llamativo de la obra de Burle Marx y permitió la incorporación del paisajismo naturalista a la realidad brasileña (Corrêa, 2019). En este sentido, se observa la importancia de este tipo de proyectos para lo que se pretende hoy, con un paisajismo funcional, en la estructuración de un paisajismo terapéutico vinculado a los entornos de recuperación humana.

La revegetación como estrategia ecológica actual que integra el naturalismo al rol urbano

Un tema interesante que puede ser abordado en la discusión naturalista del paisajismo es la revegetación, que se configura como un instrumento para la recuperación de ambientes degradados (Guilhon, 2009). Representada por los resultados de procesos nocivos para el medio ambiente, la degradación ambiental presenta pérdida y reducción de las propiedades de los recursos naturales y está asociada a cambios adversos tanto en el medio natural como en el medio rural y urbano (Corrêa, 2019).

En este sentido, se entiende que la reducción de la calidad ambiental es un proceso inherente a la urbanización, ya que factores que apuntaban a la mejoría de la calidad de vida, como la densidad, verticalización, consumo, los vehículos de combustión, entre otros elementos asociados a la expansión urbana, paradójicamente, conducen a la degradación y deterioro de la calidad urbana. Presentada, en este contexto, como un proceso de cultivo de especies vegetales, la revegetación es capaz de lograr la rehabilitación y la recalificación de ambientes urbanos, rurales y naturales degradados, además de recuperarlos, remediarlos y restaurarlos, que son conceptos que pueden ser trabajados de manera individual, pero que se integran en el escenario urbano de mejorías de la calidad ambiental (Corrêa, 2019).

Se entiende por rehabilitar el proceso de proveer forma y función para espacios considerados degradados. Restaurar ecosistemas, solucionar el problema de la contaminación, reconfigurar paisajes, recuperar solos erosionados, revegetar superficies expuestas y recalificar espacios, son algunas de las acciones que pueden rehabilitar un ambiente. La rehabilitación no apenas rescata espacios físicos, pero también el medio social. Áreas degradas se vuelven, muy fácilmente, espacios indeseables que favorecen la exclusión de grupos sociales menos favorecidos. El uso de la vegetación como elemento principal o secundario para rehabilitar un espacio urbano, en este contexto, caracteriza la revegetación, que es capaz de rescatar la calidad ambiental perdida en las ciudades y favorecen el aspecto comunitario[45] (Corrêa, 2015).

[45] En este sentido, las funciones de recepción, recuperación y reintegración del usuario a la sociedad, desatendidas por el proceso de Institucionalización de la Locura - que, como se ha visto anteriormente, está muy asociado a la expansión urbana - podrían recuperarse proponiendo la revegetación de áreas verdes para que promuevan el bienestar y la calidad de vida.

Por otro lado, la recalificación está asociada a procesos que logran refuncionalizar y reocupar espacios o edificios consolidados en el medio urbano. La idea es desvelar el "alma" y asignar una nueva vocación al edificio/espacio recalificado. La recalificación de espacios urbanos degradados en áreas de uso comunitario, que implica dejarlos más atractivos y seguros, fomenta también la convivencia social, la creación de identidad local y la promoción de empleos. Una vez asociado a la revegetación, el acto de recalificar envuelve la implementación de entornos verdes como base para sus estrategias[46] (Corrêa, 2015).

En cuanto a las funciones ecológicas y los servicios ambientales, algunos ejemplos de revegetación que son importantes para este contexto son: creación de barreras acústicas, eólicas y de partículas en suspensión (función de regulación); control térmico de ambientes (función de regulación); mitigación del paisaje excesivamente urbanizado (función cultural); ocio (función cultural); aumento de fauna en el medio ambiente (función de apoyo); regulación de la incidencia de la radiación (función de regulación); restauración de ciclos naturales (función de regulación); y aumento de la productividad de las áreas verdes (función de provisión). Estos aspectos son fundamentales para asegurar espacios construidos sostenibles, pensados para la comodidad y bienestar del usuario (Corrêa, 2019).

Como ejemplo práctico de la aplicación de la revegetación, hay la arborización de parques urbanos con especies nativos del bioma en que se insiere, una práctica que concilia las necesidades ecológicas del lugar que se está expandiendo y ya presenta ejemplos bien sucedidos en diferentes partes del mundo. La rehabilitación de áreas mineras, que se trata de un caso extremo de degradación, puede representar una oportunidad única de agregar forma y función de manera coherente a un local problemático. Una estrategia para ello es la distribución de bosques de especies nativas de la región, componiendo un paseo, que agrega paisajismo, áreas de ocio y deporte, desarrollo social y funciones ecológicas.

Así se entiende que es posible actuar por medio del paisajismo, como principal actividad de revegetación en las áreas urbanas, en la mejora de las ciudades, a partir de la incorporación de sus funciones productivas, ambientales y ecológicas en los proyectos. La idea es favorecer la creación de ambientes agradables para los seres humanos en ciudades que ya se encuentran altamente densificadas, a partir de la promoción de la calidad ambiental (Corrêa, 2019).

6.3.3 Paisajismo terapéutico y parámetros del bienestar

El creciente proceso de humanización asociado a los ambientes de salud, que se inició en el siglo XXI, sin duda impulsó el surgimiento de evidencias científicas sobre los beneficios del contacto con la naturaleza y provocó cambios en la forma de pensar y diseñar espacios terapéuticos. De este movimiento surge la comprensión de la importancia de los jardines y las áreas verdes en el proceso de restauración de la salud y recuperación de los pacientes hospitalizados [47] (Gobbi et al., 2017).

Desde la antigüedad, la costumbre del hombre de intentar imprimir su identidad y cultura en los ambientes que habita, viene de la necesidad de desarrollar un sentimiento de pertenencia, de reconocimiento y de familiaridad en relación al medio que lo envuelve. Por eso, hasta hoy,

---

[46] La relación entre los efectos del proceso de revegetación y la humanización de un ambiente psiquiátrico está justo en la mejora de la calidad ambiental y la consecuente promoción del confort y bienestar para el usuario. Como parte de la dinámica urbana, la incorporación del paisajismo en el contexto de la salud mental, como práctica de revegetación en el medio urbano, puede presentar soluciones para la degradación y contribuir a la estructuración de ambientes adecuados al escenario de reintegración del usuario a la sociedad.

[47] El tema de la humanización de los espacios de salud, incluyendo los psiquiátricos, fue abordado en los capítulos 5.2 y 6.2 de este trabajo.

el hombre tiende a buscar espacios que sean como abrigo y en los cuales se sienta acogido. Ese apego emocional es un factor importante en la creación de ambientes destinados a la cura (Soares, 2017).

Existe evidencias de que los jardines utilizados como forma de terapia se han desarrollado desde el descubrimiento de la agricultura. Sin embargo, el concepto de jardín terapéutico, como reflejo de la emoción individual, la formación cultural y el apoyo social, surgió en Persia, Egipto y Oriente, y son parte de la historia del mundo antiguo (Constantino, 2010). Asimismo, el uso de la vegetación como elemento terapéutico de los espacios naturales, que puede ser considerado milenario, aunque muchas veces restrictos a fines contemplativos, también era hábito de los chinos taoístas. Ellos desarrollaban jardines y estufas considerando los efectos terapéuticos de las plantas que iban a utilizar (Soares, 2017).

El jardín terapéutico

Se usa el término "jardín terapéutico" para referirse a un espacio dotado de características con propiedades de reducción del estrés y de sensaciones negativas, que son comunes en el medio hospitalario. Beneficios que también se extienden a todas las personas que frecuentan el espacio – visitantes y acompañantes de los enfermos, y personal hospitalario - no apenas a los pacientes (Gobbi et al., 2017).

> Un espacio de distracción y descompresión es también esencial para aquellos que visitan y/o acompañan a amigos o familia al hospital, pues, también para este grupo de usuarios, esta puede ser una experiencia bastante agotadora y estresante desde el punto de vista emocional, así como los miembros del personal hospitalario (médicos, enfermeros, etc.). (Gobbi et al., 2017)

El concepto de jardín terapéutico asume características múltiples, una vez que él tiene la capacidad de asumir diversas formas, de estar en diferentes espacios y de ser lugar para diversos tipos de actividades. Estos lugares son proyectados justamente para atender a demandas específicas del uso que le va a ser destinado. Así, los jardines terapéuticos pueden incluso ser categorizados, como hizo Marcus e Barne (1995), cuando presentaron la siguiente división en los tipos de jardín terapéutico: Jardín de contemplación; terapia hortícola y trabajo en el ambiente natural; ambientes naturales salvajes, que tienen más proximidad con sus características en cuanto naturaleza intocada; ambientes para meditación y reflexión (Gobbi et al., 2017).

Con la finalidad de brindar sensaciones de bienestar a sus ocupantes, los jardines terapéuticos juegan un papel importante en la promoción de la salud a través de oportunidades de relajación, contemplación y sociabilidad, actuando en el proceso de restauración del cuerpo y la mente. En investigaciones sobre el tema, Ulrich observó que la simple observación de un jardín a través de una ventana tiene relevancia estadística en el proceso de sanación, disminución del uso de medicamentos y reducción de los niveles de depresión relacionados con estancia prolongada en camas hospitalarias (Constantino, 2010).

Los resultados positivos obtenidos con el uso de estos jardines impulsaron una creciente en su utilización directa en el tratamiento de pacientes, principalmente los con trastornos psicológicos, que demandan rehabilitación física o que están en la fase de postoperatorio. La terapia ocupacional es un ejemplo de esta buena relación pues que actúa en el tratamiento de individuos con alteraciones cognitivas, afectivas, perceptivas y psicomotoras, mejorando sus capacidades psicológicas y ocupacionales por medio del uso de ambientes externos y del contacto con la naturaleza. La fisioterapia también utiliza ambientes externos como herramienta para reintegrar el paciente social y psicológicamente, a partir de su enfoque en el tratamiento de lesiones y disfunciones del sistema físico. En suma, las áreas libres planeadas en un jardín terapéutico no pueden curar enfermedades, pero logran interferir directamente

en la recuperación de los pacientes. Eso se debe a su capacidad de fornecer lugares para la práctica tanto de actividades pasivas, como la visualización de un jardín por las ventanas o una meditación en el pasto; como activas, como los ejercicios de rehabilitación, caminatas y jardinería (Constantino & Mattos, 2015).

En el contexto psiquiátrico, por ejemplo, el uso de jardines en la dinámica terapéutica está estrechamente asociado a la terapia ocupacional. Además del ambiente acogedor, estos espacios fomentan las prácticas al aire libre, como las actividades de jardinería, que son muy utilizadas por psicólogos, psiquiatras y terapeutas en la recuperación de los usuarios, que suelen tener más oportunidades de contacto con las plantas, el ambiente y otros usuarios, visitantes, personal (Constantino & Mattos, 2015).

Así, el jardín terapéutico se presenta, en este escenario, como puente entre la medicina y el *design*, la arquitectura. Se puede decir que mientras los médicos caminan por los procesos internos de la cura, los proyectistas están enfocados en el manejo de los elementos del lugar, de modo a interferir positivamente en el comportamiento del individuo. Así, la valoración de las áreas libres, en este escenario, en contraste al entorno médico institucional, pueden contribuir con el desarrollo de cuerpos fisiológicamente y psicológicamente saludables[48]. De hecho, la presencia de espacios contrastantes en el entorno hospitalario revela la búsqueda por la individualidad, la comodidad, el respeto a la dignidad y la libertad de movimiento, expresada a través de jardines que brindan calidad de vida al cotidiano de los enfermos (Constantino & Mattos, 2015).

Pensando así, es posible entender que los jardines terapéuticos pueden llegar a desarrollar un papel único para la calidad de la vida urbana, debiendo ser considerado en la planeación de las ciudades. Eso porque el puede incluso desarrollar funciones mas allá del aspecto lúdico y terapéutico, a través de la vivencia y del estimulo a los sentidos, logrando constituir un verdadero microambiente potenciador de bienestar a los usuarios, que también evoca el carácter educativo, de sociabilidad y ambiental en el cotidiano de la población (Gobbi et al., 2017). La interacción con el verde, en este sentido, abre las puertas para una actuación sensorial del jardín, que provoca estímulos por medio de sus colores, texturas y aromas (Soares, 2017).

Jardín de cura como modelo de proyecto de paisajismo terapéutico

En cuanto a la estructuración de los jardines terapéuticos, se destaca el concepto de "Jardín de cura" (*Healing Gardens*), que representa un modelo de jardín creado para recibir al individuo en recuperación y apoyarlo en las diversas condiciones físicas y de bienestar (Bagnati, 2019). Con una función terapéutica, estos jardines utilizan el poder reconstituyente de la naturaleza para contribuir al tratamiento y recuperación del paciente, buscando reducir la cantidad de medicación (Dobbert, 2010). Encuadrándose en lo que se entiende por ambiente restaurador, los Jardines de Cura promueven la recuperación de la fatiga mental, del estrés y de la ansiedad, al incorporarse al proceso de tratamiento del paciente, reafirmando el valor terapéutico del paisajismo terapéutico (Sores, 2017).

Marcus (2000) utiliza el concepto de jardín de cura para referirse a los espacios externos con potencial terapéutico, mientras Stigsdotter e Grahn (2003) reconocen un jardín de cura como aquél que influencia positivamente y de diferentes maneras los que disfrutan del medio. Ya Ulrich (1993) utiliza la expresión para referirse a una variedad de características del jardín que

[48] En el entorno medico institucional, que es donde la locura se encuentra hoy en día – como enfermedad mental -, prevalece el modelo hospitalocéntrico, que es opuesto al concepto de áreas libres. Una reflexión importante para la construcción del paisaje de la locura actual, que viene buscando acomodarse en un nuevo panorama. Los jardines terapéuticos, como visto, tiene potencial para estar en este nuevo escenario, porque pueden corroborar con el proceso de humanización del sistema psiquiátrico, impulsando así la desinstitucionalización.

se asemejan por la tendencia a promover la restauración del estrés y otras influencias positivas en el pacientes, visitantes y personal hospitalario (Sores, 2017).

Para la efectividad de los Jardines de Cura, Ulrich (2003) propone una teoría sobre el diseño de jardines que defiende la necesidad de que estos espacios promuevan la autonomía de uso, el contacto social, ofrezcan oportunidades para los movimientos físicos y faciliten el acceso a distracciones naturales (Soares, 2017). El investigador confirma que, para ser considerado un "jardín", el entorno debe tener una porción relevante ocupada por elementos naturales, como vegetación, agua, piedras, y favorecer tanto los espacios internos como externos del edificio (Bagnati, 2019).

También se destaca la importancia de que estos jardines estén diseñados en lugares tranquilos y acogedores, evitando la exposición excesiva de los pacientes a flujos intensos. Con configuraciones simples, a partir de paisajes acuáticos, planos abiertos, árboles con copas amplias y plantas con propiedades medicinales, estos jardines tienden a despertar los sentidos y provocar estímulos positivos (Gobbi, 2017). En definitiva, es necesario incorporar pautas de visibilidad, accesibilidad, familiaridad, contacto social, confort fisiológico, quietud y arte en el diseño de jardines (Constantino & Mattos, 2015).

En una evaluación post-ocupación realizada en cuatro diferentes jardines de cura ubicados en hospitales de Canadá, Estados Unidos y Gales[49], fue observada casi una unanimidad en relación a los individuos que constataran una mejora en el estado de humor, siendo el 90% de los disfrutaran los ambientes estudiados. Además, los participantes del estudio comentaron sobre la importancia de los elementos naturales en sus percepciones sobre los jardines, porque los mismos provocan un contraste con el ambiente hospitalario. Ellos también identificaron sensaciones de calma y de concentración cuando expuestos a estímulos sensoriales, como el olfato y la visión (Bagnati, 2019).

La evaluación post-ocupación se configura, entonces, como una opción de investigación interesante para la temática del jardín de cura, porque favorece la verificación de la funcionalidad del jardín para cada público objetivo y, en consecuencia, apoya la creación de otros ambientes como ese (Bagnati, 2019). Sin embargo, en el campo teórico del jardín terapéutico – donde se observa el desarrollo de estudios que reconocen los beneficios de su aplicación - aún se siente la falta de investigaciones enfocadas en su desarrollo en países de clima tropical, principalmente los que propongan ese tipo de investigación, de evaluación post-ocupación de los espacio proyectados (Gobbi et al., 2017).

Alnarp Rehabilitation Garden

Como ejemplo de jardín terapéutico, se presenta el *Alnarp Rehabilitation Garden*, que fue implantado en 2002, en la Universidad Sueca de Ciencias Agrícolas, teniendo como base las teorías de la psicología ambiental, que consideran los efectos regeneradores de la naturaleza en la rehabilitación de personas mentalmente vulnerables. El proyecto fue desarrollado por los arquitectos paisajistas Patrik Grahn (responsable técnico), Sara Lundström, Ulrika A. Stigsdotter y Frederik Tauchnitz, en colaboración con fisioterapeutas, psicólogos y terapeutas hortícolas. Además de los programas de tratamientos terapéuticos, el jardín cuenta con un programa de investigación interdisciplinar[50] para alumnos y profesionales, principalmente de

[49] Los jardines pertenecían a un hospital infantil, en San Diego, Estados Unidos; a una clínica psiquiátrica en Canadá; a una reserva que atendía una escuela y u campus médico y a dos jardines comunitarios de Gales.

[50] Ese carácter experimental, que posibilita la incorporación de parámetros derivados de investigaciones de diferentes áreas que se asocian a la dinámica terapéutica, fue lo que impulsó la integración de ese jardín al presente trabajo.

las áreas de psicología y arquitectura, que ofrece herramientas de estudio sobre el funcionamiento y la eficacia del jardín para las personas con trastornos mentales (Stigsdotter & Grahn, 2003).

Las directrices de este proyecto fueron creadas a partir de tres parámetros: las necesidades de los participantes; los requisitos de diseño provenientes de las investigaciones sobre el jardín; y el contexto geográfico e histórico de la región. El objetivo es ofrecer diferentes programas de tratamiento terapéutico basados en la horticultura; crear un programa de investigación interdisciplinar que estudia el funcionamiento del jardín en el proceso de recuperación; permitir a los investigadores probar hipótesis de diseño y terapia relacionadas con el jardín; y servir como objeto de estudio para los estudiantes (Stigsdotter & Grahn, 2003).

Con el fin de involucrar a los usuarios de diferentes condiciones mentales, los ambientes fueron diseñados explorando los sentidos del individuo de la siguiente manera: la audición, a través del sonido del agua; el olfato, con el olor de las flores; la visión, con los colores de las plantas; el tacto, a partir de diferentes texturas aplicadas; y el paladar, con los árboles frutales a lo largo de los caminos (Bagnati, 2019).

Para ello, la estructuración de los ambientes que lo componen tuvo como base las investigaciones realizadas en el Departamento de Planificación Paisajística de Alnarp, que revelaron ocho aspectos a ser considerados en la construcción de parques y jardines: Sereno - Ambiente pacífico, silencioso y atento; Salvaje - Ambiente que facilita la fascinación por la naturaleza salvaje; Rico en especies - Ambiente que ofrece una variedad de especies de animales y plantas; Espacio - Ambiente que facilita una sensación relajante de entrada a otro mundo; Colectivo - Ambiente abierto y verde que permite vistas y visitas; Placer - Ambiente cerrado, seguro y aislado; Festivo - Un punto de encuentro para festividades; Cultural - Un ambiente histórico que facilita la fascinación por el curso del tiempo (Stigsdotter & Grahn, 2003).

A partir de los ocho aspectos citados, los ambientes del *Alnarp Garden* fueron divididos en tres grandes áreas – jardín de bienvenida, área de la naturaleza y área de cultivo - de modo que dialoguen entre si y favorezcan los diferentes campos de actuación en que están insertadas, favorecendo la orientación y el proceso de familiarización de los usuarios (Stigsdotter & Grahn, 2003). El Figura 12 muestra la relación entre los ambientes paisajísticos que conforman estas tres grandes áreas y los demás espacios construidos y caminos que les integra.

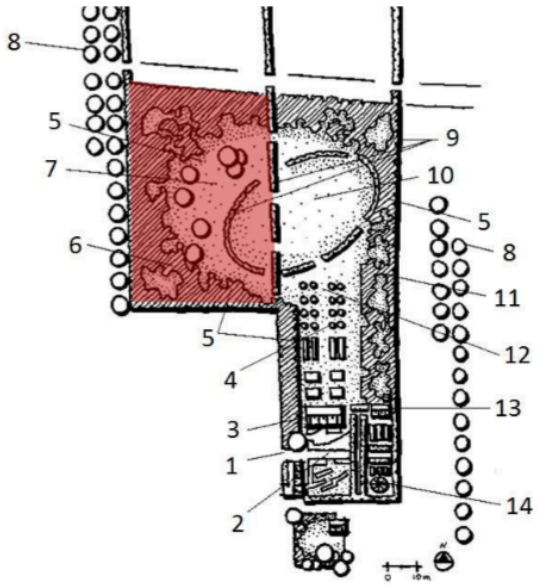


Figura 12: Plano paisajístico del Alnarp Garden
Leyenda: 1 – Entrada; 2 – Jardín de bienvenida; 3 – Edificación principal; 4 – Ambiente de cultivo tradicional; 5 – Área de la naturaleza; 6 – Foresta: 7 – Bosque; 8 – Árboles fructíferas; 9 – Muro verde; 10 – Prado/campo; 11 – Jardín forestal; 12 – Huerto; 13 – Estufa tradicional; 14 – Estufa moderna.
Fuente: Bagnati, 2019

Jardín de bienvenida (Figura 13): es la puerta de entrada al jardín, por lo cual fue pensado para despertar el interés y no imponer demandas al visitante. A partir de los aspectos "sereno", "placer", "rico en especies" y "colectivo", fue propuesto un ambiente en el que los parámetros sensoriales y sociales dialogaran en una composición agradable cuya función principal es acoger al visitante (Stigsdotter & Grahn, 2003).

Área de la naturaleza: es la mayor del jardín y fue conformada por medio de ambientes que remiten al aspecto natural del medio ambiente, son ellas (Stigsdotter & Grahn, 2003):

• Foresta (Figura 14): los aspectos "salvajes", "ricos en especies" y "espacio" son los más explotados en este entorno cuya variedad de plantas remite a un bosque sueco, con espacios amplios y árboles de gran porte. La idea es hacer que el visitante sienta que ha entrado en otro mundo, a partir de cualidades restaurativas que facilitan las sensaciones de reclusión, paz y fuerza.

• Bosque (Figura 15): se trata de un ambiente compuesto por especies nativas del sur de Suecia, son árboles de hojas anchas, arbustos y hierbas, que remiten al aspecto "cultural" del jardín. Sin embargo, los aspectos "sereno" y "espacio" fueron los más utilizados en este ambiente cuyo paisaje pastoral, por sí solo restauradora sobre individuos estresados, dialoga con una laguna, activando los estímulos sensoriales en los usuarios.

• Prado (Figura 16): este es un ambiente pastoral que remite al escenario folclórico de Suecia. A partir de los aspectos "colectivo", "espacio" y "sereno", el prado se destaca en el terreno por su forma elíptica y tiene una función interesante de promover la transición entre las áreas salvajes y las áreas de cultivo.



Figura 13. Jardín de bienvenida
Fuente: Bagnati, 2019



Figura 14. Foresta
Fuente: Bagnati, 2019



Figura 15. Bosque
Fuente: Bagnati, 2019



Figura 16. Prado
Fuente: Bagnati, 2019

Área de cultivo: fue creada para suplir las demandas de la terapia hortícola a partir de la creación de ambientes enfocados en diferentes tipos de cultivo (Stigsdotter & Grahn, 2003):

• Ambiente de cultivo de paisajes rígidos (Figura 17): esa área de cultivo, en contraste con las demás, explora el aspecto racional del proyecto. A partir de la siembra de vegetaciones en cultivo rígidos y en una estufa, la idea no es componer jardines contemplativos, sino viabilizar un cantero experimental para el desarrollo de las actividades de jardinería y horticultura.

• Ambiente de cultivo tradicional (Figura 18): a partir de la composición entre cultivos de diferentes alturas en material orgánico y los caminos en piedra, ese ambiente fue planeado para parecer un jardín sueco usual. La idea es favorecer los aspectos "festivo", "cultural" y "rico en especies" en la idealización de un ambiente de trabajo más relajado.

• Ambiente de cultivo forestal (Figura 19): el ambiente de jardinería forestal tiene como objetivo fomentar la creatividad en el proceso de cultivo, utilizando los aspectos "rico en especies" y "espacio". Apostando en un diseño orgánico, el sistema agronómico utilizado tiene el objetivo de ser biológicamente sostenible, es decir, productivo y de bajo mantenimiento a largo plazo.

• Ambiente de cultivo de fructíferas (Figura 20): como zona de transición entre el área de cultivo y el área de la naturaleza, el huerto valoriza la simbología de los árboles frutales, muy presentes en los cuentos suecos, y explora las sensaciones humanas a partir de las flores y frutos.



Figura 17: Cultivo de paisajes rígidos
Fuente: Bagnati, 2019



Figura 18: Cultivo tradicional
Fuente: Bagnati, 2019



Figura 19: Cultivo forestal
Fuente: Bagnati, 2019



Figura 20: Cultivo de fructíferas
Fuente: Bagnati, 2019

En cuanto a la competencia de estos ambientes en la dinámica del Jardín Alnarp, en un estudio de mapeo sensorial, se observó la relación de los ambientes con las sensaciones humanas. En el primer mapa (Figura 21a), están destacados los ambientes más frecuentados por los pacientes cuando están extrovertidos - la entrada del edificio, el cruce de caminos, las áreas de cultivo y la estufa. Ya en el segundo mapa (Figura 21b), los ambientes que los pacientes buscan cuando están introvertidos fueron identificados - el jardín de bienvenida, el bosque, el prado y el bosque (Bagnati, 2019).

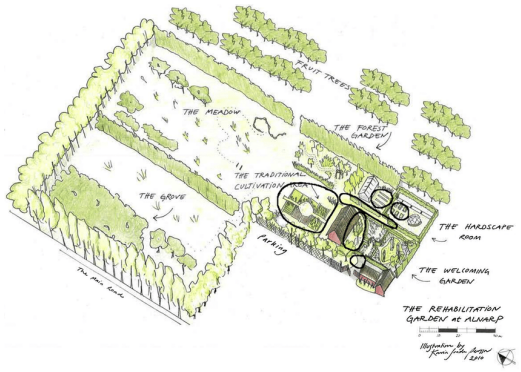


Figura 21a: Ambientes propicios a la extroversión
Fuente: Bagnati, 2019

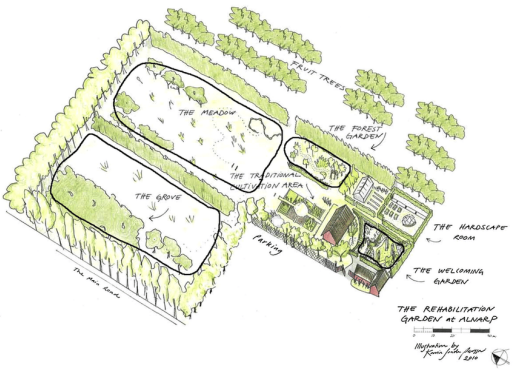


Figura 21b: Ambientes propicios a la introversión
Fuente: Bagnati, 2019

Estrategias de diseño: aspectos intangibles

Los recursos del paisajismo para estimular sensaciones en una persona, considerando que esta es la única expresión artística que explora los cinco sentidos del ser humano, son más significativos cuando organizados según principios que buscan formar un espacio. La esencia del espacio en paisajismo, en este sentido, es diferente de la esencia de la arquitectura y del urbanismo, pues proviene de materia prima natural obtenida a partir de los siguientes elementos: aire, agua, fuego, tierra, flora, fauna, tiempo (Abbud, 2010).

Si los consideramos, podemos crear paisajes en que el aire, que es lo que respiramos, lo reconocemos en la composición del paisaje. Donde el agua proporciona tranquilidad y fascinación; el fuego, por su vez, trae luz y calidez para una noche fría; y la tierra, que es la base del proyecto, abriga la fauna y na flora. Todo eso en una constante búsqueda por el equilibrio, en movimiento junto al tiempo, como un espiral ascendente que coincide con la madurez del proyecto, interactuando con las cuatro estaciones y con el paso de los años (Abbud, 2010).

Este dinamismo entre los elementos del jardín requiere formas espaciales fluidas, libres e instables, que contribuyan con la limitación y subdivisión de espacios, compuestas por volúmenes vegetales y construidos bien posicionados; esta es la base de un buen proyecto. Sin embargo, para entender el paisajismo, es necesario pensar más allá de la forma exterior, las superficies y volúmenes, hay que pensar en las formas del vacío que resulta entre ellas. Los vacíos deben ser transformados en espacios; espacios que acompañan el movimiento de la naturaleza, porque es ahí que se encuentran las personas. Para el paisajismo, interesa prever los espacios para las personas, no apenas diseños de masas vegetales (Abbud, 2010).

Así, a partir de las dimensiones, alturas y luminosidad de los espacios paisajísticos, es posible trasmitir una diversidad de percepciones, calidez, bienestar, sorpresa, belleza. Todo eso involucrado a los tres planos principales del espacio paisajístico: el plano del techo, como copas de árboles y pérgolas; el plano vertical de cierre, equivalente a arbustos, taludes, montañas, muros; y el plano de piso, representados por céspedes, escaleras, rampas, superficies de agua etc. (Abbud, 2010).

En este contexto, el paisajismo nos encamina para el concepto de espacio psicológico, también expreso en el diseño. Para entenderlo es importante observar las diferencias de percepciones causadas por los espacios arquitectónicos y paisajísticos. La ausencia de referencias verticales, por ejemplo, como paredes, en la arquitectura, hace que los ojos perciban todo como reducido, apretado. Junto a la pintura, los revestimientos y el mobiliario, ellas hacen que la sensación de pequeñez disminuya. Por otro lado, en el jardín o espacio externo, las paredes tienden a caminar en dirección al observador, reduciendo las sensaciones de distancia, sobretodo cuando son de color claro, cuando no presentan elementos vegetales o cuando encuentran con pavimentos. Por eso, es interesante evitar que el piso encuentre directamente el muro en espacios reducidos; utilizar un jardín como transición es una buena idea (Abbud, 2010).

Así, se puede percibir con claridad las diferencias entre el espacio físico, que puede ser medido, y el espacio psicológico, que es percibido apenas por las sensaciones, y que muchas veces no está bien definido. En este sentido, se puede afirmar que el efecto de continuidad generado por la interacción entre masas verdes de dentro del proyecto y de afuera contribuye para aumentar la sensación de tamaño del espacio físico. Lo que quiere decir que la unión visual del jardín con su entorno es una buena estrategia para ampliarlo; los orientales la nombraron "capturas los paisajes adyacentes" (Abbud, 2010).

En este punto de la discusión, también se requiere abordar el concepto de lugar. Lugar es un espacio que estimula el permanecer, el encuentro de personas y las actividades, sea descansar, conversar o observar el paisaje. Para crear un buen lugar, es importante separarlo de los no lugares - que son elementos que unen lugares - como los pasos, hechos para conectar y no permanecer. "Así como en la música hay sonidos y silencios intercalados, un buen proyecto de paisajismo necesita de lugares y no lugares" (Abbud, 2010).

Eso también se explica por la idea de que un proyecto de paisajismo es compuesto por cuerpo y alma, como una persona. El cuerpo abarca los elementos físicos y materiales del proyecto, mientras el alma representa el universo de símbolos, significados y valores. La parte visible del paisajismo, que es construido y que puede ser representado por planos, cortes y elevaciones, es el cuerpo. El presenta órganos vitales - los lugares y equipamientos - que, por su vez, son irrigados por las venas - los no lugares, los caminos - y así se genera vida (Abbud, 2010).

Ya los aspectos culturales, la historia y las costumbres de un entorno es lo que compone el alma de un proyecto, un universo simbólico que despierta percepciones y sensaciones en los observadores. El alma de un jardín puede ser explicada por medio de textos escritos en placas estratégicamente posicionadas, por ejemplo, una gentileza con el usuario (Abbud, 2010).

El proceso de conocer el cuerpo y del alma de un proyecto de paisajismo exige considerar las necesidades y expectativas de un público objetivo, tratando de crear lugares para todos. Independiente, por ejemplo, de la clase social, que puede ser excluyente en el contexto urbano, el paisajismo debe atender y estimular a las personas, hacer que ellas se sientan valoradas. Por ser hecho para personas, es importante que los lugares tengan proporción y escala compatibles con el ser humano, que tengan calidad y personalidad. Un conjunto de bancos y mesas bien posicionados en un jardín tiene toda la capacidad de ser una sala de estar al aire libre, por ejemplo (Abbud, 2010).

Cuando hablamos en proporción de escalas, nos estamos refiriendo a una relación armoniosa entre partes y elementos de un jardín, que nos puede generar sensaciones diversas, como bienestar, grandiosidad y monumentalidad. Las sensaciones, por su vez, resultan de las percepciones generadas en función la estructura de nuestro cuerpo físico - por medio de los ojos, orejas, nariz y boca - que están el en rostro, ocupando una cabeza a aproximadamente 1,50 m del suelo, cuando estamos parados, y a 1,00 m, cuando estamos sentados. Además, también se involucra la relación establecida entre los espacios - siendo lugares o no lugares - y las personas. Así, las escalas nos hacen acceder a diferentes impresiones; estar solo en un gran estadio vacío, que es una escala monumental y opresiva, puede ser tan desagradable cuanto estar en un espacio muy pequeño y apretado, que representa una escala reducida. En este sentido, la escala humana se establece en espacios adecuados a las medidas de las personas (Abbud, 2010).

Estrategias de diseño para el paisajismo terapéutico: aspectos tangibles

Así, pensando en la elaboración de los proyectos de paisajismo, Abbud (2010) propuso un compilado de herramientas que puede auxiliar en la evaluación de las proporciones y percepciones del jardín, además de servir como base para alcanzar aspectos intangibles de la experiencia del hombre en el jardín (Abbud, 2010):

• Puntos focales: elementos precisamente posicionados en los espacios que se ajustan al entorno y funcionan como una referencia, protagonistas de un lugar. Pueden ser esculturas, paneles, edificaciones o especies vegetales con formas diferentes, preferencialmente implantadas con iluminación artificial.

• Pasos: proponer pasos entre elementos, como un camino sobre el agua o entre arbustos y palmas, que sea relativamente estrecho para resaltar el entorno, puede ser un recurso para generar situaciones y experiencias diferentes en un jardín.

• Planos: espacios que crean jerarquías, que ofrecen un entorno para el observador compuesto por planos bien definidos, donde él pueda observar e identificar lo que está próximo y distante.

• Barreras visuales: las barreras visuales contribuyen con la demarcación del aquí y del allá. La continuidad del paisaje puede ser disfrutada con barreras abajo de la vista del observador (menores que 1,30 m); ya las vistas poco interesantes pueden ser escondidas por barreras arriba de la vista del observador (mayores que 1,70 m).

• Molduras: paisajes o puntos de vista específicos pueden ser realzados en la experiencia del observador cuando son encuadrados en molduras creadas por aperturas estratégicas entre las vegetaciones.

• Captura de paisajes: un recurso para aprovechar paisajes, elementos o vistas que no pertenecen al área del proyecto. La idea es ampliar virtualmente el jardín a partir de sus elementos, que encaminan la vista del observador para afuera de sus limites físicos.

• Espacio salpicado: un procedimiento indicado para ambientes muy amplios, que incluye salpicar elementos vegetales o construidos, delimitando el espacio y disminuyendo la sensación opresiva de las grandes dimensiones.

• Humor: la quiebra de la monotonía con elementos y objetos triviales que se encuentran fuera de su contexto habitual y surgen de repente en un jardín, puede ser sorprendente y genera humor.

En paralelo, Yücel (2013), propone que el proyecto debe considerar los grupos de usuarios, que se diferencian entre pacientes, visitantes y profesionales, para la proposición de espacios al aire libre que abarcan diferentes tipologías – terrenos ajardinados, jardines de entrada, balcones, patios, plazas, terrazas, techos verdes, jardines de meditación, jardines miradores, jardines comestibles y jardines de cura – a partir de los siguientes criterios (Yücel, 2013):

• Mejorar la sensación de control

• Tener prevalencia de materiales y áreas verdes

• Fomentar el ejercicio

• Proporcionar distracciones positivas

• Minimizar las intrusiones

• Minimizar la ambigüedad

Para el diseño del paisaje duro, Yücel complementa que se debe considerar los siguientes elementos: entradas y accesos, áreas de parqueadero, caminos, jardines infantiles, áreas de comedor, arte, agua y mobiliario (Yücel, 2013).

La diversidad de usos también tiene que ver con la promoción de integración social – que, como visto antes, aumenta los índices de recuperación de pacientes - a partir del diseño del jardín. La creación de subespacios acogedores, que fornecen privacidad a pequeños grupos y que presentan diferentes tipos de uso, posibilitados por mobiliarios móviles, generando así organizaciones espaciales flexibles, puede ser un camino hacia la integración social. Ese carácter multiuso de espacios puede ser útil para actividades prácticas y representar un aporte al desarrollo artístico de los usuarios, debido al desarrollo del carácter simbólico local (Constantino & Mattos, 2015).

Integración social

Así se entiende la necesidad de proporcionar espacios para el desarrollo de la identidad de los usuarios, que les posibilite su apropiación, debido al carácter flexible de las instalaciones, que se organizan de acuerdo a las demandas de los usuarios. Espacios que se presentan como una extensión doméstica son parte de ese concepto, con sus plantas y mobiliarios familiares, que remeten a verdaderos hogares (Constantino & Mattos, 2015).

Complementando la pauta de la identificación con el espacio, según Vasconcelos (2004), Marcus e Sachs (2014) e De Sá (2015), el diseño de los espacios exteriores debe seguir la línea de necesidades y exigencias de los usuarios, siendo que algunos criterios pueden ser aplicados más específicamente en el caso de espacios verdes hospitalarios, como (Gobbi et al., 2017):

• Accesibilidad: criterio primordial para promover espacios verdes accesibles a todos los tipos de personas, porque soluciona sus dificultades de circulación con caminos adaptados, bien definidos y desobstruidos;

• Visibilidad: criterio que determina el nivel de percepción del jardín por parte de los usuarios, una vez que mientras más visible es el espacio, más posibilidades de percepción genera. Las visibilidades, en este caso, deben ser controladas por medio de vistas que se abren para escenarios interesantes o por medio de barreras visuales que tapan escenarios indeseables;

• Sensación de control y seguridad: criterio que incorpora la noción de que escenarios que provocan sensación de falta de control pueden agravar patologías mentales y físicas. Un simples mobiliario urbano, bien posicionado en los caminos y ambientes de estar, puede generar sensación de control y seguridad;

• Confort fisiológico: criterio que busca asegurar opciones de ambientes protegidos de la incidencia solar y del viento intensos, forneciendo un equilibrio térmico, que tiende a encorajar la utilización del espacio;

• Tranquilidad/silencio: criterio que impulsa la creación de espacios verdes hospitalarios resguardados de las zonas con alto nivel de ruido, forneciendo al usuario una experiencia de tranquilidad y sutileza;

• Sostenibilidad: criterio que busca implementar la reducción de los costos de manutención del jardín a partir del uso de vegetación espontanea, que también contribuye con la biodiversidad.

Por otro lado, pensando en producir experiencias interesantes para el usuario a partir del trazado del diseño, hay que llevar en consideración la preferencia humana por formas naturales y orgánicas. Así que, la ponderación y el equilibrio en el uso de patrones de proyecto geométricos son cruciales, una vez que son menos preferidos. “No se sugiere que no deban ser usados, sin embargo, una atención debe ser dada sobre en qué medida y en qué contexto espacial los patrones geométricos deben ser adoptados.” (Simonic, 2003)[51]

El trazado también influencia los caminos. Para jardines cuya utilización va ser destinada a la práctica de movimientos y actividades de nivel físico, es recomendado el enfoque en un sistema de caminos con opciones de rutas con variados tamaños, que permitan el desarrollo de terapias físicas externas. Rutas de senderos contemplativos y pasillos con vista hacia la naturaleza son ejemplos de como aplicar esa directriz. En ese contexto, se puede adentrar al tema de la perdida de control de los pacientes, que es una de las principales afectaciones de la hospitalización y que causan estrés y efectos negativos en el sistema inmunológico. Devolver el control al usuario y disminuir su nivel de estrés, por medio de la oportunidad de escoja que un jardín bien proyectado proporciona, puede ser una de las mayores motivaciones el uso del espacio externo en hospitales (Constantino & Mattos, 2015).

El tema de los caminos en el paisajismo, que está relacionado desplazamiento de usuarios con trastornos mentales remete directamente al tema de la seguridad. El tema de la seguridad del usuario, que remete al concepto de la inclusión, debe ser considerado en el proceso de proyecto. Se entiende que los ambientes deben ser accesibles, adaptados para el uso de personas con deficiencia. Para ello, se requiere pisos uniformes, equipamientos que posibiliten un uso seguro y elementos de adaptación del ambiente a las personas con limitaciones físicas (Soares, 2017).

[51] Traducción de la autora.

La idea es componer espacios universalmente proyectados para estimular experiencias, independiente de las limitaciones que el usuario presente. Por eso, caminos accesibles, con dimensiones apropiadas a los transeúntes con movilidad reducida; pistas acústicas, táctiles y fragancias para deficientes visuales; y pistas visuales para deficientes auditivos deben hacer parte del plan de diseño (Constantino & Mattos, 2015). En este contexto, el tema de la visibilidad se presenta con importancia, porque, por ejemplo, pensar en la creación de vistas desde diferentes puntos del entorno del jardín, posibilita que los pacientes acamados – que no pueden estar en el ambiente propiamente dicto – también disfruten de su visual de una manera contemplativa, y desde donde estén (Soares, 2017).

La implantación de vegetación

Pensando en los beneficios terapéuticos que estos jardines pueden generar, que en partes dependen de la riqueza sensorial del espacio, se ve necesario implementar una grande variedad de especies vegetales, que presenten diversidades de colores, texturas, formas, fragancias, movimientos y cambios en las estaciones. Al final, "la conexión con la naturaleza en un jardín no es más que un proceso cognitivo" (Constantino & Mattos, 2015).

Además, aplicadas al contexto urbano, la vegetación puede ser un instrumento de corrección de las proporciones y escalas que, en general, son inhumanas - masas de construcciones descontinuas y adensadas con demasiada polución visual. La idea es trabajar con las especies vegetales en función de las referencias y modos de uso del espacio, visando atender y mejorar la vida de las personas (Abbud, 2010).

Complementando, para el diseño del paisaje vegetativo, Yücel plantea la necesidad de priorizar especies de baja manutención; densidades variadas para conectar vías verdes y corredores de vida silvestre; vegetación nativa, a fin de favorecer la vida silvestre local, que también es atractiva para las manifestaciones psicológicas humanas; y vegetación que proporciona contraste y armonía a través de texturas, formas, colores, olores, movimiento, luz y sombra, que potencializan los aspectos sensoriales de la naturaleza y proporcionan una experiencia relajante y meditativa (Yücel, 2013).

Asegurar la seguridad de los pacientes a partir de la elección de especies vegetales que no les cause riesgo también es parte del proceso de consolidar la accesibilidad en el jardín. Plantas con olores fuertes o tóxicas pueden generar complicaciones en ese sentido y limitar la circulación de personas (Dobbert, 2010).

Así, para un correcto proceso de selección de especies, Borrero (1975) recomienda empezar por el estudio de los cuadros sinópticos que contienen informaciones de cada una de ellas, a fin de conocerlas, entender sus categorías y interpretar informaciones útiles para su escogencia, que son dictadas partir de sus principales aspectos y características, que por fin van definir la composición y comportamiento del jardín en el medio,[52] (Borrero, 1975).

El color de la flor y la silueta son los dos aspectos que más impresionan en un árbol a primera vista. A pesar de su carácter atractivo, el color es temporal, lo que hace que la forma, o la silueta, sea más asertivo en el proceso de reconocimiento de una especie y su impacto al transeúnte. De hecho, muchos bellos árboles del trópico – como las ceibas, samanes, caracolíes etc. - son reconocidos no por sus aspectos florales. Las formas agradables a la vista

[52] El cuadro sinóptico con informaciones de especies tropicales, propuesto por Lyda Borrero, en 1975, en su libro "La flora ornamental tropical y el espacio urbano", está muy bien elaborado y pude servir como fundamento para el desarrollo de proyectos de paisajismo en las regiones tropicales.

son captadas fácilmente por las personas, que identifican sus preferencias en la masa vegetal antes mismo de saber o percibir sus comportamientos (Borrero, 1975).

Hay una serie de cualidades que caracterizan las siluetas de diferentes especies vegetales y es importante que ellas sean consideras en el proceso de proyecto, incluso para que siluetas afines sean identificadas entre especies, pensando en la composición de un jardín equilibrado ornamentalmente (Borrero, 1975).

7. Metodología

La investigación se caracteriza como histórico-cualitativa, una vez que aborda aspectos subjetivos del espacio y del comportamiento humano en una relación directa con la evolución del abordaje de la locura y de la psiquiatría en la historia de la humanidad. A partir de tres diferentes ejes temáticos - caminos reformistas: los cambios de paradigmas en la atención psiquiátrica; caminos de la humanización: la percepción del ambiente de salud bajo la mirada atenta de la psicología ambiental; y camino del paisaje: el paisajismo en el contexto de la salud mental - fueron desarrolladas revisiones bibliográficas que culminaran en el estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

A partir del diagnóstico del estudio de caso, el producto final de la investigación se consolida en una propuesta de proyecto paisajístico para el hospital, el “Bulevar Nativo”. Con base en lineamientos estructurados a partir de conductas del paisajismo naturalista y de la humanización de ambientes, el proyecto propuesto busca promover la funcionalidad ecológica del Jardín Principal del HDPUV y la demanda por espacios humanizados de calidad para la dinámica terapéutica y hospitalaria, actuando de manera benéfica en la experiencia del usuario y en su recuperación integral.

7.1 Eje 1: Metodología Histórica

A fin de estructurar el primer eje del trabajo, fue propuesta una metodología analítica-sintética de investigación histórica, con abordaje cronológico (García, 2010), a partir de una revisión bibliográfica, que acompaña los cambios en la comprensión y en el tratamiento de la locura, que influencian directamente los ambientes destinados a los locos, culminando en las normativas y terapéuticas colombianas propuestas a lo largo del tiempo. La idea es asociar esta revisión bibliográfica y normativa, posteriormente, al estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), en cuanto institución convencional del Sistema de Salud Mental colombiano, como objeto de análisis que ilustra las problemáticas y situaciones reales del proceso de sustitución del modelo hospitalocéntrico, previsto por las normativas de desinstitucionalización revisadas en este contexto.

Como táctica para la revisión bibliográfica, los hechos asociados al tema de la locura fueron abordados en el análisis de la evolución de los espacios y terapéuticas destinadas a la persona en sufrimiento mental a lo largo del tiempo, a partir de la recolección de informaciones en archivos y literatura, bajo la siguiente cronología (García, 2010): Antigüedad Clásica, Edad Media, Renacimiento, Tiempos Modernos y Contemporaneidad. En paralelo, fue desarrollada la revisión de las normativas sudamericanas, principalmente las colombianas, que están asociadas a las actuales Políticas Públicas de Salud Mental, y las brasileñas, vinculadas al proceso de Reforma Psiquiátrica. Así, se propuso la recolección de informaciones en las normas, reglamentos, manuales, encuestas y guías propuestos, sobretodo, por el gobierno colombiano.

En continuidad, fue propuesta, para el procesamiento de los datos, un abordaje histórico-crítico de las sociedades investigadas y su relación con las cuestiones de la locura, que están reflejadas en la manera rígida de estructurar los espacios destinados a las personas con

trastorno mental (Vieceli, 2014) y en las normativas propuestas para asegurar los derechos y la calidad de vida de estas personas.

Para el análisis, la idea es trazar un paralelo entre el antiguo y el nuevo, a fin de identificar un estándar de comportamiento que explique la ineficiencia de las actuales instituciones de salud mental convencionales, en el proceso de rompimiento con el modelo hospitalocéntrico, que se supone estar relacionada con la persistencia del imaginario social negativo. En fin, este será un buen punto de partida para encontrar alternativas tangibles para la rehabilitación de los ambientes de la salud mental colombiana, desde una perspectiva arquitectónica y paisajística.

7.2 Eje 2: Metodología Cualitativa

La metodología cualitativa fue propuesta, en el segundo eje de la investigación, a fin de abordar el nivel restaurativo de los ambientes naturales en la dinámica hospitalaria y terapéutica, en comparación a los ambientes artificiales, provocando así una discusión fundamente sobre la humanización. El propósito es explorar el potencial de los ambientes verdes, una vez implantados como elementos humanizantes en ambiente de salud mental, de contribuir con la promoción de bienestar, con la restauración de la salud mental, con la disminución del tiempo de internación y de prescripción de fármacos, entre otros aspectos positivos para el contexto psiquiátrico. Algunas de las causas y de las consecuencias vinculadas a este tipo de interacción entre el hombre y la naturaleza están reunidas en esta revisión bibliográfica, que aborda diferentes teorías, criterios y conductas, principalmente asociadas a la psicología ambiental, defendidas por autores que se dedican a investigar los beneficios del contacto con la naturaleza en medio urbano.

Asociada al Estudio de Caso del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle, esta revisión bibliográfica puede proporcionar conocimientos que ayudan a comprender la influencia positiva de las áreas verdes en la dinámica terapéutica del hospital. La idea es identificar las potencialidades y los problemas de los ambientes verdes existentes, a partir de las visitas exploratorias, y así interpretar sus capacidades restaurativas y la adecuación al contexto psiquiátrico local.

La revisión bibliográfica de teorías sobre la relación hombre-ambiente y el consecuente abordaje de los beneficios del contacto con la naturaleza fue realizada a partir de la recolección de datos en literaturas seminales y actuales, bajo el sesgo de la humanización del ambiente de salud, que debe ser considerado en la búsqueda por mejorías en el contexto psiquiátrico.

Para el procesamiento de la información encontrada, fue propuesto un esquema de codificación de los datos fornecidos por las teorías que abordan la importancia del proceso de humanización en los ambientes de salud urbanizados, principalmente a partir de la implantación de áreas verdes. Así, fue desarrollada una serie de discusiones de temas claves que involucran conceptos de la psicología en el contexto de la arquitectura y del paisajismo, pensando en la evolución de la atención centrada en el usuario.

El resultado de la información procesada puede ser evidenciado en la síntesis de teorías que aportan la humanización de los ambientes de salud mental a partir de interpretaciones psicológicas específicas, que llevan a conductas arquitectónicas y paisajísticas determinantes para la experiencia positiva del ser humano en el contexto de la salud. Estas conductas fueron compiladas y debatidas a fin de fomentar procesos de transformación de ambientes psiquiátricos, que sean más adaptados a los receptores sensoriales de los seres humanos, para lograr experiencias de bienestar junto a la naturaleza, en sus dinámicas hospitalarias rutinarias. Interesante también es la aplicación de la información procesada, en la evaluación

de los ambientes verdes del estudio de caso, el hospital HDPUV, que tienen potencial para atingir un nivel restaurativo provechoso para la dinámica terapéutica.

7.3 Eje 3: Metodología Cualitativa

A fin de estructurar el tercer eje de la investigación, fue propuesta la metodología cualitativa para el desarrollo de una revisión bibliográfica sobre paisajismo, sus aspectos ecológicos y terapéuticos, y el proceso de adaptación al contexto psiquiátrico (Bagnati, 2019). En este sentido, fue abordada la presencia de ambientes paisajísticos restaurativos como camino para lograr instituciones de salud mental que brindan atención integral, incluyente y humanizada, en substitución al modelo hospitalocéntrico.

Posteriormente, el conocimiento adquirido en esta revisión bibliográfica será aprovechado para el desarrollo del estudio de caso, que propone el análisis de los ambientes del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), bajo los parámetros restaurativos aplicados a la arquitectura y al paisajismo. La idea es identificar elementos, situaciones y comportamientos interesantes, críticos o óptimos, en sus ambientes, para la desinstitucionalización que se quiere alcanzar.

Las teorías investigadas sobre paisajismo fueron recolectadas en literaturas seminales y actuales, en libros, artículos, diseños de proyecto y fotografías que nos ayudan a comprender, desde un punto de vista ecológico y terapéutico, cómo crear un ambiente paisajístico ideal para el contexto de salud mental.

En la fase de procesamiento de los datos encontrados en la revisión bibliográfica, fue propuesta una búsqueda por criterios y estrategias de diseño que deben acompañar un proyecto paisajístico adaptado al contexto de la salud mental. La idea es analizar temas claves que demuestren posibles caminos a seguir para lograr un paisajismo que suple las necesidades psicológicas del usuario del hospital, impulsando la desinstitucionalización.

Por fin, para el análisis de las teorías del paisajismo que mejor se adecuan al contexto psiquiátrico, una síntesis que presenta estrategias y conductas de diseño fue propuesta, abordando las vertientes terapéuticas y naturalistas del paisajismo. La idea es involucrar los aspectos restauradores, a nivel de salud física y mental, y ambientales, a nivel ecológico urbano. Ponderando el paisajismo como esencial para el desarrollo de la calidad ambiental, actualmente. La información procesada, una vez aplicada al estudio de caso del hospital HDPUV, resultó en una evaluación precisa de sus ambientes verdes, bajo los parámetros ecológicos y terapéuticos ideales para un proyecto paisajístico. Estos parámetros buscan promover calidad de vida y apoyo a la recuperación integral de los usuarios del sistema de salud mental colombiano.

7.4 Metodología Estudio de Caso: Hospital Dep. Psiquiátrico Universitario del Valle

Para consolidar las investigaciones propuestas en los tres ejes del trabajo, en los cuales fueron desarrolladas revisiones bibliográficas bajo los métodos histórico y cualitativo, el conocimiento adquirido en este proceso fue aplicado en el desarrollo del estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, que busca evaluar los ambientes físicos del hospital, en cuanto principal institución de salud mental de la ciudad de Cali y referencia en América del Sur. En este sentido, el estudio de caso se basa en una investigación empírica sobre fenómeno contemporáneo en el contexto de la vida real que fue dividida en tres fases: la primera fase trata del histórico de institucionalización del HDPUV, a partir del levantamiento documental del hospital; la segunda fase aborda el paisaje alrededor del HDPUV, a partir de revisión bibliográfica sobre los espacios de su entorno; y la tercera trata de los ambientes construidos y áreas verdes del HDPUV, a partir de observaciones directas asociadas a visitas

etnográficas exploratorias. Todas las etapas fueron realizadas en conformidad con la Resolución nº 8430 de 1993.

7.4.1 Fase 1: Histórico de institucionalización del HDPUV

Para la recolección de datos pertinentes para el desarrollo del histórico de institucionalización del hospital, considerando las informacionales institucionales que revelan también su naturaleza jurídica, fue necesario realizar un levantamiento documental sobre el HDPUV. Para ello, documentos antiguos, estatutos, políticas, normativas, reglamentos, historiales médicos y psicosociales, fotos antiguas y planos arquitectónicos fueron revisados. Una vez recolectadas, estas informaciones fueron procesadas por un esquema de codificación de datos que utilizó las siguientes categorías: sobre los usuarios, fueron utilizados los datos demográficos, diagnósticos médicos, tratamientos y fármacos prescritos, y tiempo de internación; ya sobre el hospital, fueron utilizados los datos que componen un histórico de cambios en la estructura física e institucional del hospital.

Las informaciones procesadas en la primera fase del estudio de caso resultaron en un análisis sobre la evolución del hospital, en el contexto institucional, considerando principalmente de los lineamentos de la rehabilitación psiquiátrica y disminución de la internación prolongada. Por otro lado, también fueron propuestas gráficas sobre la población de pacientes del hospital, su perfil, tiempo de internación, frecuencia de diagnósticos y tratamientos, que constituyen el perfil epidemiológico del hospital, y ejemplifican y complementan el proceso de institucionalización del hospital, que hoy aborda la desinstitucionalización en sus reglamentos, bajo la búsqueda por una atención psiquiátrica humanizada.

7.4.3 Fase 2: El paisaje alrededor del HDPUV

Para la recolección de datos de la segunda fase del estudio de caso, fue propuesta una revisión bibliográfica sobre el entorno del hospital en la ciudad de Cali, utilizando estudios anteriores sobre el terreno del hospital y sobre las áreas que componen su entorno, además de políticas y normativas de la ciudad de Cali. Los datos recolectados fueron procesados según la siguiente categorización: implantación del terreno y análisis urbana, ambiental y bioclimática del terreno y su entorno, a fin de consolidar un abordaje detallada del paisaje que envuelve el hospital, sus usuarios y su dinámica en vías de humanización, lo que incluye el desarrollo del carácter social, ambiental y comunitario del hospital. De ahí viene la necesidad de interpretar los elementos urbanos, sociales y ambientales de su entorno inmediato.

El análisis de los datos obtenidos, en este sentido, generó una síntesis sobre el proceso de consolidación de este hospital psiquiátrico en el contexto urbano de Cali y sobre los parámetros actuales, fundamentados por un conjunto de planos, mapas y gráficas importantes para la caracterización del paisaje de los alrededores del HDPUV, que influencian la dinámica del hospital y son influenciados por el mismo, en una interacción que puede ser mejor equilibrada, una vez que las problemáticas psiquiátricas y urbanas se complementan.

7.4.4 Fase 3: Los ambientes del HDPUV

Por fin, para recolectar los datos de la tercera etapa de estudio de caso, fueron organizadas visitas etnográficas exploratorias divida enfocadas en tres etapas: en la primera etapa, los ambientes construidos del Hospital Día fueron visitados considerando su necesidad de adaptarse a la dinámica terapéutica del hospital; en la segunda etapa, los ambientes construidos del sector de Hospitalización fueron visitados pensando en evaluar las áreas destinadas a la internación; ya en la tercera etapa, las áreas verdes del hospital fueron visitadas con enfoque en las composiciones espaciales y especies vegetales.

Para procesar los datos recolectados en las visitas etnográficas al hospital, fue necesario un proceso de observación directa de la relación entre los ambientes y los respectivos comportamientos de los usuarios, sin tener contacto con estas personas. En paralelo, fueron realizados levantamientos físicos y fotográficos de los ambientes permitidos, sin la presencia de los usuarios, y la identificación y mapeo de las especies vegetales que componen estos ambientes.

Como resultado del análisis de los datos recolectados en las visitas, la descripción de estos ambientes fue propuesta como una síntesis de percepciones, tanto objetivas (espacialidad, ambientación, dimensiones, organización etc.) como subjetivas (sensaciones, comportamientos etc.). Estas informaciones fueron compiladas en un conjunto de mapas que sectorizan las áreas, identifican elementos específicos, caracterizan los ambientes y evalúan su calidad en función de los conocimientos adquiridos en las revisiones bibliográficas de esta investigación, principalmente en lo que refiere a las conductas arquitectónicas y paisajísticas destinadas a ambientes de salud humanizados y comprometidos con la desinstitucionalización. Además, un conjunto de gráficas constituye el estudio de vegetación de las áreas verdes y están asociados a la evaluación de las especies vegetales para los procesos terapéuticos y ambientales del hospital, visto que favorecen la discusión sobre la tendencia del uso de plantas exóticas, que es nociva para el desarrollo sostenible de las ciudades.

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS

8. Estudio de Caso: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV)

El estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle fue propuesto, en esta investigación, como análisis de un fenómeno real del actual panorama d salud mental, alrededor del cual fueron estructurados los tres ejes temáticos de la investigación: caminos reformistas, caminos de la humanización y caminos del paisaje. Para ello, este estudio de caso fue estructurado en tres fases: en la primera fase, fueron abordadas las historias y los reglamentos del HDPUV; en la segunda fase, el paisaje alrededor del HDPUV fue analizada; y, en la tercera fase, los ambientes del HDPUV fueron evaluados. A partir de esta estructura, se pretende conocer la estructura física de este hospital, que es el principal del suroccidente colombiano y una referencia en salud mental de América del Sur, relacionarla con su dinámica hospitalaria y terapéutica y buscar comprender su nivel de adaptación a las actuales normativas reformistas psiquiátricas, que influencian su papel en sociedad, en función de la calidad de sus espacios.

8.1 Historias y reglamentos del HDPUV

La primera fase del estudio de caso busca interpretar el proceso de consolidación institucional y construcción del hospital psiquiátrico a partir de su histórico, que rescata las historias de un pasado asilar que aún influencia las dinámicas del presente, de sus informaciones institucionales y del perfil epidemiológico actual de sus usuarios.

8.1.1 Histórico del HDPUV: del asilo a la institucionalización

En Cali, el proceso de consolidación del abordaje científica de la psiquiatría en los establecimientos destinados a los locos, que impulsó el tema de la enfermedad mental, sucedió en un breve y acelerado proceso de medio siglo, diferente de otras capitales del país, donde el proceso ocurrió de manera paulatina. En esta ciudad, que se convirtió en la capital del recién creado Departamento del Valle del Cauca, en 1910, la concepción de locura todavía era rural. No había hospitales para atención de usuarios mentales, por lo cual estas personas eran internadas en asilos o tratados por parientes y familiares (Parra, 2015), siendo también

común, hasta la década de 40, trasladarlas al Hospital San Juan de Dios, en Bogotá, o para el San Rafael, en Pasto (Salcedo, 2019).

Este movimiento estableció una serie de transformaciones en las prácticas de beneficencia, caridad e incluso de higienización, que eran típicas en el municipio en esta época, por soluciones más modernas que proponían la profesionalización, la inclusión del tratamiento científico y la medicación. Eso fue convirtiendo las relaciones de la sociedad caleña con la cuestión de la locura, en las primeras décadas del siglo XX, que antes era a un nivel familiar, para conductas determinadas por instituciones especializadas (Parra, 2015).

En consecuencia al crecimiento acelerado de la ciudad en esta época - caracterizado por la creación de nuevas rutas comerciales, empresas, concentración de negocios, la construcción del ferrocarril que une la ciudad con el puerto de Buenaventura, entre 1915 y 1916, y el intrínseco aumento demográfico que este proceso desarrolló - el aumento del número de enfermos mentales, seniles, mendigos y retrasados impulsó la ciudad a buscar soluciones para las cuestiones de la locura en diferentes sectores. Desde la iniciativa popular, la iglesia, las autoridades locales y regionales, las elites por medio de juntas y hasta la intervención estatal. Así, el proceso de aceptación de los locos, sin solución en el siglo anterior, fue siendo consolidado, junto a las políticas departamentales y municipales con fines modernizantes, en sustitución al aislamiento y la encarcelación de estas personas en asilos poco o nada especializados (Parra, 2015).

Memorias del asilo San Isidro

Reconocido, entre los años 30 y 40, como un sitio localizado en la periferia del sur de la Cali que abrigaba personas con trastornos mentales, llevadas por la policía y algunos ciudadanos unidos, y que disponían de guardas que impedían posibles fugas, el asilo San Isidro era comúnmente llamado de la Casona de San Isidro. Inicialmente, él funcionaba como correccional de menores y, posteriormente, fue convertido en manicomio. El asilo representaba el comienzo del futuro hospital psiquiátrico de la ciudad (Parra, 2015).

La estrategia de mantener los cárceles, asilos, geriátricos, internados y reformatorios en las afueras de las ciudades con pretensión modernizante era común en esta época. En este sentido, lo que condicionaba la decisión de la reclusión del usuario era su nivel de agresividad, que podría significar un problema para el orden en la sociedad. Otra condición era la presencia de la familia que, si existiera, debería ser responsable por los cuidados del usuario (Parra, 2015).

El papel de la prensa, en el contexto de esta primera mitad del siglo, fue notable por su presencia constante con informes, columnas, crónicas y artículos, cada vez más explícitos sobre las problemáticas de la mendicidad, enfermedad y locura. Asimismo, las exigencias de la comunidad, por medio de peticiones y requerimientos, hacia la administración departamental y municipal, impulsaron la realización de importantes proyectos de índole social, a partir del apoyo económico, la realización de obras y la designación de tierras estatales o baldías (Parra, 2015).

Así siendo, una de las obras beneficiadas por los presupuestos locales de la época fue el hospital psiquiátrico, para el cual fue designado un terreno baldío que colinda al edificio del asilo San Isidro, localizado en la carretera a Meléndez, para la construcción de su ampliación. El antiguo espacio era realmente insuficiente para lo que se esperaba del nuevo proyecto (Parra, 2015) y, en 1940, mediante la Ordenanza Nº 26 de la Asamblea Departamental del Valle, fue habilitado como manicomio. Entre 1950 y 1960, fue propuesta la construcción de un hospital psiquiátrico moderno y en acorde a los cambios institucionales de esta época (Salcedo, 2019).

Del Asilo San Isidro hacia el Hospital Psiquiátrico

Un aspecto importante de la trayectoria de la institución psiquiátrica de Cali es el carácter asistencial y de beneficencia, siendo principalmente religiosa y de caridad. Era parte del plano nacional, desde principios del siglo XX, que la administración de asilos estuviera en las manos de órdenes religiosas, que empezaron a ocupar los más diversos hospitales, asilos, orfelinatos, cárceles, correccionales, manicomios (Parra, 2015).

Solo después, en 1921, el Estado Colombiano incluyó, a partir de la Ordenanza Nº 51, el concepto de asistencia pública, visando cultivar la responsabilidad estatal por el bienestar individual, familiar y colectivo, por medio de la prevención de la enfermedad, y la promoción y recuperación de la salud de los que carecían de subsistencia. Así el Estado pasó a asumir su responsabilidad sobre los problemas sociales, ampliando las posibilidades de soluciones, que antes dependían apenas de la caridad y del virtuosismo. La transformación de la beneficencia en asistencia pública demandó la creación de mecanismos acordes con el sistema institucional de la sociedad de la época, visando lograr el orden social (Parra, 2015).

Para tal, la estrategia del encierro era conveniente en la búsqueda por la homogeneización del comportamiento individual. Por eso, en un primer momento, los asilos se estructuraron como organización para vigilar, corregir y disciplinar el comportamiento de los individuos con técnicas como el aislamiento, el interrogatorio, las duchas frías y los sistemas de recompensas y castigos (Parra, 2015). Como el caso del Asilo San Isidro, que mismo con las medidas estatales, seguía dirigido por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, encargadas del funcionamiento, asistencia y sostenimiento de los pacientes. Las Hermanas disponían de la ayuda de empleados sin ningún conocimiento científico, a veces incluso ex-pacientes o pacientes inofensivos (Salcedo, 2019).

Es decir, la situación de San Isidro no mejoró de forma contundente en esta época; uno de los motivos era su baja capacidad, para menos de 100 usuarios, siendo que la demanda departamental era de más de 500 personas, justificada por el crecimiento demográfico mencionado (Parra, 2015). La cuestión del sobrecupo presente en el histórico del asilo era decisiva en la calidad de su dinámica. En 1940, por ejemplo, el número de pacientes era aproximadamente 5 veces mayor de lo que permitía la capacidad máxima. Es decir que el asilo, con capacidad para abrigar 90 personas, tenía 468 personas bajo su responsabilidad. Con el pasar de los años, la situación se puso peor y el asilo llegó a abrigar 632 pacientes (Salcedo, 2019).

Por otro lado, interpretada como castigo divino por el pecado, la locura, en el contexto religioso, era tratada de manera a lograr una cura espiritual. Sumado al posterior discurso higienista estatal, que por su vez se vinculaba a las ideas de la superioridad racial, regeneracionistas y alienistas, esta realidad impulsaba la construcción de un escenario de exploración de la locura, vista como mal moral, social y de impureza racial (Parra, 2015)

Observando el contexto del asilo, en que el electrochoque era el principal tratamiento utilizado y las historias clínicas no existían, se observa la falta que hacía una adecuada asistencia médica (Salcedo, 2019). En realidad, la situación del San Isidro requería una intervención para la mejoría de todos sus aspectos. La insuficiente infraestructura que generaba el hacinamiento de los internos y la consecuente falta de tratamiento, dieta y atención, así como la escasez de medicamentos, alimentos, servicios básicos y personal calificado, parecía forzar la utilización de medidas violentas, como cadenas, grilletes y calabozos (Parra, 2015).

En este sentido, sobre las dependencias físicas, la insalubridad era una de las características claves del asilo. Un aspecto complejo evidenciado en la ausencia de alcantarillado y en el

proceso de extracción de agua de pozos, por ejemplo, que resultaban muchas veces en contaminaciones por parásitos. En este contexto, se presenta la impresión de los psiquiatras José Ramón Jaramillo, Juan Manuel Valverde y Gloria de Jaramillo (Salcedo, 2019):

> El Asilo San Isidro era la misma casona de la correccional Meléndez con sus enormes salas de gruesas y altas paredes en las que se disponían hileras de camas de hierro más o menos destartaladas por los "locos mansos" o "dementes inofensivos", como los llamaban los inspectores de policía o los curas párrocos en las cartas de remisión que enviaban con los familiares de los enfermos. Para los "locos furiosos" o simplemente poco colaboradores, había varias hileras de celdas de ladrillo, de más o menos 1.80 cm de largo por 2 m de altura y 1 m de ancho, con una angosta cama de cemento desnuda que ocupaba casi todo el espacio y una puerta de reja de gruesos barrotes que se cerraba por fuera con un candado. La comida se les pasaba por entre las rejas y en la celda hacían sus necesidades fisiológicas como animales enjaulados. En el exterior de las celdas podían verse argollas empotradas en el piso, a las que estaban fijas las cadenas y los grillos con los que se aseguraban a "los locos bravos" cuando no estaban encerrados en las celdas. En el resto del edificio había amplios patios, hermosos jardines, un huerto bien cuidado y un chiquero con varios cerdos obesos y saludables. (Salcedo, 2019, p.199)

En concordancia, el Doctor Rómulo Mejía, primer director del hospital, comenta lo siguiente sobre el asilo: "Una casa mal planificada y construida para albergar niños con problemas de carácter y sociópatas fue, por ser el problema de los enfermos mentales más incómodo para la ciudadanía, dedicada para depositar enfermos mentales" (Parra, 2015, p. 38)

El doctor Carlos Alfredo León Saltos, medico ecuatoriano que en el futuro sería un personaje importante en la modernización del hospital, acrecienta que el "Asilo de San Isidro no era sino un depósito de desechos humanos provenientes del rechazo social; una mescolanza indescriptible de pacientes psicóticos y epilépticos deteriorados, deficientes mentales, lisiados e inválidos de todas clases, mendigos, alcohólicos y pacientes seniles" (Parra, 2015, p. 45).

En lo que respecta a la situación económica, el asilo se encontraba en una situación precaria, también provocando limitaciones en la estructura física, alimentación y medicamentos. El director de Higiene, sobre esta realidad, afirmaba que los pacientes se encontraban en una situación de abandono, como muestra las Figuras 22 y 23. La Beneficencia Púbica, por su vez, en 1940, publicó un comunicado expresando la necesidad de contar con una infraestructura más adecuada para el asilo y la conveniencia, para la nación, de crear nuevos centros para la correcta atención de las enfermedades mentales. La idea era disminuir los gastos para movilizar pacientes, con la construcción de una nueva sede (Salcedo, 2019).



Figura 22. Paciente en su celda
Fuente: Martínez, 2019



Figura 23. Ocupación de los ambientes internos por los usuarios
Fuente: Martínez, 2019

La lenta mejoría observada en el asilo, que sufrió cambios en su práctica de acúmulo y vigilancia de dementes en los años 30 con la intervención de las Hermanas de la Caridad, disponiendo de una mayor oferta de servicios, logró adelantar un proceso importante en finales de los años 40, la intervención laica. Buscando una convivencia entre las entidades religiosa, científica y civil, el proceso de la secularización fue, posteriormente, concretizado con la formación de la Junta pro-construcción del Hospital Psiquiátrica, que será abordada más adelante en este trabajo, consolidando así los cambios necesarios para la institucionalización (Parra, 2015).

El proceso de institucionalización del Hospital Psiquiátrico

El proceso de institucionalización del hospital psiquiátrico contó con el apoyo de organizaciones asistenciales internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud; del campo científico nacional, con la creación de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría; y de la realización de charlas, encuentros, congresos y simposios nacionales e internacionales. Actividades que contaron con la participación constante de representantes del hospital vallecaucano, lo que posibilitó la conversión de este, en la década de los años 60, después de una corta trayectoria de 20 años, en un hospital referencia en psiquiatría (Parra, 2015).

En este proceso, la colaboración del sector religioso pasó a estar más enfocada en el campo espiritual del usuario y en la asistencia general, como cuidados básicos de higiene y alimentación. La atención profesional y la dinámica de tratamientos, por otro lado, pasó a ser responsabilidad de los médicos, contando con el respaldo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle a partir de 1956. Siempre fue la intención del hospital mantenerse en la vanguardia de los cambios, mejoras y actualización de conceptos y diagnósticos que acompañaban la inclusión de la psiquiatría, en cuanto ciencia médica, en la dinámica institucional. Lo que resultó en avances médicos notorios (Parra, 2015).

En este sentido, el nuevo institucionalismo presente en el momento abordaba diferentes perspectivas - económica, política, sociológica y histórica. Las instituciones eran vistas como las reglas de un juego en la sociedad; determinaban las obligaciones que dan forma a la interacción humana. Eso porque, a partir de los patrones de comportamiento de un grupo, que tienden a reproducirse, es posible entender las interacciones entre los entes sociales a lo largo

de la historia. Así, para comprender el cambio institucional es necesario identificar los actores y la relación que estos establecen con su entorno institucional (Salcedo, 2019).

Además, las interacciones y actividades realizadas por las personas que componen las organizaciones generan cambios en dimensiones específicas y concretas de una organización, por ejemplo, infraestructura, estructura formal, tecnología, procesos, servicios, cultura organizacional y comportamiento humano (Salcedo, 2019).

Este movimiento de los actores de la organización generó un proceso de isomorfismo institucional - la homogenización caracterizada por la búsqueda de las organizaciones por parecerse a otras cuando comparten las minas condiciones ambientales - lo que creó condiciones para que el Hospital fuera adaptado a fórmulas institucionales ya reconocidas, principalmente en las instituciones de salud mental norteamericanas (Salcedo, 2019).

En este proceso, es importante destacar la actuación del psiquiatra Dr. Carlos León - médico ecuatoriano, proveniente de la Universidad de Tulane y primer jefe del recién creado Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle - que orientó el diseño y la construcción del hospital con sus ideas sobre atención psiquiátrica procedentes en Estados Unidos (Salcedo, 2019). Bajo la dirección del Dr. León, el Departamento sirvió como entidad consejera en aspectos técnicos del hospital y sobre esta relación, el Dr. Mejía hizo comentarios positivos (Parra, 2015):

> Con el afán de la facultad de Medicina de la Universidad del Valle por tener, entre otras cosas, establecimientos apropiados para la enseñanza, se han logrado adquirir verdaderos técnicos en diferentes ramos y en particular en lo tocante a arquitectura hospitalaria. Merced a esto se ha podido rehabilitar tanto parte del Hospital Departamental Universitario como la totalidad del Hospital Psiquiátrico o lo que así se llamaba (Parra, 2015).

La Junta pro-construcción del Hospital Psiquiátrico

En este contexto, la transformación del Asilo San Isidro en un Hospital Psiquiátrico moderno puede ser considerado un cambio institucional fruto de la presión social y gubernamental. A partir de denuncias hechas por la prensa e instituciones del Estado, que condenaban la falta de organizaciones adecuadas para la atención a los enfermos mentales en la ciudad de Cali, fue posible organizar una conformación - una Junta pro-construcción del Hospital - compuesta por actores representantes de instituciones públicas y privadas de la ciudad. Aportada por el Decreto Nº 290 de 1950 de la Alcaldía de Cali, la Junta tenía la finalidad de orientar la construcción del hospital psiquiátrico (Salcedo, 2019).

El punto de partida obligatorio de la Junta y demás autoridades, en lo referente a los cambios necesarios para la conformación de un hospital moderno, serían las mejorías en infraestructura y ampliación del espacio (Parra, 2015). Luego empezaron a buscar financiación para la construcción del Hospital, difundido, con el apoyo de la prensa local, la idea de consolidar una nueva forma de entender el problema de la salud mental. El movimiento fue generando cambios paulatinos en la atención y el tratamiento de los pacientes del asilo, resultando, posteriormente, en el desarrollo de un hospital con nueva infraestructura física y tecnológica, nuevo sistema de atención y servicios, y funciones diferenciadas para el personal médico y administrativo (Salcedo, 2019).

El trabajo desarrollado por la Junta en el proceso de recolección de fondos particulares y el manejo de los municipales, departamentales y nacionales fue determinante, así como además en la contratación de obras y en la designación de las dirigencias médicas y administrativas del proyecto (Parra, 2015). Lo que quiere decir que, generando una nueva conciencia sobre el

problema de la enfermedad mental en sus redes de relaciones, la Junta logró un cambio importante a nivel institucional. Paralelamente, ella involucró a la recién creada Facultad de Salud de la Universidad del Valle en el proceso de construcción del Hospital a partir de una asesoría científica, que resultó, posteriormente, en la integración de su personal médico en la administración y atención clínica del hospital (Salcedo, 2019).

Los miembros fundadores de la Junta fueron: Mercedes Lloreda de Garcés, Clemencia Fajardo, Elvira Garcés de Hannaford, Clara Inés Suarez de Zawadski, Giannetta Rizzetto, Jaime Lozano Henao, Mauricio Hannaford y Alex Cobo, designado primer presidente de la Junta. El equipo de construcción y administración del hospital, contractado por miembros de la Junta, debería contar con médico director, sindico, arquitecto, entre otros. Estos movimientos dieron origen a los tres órganos direccionales de la institución: la Junta directiva, el Medico director y el Consejo médico, responsables tanto por la parte humana y profesional cuanto estructural, de obras y arquitectura del hospital (Parra, 2015)

Así, la Junta pro-construcción, que sustituyó paulatinamente a las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el manejo del asilo, junto a un conjunto de organizaciones y ciudadanos aliados, estructuró un campo organizacional comprometido con la creación de una nueva infraestructura, estructura organizacional, procesos administrativos, tratamientos y asistencia clínica a la población del hospital (Salcedo, 2019). Se puede decir, entonces, que el proceso de cambio institucional del hospital fue resultado de la profesionalización de la psiquiatría en la región, la influencia política de los miembros de la Junta, el papel normativo de los psiquiatras y el desarrollo científico y administrativo del Hospital. Powell y Dimaggio, en 1999, comentaron que este proceso representa “la lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir las condiciones y métodos de su trabajo [...] y por establecer una base cognoscitiva y la legitimidad de su autonomía ocupacional” (Salcedo, 2019).

La construcción del Hospital Psiquiátrico

Con el objetivo de crear un lugar moderno para atender a los enfermos mentales y considerando los nuevos parámetros de ciudad de Cali - que había crecido, ahora funcionaba bajo leyes higienizantes y contaba con una Diócesis propia – entre 1955 y 1957, la Junta actuó en la primera etapa del proceso de construcción del Hospital Psiquiátrico, teniendo como interventor de obra el señor Edmon Cobo. Empezando, en 1955, con la donación de un lote de 36.000 m^2 - por parte del Municipio de Cali - que contaba con un pozo de agua potable y estaba ubicado al lado del edificio del Asilo San Isidro, la Casona, en una región llamada de “lomas altas de Meléndez de Cali” (Parra, 2015).

Proyectado por la Junta, el nuevo edificio del Hospital Psiquiátrico, observado en la Figura 24, tendría capacidad para 300 pacientes, siendo 130 hombres y 170 mujeres. Serían 30 camas de enfermería para pacientes con enfermedades agudas, quirúrgicos o con deterioro físico; 150 camas para usuarios sicóticos, graves, agitados y convalecientes; y 110 camas para usuarios crónicos. Además, fueran propuestas sala de cirugía, sala para convulsoterapia con insulina, departamento de drogas, capilla y apartamento para el capellán. Entre los nuevos equipos, están el rayo X, el Electroencefalógrafo, aparato de electro choques, y la hidroterapia (Salcedo, 2019).

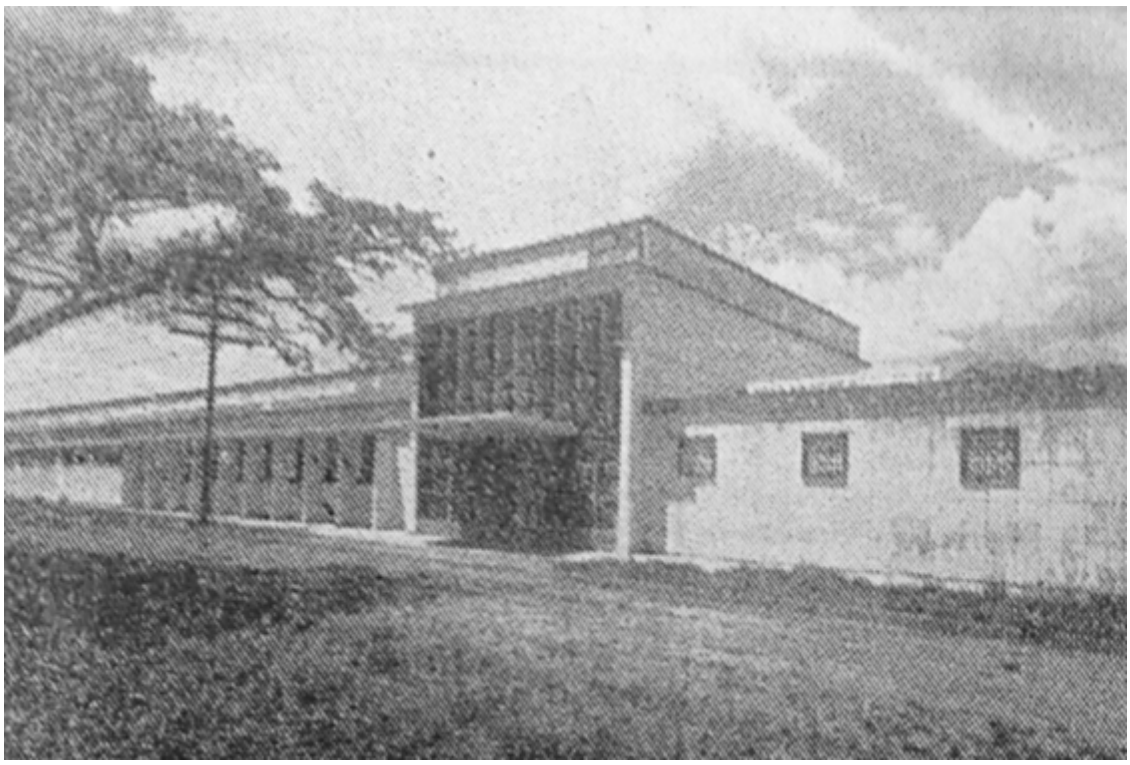


Figura 24. Fachada del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, en 1959
Fuente: Martínez, 2019

Este nuevo diseño del Hospital, que incluye salas para distintos tipos de terapias y tratamientos, representa un conjunto de pequeños cambios aparentemente superficiales en el sistema de creencias sobre la enfermedad mental, sin embargo, generaron cambios profundos, como la utilización de nuevas drogas psiquiátricas, el TEC y la psicoterapia (Salcedo, 2019).

Bajo críticas acerca del proyecto y gestión de la primera etapa de construcción - que venían principalmente del Dr. Mejía y se referían a la falta de aspectos arquitectónicos, de humanización, de planificación y de racionalidad observadas - la segunda etapa fue iniciada en 1958. En esta época, el hospital tenía, como presidente de la Junta, Clara Inés Suarez de Zawadzki; como nuevo interventor, Dr. Francisco Sarasti Aparicio; y como arquitectos, Hernando Aramburo y Marino Silva, posteriormente sustituidos por Oscar Otero, en 1959 (Parra, 2015).

De manera general, se puede decir que los principales factores que llevaron a la realización de la segunda fase de la construcción fueron: adecuar la infraestructura destinada a los aspectos administrativos, laicos y religiosos del hospital junto con la práctica médica; el vínculo con la Universidad del Valle y la formación del Departamento de Psiquiatría; y la interacción entre el Hospital Departamental, la Universidad y el Hospital Psiquiátrico. Como siempre fue defendido por su primer director, Mejía, que decía que “desde cuando el asilo san Isidro quiso convertirse en hospital, teniendo como fin mejorar sus servicios asistenciales, se vio en la necesidad de involucrarlo a la docencia y solicitar la ayuda científica y el consejo técnico del departamento de psiquiatría de Univalle” (Parra, 2015).

En fin, a partir de nuevas campañas para recaudar fondos, necesarias debido a dificultades económicas que surgieron durante la construcción de la nueva sede, la Junta logró, en 1961, terminar la edificación de pabellones para pacientes crónicos. Eran 8 pabellones, como muestra la Figura 25, para enfermos - 2 para mujeres y hombres pensionados, 4 para mujeres y hombres en general, y 2 para mujeres y hombres en celdas, totalizando 211 camas - cuartos para médicos y empleados (Salcedo, 2019).

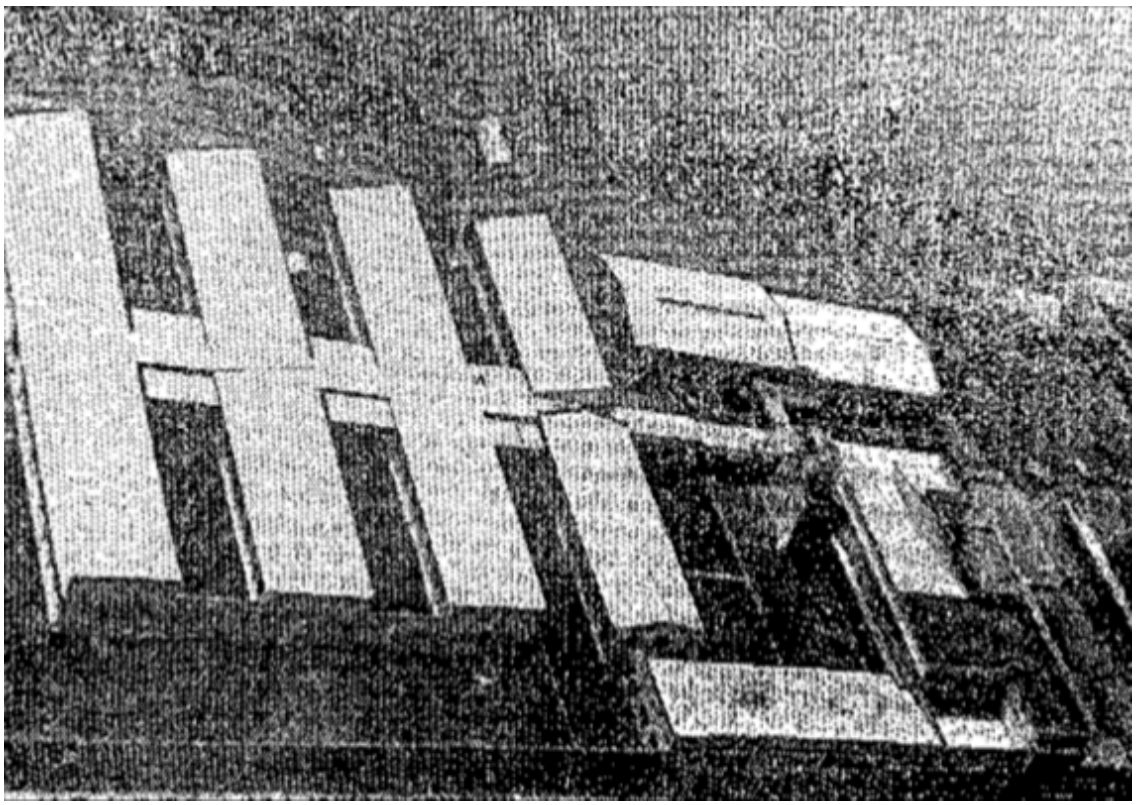


Figura 25. Estructura del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali organizada en pabellones, en 1959
Fuente: Martínez, 2019

Cambios en la administración y en la práctica médica

De manera paralela a la construcción del nuevo hospital, desde la Junta, fueron propuestos cambios en la estructura administrativa y en la praxis médica. Hubo un significativo incremento de personal en el área administrativa y en la atención a lo pacientes. La cantidad de profesionales triplicó entre los años 1956 - en que se contaba con 26 personas - y 1960 - en que el asilo pasó a tener 87 personas profesionales (Salcedo, 2019).

La inserción de médicos, especialistas en la rama de la psiquiatría y profesionales de diversas ramas de la salud - como psicólogos, odontólogos, radiólogos, internistas, enfermeras y laborterapistas - evidencian el carácter integrador del nuevo hospital, que tiende a abordar diferentes dimensiones del problema de salud, a partir de la diversidad de servicios ofrecidos (Salcedo, 2019).

El hospital, incluso, empezó a ser reconocido por formación de médicos, por acoger residentes de psiquiatría en sus prácticas, en parecía con la Universidad del Valle. El cambio en la dirección de la institución - la cual empieza a tener un personal científico como responsable, no más un síndico, como antes - demuestra que el papel del Departamento de Psiquiatría, que actuó en el hospital como dirección científica a partir de 1956, fue exitoso en el proceso de cambio de la atención a las personas con sufrimiento mental. Este proceso caminó junto a las definiciones de la OMS, cuyas políticas actúan justamente en la concepción sobre la enfermedad mental y en el papel del personal médico y hospitalario en sus tratamientos (Salcedo, 2019).

En la nueva dinámica médica que surgía paulatinamente, los médicos y estudiantes abrieron espacio para nuevos enfoques teóricos, como la perspectiva psicoanalítica y la psicodinámica, de origen norteamericano. La liberación de los pacientes de sus celdas y el retiro de cadenas y grilletes - aunque bajo la resistencia de las hermanas que antes manejaban el asilo y que

habían implementado sus prácticas en función de preceptos morales y religiosos - son otros avances significativos de esta fase (Salcedo, 2019).

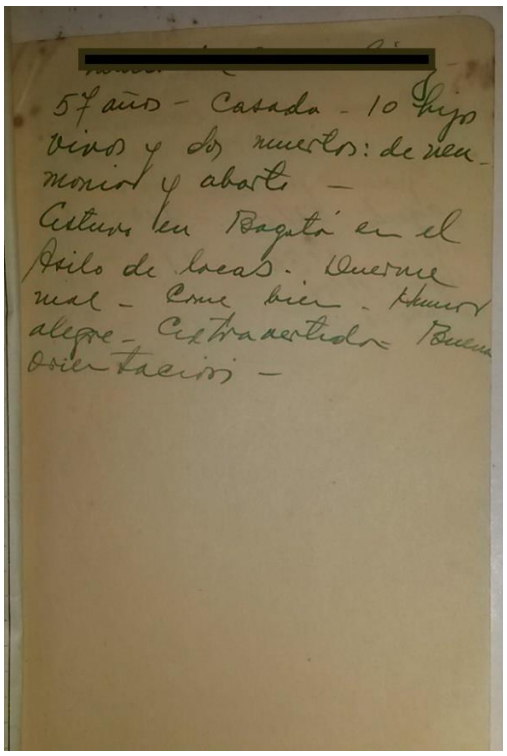
Simultáneamente, la terapia de electrochoques fue diversificada con el uso de a reserpina y la insulinoterapia - más tarde sustituidas por las fenotiazinas. Medicamentos que cambiaron el curso de los tratamientos psiquiátricos en esta época. Las consultas externas y el hospital-día, por ejemplo, fueron implementados como alternativa para el tratamiento de lo pacientes, contribuyendo así con el descongestionamiento del hospital. Realidad que ayudó con la ruptura de una dinámica antigua del asilo, en que las personas eran internadas y se transformaban en pacientes permanentes de la institución. Esta posibilidad surgió con la revolución farmacológica, que transformó el modo de tratar la enfermedad mental (Salcedo, 2019).

Entre los nuevos medicamentos, uno de los más importantes fue la clorpromazina, comercialmente conocida como Largactil, principal alternativa para los distintos casos de esquizofrenia y que posibilitó el desarrollo de numerosos fármacos destinados al tratamiento de los trastornos mentales diversos. Este y los demás antipsicóticos erradicaron, paulatinamente, hábitos inadecuados relacionados a fármacos y terapias biológicas y de choque, excepto las terapias por electrochoques, que siguieron presentes en los tratamientos de esquizofrenias (Salcedo, 2019).

En cuanto a la conducta médica en función de los diagnósticos, los grupos afectados por las dependencias y patologías de la época - los maníacos, drogadictos, epilépticos, seniles y los alcohólicos – empezaron a ser tratados de manera más específica. Asimismo, la creación del ala de consulta externa posibilitó la prestación de servicios de psiquiatría y psicología a personas que habían pasado por eventuales episodios de problemas nerviosos. Usuarios no crónicos, con enfermedades referenciadas por la psiquiatría moderna como depresión y ansiedad que, junto con las tradicionales neurosis e histerias, desordenes y esquizofrenias, básicamente componían el grupo de diagnósticos manejados en los años de la década de 60. En lo que refiere al género, este proceso presentaba convenciones anticuadas que asociaban la neurosis a las personas del género masculino y la histeria a las personas del género femenino (Parra, 2015).

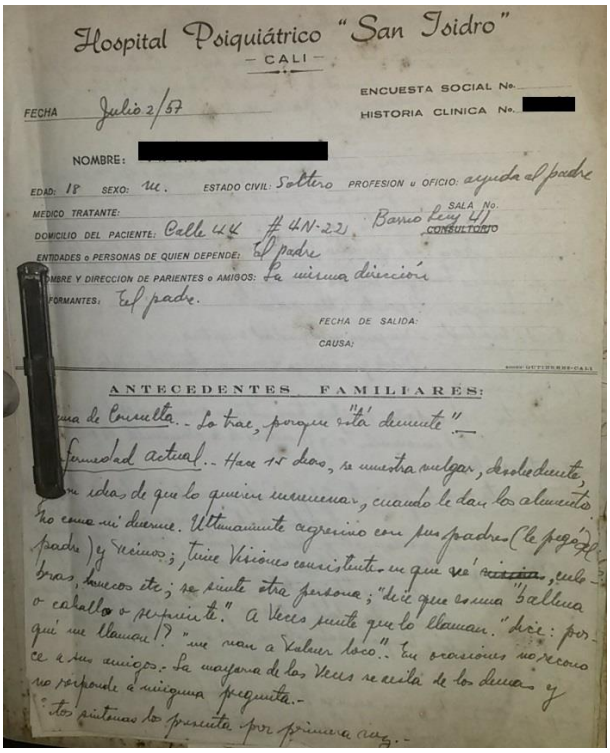
La elaboración de historias clínicas

Pensando en mejorar este escenario, la elaboración de historias clínicas, como muestra la Figuras 25 y 26 – que presenta la evolución de la historia clínica - fue uno de los primeros pasos que cambió la práctica media en el proceso de estructuración del hospital. Ellas son importantes porque funcionan como instrumento para describir estos cambios operados en la *praxis* médica, ofreciendo datos sobre el funcionamiento de las instituciones asilares y hospitalarias (Salcedo, 2019).



57 años - Casada - 10 hijos vivos y dos muertos: de neumonía y aborto - Cursó en Bogotá en el Asilo de locas. Duerme mal - Come bien - Humor alegre - Extravertida - Buena orientación -

Figura 25: Hoja suelta usada como una historia clínica rudimentaria
Fuente: Martínez, 2016



Hospital Psiquiátrico "San Isidro"
— CALI —

ENCUESTA SOCIAL No.
HISTORIA CLINICA No. [redacted]

FECHA Julio 2/57

NOMBRE: [redacted]

EDAD: 18 SEXO: M. ESTADO CIVIL: Soltero PROFESION u OFICIO: ayuda al padre

MEDICO TRATANTE:

SALA No.
CONSULTORIO

DOMICILIO DEL PACIENTE: Calle 44 # 4N-22 Barrio Ley 41

ENTIDADES o PERSONAS DE QUIEN DEPENDE: El padre

NOMBRE Y DIRECCION DE PARIENTES o AMIGOS: La misma dirección

INFORMANTES: El padre.

FECHA DE SALIDA:

CAUSA:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

...ma de Consulta. - La trae, porque "está demente".

...fermedad actual. - Hace 15 días, se muestra vulgar, desobediente, con ideas de que lo quieren envenenar, cuando le dan los alimentos no come ni duerme. Ultimamente agrede con sus padres (le pega a la madre) y vecinos; tiene Visiones consistentes en que ve [redacted], culebras, monos etc; se siente otra persona; "dice que es una "Salvaje o caballo o perra". A veces siente que lo llaman. "dice: por qué me llaman!? "me han a Kalver loco." En ocasiones no reconoce a sus amigos. La mayoría de las veces se aísla de los demás y no responde a ninguna pregunta.-

...stos síntomas los presenta por primera vez.-

Figura 26: Historia clínica del Hospital Psiquiátrico San Isidro de 1957
Fuente: Martínez, 2016

Estos datos - que nos permiten conocer el funcionamiento del hospital, su dinámica terapéutica y hospitalaria, los pacientes y sus respectivos diagnósticos - evidencian las transformaciones provenientes de la nueva práctica clínica aplicada al antiguo Asilo a partir de los protocolos y seguimientos propuestos para el nuevo Hospital. Las informaciones que siguen, por ejemplo, evidencian la importancia de esta práctica. Son resultados de estudios con análisis estadísticas de muestras de la población, entre las décadas de 50 y 60 (Salcedo, 2019).

Datos estadísticos de la población en los primeros años del Hospital Psiquiátrico

En el primer estudio fueron analizadas 308 historias clínicas del hospital, referentes al período de 1956 a 1970. De este proceso, fueron obtenidos los siguientes datos: 97 pacientes procedentes de municipios situados fuera del Departamento del Valle; 80 pacientes procedentes de otros municipios del Valle; y 58 pacientes procedentes de la ciudad de Cali. En 71 registros no había la información sobre la procedencia del paciente (Salcedo, 2019).

Estos datos evidencian la amplia cobertura que ofrecía el nuevo hospital, en contraste a la situación anterior, en que los pacientes eran trasladados a ciudades como Pasto, Medellín y Bogotá. En este mismo análisis, se obtuvo datos sobre el proceso de admisión: 58,8% (180 pacientes), de los 308 registros analizados, fueron llevados al hospital por familiares y amigos; 7,8% (24 pacientes) fueron remitidos por policías y extraños; y 4,9% (15 pacientes) se presentaron voluntariamente (Salcedo, 2019).

En cuanto a los diagnósticos, de las 308 historias clínicas analizadas: 118 presentan diagnósticos variados de esquizofrenia, siendo las más constantes la reacción esquizofrénica indiferenciada crónica, con 51 casos, y la reacción esquizofrénica indiferenciada aguda, con 34 casos. También fueron encontrados 29 casos de síndrome cerebral crónico; 22 casos de epilepsia, incluyendo la psicomotriz; 21 casos de reacción depresiva, siendo 20 de reacción depresiva simple; y, por último, 20 casos de reacción angustiosa crónica, con rasgos depresivos

y neuróticos. Los diagnósticos encontrados demuestran la importancia que los psiquiatras empezaron a dar a la psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica, en detrimento a la tradición biológica. Un diferencial del nuevo hospital, en relación a las demás instituciones del país (Salcedo, 2019).

Sobre los tratamientos, que variaban según el padecimiento, de manera general, eran propuestas consultas y terapias analítica y psicológica. Para los casos que requerían medicación, los antidepresivos, estimulantes, calmantes, antibióticos, analgésicos y anestésicos eran bien comunes, además de la convulsión por insulina y de la terapia electro convulsiva (TEC) (Parra, 2015). También se destacan los tratamientos basados en las drogas psiquiátricas, antipsicóticos, neurolépticos y antiepilépticos, la mayoría fármacos derivados de las fenotiazinas, introducidos en el contexto psiquiátrico en la década de los años 50 (Salcedo, 2019).

Fueron encontrados, en los 308 casos analizados, 86 casos con uso de Lafgactil (clorpromazina); 51 casos con el Sinogan (levomepromazina); 49 casos con el Fenergan (prometazina); 36 casos con el Stalazine (trifluoperazine); 31 casos con el Gardenal (fenebarbital); 25 casos con el Stemetil (prochlorperazine); 18 casos con el Siquil (trifluopromazine); y 18 casos con el Epamin (fenitoína) (Salcedo, 2019).

En conjunto con las drogas psiquiátricas, otros tipos de terapias eran utilizadas en los tratamientos. Entre los registros analizados, se presentaron con más frecuencia: la terapia de electrochoque (TEC) en 80 casos; la terapia ocupacional en 22 casos; la psicoterapia en 12 casos; la insulinoterapia en 2 casos; y la lobotomía en 1 caso. La terapia ocupacional se destaca, en este contexto, por presentar una buena respuesta junto a los fármacos en los tratamientos, actuando en la preparación del paciente para una futura salida del hospital (Salcedo, 2019).

En un segundo estudio, realizado en 1960, la distribución de los usuarios por edad y género demostró que, de las 1854 personas atendidas, 973 pertenecían al género masculino y 881 al femenino. La mayoría de ellos, un 51,2%, ocupaba en el rango de edad de 20 a 34 años; por otro lado, una minoría tenía más de 75 años, un 0,3%, apenas 5 casos masculinos y 1 femenino. Entre los niños de 10 a 14 años, la concurrencia también no era mucha, un 1,7% del total, siendo 12 del masculino y 20 del femenino (Parra, 2015).

Así, aportado por las transformaciones en la comprensión de la locura, su diagnóstico y consecuente tratamiento, el hospital fue creado en un periodo marcado por los avances en la concepción de la enfermedad mental, conforme propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1950), cuyo enfoque estaba en el su carácter preventivo y en la necesidad de tratamientos integradores. El lanzamiento del Manual de Diagnósticos Psiquiátricos - DSM I (1952) y DSM II (1968) - que clasificaba las enfermedades bajo parámetros de la corriente biomédica, también caracteriza el escenario de idealización del hospital (Salcedo, 2019).

Ejerciendo influencia sobre la práctica médica del Departamento de Psiquiatría, que estaba asociada a la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, desde 1955, estos nuevos aspectos estructuraron, a partir del departamento, un conjunto de saberes y prácticas médicas que cambiarían paulatinamente el modo de tratar la enfermedad mental, consolidado incluso en el diseño arquitectónico y en la organización del hospital (Salcedo, 2019).

8.1.2 Informaciones institucionales del HDPUV

1. Naturaleza Jurídica

Después de 80 años de jornada, que empezó en 1940 con los cambios institucionales propuestos para el Asilo San Isidro, actualmente, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) logra ser la institución de carácter público, destinada a la intervención en salud mental, de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente colombiano. Asimismo, el hospital es considerado pionero en la investigación y los tratamientos psiquiátricos modernos, debido a la alianza con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle (HDPUV, 2021a).

Los principales cambios observados en su naturaleza jurídica tienen que ver con el Decreto 1808 de 07 noviembre de 1995, expedido por la Gobernación del Valle del Cauca, en el cual el hospital se transforma en Empresa Social del Estado (E.S.E), por acuerdo de la Junta Directiva, identificado con el número de identificación tributaria (NIT): 890.340.155-8. Este paso hizo que el hospital fuera ubicado en una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, sin ánimo de lucro, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, es decir, una entidad adscrita a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. Como entidad, está sometida al régimen jurídico previsto por la Ley 100 de 1993 y a las reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud promulgadas por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 (Acuerdo 016 de 2018).

Además, conforme establecido por la misma Ley 1438 de 2011, el carácter universitario del hospital está garantizado por la propuesta de estructuración de un escenario de práctica en la institución, a partir de la consolidación de una dinámica de entrenamiento universitario, enfocada principalmente en programas de posgrado comprometidos con las funciones de formación, investigación y extensión (Acuerdo 016 de 2018).

Así, de la calidad de hospital universitario, surgen, para esta entidad, algunas obligaciones referentes al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Entre ellas, están: firmar convenios de prácticas formativas con instituciones de educación superior; diseñar procesos que integren las prácticas formativas, la docencia y la investigación a la prestación de servicios asistenciales; desarrollar servicios que involucran los programas docentes; obtener reconocimiento nacional o internacional a partir de las investigaciones realizadas y tener por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias; fomentar la formación investigativa de los estudiantes, promoviendo publicaciones y medios de información propios que permitan la difusión de aportes logrados por los grupos de investigación; y estar vinculada a docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa (Acuerdo 016 de 2018).

Asimismo, además de la comunidad, el hospital, en cuanto empresa social del estado sin fines lucrativos, debe cumplir con las expectativas y necesidades de una red de entidades interesadas en el HDPUV que, según el factor de actuación, se organizan de la siguiente manera: Ministerio de Salud , Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría de Salud Departamental, Gobernación, INVIMA e Instituto Nacional de Salud como interesados legales; Proveedores, pacientes y familias, Estado y funcionarios del hospital como interesados económicos; universidades aliadas como interesados académicos; aseguradoras como interesadas sociales; y las autoridades ambientales colombianas como interesados ambientales (HDPUV, 2017a).

Como respuesta, se observa que el cumpliendo los requisitos previstos por las normativas en cuestión hacen que los procesos planeados para los cambios institucionales logren mejorar la calidad de los servicios de manera sistemática. Esto quedó evidenciado, por ejemplo, en 2008, 2015 y 2018, cuando el hospital fue reconocido con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad (ISO 9001); en 2009, cuando el Certificado de Acreditación en Salud fue otorgado por el ICONTEC, que está reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social; y en 2017, cuanto el hospital recibió una condecoración de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá

por el aporte en la construcción de un camino de excelencia académica, compromiso social y por la formación de profesionales (Acuerdo 016 de 2018).

Estas conquistas lograron que el hospital se destacara en Latinoamérica, principalmente por ser el primer centro psiquiátrico del país a obtener la acreditación en salud, transformándose así en una referencia en salud mental. Hoy en día, el facto de que el hospital sigue siendo el principal centro de prácticas en las disciplinas a fines al campo de la salud mental, que se destaca por sus intervenciones, y compone un centro de educación universitaria para los pregrados y posgrados de medicina, enfermería, psicología, junto a la Universidad del Valle, es resultado de años de trabajo para brindar a la comunidad un servicio humanizado y de calidad (Acuerdo 016 de 2018).

Objetivo y misión del HDPUV

En este contexto, se entiende que los servicios prestados por el hospital son de obligatorio cumplimiento del Estado y son financiados con recursos de la atención a la población sin seguridad social y el Plan de Atención Básica. Así, en esta nueva configuración, el objetivo del hospital es brindar la prevención, promoción, fomento, tratamiento, rehabilitación y planes complementarios en lo que respecta a la salud mental, en conformidad a las necesidades determinadas por el perfil epidemiológico, el Plan Sectorial de Salud, el Plan de Desarrollo del Departamento y los criterios establecidos por la red de servicios del departamento del Valle del Cauca (Acuerdo 016 de 2018).

Por otro lado, en cuanto institución docente asistencial, se pretende promover el campo de la investigación, de la formación y de la actualización en salud mental, fortaleciendo el espacio del hospital en el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. Para tanto, algunos objetivos institucionales específicos fueron descritos en el Estatuto Interno del hospital, de 2018, y pueden ser resumidos de la siguiente manera (Acuerdo 016 de 2018):

1. Lograr servicios de salud mental eficientes y efectivos en acorde a las normas de calidad y al perfil epidemiológico de los usuarios

2. Prestar servicios equilibrados entre lo que la población requiere y los recursos disponibles

3. Garantizar la rentabilidad social y la sostenibilidad financiera

4. Ofrecer servicios con tarifas competitivas en el mercado

5. Adecuarse a los requerimientos del entorno

6. Garantizar la participación ciudadana y comunitaria

7. Proponer tarifas razonables para el usuario y competitivas en el mercado

8. Contribuir a la formación del Talento Humano del sector salud

9. Promover en el Talento Humano el autocuidado y la responsabilidad de crear un ambiente sano y seguro

10. Desarrollar proyectos de investigación para mejorar la calidad en el servicio y la gestión

11. Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial visando el impacto social

12. Acoger las políticas de funcionamiento en red propuestas por la Gobernación del Valle del Cauca

13. Promover en el talento humano la cultura de humanización de los servicios

14. Ofrecer espacios de entrenamiento universitario y técnico con enfoque en la atención humanizada

15. Promover la cultura de seguridad del paciente en acorde al Ministerio de Salud y Protección Social

16. Todos los demás que se le asigne por la Ley y los acuerdos de la Junta Directiva

De una manera más amplia, los objetivos propuestos participan de la composición de una misión para el hospital, en cuanto entidad pública, que es "brindar a la comunidad servicios integrales de salud mental con atención humanizada, oportuna, segura, con el compromiso de disminuir el estigma y promover la inclusión social, así como contribuir a la formación académica e investigativa en disciplinas afines a la salud" (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV], 2017a).

Principios y valores del HDPUV

A partir de la oferta de valor propuesta por el hospital - que pretende que los servicios de salud mental sean ofrecidos con altos estándares académicos y técnicos-científicos - es posible trazar principios y valores institucionales, que complementan los objetivos comentados y funcionan como un conjunto de conductas que rigen las acciones dentro de la entidad (HDPUV, 2017a). Los 14 principios y valores propuestos por el Estatuto Interno, de 2018, son (Acuerdo 016 de 2018):

1. Calidad: promover la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua;

2. Eficiencia: optimizar la relación entre los recursos disponibles y los resultados en salud y calidad de vida a la población;

3. Equidad: brindar atención a los usuarios en acorde a sus necesidades particulares de salud, a la seguridad social en salud y a los recursos institucionales;

4. Compromiso social: contribuir al desarrollo integral de la población considerando las necesidades sociales, la constitución política y el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

5. Respeto por la dignidad humana: considerar cada paciente como miembro de una familia y comunidad, que tiene derecho a la consideración, respeto, atención y ayuda;

6. Universalidad: prestar servicios a toda la comunidad, sin distinción de raza, edad, género, ideología, religión o condición social;

7. Integralidad: atender al individuo, la familia y la comunidad teniendo en cuenta los elementos bio-sico-sociales que afectan su salud;

8. Eficacia: proponer soluciones acordes a las necesidades y expectativas de los usuarios para sus problemas relacionados a la salud;

9. Efectividad: ofrecer eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios;

10. Respeto por las personas de la organización: garantizar los derechos universales al personal sin discriminación de cargos, sexo, política y valorando su desempeño laboral;

11. Participación: reconocer que el servicio de salud requiere el aporte de todo el personal para lograr la excelencia;

12. Lealtad: mantener una relación institucional en el talento humano, visando proteger la función del hospital;

13. Participación social: promover la intervención de la comunidad en el funcionamiento de las instituciones y del sistema que las mantiene;

14. Enfoque de riesgo: mantener la precaución en el proceso de gestión del riesgo, evaluación de los procedimientos y prestación de los servicios de salud.

Honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia, seguridad, humanización, servicio, conocimiento e inclusión, son los 8 sustantivos que resumen estas conductas en documentos derivados del Estatuto Interno. Así, el cumplimiento de los principios institucionales aporta a la materialización de la visión del hospital, que prevé que el HDPUV sea un modelo en la prestación de servicios de salud mental, en la investigación, en el manejo terapéutico, en la formación de recurso humano, en la Inclusión Social y en la Reducción del Estigma, siendo reconocido nacionalmente por sus hechos (HDPUV, 2017a).

Política de calidad del HDPUV

En este sentido, la búsqueda por la calidad en la prestación de servicios se presenta como un eje estructurador en las dinámicas del hospital, en cuanto entidad pública que se compromete a cumplir con la Política de la Calidad. A través de la implementación de un sistema de gestión de calidad, que está enfocado en la mejora continua, el hospital busca prestar servicios de salud mental integral de fácil acceso y seguros. Para eso, fue necesario construir una visión institucional de liderazgo en el servicio de salud mental, que acata las políticas de función pública y la aplicación de principios específicos - entre ellos la solidaridad, universalidad, participación y respecto a la dignidad humana - visando la disminución del estigma y la promoción de la inclusión social (HDPUV, 2017a).

Los objetivos de la aplicación de la política de calidad favorecen el logro de los objetivos institucionales, así pueden ser resumidos: fortalecer el modelo comunitario de salud mental, mejorar la satisfacción en los usuarios, disminuir los eventos adversos, atingir la sostenibilidad financiera, generar conocimientos en el área de salud mental, mejorar la eficacia del SGC y fortalecer las competencias del personal (HDPUV, 2017a).

Sistema Integrado de Gestión del HDPUV

Sobre la gestión del HDPUV, en 2020, fue adoptada la Política del Sistema Integrado de Gestión a partir de la Resolución Nº 236, cuyo objeto es el compromiso del hospital con la prestación de servicios de salud mental integral, de fácil acceso, que respecta la dignidad humana y enfocado en satisfacer el usuario, su familia y otras partes interesadas. En todos los procesos del hospital, se promueve la cultura de la mejora continua con responsabilidad social y el cumplimiento de la normatividad vigente (Resolución 236 de 2020).

Para eso, se pretende promover la seguridad y salud de los funcionarios, con un enfoque preventivo de los riesgos, que garantiza lugares de trabajo sanos y seguros. Otro aspecto abordado es el ambiental, para el cual fue propuesto la preservación de los recursos naturales, protección del medio ambiente y prevención de la contaminación ambiental a partir de la

ejecución del Plan Anual de Gestión Ambiental, garantizando así el desarrollo sostenible institucional (Resolución 236 de 2020). Estructurando el Sistema Integrado de Gestión, están los siguientes ejes: Gestión Financiera, Gestión Logística, Gestión del Talento Humano, Gestión del Ambiente Físico y Gestión de la Información (HDPUV, 2020b).

Plan de Desarrollo Institucional del HDPUV

De manera complementaria al Sistema Integrado de Gestión, en los últimos cuatro años – entre 2016 y 2020 – estuvo vigente el Plan de Desarrollo Institucional, un Modelo Estratégico con enfoque en el cuidado coordinado e integral que, a partir de cuatro objetivos estratégicos, que son llamados de Perspectivas, establece la ruta a seguir para lograr el cumplimiento de las metas institucionales. Así, a partir de las siguientes perspectivas – Clientes, Financiero, Recursos y capacidades institucionales, y Procesos internos – se pretende asegurar la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, el enfoque y gestión del riesgo, la transformación cultural, la responsabilidad social y la seguridad del paciente (HDPUV, 2020c).

Desde la Perspectiva Clientes, está prevista la prestación servicios integrales de salud mental a partir de la atención humanizada, con enfoque en la inclusión social y reducción del estigma, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios. Desde la Perspectiva Financiera, se visa la sostenibilidad y rentabilidad financiera a partir del manejo adecuado de los recursos y aumento de la productividad. Desde la Perspectiva de Procesos Internos, se pretende garantizar altos estándares de calidad en los servicios prestados, por medio de la atención integral articulada con la docencia e investigación, en busca de mejores resultados clínicos. Por último, desde la Perspectiva de Recursos y Capacidades Institucionales, se involucra el talento humano, la tecnología y la infraestructura óptima al proceso de modernización, mantenimiento y desarrollo de competencias, para la prestación de los servicios de salud mental (HDPUV, 2020c).

Estructura Organizacional del HDPUV

Pensando en la estructura organizacional, en cuanto empresa social del estado, el HDPUV presenta tres ejes principales que guían su funcionamiento – Dirección, Atención al usuario y Logística - conforme dita el Decreto 780 del 06 de mayo de 2016 (Acuerdo 016 de 2018).

1. Dirección: compuesta por la Junta Directiva y el Gerente, la Dirección debe controlar la misión y objetivos de la organización, para eso se requiere identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir las estrategias del servicio, asignar recursos y adoptar normas de eficiencia y calidad sin perjudicar el normal desenvolvimiento de la empresa frente a las funciones de dirección;

2. Atención al usuario: conformada por la Subgerencia Científica, la atención al usuario es un conjunto de unidades orgánico-funcionales responsables por los procesos de producción y prestación de servicios de salud demandadas por el usuario. Incluye la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios, las formas y características de la atención y la dirección;

3. Logística: conformada por la Subgerencia Administrativa y Financiera, la logística comprende las unidades funcionales que ejecutan los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos institucionales y la infraestructura ideal.

Vale resaltar que la Junta Directiva es la autoridad máxima en el hospital, seguida por el Gerente y luego por la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa y Financiera, consolidando así una relación jerárquica entre los tres niveles. Organizada en sectores, la Junta

Directiva está integrada por nueve miembros, siendo tres miembros del Sector Político Administrativo; tres miembros del Sector Científico; y tres miembros del Sector Comunidad. Las funciones desarrolladas por ella fueron consolidadas por el Decreto 780 del 06 de mayo de 2016 y se requiere una actuación coordinada con las políticas del orden nacional y departamental (Acuerdo 016 de 2018).

Considerando que este estudio de caso está centrado en evaluar la influencia de los ambientes físicos del hospital en la dinámica hospitalaria y terapéutica junto al usuario, el eje de Atención al Usuario fue considerada como más relevante para el abordaje de la estructura organizacional del hospital bajo este contexto. Eso porque se trata del eje responsable por el proceso de atender al usuario, participando activamente en sus experiencias personales, lo que genera efectos en el proceso de recuperación. Así, se requiere criterios más específicos para la composición de los ambientes destinados para este fin; ambientes que serán evaluados en la parte 3 del estudio de caso.

2. Modelo de Atención al Usuario

El actual modelo de atención del HDPUV, cuyo enfoque comunitario tiende a valorar los diferentes entornos sociales del usuario, visa brindar una atención integral, segura y humanizada, a partir de un modelo de red de apoyo, que involucra los prestadores de servicios, centrado en el paciente, la familia y la comunidad (HDPUV, 2019).

La estructura funcional de la Atención al Usuario del HDPUV, que es responsabilidad de la Subgerencia Científica, está organizada a partir de 4 niveles de servicios prestados (Acuerdo 016 de 2018).

1. Hospitalización: comprende el servicio de Internación Psiquiátrica

2. Atención ambulatoria: comprende los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Ayuda Diagnóstica

3. Intervención social y comunitaria: comprende el servicio de Hospital Día, la Atención Extramural y el Sistema de Información y Atención al Usuario

4. Docencia servicios e investigación

2.1 Política de humanización

Desde 1991, cuando la Resolución Nº 13437 estableció el Decálogo de los Derechos de los Pacientes y impulsó el proceso de humanización en la atención de los usuarios, mejorando así la calidad de la prestación de servicios, el tema de la humanización ya era presente. Este proceso culminó en la adopción de la Política de Humanización de la atención, por medio de la Resolución Nº 851 de octubre de 2017, que fue posteriormente actualizada en junio de 2020, con la Resolución Nº 284 (Resolución 284 de 2020).

Actuando directamente en los servicios prestados, la Política de Humanización de la Atención requiere el comprometimiento del personal del hospital para brindar atención humanizada a toda la comunidad hospitalaria. La idea es identificar sus necesidades y expectativas y, a través del cumplimiento de los valores institucionales y de las prácticas humanizantes, se logra satisfacerlas, promoviendo calidad de vida a los funcionarios, usuarios, familia, en fin, toda la comunidad hospitalaria. Este es el objetivo del hospital con la implementación de esta política, que camina en acorde a la Ley 1616 de 2013, al defender los derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental (Resolución 284 de 2020).

Para cumplir con este objetivo, tres estrategias fueron propuestas, conformando el Programa de Humanización de la Atención: comunicar y favorecer el dialogo; garantizar ambiente seguro y sano; y gestionar la educación y el cuidado (Resolución No 284 - Política de Humanización). También, en la actualización de la política, en 2020, se cambió el modelo de humanización, sustituyendo el enfoque de riesgo por la atención centrada en la persona, dando espacio para el abordaje de la estrategia *Planetree* o *Patiente Centered Care*[53], visando la satisfacción y el bienestar de los usuarios (HDPUV, 2020c).

Conductas para la humanización en 2020

Una interesante propuesta para la fomentación del proceso de reducción del estigma e inclusión social, que pretende el proceso de humanización, fue la Semana del Usuario y la Humanización, realizada en octubre de 2017. El movimiento contó con la participación de 113 funcionarios internos y 193 externos de diferentes sectores para realizar actividades terapéuticas, educativas, lúdicas, artísticas y culturales dirigidas tanto para el usuario y su familia cuanto para la comunidad hospitalaria. Esta integración entre sectores es favorable para la transformación cultural que se requiere en el proceso de rehabilitación integral e inclusión social (HDPUV, 2017c).

La Humanización de la Atención también fue involucrada en el Modelo Estratégico adoptado por el hospital para el Plan de Desarrollo Institucional, vigente entre 2016 y 2020, y pretende, desde una perspectiva enfocada en el cliente, lograr una atención integral centrada en la persona, por medio de programas que fomentan la participación en la toma de decisiones y el respecto a la dignidad del usuario. El resultado de la aplicación de estas prácticas humanizantes está, por ejemplo, en la aprobación de los usuarios, que las evaluaron a partir de la metodología paciente trazador, en 2019. El 100% de los pacientes evaluados consideraron que la atención recibida fue entre excelente y buena. Asimismo, como resultado de las campañas de socialización de Derechos y Deberes del paciente, en las cuales se explica la importancia de conocerlas y aplicarlas a toda la comunidad hospitalaria, pacientes y familiares, el 84% de los pacientes evaluados en 2019 cuentan con registro de educación en derechos y deberes (HDPUV, 2020c).

En este contexto, frente a los objetivos de educación al paciente, nace el Programa de Educación en Salud, que asignó al Grupo GES la responsabilidad del seguimiento telefónico pos egreso, logrando 367 llamadas en 2020, que posibilitaron conocer factores positivos – como cuidadores primarios permanentes, alto grados de conocimiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento farmacológico – y factores de riesgo a intervenir – como baja disponibilidad de medicamentos para el tratamiento en casa y la deficiente red de apoyo en casos particulares (HDPUV, 2020c).

Por otro lado, la estrategia educativa A-E-I-O-U (A: Temas Administrativos, E: Emergencias, I: Incidentes y eventos adversos, O: Oportunidad de atención y U: ubicación del servicio) fue implementada en el reto de la humanización como mecanismo para la socialización de temas colectivos – administrativos, planes de emergencias, seguridad del paciente, tiempos de espera y orientación a los servicios. En este mismo año, también fueron realizadas actividades destinadas a la comunidad hospitalaria enfocadas en el trato diario de los usuarios y familiares, visando sensibilizar los profesionales para las conductas humanizadas que pretenden generar empatía, cordialidad y comunicación clara y asertiva. Así, fortaleciendo los principios y valores institucionales asistenciales y la confianza del paciente, se afecta positivamente los resultados de la atención (HDPUV, 2020c).

[53] El concepto de *Patiente Centered Care* fue explicado en el Capítulo 6.2 de este trabajo.

Actuando directamente en la experiencia profesional, el programa Cuidando al Cuidador busca mejorar la adherencia del personal al programa de Humanización del hospital y a la integralidad en la prestación de servicios, de manera alineada al Plan institucional de bienestar, estímulos e incentivos y al Programa de vigilancia epidemiológica psicosocial. La propuesta busca implementar estrategias de monitoreo de riesgos infra y extralaborales, identificando casos de intervención personalizada (HDPUV, 2020c).

La consecuencia de la adopción de estas conductas, que demuestran un compromiso con la humanización en los últimos años en el hospital, esta explicita en los resultados de la encuesta de la cultura de humanización aplicada en 2020, de la cual participaron 333 colaboradores. Entre las conductas evaluadas, las practicas humanizantes, la divulgación y aplicación de los Derecho y Deberes del paciente y la aplicación de la empatía ante las necesidades de los pacientes y su familia, presentaron resultados positivos arriba de los 90%. La atención humanizada consolidada en este proceso fortalece la institución, que es reconocida por su empatía (HDPUV, 2020c).

El proceso de humanización de la atención en Salud mental es un desafío repleto de enseñanzas; una de ellas es la importancia del empoderamiento del usuario y su familia en el tratamiento, otra es la diferencia que existe entre vulnerabilidad y discapacidad, lo que instiga la autonomía y participación del usuario en su propio proceso de recuperación. Así, se entiende que el camino de la humanización es un compromiso ético con los usuarios, en el cual se debe brindar entornos amigables, seguros, que respectan la intimidad, y un tipo de comunicación que va mas allá de la orientación, es bidireccional, y garantiza el empoderamiento y el autocuidado de manera tranquila y responsable (HDPUV, 2020d).

2.2 Derechos y deberes del paciente

Además de la humanización en la atención de los pacientes, la Resolución nº 13437 de 1991 también adoptó el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, complementando así este escenario que está comprometido con garantizar el acceso de los usuarios a sus derechos, independiente de edad, género, religión, opiniones políticas, origen social, posición económica o condición social. En concordancia, la Resolución nº 4343 de 2012 consolida la regulación sobre deberes y derechos de las personas en la atención y salud, que pretende asegurar el derecho a un trato digno y la adecuación de la documentación de los usuarios que posibilita el ejercicio de sus derechos (Resolución 1146 de 2018).

Siguiendo el mismo camino, más recientemente, en 2018, la Resolución Nº 1146 declara los derechos y deberes del paciente en el HDPUV con el objetivo de, además de fomentar la humanización, garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios en salud. Así, en las once cláusulas propuestas, se observa una tendencia por la autonomía del paciente que ahora tiene el derecho, por ejemplo, de elegir, en la planta disponible de médicos, lo que más se adecua a sus necesidades terapéuticas. Estas necesidades, por su vez, ahora deben ser temas a abordar en diálogos fluidos con el usuario que, así como la posibilidad de tener una segunda opinión clínica o un apoyo espiritual y religioso, deben ser parte de la asistencia medica disponible hoy en día. Ya la confidencialidad de la historia clínica, el respecto a la voluntad del paciente - tanto para participar de investigaciones y procedimientos cuanto para donar sus órganos - y el derecho a morir dignamente, son avances implementados que demuestran que, mismo en los momentos más desafiadores, es posible tener conductas que humanizan (Resolución 1146 de 2018).

En relación a los deberes del paciente, fue observado que las conductas que se espera de los usuarios, dentro de la dinámica del hospital, tiene que ver con la posibilidad de mejorar la calidad sus propias experiencias. Asistir puntualmente a las citas médicas, mantener datos estadísticos y de identificación actualizados, para la elaboración de historias clínicas

adecuadas, y ser responsables por el cumplimiento de las indicaciones medicas y compromisos financieros determinados por el sistema de salud, son pasos para una experiencia más fluida en una institución bien consolidada. Pensando en contribuir con esa dinámica, el paciente debe aun brindar un trato amable, respetuoso y cortés con los demás involucrados, cuidar y manejar bien objetos y la infraestructura y seguir las recomendaciones básicas para una vida sana.

2.3 Servicios y programas

Los servicios y programas prestados por el hospital que fueron abordados en esta etapa del trabajo hacen parte de la dinámica de la Atención al Usuario, gestionada por el área de Subgerencia Científica, y están directamente asociados a la experiencia del usuario en el hospital (Acuerdo 016 de 2018). Por eso, de manera complementaria, y buscando entender la influencia del espacio físico en la dinámica de atención al usuario, los ambientes destinados al funcionamiento de estos servicios fueron descriptos en la última etapa del estudio de caso. Los servicios en cuestión son: Urgencias, Consulta externa, Hospitalización y Hospital Día.

2.3.1 Urgencias

El servicio de Urgencias tiene el objetivo de realizar atención médica – a partir de la Medicina General y de la Medicina Especializada en Psiquiatría - de manera oportuna, humanizada y con calidad técnico-científica, a fin de estabilizar el paciente y definir un diagnóstico y una conducta a seguir (HDPUV, 2017a). Basada en la Resolución 3100 de noviembre de 2019, el servicio de Urgencias se caracteriza como de media complejidad y de modalidad intramural. En cuanto a la capacidad instalada, la infraestructura destinada exclusivamente a este servicio está compuesta por consultorios, sala de procedimientos y camillas para observación del usuario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Para la prestación de este servicio, que busca adecuarse a los requisitos de calidad propuestos por la norma NTC ISO 9001 de 2015, fueron requeridos los siguientes recursos humanos: médicos psiquiatras, médicos generales, enfermero - siendo exclusivo de lunes a viernes y compartido con el servicio de Hospitalización durante el fin de semana - y dos auxiliares de enfermería por turno. Para el ambiente de trabajo, fueron requeridos consultorios, estación de enfermería, salas de observación, sala de espera y área de triage. Destinado a cualquier usuario que se encuentra en la fase aguda de la enfermedad, presentando, por ejemplo, episodios de agitación psicomotriz, sintomatología psiquiátrica en crisis y riesgo de suicidio, el servicio de Urgencias funciona mediante la clasificación designada por el personal - emergencia, urgencia, urgencia menor o consulta prioritaria - de acuerdo al protocolo de triage (HDPUV, 2017a).

Aportado por la Resolución Nº 4331 de diciembre de 2012, otorgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el proceso de triage del HDPUV visa brindar atención adecuada a cada usuario, en función de la escala en que se encuentra (HDPUV, s.f.).

La Emergencia, representada por el color rojo, es el primer nivel de la escala y requiere atención inmediata, porque es considerado lo mas grave, es decir, abriga los usuarios en riesgo de vida definitivo, para si o para otros. Estos usuarios son caracterizados por el comportamiento violento, autodestructivo o por posesión de arma (HDPUV, s.f.).

La Urgencia, representada por el color naranja, es el segundo nivel de la escala, requiere atención dentro de 30 minutos y abriga usuarios que presentan probable riesgo para sí o para otros, con alteración severa del comportamiento. Estos usuarios son caracterizados por agitación o inquietud extrema, agresividad física o verbal, confusión y incapacidad de

cooperar. Lo reportado está entre intento/amenaza de autolesión y amenaza de daño a otros (HDPUV, s.f.).

La Urgencia Menor, representada por el color verde claro, es el tercer nivel de la escala, requiere atención dentro de 30 y 120 minutos y abriga usuarios que presentan peligro para si o para otros, alteración moderada del comportamiento y angustia severa. Estos usuarios pueden ser identificados por su agitación y inquietud, comportamiento intrusivo, extraño y desorganizado, confusión, aislamiento, baja comunicabilidad y ambivalencia sobre el tratamiento. Lo reportado está entre la ideación suicida, presencia de síntomas psicóticos y presencia de alteraciones del afecto (HDPUV, s.f.).

La Cita Prioritaria, representada por el color verde oscuro, es el cuarto nivel de la escala, requiere atención dentro de 2 y 6 horas y abriga usuarios que presentan angustia moderada. Estos usuarios pueden ser identificados por la ausencia de agitación o inquietud, irritabilidad sin agresión y por la capacidad de cooperar y relatar la historia coherentemente. Lo relatado tiene que ver con síntomas de ansiedad o depresión sin ideación suicida (HDPUV, s.f.).

Por ultimo, el No Urgente, representado por el color azul, es el quinto nivel de la escala, requiere atención en 48 horas en el servicio de Consulta Externa y abriga usuarios que no presentan peligro para si o para otros, sin angustia aguda o alteración del comportamiento. Estos usuarios son caracterizados por ser cooperativos, comunicativos y cumplieren con las instrucciones. Lo relatado incluye síntomas psicóticas crónicos, quejas somáticas crónicas inexplicadas, consulta sobre formulación y efectos adversos a la medicación, y problemas económicos, de vivienda, sociales y de relación (HDPUV, s.f.).

En la Ruta de Atención propuesta para el servicio de Urgencias, después de la Atención, Admisión y Triage del paciente, viene el momento de la Consulta de Urgencias, a partir de la cual se evalúan las necesidades de información en salud, resultando en el Plan de Tratamiento y Seguimiento, la Educación en Salud y, si se requiere, la Observación del Paciente. En la ultima fase, se hace la Verificación de Derechos, la Facturación de la Urgencia y el Egreso del usuario, que puede resultar en el Manejo Ambulatorio, Hospitalización o Remisión (HDPUV, 2021c).

2.3.2 Consulta externa

El servicio de Consulta Externa del HDPUV, el de mayor complejidad de Santiago de Cali y suroccidente colombiano, tiene el objetivo de realizar un diagnóstico del estado de salud mental del usuario a fin de proponer un plan de tratamiento que incluye informaciones importantes para la mejora de su estado de salud. Además, incluye vigilancia a la adherencia al tratamiento y su eficacia, y programas especiales para usuarios pos-hospitalización y servicios de interconsulta. Este servicio atiende usuarios con necesidades de atención medica especializada en Psiquiatría, Psicología y Neuropsicología, y su funcionamiento está programado bajo los requisitos de calidad de la norma NTC ISO 9001 de 2015 (HDPUV, 2017a).

Los recursos humanos requeridos por este servicio son: médicos psiquiatras, enfermero, siendo exclusivo de lunes a viernes y compartido con el servicio de Hospitalización durante el fin de semana, y dos auxiliares de enfermería por turno. Ya para el ambiente de trabajo, se requiere área de admisión, sala de espera, consultorios y estación de enfermería (HDPUV, 2017a).

De acuerdo a la Resolución 3100 de noviembre de 2019, el servicio de Consulta Externa del HDPUV se divide en tres: Enfermería, considerado de baja complejidad y modalidad domiciliario; Psicología, considerado de baja complejidad y de modalidad intramural; y Psiquiatría, considerado de media complejidad, de modalidad intramural, domiciliario, telemedicina, prestador referencia-telemedicina y prestador referencia-telemedicina

telexperticia. En cuanto a la capacidad instalada, la infraestructura destinada exclusivamente a este servicio está compuesta por 20 consultorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En 2017, el Programa de Servicios Ambulatorios logró hechos importantes para el servicio de Consulta Externa, a partir de un incremento de 35,6% en las consultas de los usuarios del régimen contributivo, 20% de los usuarios del régimen subsidiado y 2,5% de los usuarios particulares. Esta meta fue alcanzada gracias al aumento de horas de psiquiatría en consulta externa; a la recuperación de un 50% de las inasistencias; y a la realización de las autorizaciones en línea con las EPS's. Por otro lado, con el apoyo de la Gestión Social, en este mismo año, se logró la disminución de la población no asegurada (HDPUV, 2017c).

2.3.3 Hospitalización

El servicio de Hospitalización del HDPUV cuenta con un equipo interdisciplinario para brindar una atención integral al usuario con enfermedad mental en su fase aguda, visando su mejora clínica. Este es el objetivo de este servicio que atiende a los usuarios internados en el hospital bajo la norma NTC ISO 9001 de 2015. Una vez hecho el ingreso del usuario - que tiene un diagnóstico, una conducta definida y una orden de hospitalización – es responsabilidad del hospital ofrecerle atención médica general y especializada, atención por enfermería, gestión de medicamentos y dispositivos médicos, atención por terapia ocupacional, trabajo social, nutrición, terapia física y respiratoria, en todo el periodo de hospitalización (HDPUV, 2017a).

Así, para cumplir con los parámetros de calidad, son requeridos, para el ambiente de trabajo, salas de hospitalización, consultorios médicos, zonas de recreación, zonas de terapia ocupacional y oficina dotada. En cuanto a los recursos humanos, el servicio de Hospitalización debe disponer de médico psiquiatra, médico general, enfermero, auxiliar en salud, auxiliar administrativo, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y nutricionista, consolidando el equipo interdisciplinario (HDPUV, 2017a).

De acuerdo a la Resolución 3100 de noviembre de 2019, el servicio de Hospitalización del HDPUV, que corresponde a la internación, se divide en dos: Hospitalización Parcial, considerado de complejidad media, y Hospitalización en Salud Mental, considerado de complejidad alta; ambos se encuadran en la modalidad intramural. Complementando la Hospitalización, están los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: Servicio Farmacéutico, Terapia Ocupacional y Fisioterapia, ambos de la modalidad intramural y de complejidad media. En cuanto a la capacidad instalada, la infraestructura del servicio de Hospitalización cuenta con 252 camas, siendo 240 para uso adulto y 12 para uso pediátrico, dispuestas en 10 salas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). La estructura, ocupación y composición espacial de estas salas están descritas en la última etapa del estudio de caso.

Las salas 1, 2, 3, 5, y 6 reciben a los usuarios diagnosticados con enfermedades mentales menos graves o crónicas y se dividen por género; la sala 7 recibe a las mujeres en estado agudo y la sala 8, a los hombres en este mismo estado; la sala 4 recibe a las mujeres inimputables y la 9, a los hombres inimputables; por último, la sala 10 está recién construida y todavía no recibe usuarios.

La definición del tratamiento intrahospitalario, realizada por el psiquiatra de acuerdo al cuadro clínico del usuario, da inicio a una serie de procedimientos descriptos en el Protocolo de Ingreso del Paciente que envuelve también profesionales de los servicios de Consulta Externa y Urgencias. Estos procedimientos empiezan con verificación de la disponibilidad de cama en el servicio asignado, pasa para el traslado del usuario con el auxiliar de enfermería y el familiar o acudiente, luego viene la revisión de la historia clínica, la ubicación del usuario en la cama asignada, registro de pertenencias, cuidados básicos iniciales del usuario, entrevista con la

familia y entrega de la guía de ingreso a la familia. La ultima etapa es la entrevista y examen físico y mental al usuario, revisión de la historia clínica, registro del usuario en el formato censo de dietas, en el formato de recibo y entrega de turno, finalizando con la presentación del usuario y de los cuidados de enfermaría asignados a el al personal auxiliar de enfermería (HDPUV, 2017d).

2.3.4 Hospital Día: Intervención social y comunitaria

El servicio de Hospital Día del HDPUV está conformado por un equipo multidisciplinario comprometidos con la recuperación del usuario con enfermedad mental aguda o crónica -cuya funcionalidad está comprometida y sin criterio para una hospitalización cerrada - actuando a partir de prácticas terapéuticas integrales y integradas. Buscando la reintegración del usuario a la comunidad – red familiar, social, académica, laboral y vocacional, el equipo conformado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermero, auxiliares de enfermería y de terapia ocupacional brinda atención a grupos de 40 a 50 usuarios, que son divididos en subgrupos en función del nivel de funcionalidad presentado (HDPUV, 2017b).

Reverter las discapacidades causadas por la enfermedad mental, la institucionalización prolongada y la hospitalización - o evitar esta ultima - facilitando la recuperación del usuario sin que los vínculos afectivos con la familia y la comunidad sean perdidos, es la base teórica del Hospital Día. Para eso, fueron diseñados programas de intervención que estructuran el servicio, teniendo en cuenta las teorías del desarrollo de Erickson, Piaget, Freud y Maslow; las teorías del aprendizaje de Pavlov, Skiner y Watson; la teoría sistémica de Minuchi, Epson, White y Brondenfrenbener; y las técnicas psicoterapéuticas basadas en la teoría psicoanalítica de Freud y el psicodrama de Moreno (HDPUV, 2017b).

Se trata de una estrategia dirigida a mejorar la calidad de vida de los usuarios que, dado su carácter comunitario, también contribuye para la reducción del estigma sobre el enfermo mental, porque aposta en la inclusión social, rompiendo con la idea de que el aislamiento es la única posibilidad de tratamiento. El proceso de atención del Hospital Día empieza con la remisión del usuario de los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización o desde la comunidad, y el resultado esperado es el egreso del usuario disponiendo de un mayor nivel de funcionalidad y con una conducta de reintegración a la comunidad establecida; o con la perspectiva de dar continuidad a los procesos terapéuticos, de rehabilitación o de inclusión socio/laboral (HDPUV, 2017b).

Así, bajo los requisitos de calidad de la norma NTC ISO 9001 de 2015, es recomendada la planeación de las actividades de capacitación del usuario, los programas de actividades de promoción y prevención, y el programa de actividades terapéuticas. Así es posible desarrollar del plan de intervención y atención integral al paciente en la práctica, identificando las necesidades del usuario, familiares y cuidadores y realizando seguimiento coherente, que incluya una buena gestión de medicamentos. Por eso, se requiere, para los ambientes de trabajo, oficina dotada, ambientes para terapia y para capacitaciones (HDPUV, 2017a).

Según la Resolución 3100 de noviembre de 2019, los servicios de complementación terapéutica, que corresponde al Hospital Día, son de modalidad intramural y de complejidad media (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Un aspecto importante de las prácticas que hacen parte de esta dinámica es la presencia de la familia del usuario en las actividades psicoterapéuticas propuestas, que incluyen el psicodrama y la arteterapia[54]. El psicodrama es una técnica que utiliza herramientas teatrales utilizadas para fines terapéuticos, mientras la

[54] La temática de la arteterapia fue abordada anteriormente, en el capítulo 5.1 de este trabajo.

arteterapia utiliza técnicas y materiales artísticos para facilitar la comunicación, expresión y reflexión del usuario sobre sus conflictos (HDPUV, 2017b).

El servicio de Hospital Día requiere algunos criterios para el ingreso de los usuarios, que resultan en la definición de aspectos de su población que, en términos generales, se divide en dos grupos: son usuarios mayores de 14 años con episodios recurrentes, ingresos psiquiátricos previos y una historia de enfermedad caracterizada por el deterioro progresivo de los vínculos sociales, afectivos y familiares, ruptura en las actividades académicas, laborales y personales; o usuarios de la mismo grupo de edad que presentaron un primer episodio de la enfermedad, con o sin ingresos psiquiátricos previos, con red de apoyo comunitaria consolidada, que presentan algún nivel de deterioro de las capacidades cognitivas, de mantener vínculos sociales y relaciones interpersonales y disminución del rendimiento académico o laboral (HDPUV, 2017b).

Programas de intervención

Los programas de intervención fueron creados con la finalidad de ejecutar un conjunto de acciones que visan promover la funcionalidad del usuario y su inclusión social, involucrando su red de apoyo como facilitadora del proceso. Se trata de acciones clínicas, terapéuticas, educativas y ocupacionales que componen el plan de tratamiento integral individualizado para cada paciente, familia y cuidadores. Hay cuatro ejes, que actúan como medio de intervención - la actividad con propósito, la relación terapéutica, los procesos de enseñanza aprendizaje y el medio ambiente – y son la base para los seis programas propuestos (HDPUV, 2017b):

1. Programa de Ambientación y Adaptación: Con la propuesta de suavizar el impacto estresante comúnmente asociado al inicio de un proceso terapéutico, esa primera fase del tratamiento, que tiene duración aproximada de dos semanas, se caracteriza por la introducción progresiva de las actividades terapéuticas, visando brindar la sensación de acogida y de seguridad, facilitando la adaptación, participación y compromiso del usuario.

2. Programa de Intervención Terapéutica: La segunda fase del tratamiento corresponde a la introducción de farmacología apropiada e intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales enfocadas en reducir la sintomatología. Entre las actividades programadas, están: Intervención farmacológica y no farmacológica; Intervención terapéutica por Trabajo Social; Orientación y Terapia; Intervención terapéutica por Terapia Ocupacional; e Intervención terapéutica por Psicología.

3. Programa Educativo: Visando promover la autonomía del usuario y su inclusión social, el programa fornece actividades educativas dirigidas a los usuarios y sus familiares para ampliar sus conocimientos acerca de salud, enfermedad mental, herramientas terapéuticas y otros desdoblamientos del contexto. Entre las actividades educativas grupales destinas a los usuarios, están: psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, psicología y enfermería. Para los familiares, de la lista de actividades, solo no se ofrece la terapia ocupacional.

4. Programa de Habilidades para la Vida Diaria: Las actividades propuestas en este programa se dividen en tres grupos de actividades de la vida diaria: las básicas, como las personales, de higiene personal, alimentación y descanso eficaz; las instrumentales, que son más complejas y promueven la capacidad del individuo de vivir de manera autónoma en su entorno habitual; y las avanzadas, caracterizadas por conductas que permiten al individuo cumplir su papel en la sociedad, promoviendo salud mental, calidad de vida y mejoría del desempeño ocupacional en actividades de participación social, de tiempo libre, educativas, remuneradas o no remuneradas. Para introducirlas, son utilizadas charlas psicoeducativas, lecturas, películas, dinámicas, proyectos vivenciales, como estrategias terapéuticas.

5. Programa de Habilidades y Destrezas de la Función Ocupacional: El objetivo del programa es promover las habilidades psicomotoras, comunicativas, cognitivas y psicosociales; habilidades sensoriales, motores y de autoexpresión; y habilidades cognitivas y pedagógicas, que los usuarios deben desempeñar para las actividades de la vida diaria, para facilitar el proceso adaptativo del individuo.

6. Programa de egresados: Teniendo en vista el apoyo a la continuidad del tratamiento del usuario egresado por cumplimiento de objetivos terapéuticos, actividades educativas y lúdicas son propuestas, así como una serie de conductas que visan el control médico especialista y la continuidad del proceso de rehabilitación de manera coherentes con cada caso.

En el contexto de la gestión administrativa del servicio, también fueron formuladas estrategias para el ajuste de la programación de citas, logrando una mayor participación de los usuarios tratados y que su permanencia en el servicio estuviera en acorde a lo planteado en los objetivos terapéuticos (HDPUV, 2017c).

8.1.3 Perfil epidemiológico del HDPUV o Perfil del usuario

Visando mantener actualizadas las variables demográficas y diagnósticas de su población, la medición del comportamiento en el tratamiento y la mejoría del usuario, el HDPUV regularmente actualiza su perfil epidemiológico a través del seguimiento estadístico, que brinda informaciones sobre los usuarios en función de los servicios disponibles. Este monitoreo de las características de la población atendida, que incluye datos demográficos, permite al hospital lograr una planeación ajustada a la demanda de los usuarios en la dinámica institucional, involucrando los componentes asistencial y administrativo (HDPUV, 2021b).

En este sentido, el Perfil Epidemiológico del HDPUV de 2020 fue sintetizado, en este trabajo, a partir de 6 aspectos: distribución de los usuarios por género, edad, estado civil, lugar de residencia, diagnóstico y régimen, con la finalidad de establecer un perfil del usuario que justifique las demandas del espacio físico para la realización de los tratamientos necesarios bajo los parámetros de calidad previstos para el hospital.

8.1.3.1 Distribución por género, edad y estado civil de la población en 2020

En 2020, el HDPUV atendió 11261 personas en los diferentes servicios prestados - consulta externa, urgencias, hospitalización y hospital día – siendo 5366 del género femenino y 5896 del género masculino. En la Figura 26, puede ser observada la prevalencia de personas del género masculino, con un porcentaje de 52,4%, si comparado a las del género femenino, que representan un total de 47,6% de la población (HDPUV, 2021b).

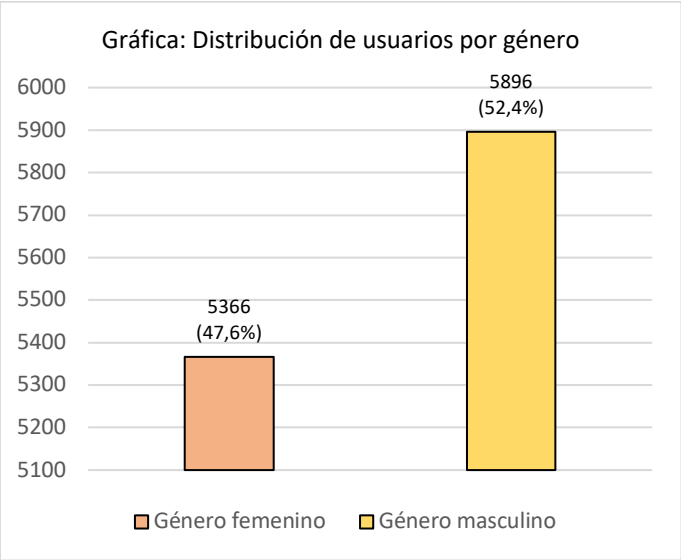


Figura 26: Gráfica - Distribución de usuarios por género en el HDPUV
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.

Asociando la información del género con la edad de los usuarios, es posible construir la Pirámide Poblacional del HDPUV, como muestra la Figura 27, en función del género. De manera general, la mayoría de los usuarios están distribuidos entre 20 y 34 años y la minoría entre 0 y 14 años. En concordancia, fue observada una mayor incidencia de personas del género masculino con edad entre 20 y 34 años, sin embargo, las personas del género femenino son más frecuentes entre 50 y 64 años, con grande incidencia también en el grupo de edad de 15 a 19 años o de más de 80 años. Con eso, se observa que la pirámide del lado femenino es más regular, presenta menos variaciones entre los diferentes rangos de edad, mientras el lado masculino sufre una gran variación, concentrándose principalmente en la fase joven de la pirámide (HDPUV, 2021b).

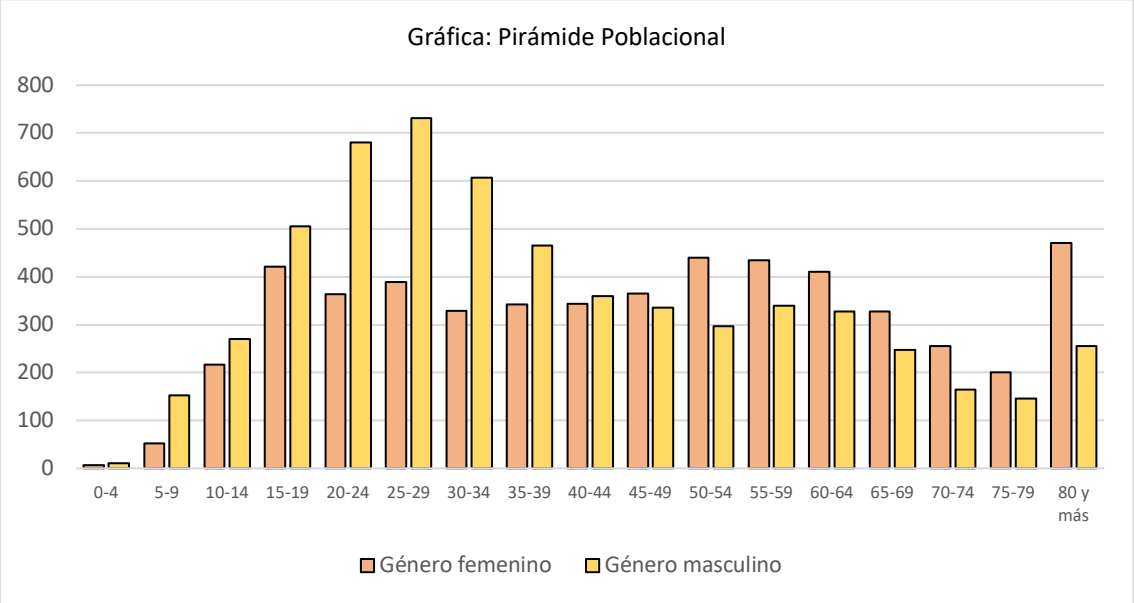


Figura 27: Pirámide Poblacional del HDPUV
Fuente: (HDPUV, 2021b) adaptado

En cuanto al estado civil de los usuarios atendidos en 2020, se observa, en la Figura 28, que hay un predominio de personas solteras en ambos géneros, con un total de 63,5%; en segundo lugar, está la población casada, representando un 18% del total de personas; luego viene la

población menor, con 11%. Con baja incidencia, están las personas en unión libre, con 4%, las personas viudas, con 2%, y las personas separadas, con 1,2%. Ya en función del género, la Figura 29 demuestra que apenas para el grupo de solteros hay más personas del género masculino, que totalizan 36,7%, mientras las mujeres solteras representan 26,8%; para todos los otros estados civiles evaluados, asisten más las mujeres que los hombres (HDPUV, 2021b).

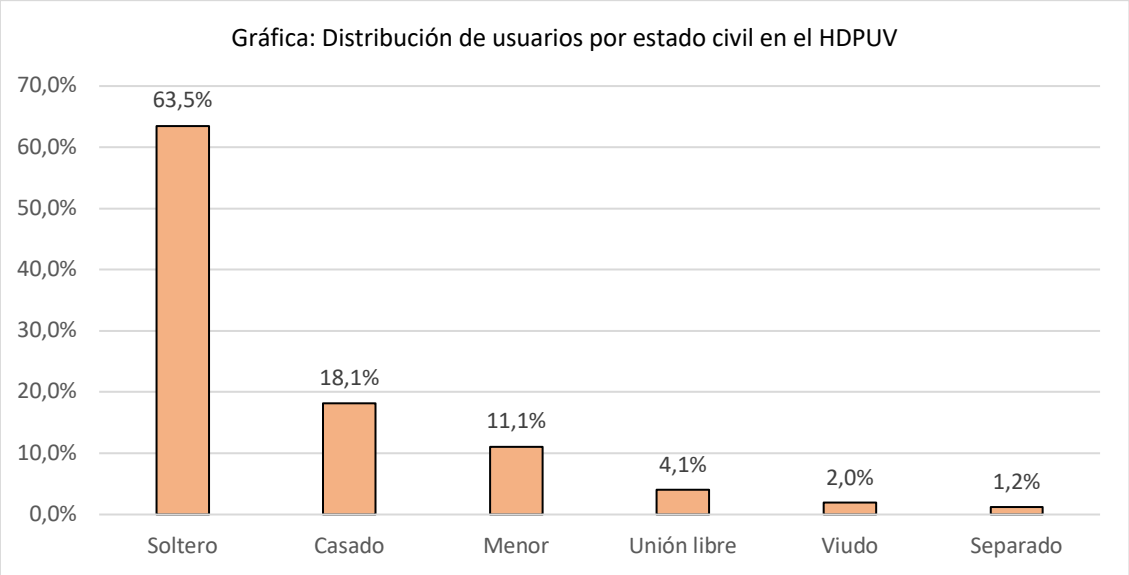


Figura 28: Gráfica - Distribución de usuarios por estado civil en el HDPUV
Fuente: (HDPUV, 2021b) adaptado

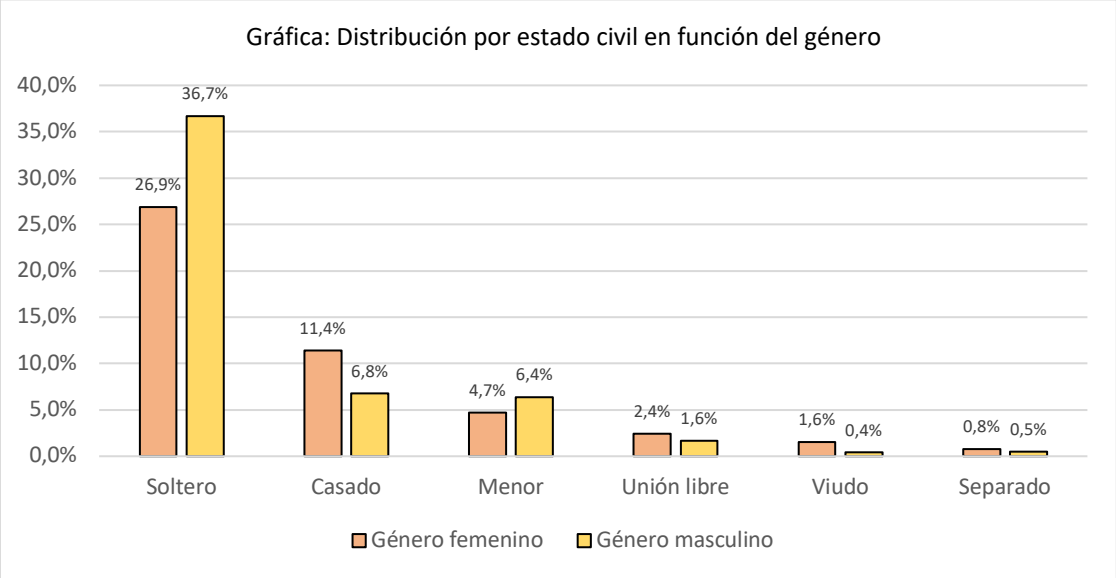


Figura 29: Distribución por estado civil en función del género
Fuente: (HDPUV, 2021b) adaptado

8.1.3.2 Distribución por lugar de residencia de la población en 2020

Considerando el departamento de origen de los usuarios atendidos en 2020, la Figura 30 demuestra que un 92,73% de la población proviene del Departamento del Valle, seguido por el Departamento de Cauca, representado por un 6,90% de la población. Los demás departamentos presentan un porcentaje de menos de 1%, siendo lo más frecuente entre ellos el Departamento de Nariño, con 0,17%. La mayor incidencia de usuarios de los departamentos

del Valle, Cauca y Nariño ejemplifican el alcance del HDPUV y el papel importante que este desempeña en el Suroccidente colombiano (HDPUV, 2021b).

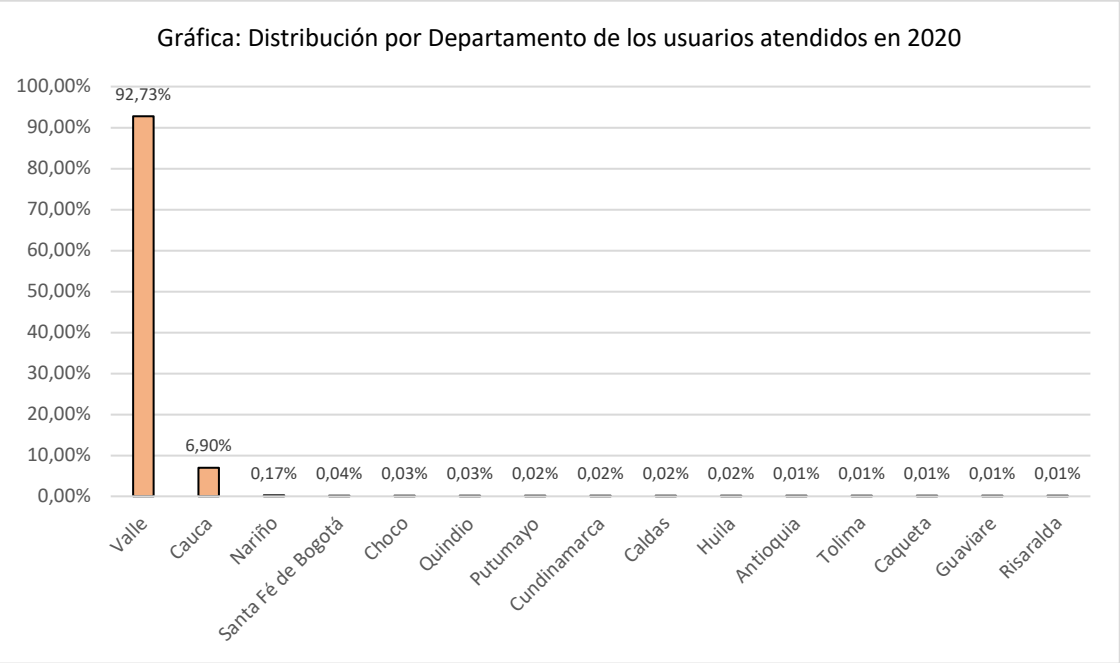


Figura 30: Gráfica - Distribución por Departamento de los usuarios atendidos en 2020
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.

Ya en lo que se refiere a los municipios de origen de los usuarios, como muestra la Figura 31, Cali ocupa el primer puesto, con 72,06% de la población total, una frecuencia de 8115 usuarios. En segundo y tercer lugar, están, respectivamente, Jamundí, con 3,54%, y Palmira, con 2,66%, que son municipios cercanos a Cali. Esta distribución de usuarios por municipios de origen está acorde a la distribución por departamentos y demuestra la necesidad de descentralizar los servicios del hospital, empezando a ampliar el acceso de usuarios de municipios lejanos a Cali. En este sentido, fue observado que los usuarios de las localidades más lejanas tienden a presentar una mayor severidad en sus enfermedades mentales, lo que quiere decir que se está dejando de consultar usuarios de estas localidades con morbilidades menos graves (HDPUV, 2021b).

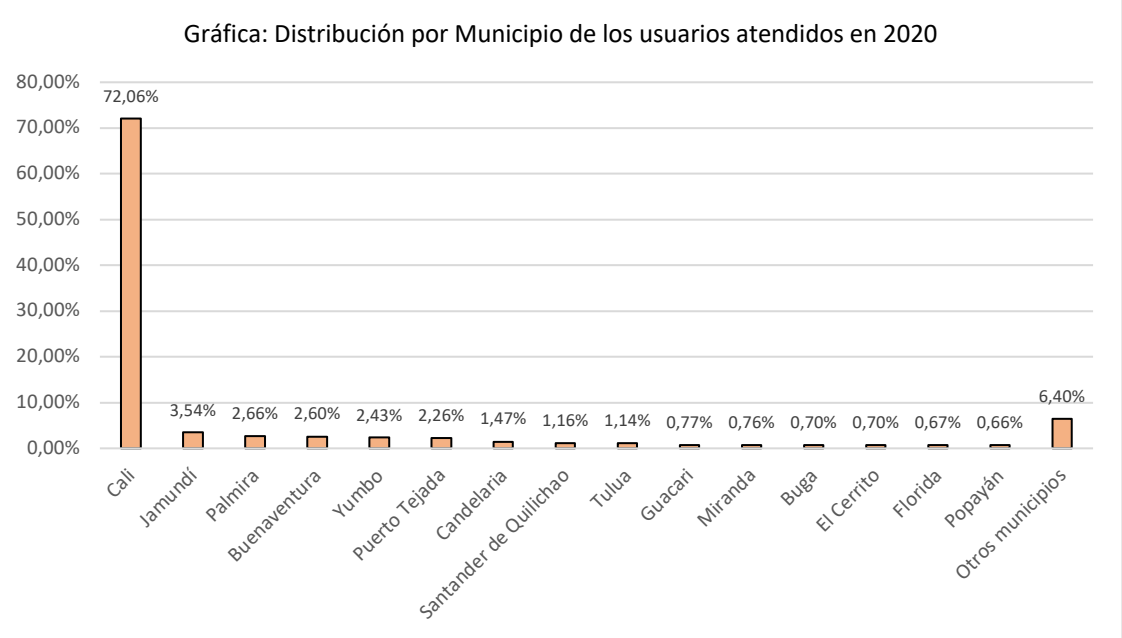


Figura 31: Gráfica - Distribución por Municipio de los usuarios atendidos en 2020
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.

8.1.3.3 Distribución por diagnósticos de la población de 2020

Para definir un protocolo de tratamiento a ser seguido, el proceso de definición del diagnóstico que presenta el usuario es importante porque permite obtener mejores resultados en su recuperación, además de un manejo coherente de la atención. En este contexto, como observado en la Figura 32, del total de usuarios egresos del servicio de Hospitalización en 2020, que totalizan 2806 personas, 31,7% recibió diagnóstico de algún tipo de esquizofrenia, 31,4% presentó trastorno afectivo bipolar, 5,8% fue diagnosticado con episodio depresivo y 5,5% con trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas. Los demás diagnósticos descritos, como trastornos mentales debidos a lesión, disfunción cerebral y enfermedad física, otros trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos agudos y transitorios, epilepsia y trastorno depresivo recurrente presentan frecuencias de menos de 5% de los usuarios. También hay un grupo de otros diagnósticos menos recurrentes que juntos suman un 8,2% de los usuarios (HDPUV, 2021b).

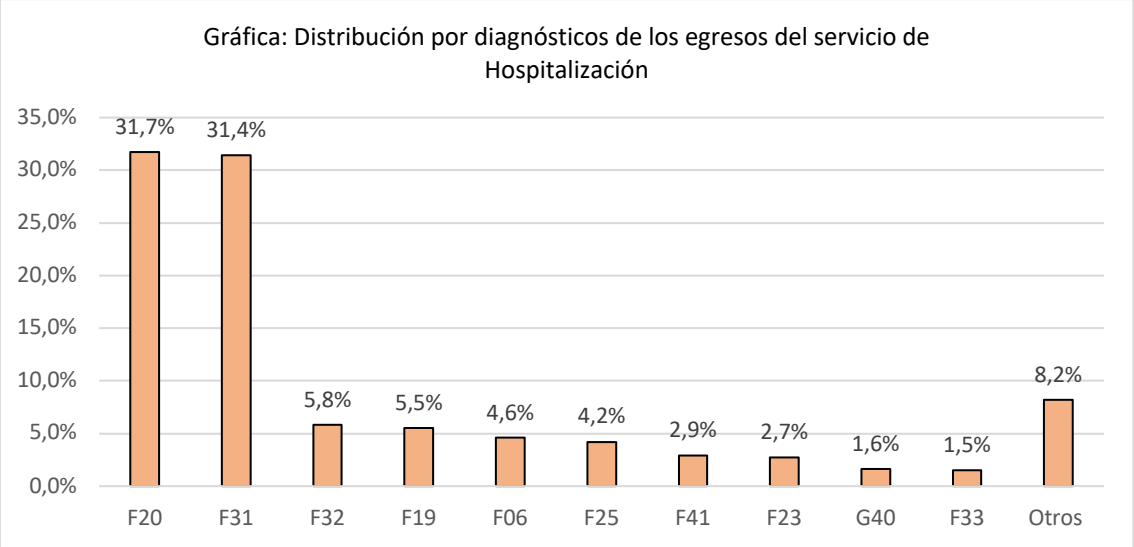


Figura 32: Gráfica - Distribución por diagnósticos de los egresos del servicio de Hospitalización
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.

Nota: Leyenda CIE-10 - Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (OMS, 1992): F20: Esquizofrenia; F31: Trastorno afectivo bipolar; F32: Episodio depresivo; F19: Trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas; F06: Otros trastornos mentales debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física; F25: Trastornos esquizoafectivos; F41: Otros trastornos de ansiedad; F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios; G40: Epilepsia; F33: Trastorno depresivo recurrente.

Ya en relación a los usuarios del servicio de Consulta Externa, que reciben atención ambulatoria y sumaran 15.770 personas en 2020, los 10 principales diagnósticos presentados están descritos en la Figura 32, en la cual se puede observar una mayor incidencia de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, con un porcentaje de 19,67%. En secuencia, está el diagnóstico de otros trastornos de ansiedad, con 13,91% y trastorno afectivo bipolar, con 13,56%. Los demás diagnósticos presentan porcentajes menores que 10%. Si comparado a la gráfica anterior, se observa una cierta coherencia entre la frecuencia de los diagnósticos presentados (HDPUV, 2021b).

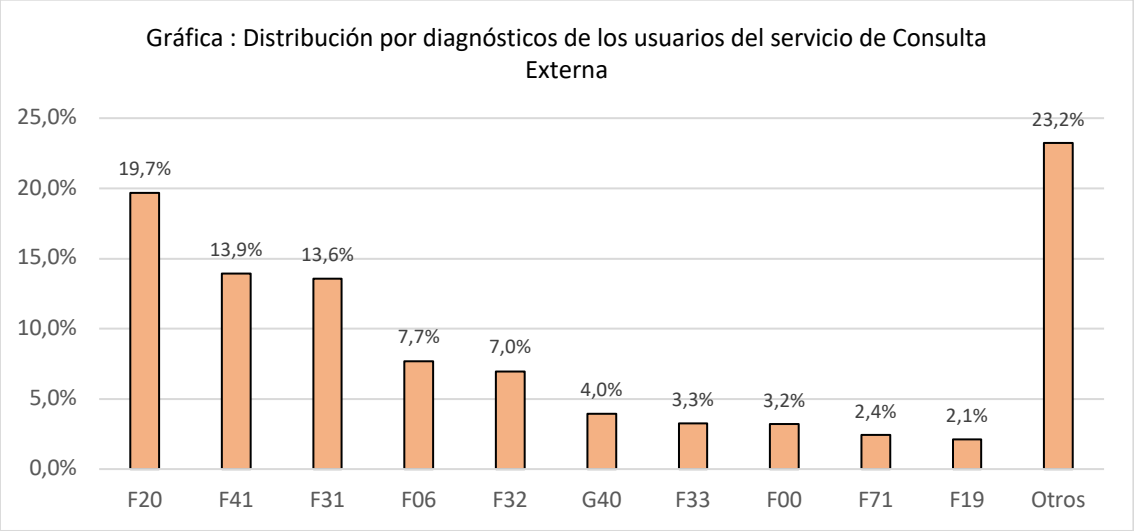


Figura 32: Distribución por diagnósticos de los usuarios del servicio de Consulta Externa
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.
Nota: Adaptado por la autora
Nota: Leyenda CIE-10 - Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (OMS, 1992): F20: Esquizofrenia; F41: Otros trastornos de ansiedad; F31: Trastorno afectivo bipolar; F06: Otros trastornos mentales debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física; F32: Episodio depresivo; G40: Epilepsia; F33: Trastorno depresivo recurrente; F00: Demencia en la enfermedad de Alzheimer; F71: Retraso mental moderado; F19: Trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas.

De manera equivalente, como se nota en la Figura 33, los diagnósticos presentados por los usuarios del servicio de Urgencias, que totalizan 5928 personas, también presentan el diagnóstico de esquizofrenia en el primer puesto, con un 22,08%, como en los servicios de Hospitalización y Consulta Externa. Luego, vienen los diagnósticos de trastorno afectivo bipolar, con un 17,86%, y otros trastornos de ansiedad, con 12,35%. Los otros siete diagnósticos más frecuentes en este servicio presentan porcentaje menor que 10% cada uno. En general, las personas que buscan a este servicio llegan por episodios de urgencia, con estado de alteración alto y el proceso de definición de un diagnóstico es importante para empezar un tratamiento (HDPUV, 2021b).

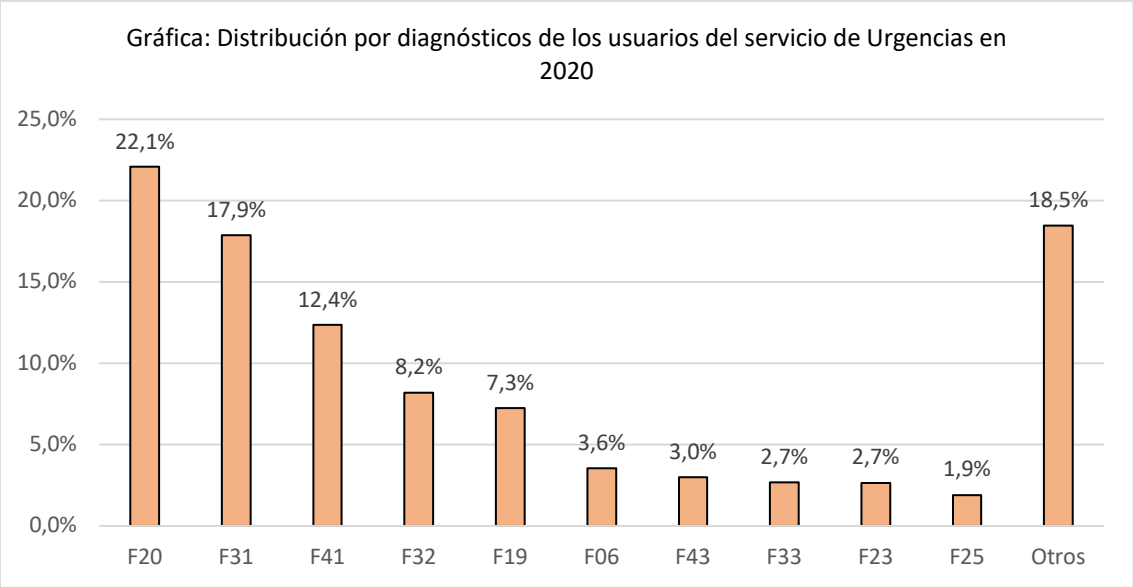


Figura 33: Gráfica - Distribución por diagnósticos de los usuarios del servicio de Urgencias
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.

Nota: Leyenda CIE-10 - Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (OMS, 1992): F20: Esquizofrenia; F31: Trastorno afectivo bipolar; F41: Otros trastornos de ansiedad; F32: Episodio depresivo; F19: Trastornos mentales; F06: Otros trastornos mentales debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física; F43: Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación; F33: Trastorno depresivo recurrente; F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios; F25: Trastornos esquizoafectivos.

8.1.3.4 Distribución por régimen de los usuarios atendidos

En lo que se refiere a los regímenes de los usuarios atendidos, como muestra la Figura 34, la mayoría de ellos son del régimen subsidiado, con un 60,19%, mientras el régimen contributivo presenta un porcentaje de 31,40%, los usuarios de otros regímenes, como aseguradores, régimen especiales etc., suman 8,08% y, por último, está el grupo considerado pobre o no asegurado (PPNA), correspondiendo a un 0,33% de la población (HDPUV, 2021b).

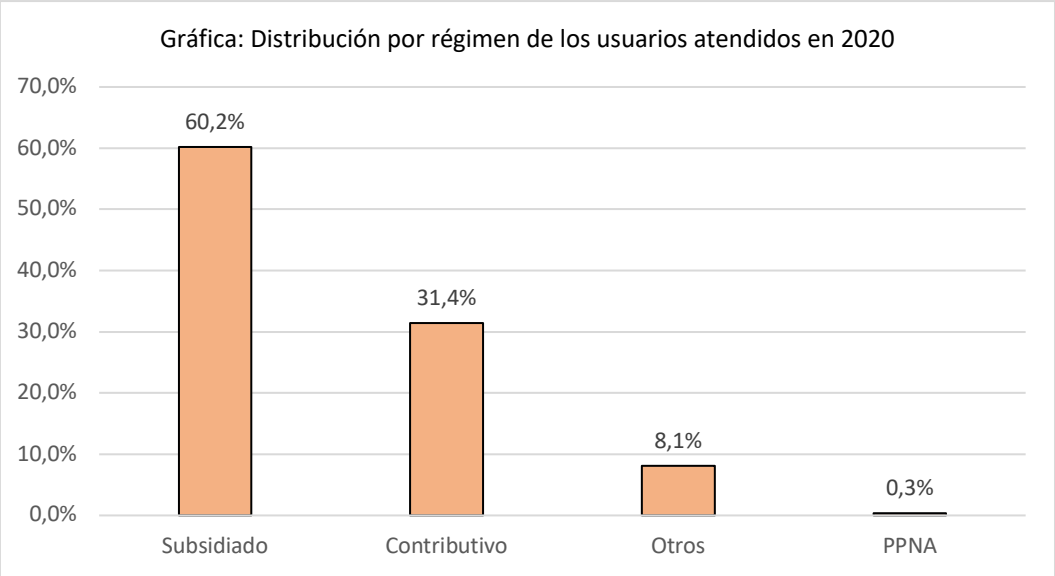


Figura 34: Gráfica - Distribución por régimen de los usuarios atendidos en 2020
Fuente: (HDPUV, 2021b). Adaptado.

8.2 El paisaje alrededor del HDPUV

La segunda fase del estudio de caso fue desarrollada a fin de construir el panorama del paisaje alrededor del HDPUV, sintetizando un análisis profundo de su entorno en tres niveles: análisis de implantación, análisis urbano, y análisis ambiental y bioclimático.

8.2.1. Análisis de implantación del HDPUV

Para el desarrollo del estudio de implantación del hospital HDPUV, una serie de mapas fueron propuestos explotando diferentes escalas – desde la mundial, pasando por la nacional, departamental, metropolitana y urbana, hasta llegar a la escala zonal – a fin de conocer la implantación del estudio de caso en el territorio colombiano. El hospital, en este contexto, está ubicado en la Comuna 18 de zona urbana del municipio de Santiago de Cali, que es parte del departamento Valle del Cauca, por su vez localizado en la región del suroccidente de Colombia, un país de América del Sur.

Empezando con la escala mundial, desde la Figura 35, que presenta el Mapa de Implantación de Colombia en América del Sur, es posible observar que el país, cuyo nombre oficial es República de Colombia, está ubicado en la región noroccidental de América del Sur, con una

superficie de 1.141.748 Km^2, con costas en los océanos Pacífico y Atlántico, y con fronteras terrestres establecidas con países de América Central y del Sur. Siendo más especifico, sus límites están definidos, al norte, con el mar de la Antillas, que es parte del Océano Atlántico; al este con Venezuela y Brasil; al oeste con el océano Pacífico; al noroeste con Panamá, que es un país de América Central; y al sur con Perú y Ecuador (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación, 2021).



Figura 35. Mapa de Implantación de Colombia en América del Sur
Fuente: Autora, 2021

Dando secuencia al análisis geográfico, se presenta la Cordillera de los Andes – el principal conjunto de montañas sudamericano y uno de los más extensos del mundo - que atraviesa el país de norte a sur y se divide, en el territorio colombiano, en tres ramales: cordilleras Occidental, Central y Oriental. La cordillera costera, de la región del pacífico colombiano, también es de importancia geográfica y se llama Serranía del Baudó. La cordillera de la Sierra Nevada de Santa Marta, por otro lado, ocupa la región del atlántico colombiano, en la costa del Mar del Caribe, y se trata de la cordillera costera más alta del mundo. Otras regiones naturales importantes de Colombia son: la región Orinoquía, al este de la Cordillera de los Andes Oriental, y la región Amazónica, al este del territorio nacional (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación, 2021).

Esta configuración geográfica, junto a los valores de lluvia, determinan diferentes climas para el país, siendo los principales el clima de las llanuras o tierras bajas, que presenta altitudes debajo de 500 metros y temperaturas medias anuales de 25 °C; y el clima de montaña o de las vertientes o valles, que presenta altitudes superiores a 500 metros y clima húmero, seco o muy seco (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación, 2021). En cuanto a

los ecosistemas, en Colombia hay 91 tipos específicos que se dividen en cuatro tipologías generales – marinos; acuáticos; costeros continentales e insulares; y terrestres continentales e insulares. Del total de ecosistemas, 70 son naturales y 21 transformados. Ya pensando desde una escala más amplia, se entiende que hay 12 biomas generales en Colombia, siendo el Orobioma Azonal Andino y el Orobioma Azonal Subandino los que presentan el mayor grado de transformación (IDEAM, 2017).

Los múltiples factores que influencian y determinan la naturaleza de los paisajes del país están asociados al trópico colombiano. Los paisajes, en este sentido, en sus fases terrestres y acuáticas, exponen amplios conjuntos de sistemas naturales que se diferencian por los cambios de las condiciones físicas y biológicas de sus territorios. Así siendo, se entiende que estos múltiples factores legitiman la presencia de regiones, subregiones y localidades muy diferenciadas (IDEAM, 2001). Dado a su superficie continental, que incluye aguas marinas y submarinas del océano Pacífico y del mar Caribe, es posible notar que se trata de un entramado geográfico de gran diversidad, en el cual se localizan selvas tropicales, sabanas, desiertos, páramos, manglares, montañas, que lo convierten en uno de los países con mayor número de hábitats y biodiversidad en el mundo (Cabrera, 2012).

Esta conformación geográfica es una de las bases para el desarrollo socioeconómico de este país de habla hispana con numerosas lenguas indígenas cooficiales, que actualmente presenta una población de 51.050.000 habitantes. Ordenada por el estado, que es una república presidencialista, y teniendo como principales religiones el catolicismo, con el 87,3% de la población, y el protestantismo, con 11,5% de la población, Colombia alcanzó a ser la cuarta mayor economía de América Latina y la 39ª del mundo, debido al PIB de 264.933 millones de dólares, presentado en 2020. Este panorama abrió puertas para que el país, actualmente, estuviera participando del 0,19% de las exportaciones del planeta y del 3,5% de las de América Latina, siendo los principales productos de exportación, el café, el petróleo y el banano (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación, 2021).

Ya en cuanto a la división administrativa, el territorio de Colombia está compuesto por 32 departamentos y 1 distrito capital, que es Bogotá. A partir de los departamentos, hay otras subdivisiones que generan un total de 1.122 entidades administrativas locales, siendo 1.103 municipios, 18 áreas municipalizadas y la Isla de San Andrés. En este contexto, entre las ciudades más pobladas de Colombia, están Bogotá, que es la capital, con 7,8 millones de habitantes; Medellín, con 2,6 millones; y Cali, con 2,3 millones (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación, 2021).

Teniendo en cuenta este escenario, la Figura 36, que presenta el Mapa de Implantación del Departamento del Valle del Cauca, muestra la división del territorio colombiano y la composición de departamentos consolidada a lo largo del tiempo. El departamento Valle del Cauca, creado en 1901, está destacado en el mapa por ser el que abriga el presente estudio de caso. Por lo observado, el está ubicado en la región suroccidente del país, que abarca la parte andina y pacífica, y hace frontera con otros cinco departamentos y el océano Pacífico, al norte con Risaralda, al sur con el Cauca, al oriente con Quindío y Tolima, y al occidente con Chocó (Banca de Desarrollo Territorial [Findeter], 2019).

El departamento cuenta con un perímetro de 979 km y una superficie total de 22.140 km^2, lo que significa el 1,9% del territorio nacional, siendo el 38% del área ocupada por la región pacífica y el 62% por la región andina. Su territorio está ubicado en una zona intertropical y presenta las siguientes latitudes: 3º 03’ y 5º 01’ al Norte y 75º 42’ y 77º 33’ al Oeste, que permiten la incidencia solar durante todo el año, así como una constancia en la duración del día y de la noche y en las temperaturas (Cabrera, 2012)



Figura 36. Mapa de Implantación del Departamento del Valle del Cauca
Fuente: Autora, 2021

El Departamento del Valle del Cauca – que, de acuerdo a los datos fornecidos por el DANE, en 2019, tiene 4.804.489 habitantes (Findeter, 2019) - está compuesto por 42 municipios, que se distribuyen a las márgenes del río Cauca, 50% a la derecha y 50% a la izquierda; además, el municipio de Buenaventura hace frontera con el océano Pacífico. El territorio se divide en cuatro regiones fisiográficas, con sus própias características topográficas y económicas. La primera es la llanura del Pacífico, con una superficie de 6.549 km^2; luego viene la parte plana del valle geográfico del río Cauca, con 3.370 km^2; después viene la cordillera Occidental, con 7.314 km^2; y la cordillera Central, con 4.907 km^2 (Cabrera, 2012).

Conocido por poseer una rica biodiversidad, este departamento presenta una variedad geográfica y de ecosistemas interesante, aportada por la presencia de manglares, de selvas andinas, subandinas, pluviales, secas, páramos y zonas xerofíticas. Las condiciones particulares del territorio vallecaucano, generadas por su carácter de diversidad ambiental, han servido como base para que fueran desarrolladas vocaciones productivas esenciales para la formación de su actual estructura socioeconómica (Cabrera, 2012). En este contexto, la principal actividad económica del departamento es el comercio, que representó el 17,76% del valor agregado municipal en 2018, seguido por la industria manufacturera, con un valor de 15,28%. La agricultura representa el 5,89% del valor agregado departamental, siendo que la caña de azúcar contribuye para 68,13% de la producción de cultivos permanentes, presentando un índice de producción de 2.006.870 toneladas, de acuerdo al Territata. Por lo cual, el departamento se volvió conocido por su industria azucarera, que ayuda a suplir las demandas colombinas y de los países cercanos (Findeter, 2019).

. Plano: Implantación del Municipio de Cali en el Departamento Valle del Cauca

El municipio de Santiago de Cali, o simplemente Cali, es la capital del departamento del Valle del Cauca y es donde está implantado el edificio del HDPUV. Como muestra la Figura 37, el municipio limita al norte con Yumbo y la Cumbre; al nordeste con Palmira; al este con la Candelaria; al sur con Jamundí; al sudoeste con Buenaventura; y al noroeste con Dagua, que también son municipios vecinos del departamento del Valle del Cauca. Su territorio, ubicado en el sur del departamento, en las latitudes 03°30' Norte y 76°30' Oeste (Castañeda, 2015), dispone de una superficie de 55.884 Ha (Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente [DAGMA], 2019b), que se divide en zona urbana, con un área 11.915 Ha, representando el 21% de la superficie; y en zona rural, con un área de 43.969 Ha, es decir, el 79% de la superficie.

Además, un gran porcentaje de este territorio está ocupado por áreas protegidas, como el Parque Nacional Natural Farallones de Cali (12.952 Ha), la Reserva Forestal Protectora Nacional del Río Cali (9.603 Ha), la Reserva Municipal de Uso Sostenible del Río Meléndez (651 Ha) y el Distrito Regional de Manejo Integrado del Río Pance (1.405 Ha) (DAGMA, 2019b), como explicado más adelante, en el Análisis Ambiental del entorno del HDPUV. Geográficamente, Cali está situada en el valle del río Cauca, el segundo más importante del país; un río de naturaleza sinuosa, que dispone de un ancho de 35km en este tramo. La zona urbana del municipio está sobre el costado occidental del río. Ya la parte occidental de la ciudad se encuentra cerca a la Cordillera Occidental de los Andes, más específicamente en el conjunto montañosa nominado como Farallones de Cali (Alcaldía de Santiago de Cali, 2014a).

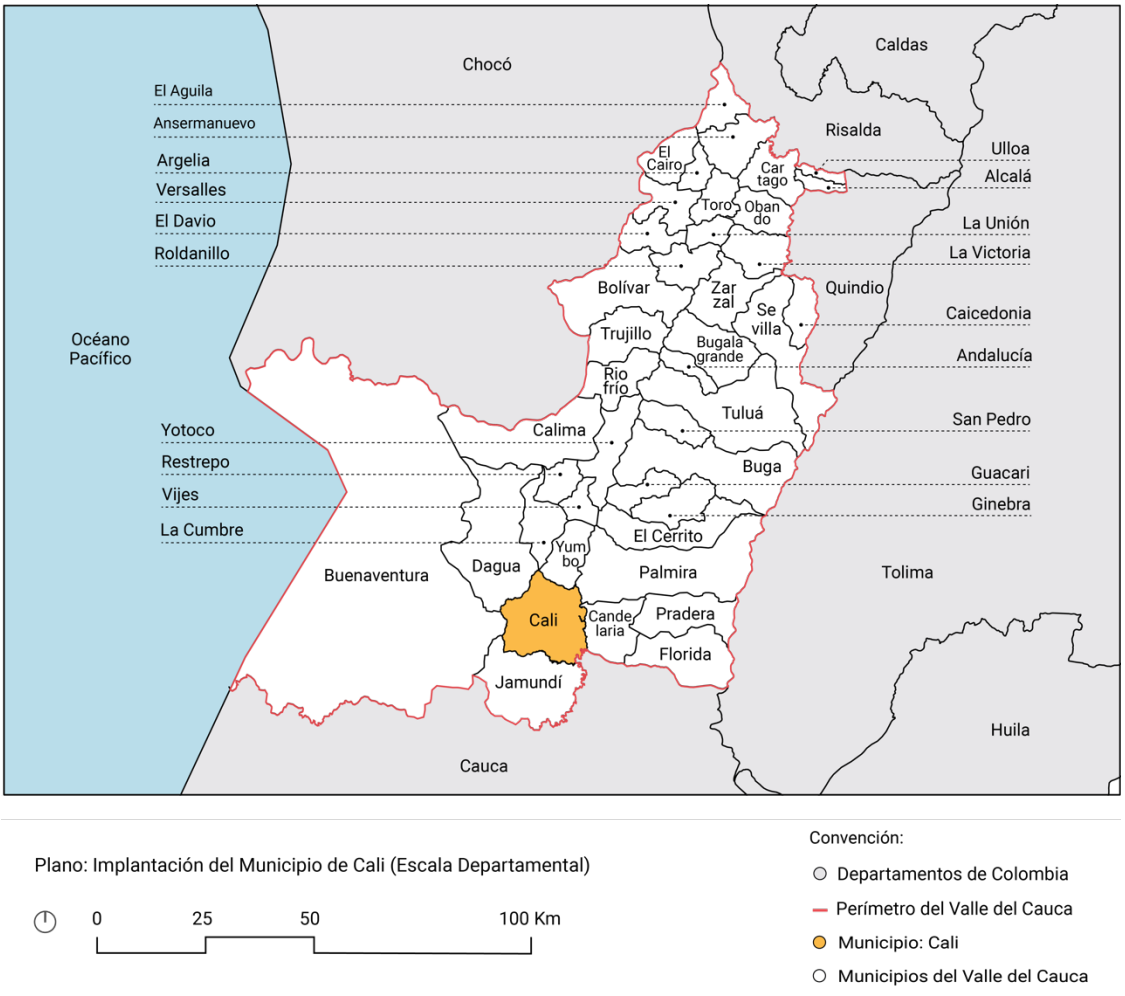


Figura 37. Mapa de Implantación del Municipio de Cali
Fuente: Autora, 2021

El municipio presenta una variedad climática interesante, proveniente del relieve topográfico, de la acción de los vientos dominantes y de la variada intensidad de radiación solar. La idea está aportada en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), que también plantea que, debido a la proximidad con la Línea Ecuatorial, las variables del clima sufren fluctuaciones en función de la altura sobre el nivel del mar y del ciclo diario de iluminación, pero no presentan variabilidad estacional de importancia. En este sentido, se entiende que las variaciones entre una temporada y otra son definidas por la cantidad de lluvia, un parámetro importante para la zona (Castañeda, 2015).

Santiago de Cali es la tercera ciudad más poblada de Colombia, después de Bogotá y Medellín, con 2.470.852 habitantes, de acuerdo a la proyección del DANE para el año 2019, y una densidad poblacional de 4.476,18 habitantes por km^2. Del total de habitantes, el 52,2% son del género femenino, o sea, 1.289.794 personas; ya el grupo del género masculino está compuesto por 1.181.058 personas, representando el 47,8 % de la población. Económicamente hablando, Cali constituye un epicentro comercial, social y cultural para el suroccidente colombiano (Centro Nacional de Consultoría [CNC], 2019), por ser un punto de referencia en la dinamización de los flujos de materiales y energía para la región, lo que lo convierte en un foco neural para el desarrollo socio-económico del país. Así siendo, la optimización en el manejo de los recursos naturales que le permiten ser ese referente es esencial en la planificación ambiental del territorio (DAGMA, 2019b).

Complementando, los atributos biogeográficos, así como la riqueza en recursos hídricos, biodiversidad y paisaje contribuyen para que Cali sea un territorio propicio para planificaciones y ordenamientos urbano-rural-regional, que permitan la gestión sostenible de los recursos naturales renovables disponibles. Una vez compuesta por una combinación de diferentes espacios sociales y biofísicos, en los cuales fueron consolidadas infraestructuras, culturas o ensambles urbanos, rurales y urbano-rurales con múltiples interacciones poblacionales, se entiende que la gestión ambiental debe buscar el equilibrio entre el desarrollo socio-económico y la conservación de los recursos naturales, con base en el socio-ecosistema (DAGMA, 2019b).

. Plano: Implantación de la Zona Urbana de Cali en el Municipio

A pesar del bajo porcentaje de ocupación de la zona urbana en el territorio de Cali - que, como visto anteriormente, comprende el 21% del territorio, frente a un 79% que ocupa la zona rural (DAGMA, 2019b) - de acuerdo a los datos fornecidos por el DNP, en 2019, se estima que 98,5% de la población del municipio vive en la zona urbana, lo que corresponde a 2,4 millones de personas, mientras el 1,5% se encuentran en la zona rural, con un total de 36,6 mil personas (CNC, 2019). Un escenario que ejemplifica el proceso de expansión urbana y éxodo rural que ha vivido el municipio en los últimos años.

Como se nota en la Figura 38, que contiene el Mapa de Implantación de la Zona Urbana de Cali, el municipio de Cali tiene una división político administrativa compleja, que se basa en una composición de 15 corregimientos y una zona urbana. La Zona Urbana, por su vez, se divide en 22 comunas, como muestra la Figura 39, que contiene el Mapa de Implantación del HDPUV en la Zona Urbana de Cali - y ocupa una parcela de 11.915 Ha al nordeste del municipio. Esta zona hace frontera con 3 municipios - Yumbo, Palmira y Candelaria, a nordeste - y 10 corregimientos - Golondrinas, Montebello, La Castilla y El Saladito, a noroeste; Los Andes, Villacarmelo, La Buitrera y Pance, a sudoeste; y Navarro y Hormiguera, a sudeste. Aproximando a la escala local del estudio de caso, es interesante puntuar que, en esta configuración, el hospital HDPUV se insiere en el barrio Alferez Real, en la Comuna 18 de la Zona Urbana de Cali.

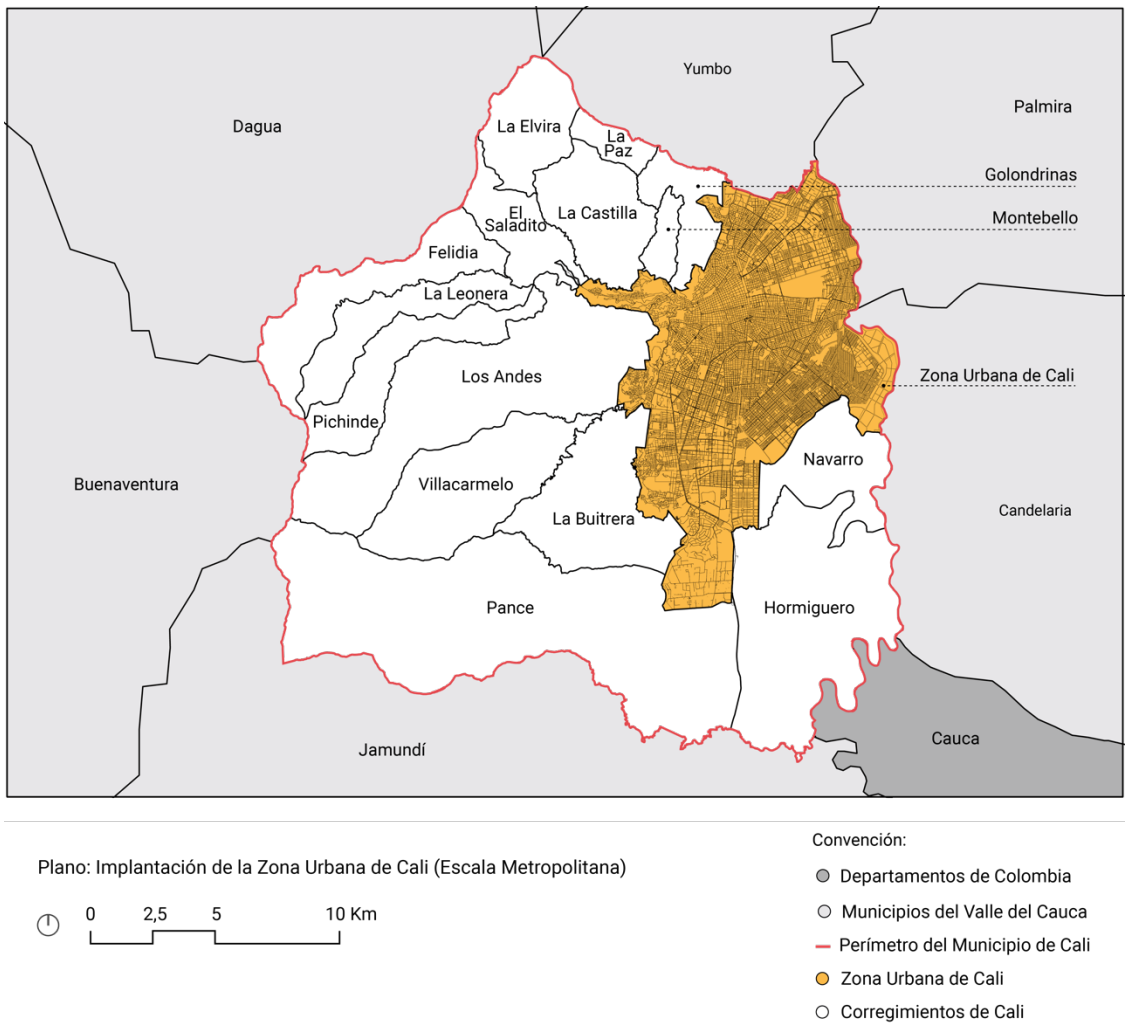


Figura 38. Mapa de Implantación de la zona Urbana de Cali (Escala Metropolitana)
Fuente: Autora, 2021

- Plano: Implantación del HDPUV en la Zona Urbana de Cali

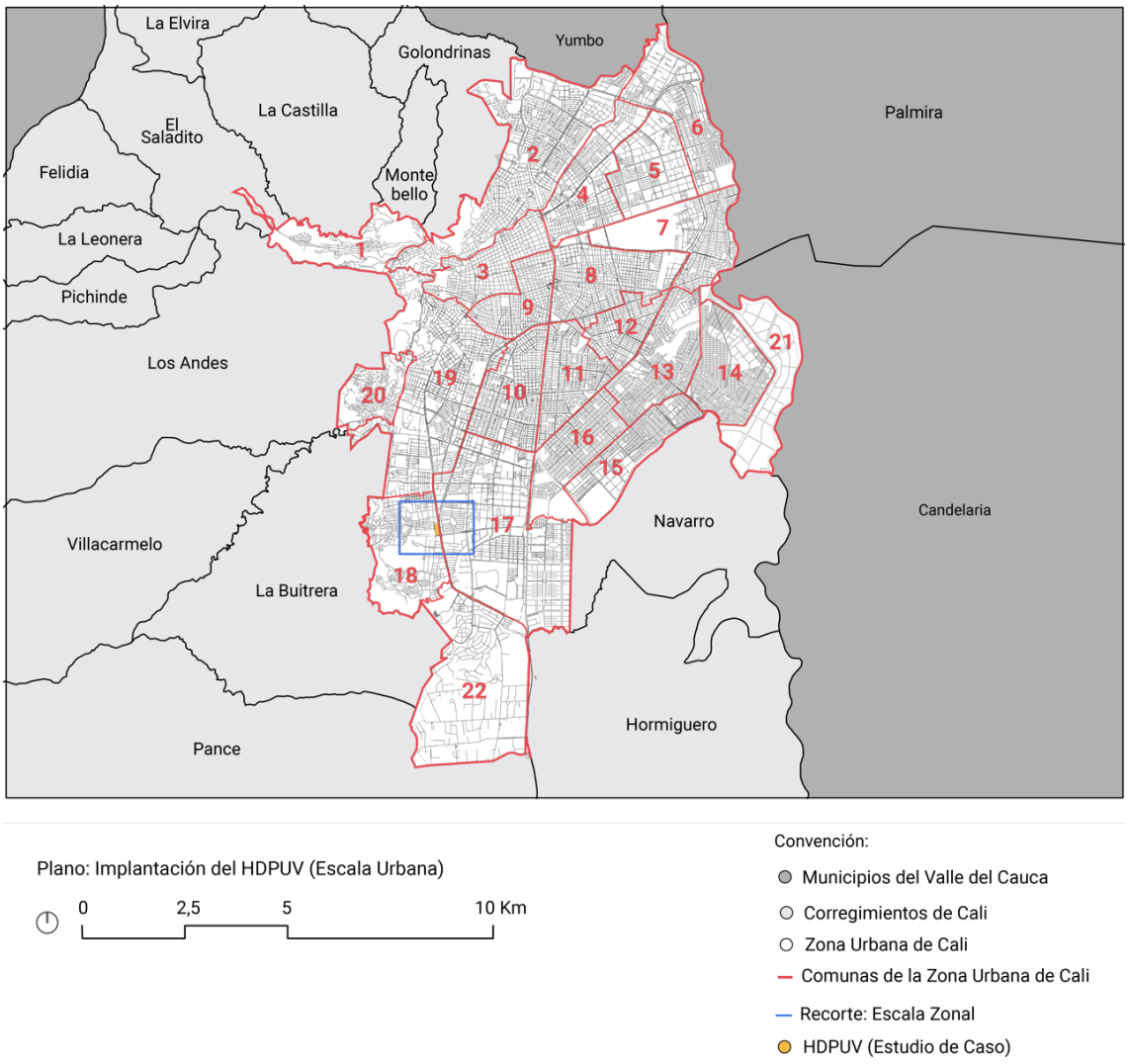


Figura 39. Mapa de Implantación del HDPUV (Escala Urbana)
Fuente: Autora, 2021

La abundancia en recursos naturales y la conectividad y influencia con otros municipios y departamentos, que es característica del municipio de Cali, impulsó a que la Cali urbana desarrollara su propio metabolismo. Hay motivos para eso: las principales fuentes de energía, agua, oxigeno, suelo y biodiversidad se encuentran en la zona rural o regional; la ciudad maneja numerosos flujos de alimentos y materiales desde lo global, nacional, regional y rural; hay flujos de personas que se trasladan de otros municipios a la capital para trabajar durante el día y se devuelven por la noche; el abastecimiento del agua en Cali, en gran medida, viene del río Cauca y de los Farallones; y la energía que se consume en Cali proviene fundamentalmente de fuentes hídricas ubicadas por fuera de su jurisdicción (DAGMA, 2019b).

En este contexto, pensando en mejorar la calidad de vida de los caleños bajo el desarrollo de la eficiencia y efectividad de las acciones públicas, la Administración Municipal, con base en los lineamentos del Plan de Desarrollo de Santiago de Cali, de 2016, busca gobernar desde los barrios, las veredas y los corregimientos para lograr dos objetivos específicos: interactuar de cerca con cada comunidad, teniendo en vista su participación en la resolución de problemas, y coordinar y monitorear las inversiones que cada territorio necesite para su desarrollo. Para eso, las acciones indicadas de manera particular para cada Comuna y Corregimiento, que componen sus Planes de Desarrollos de Comunas y Corregimientos (PDCC), vigentes entre 2020-2023, fueron identificadas por medio de un proceso de planeación participativa, previsto

en el Sistema Municipal de Planificación del Municipio de Santiago de Cali (Acuerdo 0396 de 2016).

En 2018, esta configuración político-administrativa empezó a sufrir transformaciones decurrentes de la expedición de la Ley 1933, que reconoce Cali como un Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Empresarial y de Servicios. Un paso que impacta en la gestión de los recursos naturales y de los territorios, por que, además de las 22 comunas y los 15 corregimientos presentados anteriormente, el proceso de distritalización prevé la conformación de 6 localidades, siendo 4 urbano-rurales y 2 urbanas, en territorio municipal, como muestra la Figura 40, a partir del Mapa de Implantación de las Localidades en el Municipio de Cali.

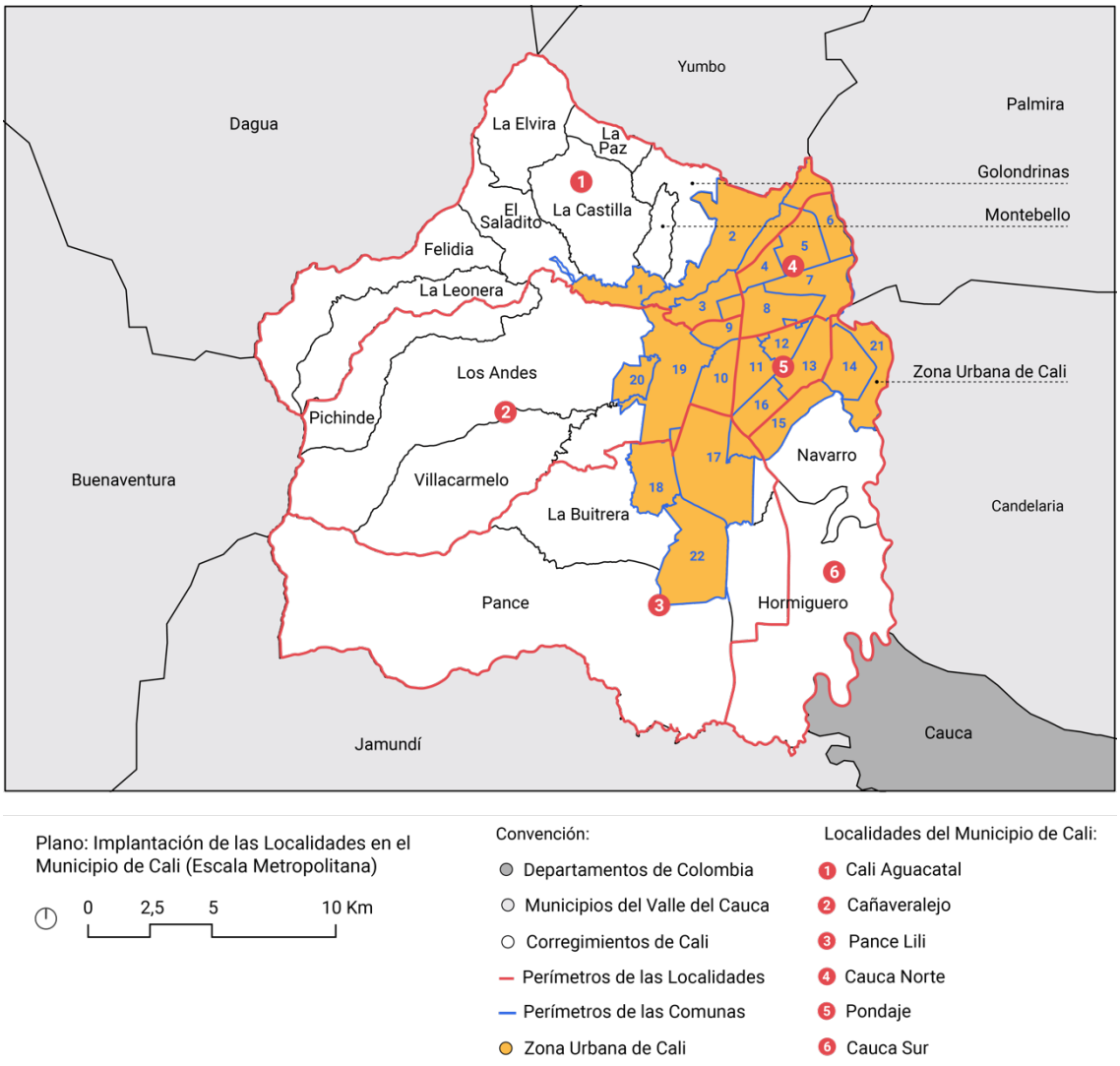


Figura 40. Mapa de Implantación de las Localidades en el Municipio de Cali (Escala Metropolitana)
Fuente: Autora, 2021

La idea es favorecer el manejo territorial basado en cuencas - como las unidades de ordenamiento, planeación y manejo fundamentales -, que visibiliza las relaciones entra la ciudad y la ruralidad y las regiones alrededor. Cada localidad, en este escenario, deberá asumir sus relaciones de vecindad, consolidando una perspectiva de complementariedad de actividades entre entidades territoriales y el Distrito Especial. La región se vuelve, entonces, un sistema abierto con relaciones múltiples y complejas (DAGMA, 2019b). Para lograr este objetivo, bajo lo establecido por la Ley 1933 de 2018, la Administración Municipal determinó que un proceso de transición fuera asumido, con el fin de irse preparando para el cambio que

debe afrontar, sobretodo considerando la formulación de los Planes de Desarrollo de Comunas y Corregimientos citados (Alcaldía de Santiago de Cali, 2020e).

- Plano: Implantación del HDPUV en la Comuna 18 – Relación con barrios adyacentes

Ocupando el 4,5% del área total del municipio de Santiago de Cali, con 542,9 hectáreas, la Comuna 18 está ubicada en el suroccidente de la ciudad y limita, a sudeste, con la comuna 22; a este, con la comuna 17; y a norte, con la comuna 20. Al sur y al oeste de la comuna 18, se encuentra parte del límite del perímetro urbano de la ciudad, en una frontera con la Buitreta - un corregimiento del municipio de Cali. Componiendo esta comuna, hay 14 barrios[55] – que representan el 5,6% de los barrios de la ciudad – y 6 urbanizaciones y sectores. Integrando un al otro junto al sistema viario, por su vez, están las manzanas de esta comuna, que al total son 595 – es decir, el 4,3% del total de manzanas de la ciudad (Alonso, Arcos, Solano, Llanos, Gallego, 2007)

Una curiosidad sobre la comuna 18 es su alta densidad de viviendas, con una proporción de 45,5 viviendas por hectárea, mientas el promedio de la ciudad es de 41,7 viviendas por hectárea. Al total, son 24.705 viviendas, entre los 16.782 predios construidos; lo que quiere decir que el 3,6% del total de predios de la ciudad están en la comuna 18. Además, la comuna abriga el 4,9% de la población de la ciudad, o sea, 100.276 habitantes – entre los cuales, 49,2 (49.354 personas) son del género masculino y 50,8% (50.922 personas) del género femenino. Este valor hace que la densidad bruta de la comuna sea superior al promedio de la ciudad - que es de 168,7 – alcanzando un valor de 184,7 habitantes por hectárea (Alonso, Arcos, Solano, Llanos, Gallego, 2007).

En este contexto, vale resaltar que el 29,6% de las viviendas – cuyos habitantes respondieron a la encuesta del SISBEN – tienen problema de hacinamiento, lo que representa el 7,6% de total reportado para Cali. En esta misma línea de pensamiento, en cuanto a los aspectos socioeconómicos de la comuna 18, es sabido que el estrato más frecuente entre sus viviendas es el 3, así como el estrato moda de la ciudad, y que el 35,5% de la población presentan nivel educativo básico secundario, representando la mayor parte de los moradores, seguido por el grupo que alcanzó la básica primaria, con un 34,5% de la población. Por otro lado, de acuerdo al Censo Económico 2005, 2,01% de las unidades económicas de la ciudad se encontraban en esta comuna, entre las cuales hay el predominio del sector comercio - así como en la ciudad - con 64,6%, seguido del sector servicios, con 28,2, y por ultimo, el sector industria, con 7,2% (Alonso, Arcos, Solano, Llanos, Gallego, 2007).

Como parte del rápido proceso de urbanización que integró el sur a la ciudad de Cali, el crecimiento de la comuna 18 en los últimos años ha sido acelerado y concentrado en las zonas de ladera, muchas veces por medio de la ocupación de terrenos inestables que requieren obras de mitigación de riesgos. Este escenario tiene raíces tanto en la densificación de los barrios originales como en el crecimiento de los asentamientos irregulares resultantes de la presión migratoria sobre la ciudad. En este contexto, la comuna 18 se presenta como un importante receptor de población migratoria, lo que ha aumentado su población y determinado sus necesidades prioritarias (DAGMA, 2009).

Sobre el barrio en que el Hospital HDPUV está ubicado, cuyo nombre es Alférez Real, como muestra la Figura 41 – a partir de la Implantación del HDPUV en el barrio - el mismo cuenta con un área de 226.991,43 m^2 y está conformado por 12 manzanas. Además, cuenta con una

[55] Los barrios que pertenecen a la comuna 18 son: Buenos Aires, Colinas del Sur, Barrio Caldas, Alférez Real, Los Chorros, Nápoles, Meléndez, El Jordán, Los Farallones, Cuarteles Nápoles, Francisco Eladio Ramírez, Sector Alto de los Chorros, Prados del Sur, Polvorines, Horizontes, Sector Meléndez, Mario Correa Rengifo, Sector Alto Jordán, Lourdes, Alto Nápoles (Alonso, Arcos, Solano, Llanos, Gallego, 2007)

población de 4.067 personas, entre las cuales 2.166 son del género femenino (53,2%) y 1.901 son del género masculino (46,8%). Sobre los equipamientos disponibles, en la ficha de caracterización socioeconómica del barrio, fornecida por la Alcaldía de Cali, fue documentado el déficit de equipamientos colectivos de los sectores de educación, salud, culturales y comunitarios (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017a).

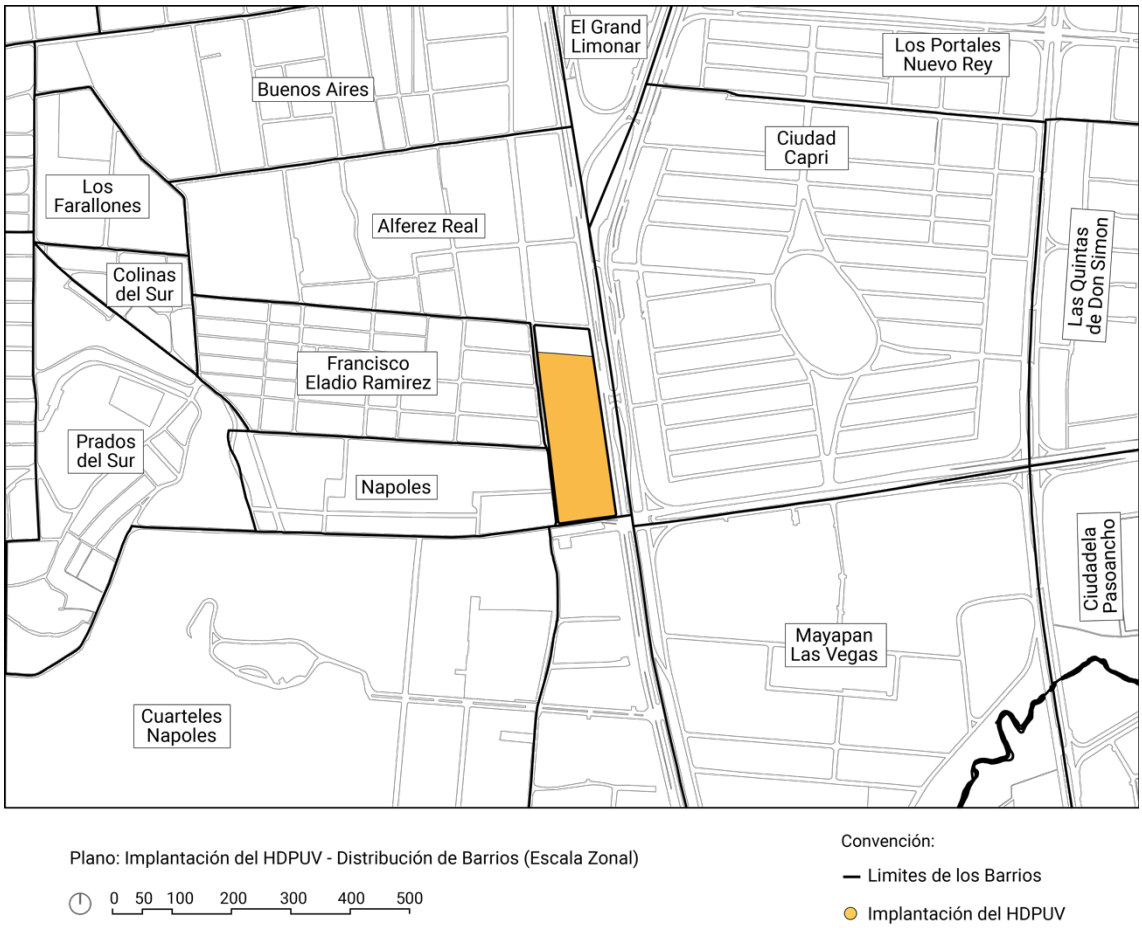


Figura 41. Mapa de Implantación del HDPUV – Distribución de Barrio (Escala Zonal)
Fuente: Autora, 2021

El Barrio Alférez Real fue creado en diciembre de 1992, junto al Colina del Sur, por acuerdo del Concejo Municipal. Hasta el momento, solo había, en la comuna 18, los barrios Buenos Aires, Caldas y Los Chorros, formalizados en 1964, el barrio Meléndez, formalizado en 1965, y los Farallones, formalizado aproximadamente en 1975. Así que se puede decir que el barrio es resultado del proceso de ocupación de esta área, que fue impulsado por los asentamientos iniciados en el sector que vendría a ser la comuna 18, en mediados de 1930. Entre los atractivos que el sector brindaba a los moradores, estaban las posibilidades en labores agrícolas y en el aprovechamiento del río Meléndez para recreación (DAGMA, 2009)

8.2.2 Análisis urbana del terreno y su entorno

Profundizando en la escala local, para el desarrollo del análisis del terreno y su entorno inmediato, se parte de que el Hospital HDPUV, en el contexto de la comuna 18, ocupa un terreno de 24.944 m^2, lo que representa el 78,9% de la manzana, que por su vez está conformada por las calles 4 y 5, y por las carreras 76 y 80, en el tramo que cruzan el barrio Alférez Real.

Por curiosidad, en el Certificado de Tradición de matrícula Inmobiliaria, expedido en 1979, el lote de tipo urbano que el hospital ocupa, cuya matricula es 370-74914, estaba ubicado en lo que se llamaba, en este período, de Lomas Altas de Melendez y estaba descripto de la siguiente manera (Superintendencia de notariado y registro la guarda de la fe publica, 1979):

> Un lote de terreno ejido, ubicado en el sitio denominado "lomas altas de melendez" de Cali, con una cabida aproximada de 8 plazas y cuyos linderos son: norte, con la hacienda Napoles, de propiedad de la nación, en una extensión de 238.30 ts; sur, en una extensión de 181.00 mts. Con terrenos poseídos por los herederos de Jose Jordan: este, en una extensión de 189.80 mts. Con terrenos de la familia Escobar Melquizo y oeste, en una extensión de 158.00 metros. Con terrenos ejidos del mismo municipio. (Superintendencia de notariado y registro la guarda de la fe publica, 1979)

Así siendo, el análisis del terreno y su entorno fue desarrollada a partir de una serie de análisis que se complementan en el proceso de construcción del paisaje alrededor del hospital. La idea es utilizar el Análisis de Usos del Suelo, el Análisis de los Atractivos, el Análisis de Estratificación, el Análisis de Movilidad, el Análisis Ambiental y el Análisis Bioclimático para comprender la dinámica entre los campos social, económico, ambiental y ecológico de los lugares que conforman el entorno del HDPUV. El propósito de este estudio es comprender en papel del hospital en la comunidad local y los niveles de integración entre los diferentes actores de este escenario, a partir de una mirada urbana holística.

. Análisis de Usos del Suelo en el entorno del HDPUV

Para empezar el análisis del terreno del HDPUV, la Figura 42, que presenta el Mapa de Usos del Suelo, fue elaborado utilizando los datos fornecidos por el Infraestructura de Datos Espaciales de Santiago de Cali (IDESC) sobre las actividades realizadas en determinados terrenos de la ciudad, los que componen la zona de implantación del hospital. El proceso de la clasificación de las manzanas del área estudiada, de acuerdo a sus tipologías de usos del suelo, fue realizado utilizando una escala zonal que cubre un radio de 1 km desde el hospital y en conformidad con el Acuerdo 0373 de 2014 - que realiza una revisión del Plan de Ordenamiento Territorial del Municipio de Santiago de Cali (POT) - resultando en la sectorización del entorno del HDPUV (Acuerdo 0373 de 2014).

Según el Acuerdo 0373 de 2014, la definición de los usos del suelo de los edificios de una zona corresponde a las actividades que pueden ser desarrolladas en estos espacios, considerando el modelo de ordenamiento vigente. Un proceso que está condicionado por la estructura socioeconómica de la zona y depende de los criterios de localización y clasificación de los usos, teniendo en vista favorecer la integración de actividades compatibles y complementarias de manera coherente (Acuerdo 0373 de 2014).

Así siendo, conocer los tipos de uso del suelo más frecuentes en el entorno del hospital es importante para la construcción del paisaje urbano. Eso quiere decir que, considerar los tipos de actividades desarrolladas en los terrenos de la zona estudiada es importante para conocer la dinámica urbana local, cuyos flujos de personas en determinadas circunstancias y horarios puede ser definido por los tipos de uso del suelo, lo que requiere una movilidad urbana coherente y adecuada. Este conocimiento también favorece a la realización de un balance socioeconómico y cultural de la comunidad, aumentando las posibilidades del hospital inserirse en el contexto local de manera funcional, cumpliendo con su papel y en acorde a lo que se espera de una institución comprometida con los factores sociales de la ciudad. Además, la presencia o no de áreas verdes también es un factor resultante del análisis del uso del suelo y este instiga el abordaje de las cuestiones ambientales del entorno, importantes para la promoción de la calidad ambiental.

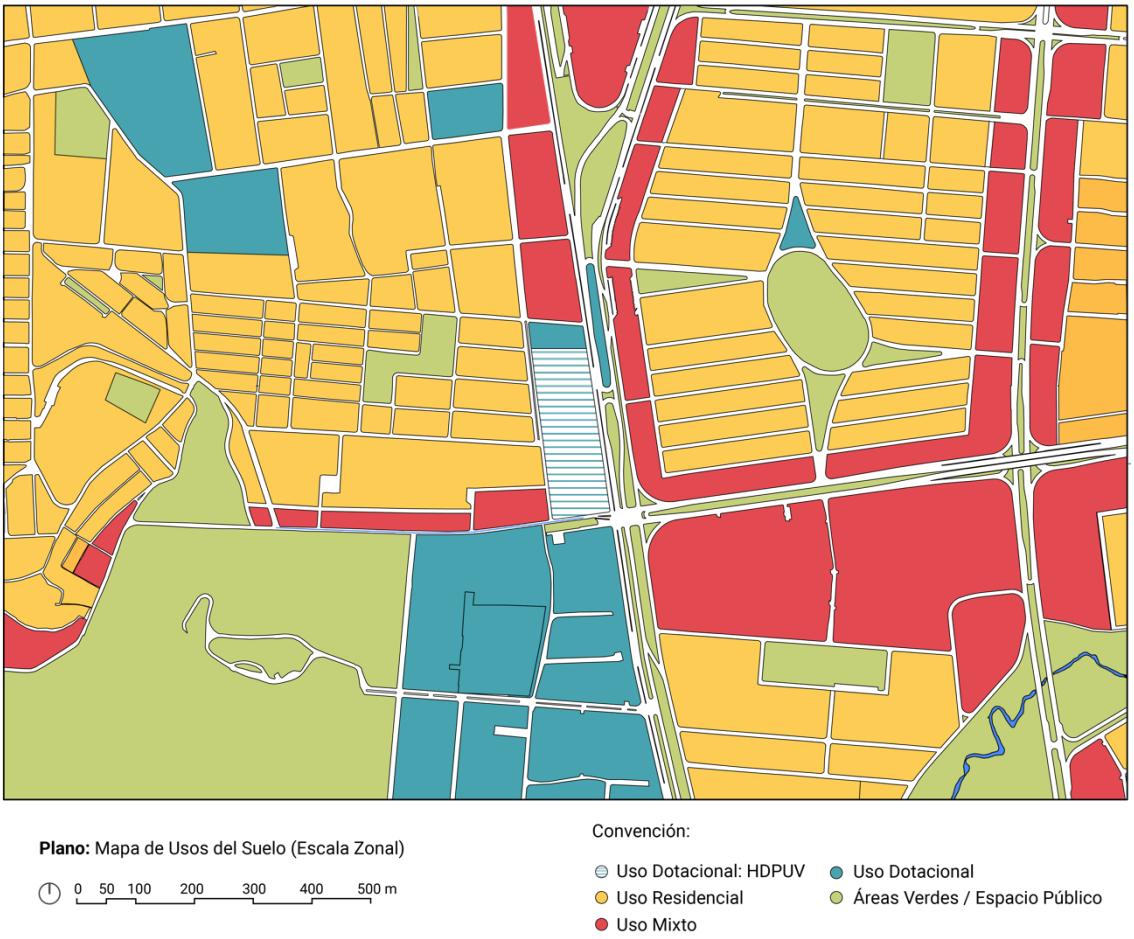


Figura 42. Mapa de usos del suelo (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2020a. Adaptado.

Como es posible observar en la Figura 42, el entorno del HDPUV está mayoritariamente compuesto por manzanas de uso residencial, sea predominante o neta. El segundo uso más frecuente en la zona es el mixto, en el cual se observa el desarrollo combinado de actividades residenciales y comerciales en una misma manzana. Luego viene los terrenos de uso dotacional, en el cual se encuadra en HDPUV y, por último, las áreas verdes de carácter público. Esta composición de tipologías del ambiente construido se establece alrededor de un tramo importante de la Calle 5, con buena conectividad en el sistema vial caleño, como muestra el Mapa de Jerarquía Vial más adelante. Eso justifica el alto flujo de personas presente en la zona, que tiende al período diuturno y que puede sobrecargar el sistema de movilidad existente y generar situaciones nocivas para la calidad ambiental, como la contaminación del aire, los ruidos, la alta taja de pavimentación y de alta ocupación de los terrenos. Este escenario genera una dinámica urbana que, sin dudas, requiere intervenciones. Considerando el alto potencial ambiental de la zona estudiada, como explicado más adelante, en el Análisis Ambiental, es plausible que el abordaje de estas intervenciones sea ecológica, sostenible, que cruce con el proceso de humanización del hospital.

. Análisis de los atractivos del entorno del HDPUV

La Figura 43, que presenta el Mapa de Atractivos del Entorno, fue elaborado a partir del cruce de datos de diferentes mapas desarrollados por el IDESC - sobre infraestructura cultural y de patrimonio, equipamientos urbanos y instituciones educativas - además de informaciones encontradas en el mapa del Google Earth. El resultado es una serie de lugares con potencial atractivo para la población caleña, que al final caracterizan el paisaje urbano del entorno del hospital; influyen en la consolidación de los flujos peatonales y vehiculares del sector, que son

importantes para la infraestructura vial de la zona; y determinan los tipos de relaciones posibles de ser desarrolladas entre el hospital y la comunidad local.



Plano: Mapa de atractivos del entorno (Escala Zonal)

0 50 100 200 300 400 500 m

Convención:

- Instituciones estatales
- Patrimonio
- Religioso
- Equipamentos urbanos
- Salud
- Deportivo/Recreativo
- Educación
- Comercial
- Río
- Áreas Verdes
- Parque Urbano de Gran Escala
- Salud: HDPUV

1. Unidad Recreativa Lourdes
2. Liceo Santa Isabel del Sur
3. Hospital Geriatrico Ancianato San Miguel
4. Universidad Cooperativa de Colombia
5. Liceo Infantil Mis Pequeños Angelitos
6. Centro Educativo Celima Rueda
7. Colegio General Jose Maria Cordoba
8. Institución Educativa General Santander
9. Instituto Central de Comercio y Bachillerato
10. Intituto Comercial Industrial y Tecnologico
11. Colegio el Hogar
12. Colegio Tecnico Nuevas Fronteras
13. Colegio Internado San Antonio
14. Complejo Integral de Servicios de Salud Pública
15. Polideportivo Francisco Eladio Ramirez
16. Puesto de Salud Napoles
17. Parroquia Maria Madre del Salvador
18. Parque Polvo Rojo
19. Cancha De Fútbol Polvo Rojo
20. Río Melendez
21. Cantón Militar Pichincha
22. Pasarela Calle 5
23. Estación MIO Capri
24. Centro Comercial Capri
25. Jardín Infantil Talentos
26. Jardín Infantil y Guarderia Jose Miel
27. Caseta Comunal Portales Nuevo Rey
28. Liceo Infantil la Casita de Angie
29. Jardín Infantil Maternal Estimulos
30. Iglesia del Barrio Capriipsum
31. Parque Capri
32. Jardín Infantil Armonia Infantil
33. Junta de Acción Comunal
34. I.P.S. Comfandi Pasoancho
35. I.P.S. Coomeva (UBA)
36. Parque Alquería
37. Parque de el Ingenio
38. Río Melendez

Figura 43. Mapa de atractivos del entorno (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2020b; Alcaldía de Santiago de Cali, 2020c; Alcaldía de Santiago de Cali, 2020e. Adaptado.

En este sentido, la gran cantidad de atractivos urbanos encontrados, con sus tipologías específicas y complementarias, que atiende a la población local y de afuera, de otros barrios y ciudades, genera un flujo de personas bastante representativo para la dinámica de la ciudad y del HDPUV. Este escenario indica la necesidad de interacción entre el medio interno y el

externo del hospital, considerando las actividades desarrolladas en los edificios y equipamientos que componen la zona - que son mayoritariamente de uso educacional y de salud -, los grupos sociales que las frecuentan y sus hábitos y necesidades.

Considerando el porte del hospital - una institución que ocupa un amplio y importante terreno de la zona, ubicado en un punto estratégico para la composición espacial y viaria del sector - y su alcance – en cuanto prestador público de servicios de salud mental, que ultrapasa la escala de la ciudad y cubre los departamentos vecinos, de la región del suroccidente colombiano – también se entiende la influencia que él genera en el entorno analizado. No hay dudas de que su presencia y el papel social y comunitario que desarrolla impactan esta zona.

Por eso, la búsqueda por el equilibrio en estas relaciones, además de la intención de mejorar la calidad de los servicios de salud prestados por el HDPUV, requerida por su carácter hospitalario, tiene que ver con el impacto urbano y ambiental de su edificación en el entorno. La mitigación de estos impactos puede estar asociada con la mejoría de la calidad de vida, tanto para los moradores y visitantes de la zona, como para los pacientes en recuperación. En este sentido, los atractivos urbanos expuestos en el plano en cuestión ayudan a evidenciar la amplitud de personas que pueden ser impactadas con buenas conductas en la infraestructura física del hospital. Sobre todo considerando esta articulación urbana como puente para la integración social y comunitaria requerida en una institución de salud mental de esta magnitud y que actúa bajo parámetros de la humanización.

Una discusión interesante que puede encabezar el proceso de definición de conductas coherentes con la realidad local, sería sobre maneras de tratar arquitectónica y paisajísticamente los muros externos del hospital, a fin de flexibilizar la barrera inmaterial que existe entre los dos mundos, el interno y el externo, y romper con la segregación impuesta por este elemento arquitectónico que, al final, sirve para reafirmar el carácter de confinamiento aún presente en el hospital. Algunas características que contribuyen para esta percepción, además de los muros altos sin aperturas, son los andenes estrechos - principalmente los de la fachada principal, que se integran a la Calle 5, una vía de grande porte y movimiento -, la ausencia de vegetación y, consecuentemente, de sombra en estos andenes, y la baja accesibilidad. La actual composición de estos espacios de transición entre el hospital y las calles adyacentes, que están mejor detalladas más adelante, en el Análisis de Movilidad, fomentan el estigma hacia el ambiente psiquiátrico.

Análisis de Estratificación del entorno del HDPUV

De manera complementaria a la información fornecida en el Análisis de Atractivos del Entorno recién presentada, en esta etapa del trabajo, un Mapa de Estratificación Socioeconómica del Entorno del HDPUV (Figura 44), sirve como protagonista para la profundización del proceso de caracterización de la comunidad local. En adaptación al plano original, fornecido por el IDESC, la escala zonal fue utilizada justo para dar seguimiento a los análisis ya desarrollados hasta el momento, de manera a construir un escenario para este entorno, compuesto por datos y informaciones que se asocian y se integran. En el mapa, las manchas en colores variados representan los rangos de estratificación en que se encuentran las manzanas del entorno del hospital. Esta información contribuye para una discusión importante: Al final, ¿quiénes son los vecinos del HDPUV que conforman su comunidad, tan citada en las políticas de salud mental reformistas?

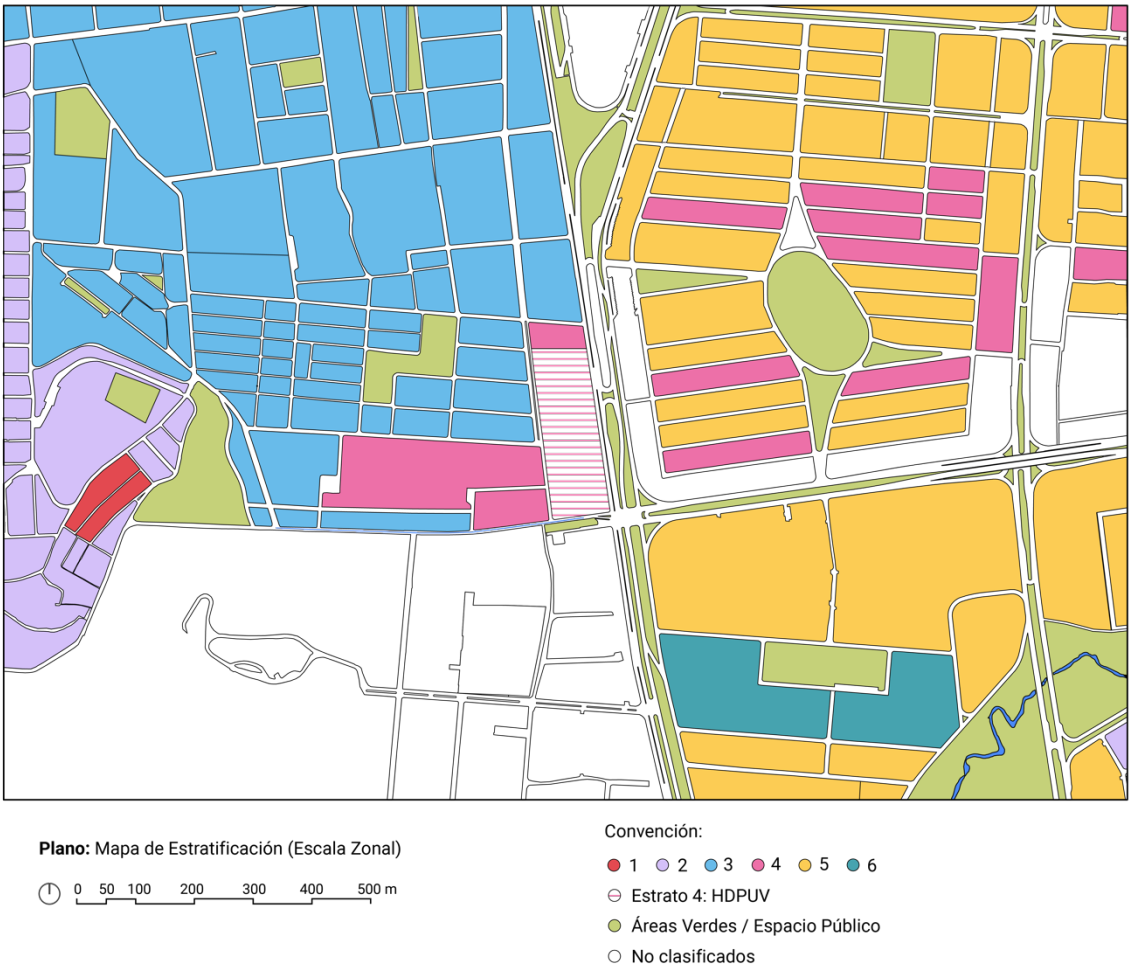


Figura 44. Mapa de Estratificación Socioeconómica del Entorno del HDPUV (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2020d. Adaptado.

Por lo visto anteriormente, la respuesta para esta pregunta debe ser tratada de manera multidisciplinaria; en este caso, englobando las informaciones de los otros análisis realizados en este trabajo, principalmente lo que se refiere a los usos del suelo. Sin embargo, de manera aún más específica y enfocada, la idea ahora, con la identificación de los estratos de las manzanas vecinas, es entender la dinámica socioeconómica local, que ciertamente está asociada al proceso de desarrollo de la ciudad. Un vecindario que poco a poco fue surgiendo en el paisaje del entorno del HDPUV, como visto anteriormente; un proceso espontaneo decurrente del alto y acelerado crecimiento urbano de las primeras décadas del siglo XX, en que Cali experimentaba un desarrollo comercial, económico y de construcción civil, además del consecuente aumento demográfico, resultantes de la consolidación de la ciudad como capital del departamento del Valle del Cauca.

En este contexto, se entiende que las definiciones de la estratificación socioeconómica en Colombia se refieren a la clasificación de inmuebles utilizada como instrumento de focalización geográfica para el cobro diferencial de los servicios públicos domiciliarios. Para eso, fueron establecidos seis estratos en función de las características de la vivienda y su entorno, como indicadores indirectos de la capacidad económicas de los moradores, estableciendo un paralelo entre la calidad de sus viviendas y sus niveles de calidad de vida (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2008).

Este proceso tiene raíces en el Decreto 3069 de 1968, en el cual fue definido que el sistema tarifario de los servicios públicos domiciliarios debe considerar la capacidad económica de los

diferentes sectores sociales, por lo cual empezaron a recurrir a los avalúos catastrales y a utilizar los seis rangos de clasificación ya conocidos (DNP, 2008).

Los actuales estratos socioeconómicos de Cali están divididos de la siguiente manera: Estrato 1: bajo-bajo; Estrato 2: bajo; Estrato 3: medio-bajo; Estrato 4: medio; Estrato 5: medio-alto; y Estrato 6: alto. Para el proceso de clasificación de las manzanas del área urbana de Cali, la metodología utilizada es la Tipo 1, que se "aplica en grandes ciudades con múltiples actividades económicas, heterogeneidad poblacional y grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI) bajas", como lo definido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). En esta metodología, los indicadores de estratificación son las características físicas externas de la vivienda, es decir, de su entorno inmediato; del entorno urbano; y de su contexto urbanístico. Las variables que deben ser calificadas, en función de cada indicador, son, para el indicador del entorno inmediato: tamaño de antejardín, tipo de garaje, diversidad de fachada y tipo de puerta; para el indicador del entorno urbano: tipo de vías, tipo de andenes y focos de afectación; y para el indicador del contexto urbanístico: la zona de ubicación (Alcaldía de Santiago de Cali, 2018).

Así siendo, por lo observado en el Figura 44, es posible concluir que los estratos más frecuentes en las manzanas que componen el entorno urbano del HDPUV son: el estrato 3, considerado medio-bajo, y el estrato 5, considerado medio-alto. Luego, en el orden de frecuencia, viene el estrato 2, considerado bajo, seguido por el estrato 4, considerado medio, que es donde se encuadra en hospital. Los estratos 1 y 6, que ocupan los puestos más extremos y opuestos del rango, tienen poco ejemplares en la zona estudiada, lo que es importante observar porque caracteriza un sector con calidades socioeconómicas más homogéneas. En este contexto, predominan los estratos medianos, pero que representan una amplia variedad de grupos sociales que pueden ser impactados con las mejorías en la infraestructura física del HDPUV, visando la integración entre hospital y comunidad.

Análisis de la movilidad del entorno del HDPUV

En secuencia, a partir del Mapa de Jerarquización Vial del entorno del HDPUV (Figura 45), el Subsistema de Vías Urbanas de la zona - que se integra al Subsistema de Vías Inter-Regionales y al Subsistema de Integración Rural - fue analizado a partir de la composición de sus vías, como punta de partida para el análisis de la movilidad del sector. Utilizando el sistema de jerarquización vial propuesto por el Acuerdo 0373 de 2014, que prevé cuatro categorías de vías: Vías Arterias Principales, Vías Arterias Secundarias, Vías Colectores y Vías Locales, el proceso de clasificación de las vías del entorno del hospital fue realizado a fin de entender la dinámica de movilidad local. Así, relacionando la red de vías que la componen con la estructura y equipamientos urbanos de movilidad disponibles en el local - como ciclovías, andenes, estaciones de autobús, accesibilidad, iluminación, vegetación, espacios públicos - es posible abordar la funcionalidad, en lo que se refiere a movilidad, en este tramo del sistema vial de Cali.

Partiendo del principio, se entiende que un sistema de movilidad urbano debe ser determinante para el desarrollo de la conectividad, integración y calidad ambiental en una ciudad, lo que influye directamente en la percepción de contentamiento y bienestar de la población, esenciales para la promoción de calidad de vida. Esta relación entre la movilidad de una zona, las relaciones entre comunidad y el bienestar de la población, son factores que impulsan el desarrollo de una mirada hacia el sistema de movilidad disponible en el entorno del hospital, teniendo en vista observar la calidad de la conectividad de la institución con las comunidades en que está inserido, en sus variadas escalas.

Las escalas tienen que ver también con el amplio alcance del hospital, que llega a cubrir toda la Región Suroccidente colombiana. En este sentido, para que la dinámica entre departamentos y

el hospital sea bien establecida es necesario que todo el sistema de movilidad fluya en conformidad con las demandas actuales, teniendo en cuenta la legislación vigente. Para eso, el POT de 2014, considerando que el sistema vial de Cali es un nodo de enlace regional y nacional, que integra el centro financiero y de servicios del sur-occidente del país, apuesta en el crecimiento urbano inteligente. La idea es fomentar la densificación urbana en las centralidades urbanas y en los corredores de transporte masivo, que debe ser consolidado por el Plan Integral de Movilidad Urbana (PIMU) como un sistema de transporte público intermodal e integrado. Otro punto es el corredor verde, propuesto como la espina dorsal de la movilidad en el ámbito metropolitano y regional (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017b).

Así, pensando en promover una movilidad sostenible, eficiente, equitativa y segura, con enfoque en la planificación participativa, el PIMU, un instrumento de planificación integral de la movilidad, está previsto en la Ley Nacional 1083 de 2006, que tiene tres aspectos fundamentales: prelación a los modos alternativos de transporte (peatón y bicicleta), prelación a los sistemas de transporte público con combustibles limpios y decisiones basados en un Plan de Movilidad Urbana. Para eso, los principios de la Política Pública de Movilidad Sostenible de Cal son importantes y visan asegurar los derechos de los ciudadanos a la accesibilidad territorial, teniendo en vista una movilidad sostenible, con seguridad vial y accesibilidad universal; dar prioridad a los modos de transporte de menor costo social y ambiental; así como cumplir con los tratados internacionales de cambio climático; promover la gestión integrada y la inter-modalidad en el transporte público; y apostar en un modelo de desarrollo urbano sostenible (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017b).

Volviendo al estudio de caso, sobre la jerarquización vial de la zona estudiada, la Figura 45 fue desarrollado con base en el Mapa de Jerarquización Vial previsto en el POT, por el Acuerdo 0373 de 2014; y sus informaciones fueron cruzadas con las del Google Earth. El resultado es la clasificación de las vías adyacentes y del entorno del HDPUV y la ubicación de las estaciones de autobús presentes en este radio.



Figura 45. Mapa de Jerarquización Vial (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2014b. Adaptado.

Así siendo, se nota que, cada uno de los lados de la manzana que el hospital ocupa está delimitado por un tipo de vía diferente. Hacia el este, en la fachada principal del hospital, está la Calle 5, que puede ser observada en las Figura 46 y 47, con fotos aéreas, sacadas desde la pasarela peatonal más cercana al hospital, que muestran los dos tramos de la vía: el primero se dirige hacia el sur de la ciudad - el lado en que se encuentra el HDPUV - y el segundo se dirige hacia el norte. Se trata de una de las más emblemáticas y históricas vías de Cali, cuyo flujo intenso y potencia conector son características conocidas, y que está clasificada en el mapa como Vía Arteria Principal. Observando la relación entre la entrada principal del hospital y la Calle 5, en las Figuras 48 y 49, no es difícil percibir la deficiencia de espacio en los andenes para la movilidad tanto de visitantes del hospital como de transeúntes, permitiendo mantener el flujo de personas, que es alto en esta zona de la ciudad, independiente de la dinámica de entrada en el hospital. Un área destinada al embarque y desembarque de pacientes, visitantes y trabajadores, con vía de acceso para vehículos, es imprescindible en la entrada de este hospital, cuyo porte y alcance ya fue comentado.



Figura 46. Vista aérea de la Calle 5: Sentido norte-sur
Fuente: Autora, 2021



Figura 47. Vista aérea de la Calle 5: Sentido sur-norte
Fuente: Autora, 2021



Figura 48. Entrada HDPUV – Vista desde el andén
Fuente: Autora, 2021



Figura 49. Entrada HDPUV – Vista desde la Estación Capri (MIO)
Fuente: Autora, 2021

Desde la escala peatonal, se observa que no hay árboles con capacidad de sombrear el andén en este tramo de la vía, apenas palmas aliñadas, que sin dudas son interesantes para la composición del paisaje. Sin embargo, bajo los parámetros del paisajismo funcional urbano, falta especies apropiadas para el uso en espacios públicos, que no perjudiquen la pavimentación y la seguridad vial, pero que fornezcan al peatón una experiencia agradable. La vista del peatón, en este sentido, observada en la Figura 50, expone un ambiente encerrado, seco y que probablemente no fornece confort térmico – compuesto por un anden angosto sin elementos de accesibilidad, delimitado, de un lado, por el alto muro blanco y sin aperturas del HDPUV y, del otro lado, por una cantidad de vehículos que se mueven en el lento tráfico de la Calle 5, en un día de semana por la tarde. No hay gentileza en esta composición. En verdad, este escenario incluso es propicio para la manutención del estigma acerca del ambiente psiquiátrico.



Figura 50. Muro del HDPUV en el andén de la Calle 5
Fuente: Autora, 2021

Luego, la fachada sur del hospital se abre hacia la Carrera 80, como muestra la Figura 51, una Vía Arteria Secundaria, también con flujo considerable. El cruce entre estas dos vías, como muestra la Figura 52, es un punto de convergencia importante para la dinámica vial de Cali, por lo cual la presencia de agentes del tránsito se hace necesaria, para ordenar el tráfico en momentos de pico. Otro aspecto interesante de la Carrera 80 es la presencia de un canal del Río Meléndez, como muestra la Figura 53, lo que impulsa el abordaje ambiental para esta zona, que está mejor detallada más adelante, en el Análisis Ambiental del estudio de caso.



Figura 51. Vista de la Carrera 80
Fuente: Autora, 2021



Figura 52. Cruce de la Calle 5 con Carrera 80
Fuente: Autora, 2021



Figura 53. Canal del río Melendez adyacente a la Carrera 80
Fuente: Autora, 2021

Ya en la fachada oeste del hospital, la posterior, está Calle 4, una Vía Colectora importante para el barrio, que fue dividida en tres tramos para una descripción más detallada. En el

primer tramo, que empieza en la esquina con la Carrera 80, como muestra la Figura 54, se observa la composición de la fachada del hospital, que es un muro alto sin aperturas, ligado a la calle con doble vía por un andén mediano sin vegetación, sombreados, mobiliarios o equipamientos urbanos. En el segundo tramo de la Calle 4, presente en la Figura 55, que está ubicado en la mitad de la manzana, el mismo muro blanco del hospital se vuelta hacia una parte de la vía que es bien arborizada, con separador verde y andén sombreado.

El último tramo de la Calle 4, correspondiente, dentro del hospital, al sector de la Casona - que es la antigua sede del Asilo San Isidro, por lo cual desarrolla un papel de patrimonio histórico, y que hoy abriga el Hospital Día - se liga al terreno vecino, también ocupado por institución de salud. El hospital, en este punto, se abre hacia su entorno inmediato por medio de un muro hecho en piedra con elementos metálicos. Esta se trata de la antigua entrada del hospital, como muestra la Figura 56, que hoy en día solo es utilizada en ocasiones específicas. La composición de este escenario, como observado en la Figura 57 - una fachada permeable, vegetaciones y andenes sombreados en el tercer tramo de la Calle 4 – ofrece una percepción más agradable del ambiente que, diferente de las otras composiciones de fachadas y vías observadas, es atractivo, acogedor y favorece la integración entre la comunidad y el hospital.



Figura 54. Primer tramo de la Calle 4
Fuente: Autora, 2021



Figura 55. Segundo tramo de la Calle 4
Fuente: Autora, 2021



Figura 56. Antigua entrada del HDPUV – Calle 4
Fuente: Autora, 2021



Figura 57. Tercer tramo de la Calle 4
Fuente: Autora, 2021

Luego, en la fachada Norte de la manzana, que es ocupada por otra institución de salud, está la Carrera 76, que puede ser observada en la Figura 58. Se trata de la vía adyacente al hospital de menor porte, una Vía Local típica, de bajo flujo, que conecta una manzana de uso dotacional a una de uso residencial.



Figura 58. Vista de la Carrera 76
Fuente: Autora, 2021

Una de las implicaciones decurrentes de este cruce de vías importantes para la conectividad del sistema vial de Cali actual - el cual en la zona analizada presenta deficiencia de estrategias urbanísticas que visan atender a las demandas provenientes de la presencia de vías jerárquicamente importantes, priorizando el peatón y las bicicletas - es la ocurrencia de picos de tráfico en las zonas adyacentes al hospital, en horarios específicos. En la Figura 59, donde se observa el Mapa de tráfico del entorno del HDPUV, los diferentes colores atribuidos a los tramos de las vías representan su nivel de tráfico típico en un día de semana al medio día. Así, es posible observar que toda la fachada principal del hospital, que se abre hacia la calle 5, está directamente conectada con un nivel de tráfico intenso, que puede ser perjudicial a la salud.



Figura 59. Mapa de Tráfico (Escala Zonal)
Fuente: Autora, 2021

Los desdoblamientos de esta problemática urbana son ampliamente debatidos hoy en día y, en lo que se refiere al impacto en la dinámica de una institución psiquiátrica comprometida con lineamentos humanizantes, es la contaminación ambiental y la falta de conectividad y accesibilidad. Estos factores generan pérdidas en la calidad ambiental y en la calidad de vida de los usuarios que, como ya se sabe, necesitan estar en ambientes de carácter restaurador con integraciones comunitarias bien establecidas, visando brindarles procesos de rehabilitación con efectos positivos.

8.2.3 Análisis ambiental y bioclimática del terreno y su entorno

Para comprender el potencial ecológico de la zona estudiada, que tiene un histórico de urbanización acelerado, espontáneo y nocivo para el desarrollo sostenible, un Análisis Ambiental de la zona que compone el entorno del hospital fue propuesto, considerando sus Áreas de Interés Ambiental, la densidad Arbórea y el Número de Árboles por Habitante en las manzanas del vecindario del HDPUV, en la misma escala zonal de los otros análisis ya desarrollados.

En este contexto, se entiende que la urbanización es un proceso en creciente densificación y que muchas veces se da en detrimento de los medios ambientes naturales, que genera efectos negativos en los ecosistemas y sus habitantes, a partir de la destrucción de los recursos naturales, la desconexión de la población con lo natural y la fragmentación de los ecosistemas. La desconexión con la naturaleza es uno de los factores responsables por la pérdida de la capacidad los actuales espacios públicos, que antes era naturalizada, de adaptarse y albergar relaciones, encuentros sociales y comunitarios. Así, el proceso de recuperación y conservación de áreas públicas - que debe favorecer la diversidad biológica en las zonas urbanas, que por su vez requiere la participación cooperativa institucional, privada y de los ciudadanos, bajo en desarrollo de una visión ecosistémica - puede ser desarrollado de manera participativa, visando no apenas recuperar un espacio deteriorado, pero también promover el sentido de corresponsabilidad comunitario, la identidad local y la convivencia comunitaria; un proceso comprometido con la promoción de calidad de vida a los ciudadanos (DAGMA, 2019a).

Como base para esta discusión, la composición de la Figura 60, con el Mapa de Áreas de Interés Ambiental del entorno del HDPUV, en el cual fue utilizada una escala zonal más amplia que los otros desarrollados hasta hora, fue propuesta con la finalidad de entender la relación entre las áreas importantes para el desarrollo ambiental de la región y el hospital. A partir de este levantamiento, es posible observar la localización estratégica del terreno del HDPUV, que se encuentra a menos de 5 km de parques nacionales, reservas, ecoparques y zonas rurales.

El Parque El Ingenio, en especial, demuestra las posibilidades de intervención en una escala más urbana y, debido a su proximidad con el hospital, evidencia el potencial del mismo en contribuir con el proceso de recuperación de ambientes públicos, a partir de la aplicación de parámetros de conservación de la biodiversidad nativa en su terreno, con el cultivo de especies del Bosque Seco Tropical, el principal ecosistema de la ciudad. De acuerdo a lo planteado por los propios profesionales del hospital, es plausible la posibilidad de que él llegue a ser un punto de conexión entre el Parque el Ingenio y las demás áreas de interés ambiental ubicadas en la extremidad oeste del mapa, como parte de un corredor verde que se distribuye en la malla de la ciudad y sirven como paso para la fauna.

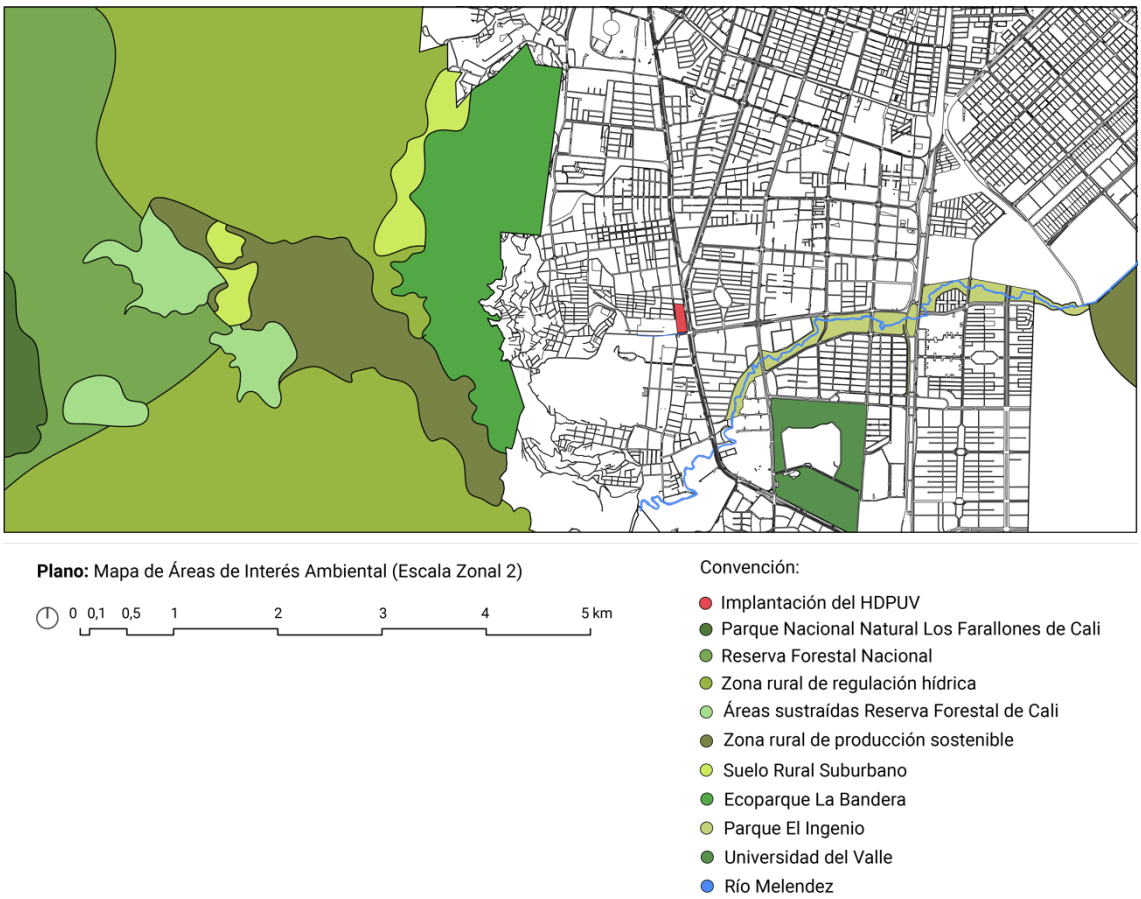


Figura 60. Mapa de Áreas de Interés Ambiental (Escala Zonal 2)
Fuente: Autora, 2021

Dando continuidad al Análisis Ambiental, fue abordado el tema de las coberturas vegetales en las ciudades, que generan beneficios económicos; beneficios derivados de los servicios ecosistémicos; beneficios sociales; beneficios estéticos y arquitectónicos; y beneficios de regulación climática. En este sentido, el panorama actual, de crecimiento del número de ciudades que buscan soluciones urbanísticas más armónicos con el medio natural a partir del tratamiento coherente del tema de las coberturas vegetales, está justificado por la posibilidad de aprovechar sus múltiples beneficios en favor de la habitabilidad de las ciudades (DAGMA, 2019a).

Siguiendo esta línea de pensamiento, la Figura 61, que trae el Mapa de Densidad Arbórea del entorno del HDPUV, fue desarrollado a partir del mapa original desarrollado por el IDESC, en 2015. Para eso, los rangos de densidad arbórea de los espacios públicos de la zona estudiada, clasificados de acuerdo al número de árboles por km^2, fueron representadas por manchas de diferentes colores. A partir de esta composición, es posible identificar las áreas más o menos arborizadas del área de influencia del HDPUV.

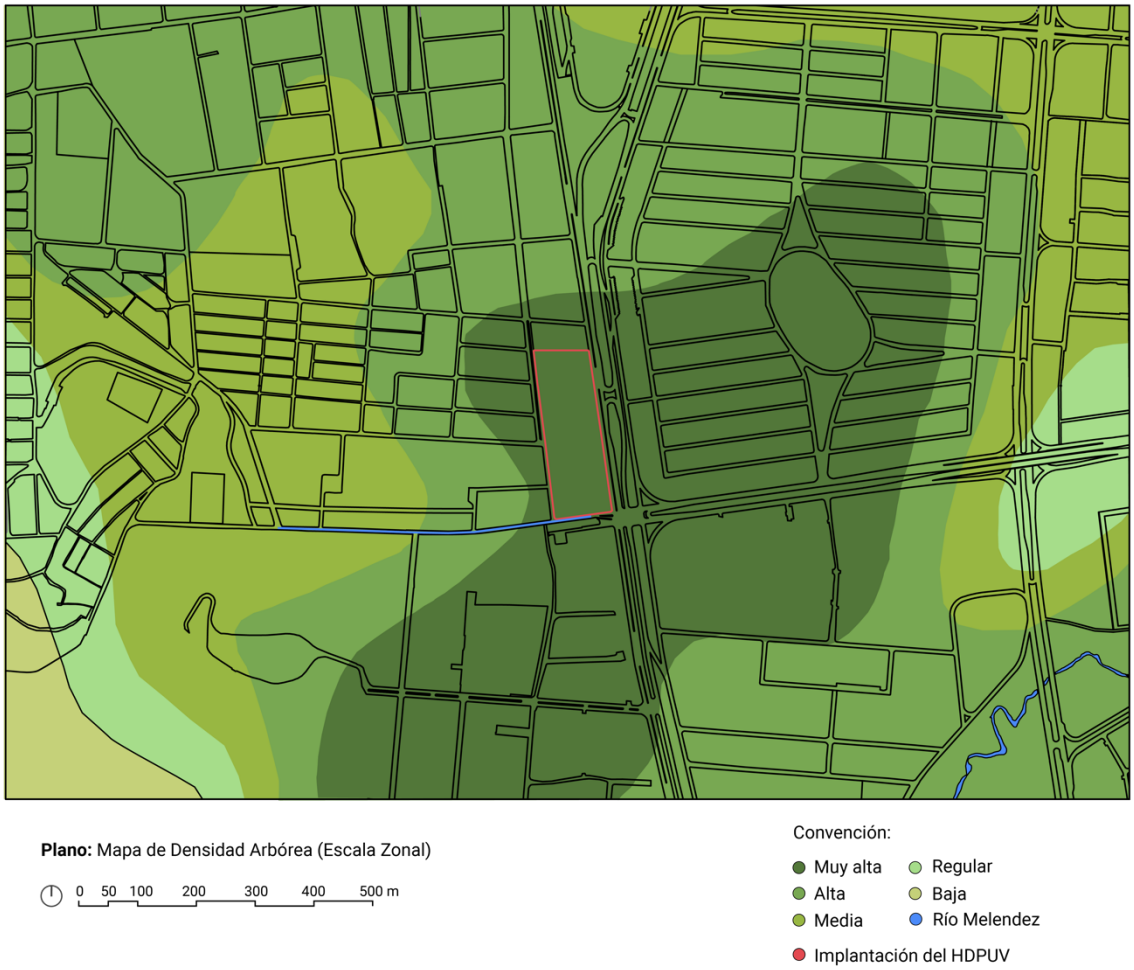


Figura 61. Mapa de Densidad Arbórea (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2015a. Adaptado.

Por lo observado, al entorno inmediato del hospital, fue designado el nivel muy alto de densidad arbórea. Esa, sin embargo, es un área restricta de la zona estudiada, que en verdad está rodeada por otras áreas que presentan niveles más bajos de densidad arbórea, funcionando como una barrera para el proceso de expansión de las áreas verdes bien arborizadas, que al final tienden a actuar más directamente en la recuperación de los espacios públicos, bajo los principios de la conservación.

Además, aportando este análisis, está el dato fornecido en el Plan de Gestión Ambiental de Cali de 2018 (PGAM), realizado por el DAGMA, de que el índice de áreas verdes por habitante, en Cali, es de 2,65 m^2. Un valor más bajo que lo encontrado en Bogotá, Medellín y Bucaramanga. De ahí surge una problemática importante en el contexto actual, una vez que el índice está bastante abajo de lo que plantea la OMS, en su recomendación mínima de 9m^2 de áreas verdes por habitante (DAGMA, 2019a). Bajo esta perspectiva, es interesante considerar la distribución de las áreas verdes de Cali en las comunas que componen su zona urbana, a partir del panorama presentado por la Figura 62, elaborada a partir de los datos fornecidos por el DAGMA y donde está expuesto el índice en los años 2012 y 2017. Esta variación entre los años también es importante para percibir el proceso de evolución de las áreas verdes, que han presentado un decrecimiento del en 15 de las 22 comunas, en los 5 años analizados.

Se nota que, entre las 22 comunas - divididas conforme el Plano de Implantación del HDPUV en la Zona Urbana de Cali, presentado anteriormente - la Comuna 18, que es donde está ubicado el hospital, presenta uno de los menores índices, con un total de 0,65 m^2 de áreas

verdes por habitante en 2012 y 0,59 m^2 en 2017. En este sentido, también fue observado que la única Comuna que presenta un índice en acorde a lo recomendado por la OMS, de 9 m^2 por habitante, es la Comuna 22, con sus áreas verdes que suman 9,02 m^2, en 20212, y 13,34 m^2, en 2017.

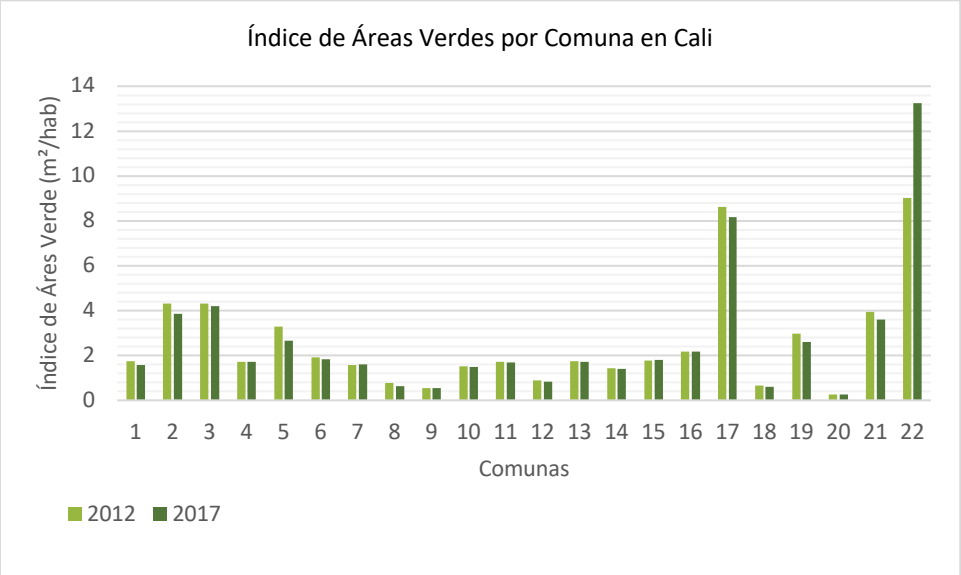


Figura 62. Gráfica – Índice de Áreas Verdes por Comuna en Cali
Fuente: DAGMA, 2019a. Adaptado.

Este déficit de espacios públicos verdes y de arbolado en la ciudad de Cali contribuye para un escenario crítico, lo de las islas de calor (DAGMA, 2019a), que han crecido de una manera incontrolable y llegaron a cubrir el 70% de zona urbana. Este es un factor nocivo para el bienestar de la población y la disminución de la presencia de avifauna en los barrios menos arborizados, que son ocasionados por el aumento de la temperatura.

Otro factor importante para el análisis de este escenario es la relación entre la cantidad de árboles y el número de habitantes de la ciudad, que ofrece un parámetro aún más directo sobre la influencia de la arborización en la calidad de vida humana. Para eso, la Figura 63, que muestra el Mapa de Nº de Árboles por Habitantes en el entorno del HDPUV, fue desarrollado con base en datos fornecidos por el IDESC, que por su vez trabajó con el censo arbóreo de Cali de 2015. El mapa representa la relación entre la cantidad de árboles por cada 1.000 habitantes a nivel de barrio (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015a) y fue adaptado a la escala zonal trabajada en los otros análisis de este trabajo. Vale resaltar que, para algunos barrios identificados como institucionales, no fue posible hacer el cálculo, debido al número de habitantes, que es considerado cero. Por lo cual hay zonas en blanco en el mapa.



Figura 63. Mapa de Nº de Árboles por Habitantes (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2015a. Adaptado.

Este mapa informa que la mayor parte de los barrios vecinos del HDPUV presenta un índice mediano de árboles por habitante, variando entre 238 y 308 árboles a cada 1.000 personas. Ya para el barrio en que el hospital está inserido – el Alférez Real - la situación es un poco más crítica, pues que presenta en índice regular de árboles por habitante. Con un valor de 181 árboles a cada 1.000 personas, el entorno inmediato del hospital, que ocupa el penúltimo rango del sistema de clasificación utilizado, ejemplifica una típica situación de las zonas urbanas modernas, en que intervenciones urbanísticas de recuperación del ecosistema se hacen necesarias para el desarrollo de áreas verdes públicas. En fin, se entiende que este proceso está aportado por las normativas establecidas por la OMS, que recomiendan el índice de 333,3 árboles por cada 1.000 habitantes, casi el doble de lo presentado por la zona de mayor influencia del hospital (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015a).

Así mismo considerando una escala mayor, esta situación preocupante se mantiene. El promedio de habitantes por cada árbol, teniendo en cuenta todo el territorio de Cali, es de aproximadamente 9 personas, por ejemplo (DAGMA, 2019a). En este sentido, observando más específicamente cada una de las comunas que conforman la zona urbana de Cali, así como fue desarrollado en el Índice de Áreas Verdes por comuna, fue propuesta la Figura 64, que informa el Índice de Habitantes por Árbol en cada una de las 22 comunas caleñas en los años 2006 y 2015, trazando también un panorama de crecimiento o decrecimiento del número de árboles en una misma manzana.

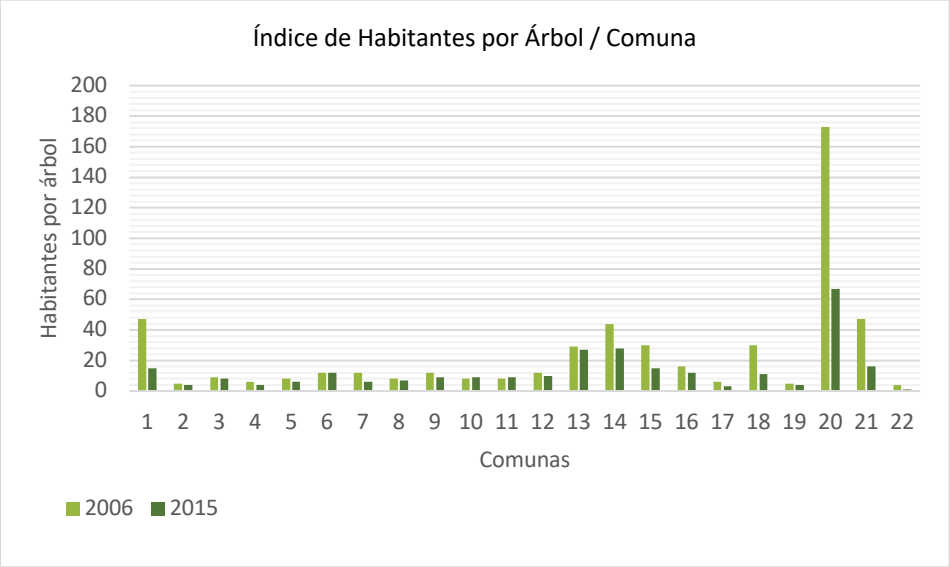


Figura 64. Gráfica – Índice de Habitantes por Árbol / Comuna
Fuente: DAGMA, 2019a. Adaptado.

De acuerdo a lo observado en la gráfica, la proporción comentada - de 3 habitantes por árbol, recomendada por la OMS – solo se cumple en 2015, en 2 comunas: la comuna 17, que presenta 3 habitantes por árbol, y la 22, que presenta 1 habitante por árbol. Para la comuna 18, que abriga el HDPUV, la proporción es de 11 habitantes por árbol, en 2015. Aunque sea poco, bajo los parámetros ideales, este valor representa los resultados de un proceso de recuperación del medio ambiente que ha sido desarrollado en Cali. Eso porque, en 2006, el índice que presentaba la comuna 18 era de 30 habitantes por árbol; lo que quiere decir que el valor disminuyó, aproximadamente, hasta su tercera parte en un período de 9 años. Un hecho en pro de la calidad de vida que debe ser reconocido.

Otro aspecto importante del panorama ambiental de Cali, actualmente, es el bajo índice de especies nativas del Bosque Seco Tropical, principal ecosistema de la zona urbana de Cali, que está amenazado a nivel nacional y mundial, sufriendo implicaciones de desaparición de hábitats y especies. Del proceso de expansión urbana colombiano, de las explotaciones ganaderas, forestales y agrícolas, resultó una pérdida brutal del área original de este ecosistema, de la cual queda apenas 8%, siendo que solamente el 5% está protegido en reservas públicas o privadas (DAGMA, 2019a).

El déficit en la biodiversidad es una problemática decurrente de la degradación de este ecosistema. Analizando el arbolado de Cali, fue observado que el 41% de los árboles pertenece a apenas 2 familias y el 47% de los individuos está representado por 10 especies, siendo apenas 2 de estas especies nativas del Bosque Seco Tropical (DAGMA, 2019c). Este escenario está ejemplificado en la Figura 65, del Origen de las especies arbóreas en Cali - construida con base en los datos fornecidos por el DAGMA, considerando en censo de 2015 - que demuestra la relación entre las especies nativas y exóticas en el arbolado de Cali, teniendo como base un total de 291.544 árboles.

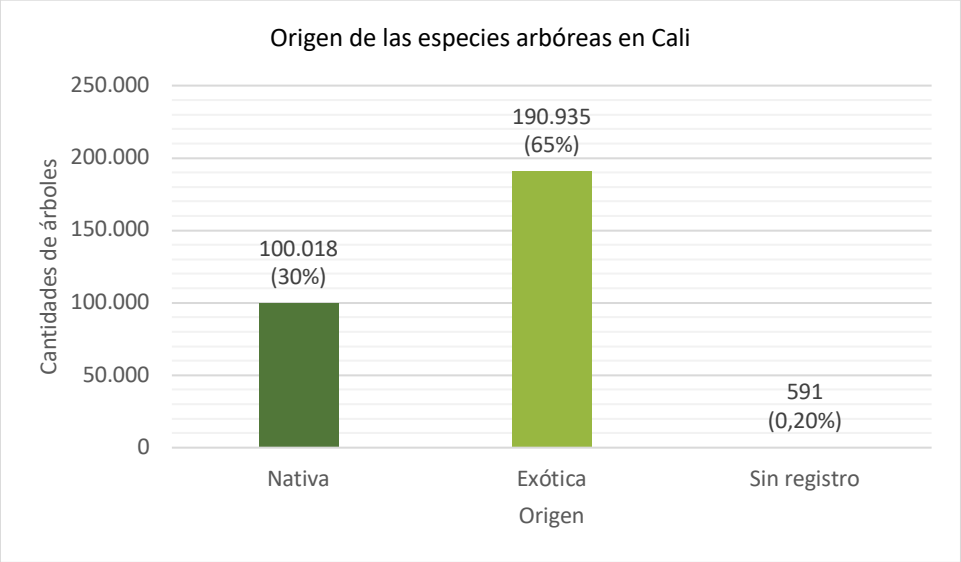


Figura 65. Gráfica – Origen de las especies arbóreas en Cali
Fuente: DAGMA, 2019a. Adaptado.

Una de las implicaciones derivadas del alto índice de especies exóticas o introducidas, que es de 65% en Cali, es el déficit de recursos para la fauna, como alimento, hospedaje, sitios de reproducción, lo que ha provocado el desplazamiento de especies nativas del Bosque Seco Tropical, afectando el curso de la historia natural. Razones por las cuales los lineamentos desarrollados para el Plan de Coberturas Vegetales, realizado por el DAGMA, prevén fomentar el reencuentro con las especies nativas (DAGMA, 2019a).

En este sentido, se entiende la cobertura vegetal como un elemento central en la constitución de la estructura ecológica de la ciudad, sirviendo como medio para alcanzar la conectividad con el entorno regional y para lograr favorecer la biodiversidad, la oferta de bienes y servicios ecosistémicos y el bienestar de la población (DAGMA, 2019a).

Bajo esta perspectiva, el Plan de Coberturas Vegetales citado defiende la propuesta de "renaturalización inducida" (Pierre Pech, 2011 como citado en Plan de Coberturas Vegetales DAGMA), o sea, diseñada por el hombre, para la zona urbana de Cali. Por medio de propuestas de aumento, renovación, manejo y conservación de las coberturas vegetales, se pretende mejorar la conectividad ecológica entre zonas rurales y urbanas desde una mirada regional. Uno de los objetivos, en este sentido, es presentar bases conceptuales y metodológicas que aporten la mejoría cuantitativa y cualitativa de especies vegetales, promoviendo la funcionalidad del ecosistema y favoreciendo la participación institucional y comunitaria. El eje central de actuación es la siembra de árboles, palmas y arbustos con la participación ciudadana, a fin de promover la relación entre moradores y especies vegetales, asegurar el acceso igualitario a los espacios públicos y recuperar elementos culturales y comunitarios entorno al arbolado (DAGMA, 2019a)

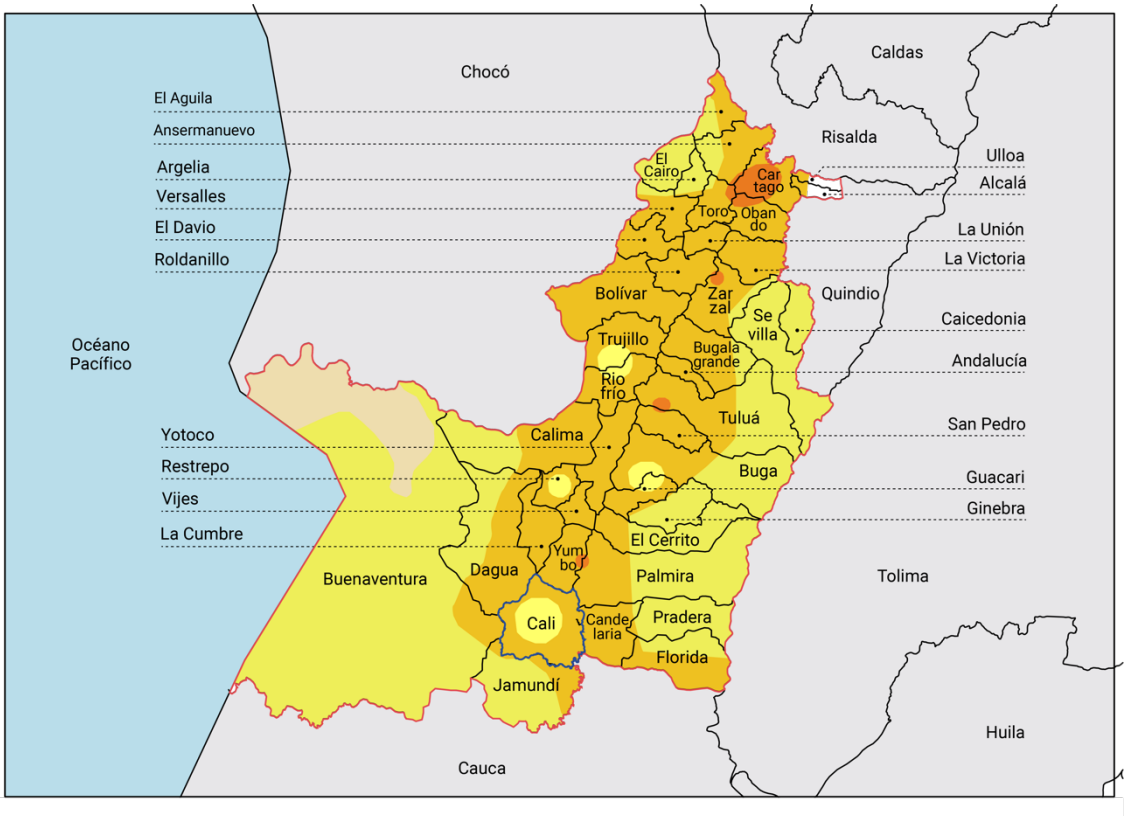
. Análisis Bioclimático

Componiendo el análisis bioclimático del edificio del HDPUV, fueron propuestos los siguientes análisis: Radiación solar, Ventilación y Ruidos:

. Análisis de la radiación solar

Empezando el Análisis Bioclimático del entorno del HDPUV por la Radiación Solar, se pretende cuantificar los promedios de Irradiación Solar que incide sobre el territorio colombiano en un periodo de un año, a partir de la Figura 66, en el cual se observa el Mapa de Irradiación Solar Global Horizontal Diario Anual por municipios, realizado con base en los datos fornecidos por el IDEAM en 2014 y adaptado para una escala departamental. Estos datos provienen de cerca de 110 sensores de radiación, los piranómetros, que pertenecen a la red de estaciones automáticas del IDEAM desde 2005. La idea es identificar regiones estratégicas, que presenten un potencial para suplir las demandas energéticas de la población; regiones más afectadas por la incidencia solar, que necesitan intervenciones arquitectónicas y urbanísticas; y las mejores implantaciones para el diseño de edificaciones confortables y energéticamente eficientes, comprometidas con la promoción de una calidad ambiental adecuada (IDEAM, 2014).

La importancia de abordar el uso de fuentes renovables de energía, como es el caso de la energía solar, tiene que ver con la posibilidad de contribuir con un desarrollo más sostenible para el planeta, porque se trata recursos más limpios que los provenientes por fuentes fósiles, que son ampliamente utilizados en las ciudades modernas. La medición de la radiación solar de un determinado lugar, en este sentido, es interesante porque abarca una gran variedad de aplicaciones - en los campos de ingeniería, arquitectura, agricultura, salud humana, meteorología, por ejemplo. Ella puede ser utilizada como fuente alternativa de energía para generar electricidad y en sistemas de calentamiento de agua, en diseño de edificios e infraestructura y otras aplicaciones, reemplazando el consumo de combustibles fósiles, que generan impactos ambientales importantes hoy en día, como el calentamiento global, calidad del aire, lluvia ácida, generación de aerosoles (IDEAM, 2014).



Plano: Mapa de Irradiación Solar Global Horizontal Diario Anual por municipios (Escala Departamental)

0 25 50 100 Km

Convención:

- Departamentos de Colombia
- Perímetro del Valle del Cauca
- Perímetro del Municipio de Cali

Irradiación por Municipios del Valle del Cauca (KWh/m²/día)

- 3,0 - 3,5
- 3,5 - 4,0
- 4,0 - 4,5
- 4,5 - 5,0
- 5,0 - 5,5
- 5,5 - 6,0

Figura 66. Mapa de Irradiación Solar Global Horizontal Diario Anual por municipios (Escala Departamental)
Fuente: IDEAM, 2014. Adaptado.

El análisis del mapa permite observar que los valores anuales de irradiación solar en los municipios del Departamento del Valle del Cauca varían entre 3,0 y 5,5 KWh/m^2 por día, siendo que los menores valores fueron registrados en las fronteras del departamento y en la costa del Océano Pacífico, y los mayores valores son referentes a las áreas del centro, que son más montañosas. En el municipio de Cali, por otro lado, las áreas de irradiación más intensa ocupan el borde del municipio, que es donde está ubicada la mayor parcela de la zona urbana, mientras que en el centro los valores son más bajos. La irradiación solar, en este caso, presenta mínimas entre 4,0 y 4,5 KWh/m^2 por día y máximas entre 4,5 y 5,0 KWh/m^2 por día. En este sentido, vale resaltar que los impactos relacionados a la exposición humana a altos índices de radiación solar afectan a la salud de la población y a la calidad de vida, por lo cual estrategias de protección solar en los ambientes arquitectónicos y urbanísticos son esenciales en zonas que reciben mucha radiación.

Pensando en el tema de las estrategias de protección solar que pueden ser aplicadas en los edificios y espacios públicos de las ciudades, a fin de promover confort térmico a la población, se encuentra la necesidad de entender la incidencia solar en un determinado lugar. Por eso, en esta etapa del trabajo, la Carta Solar de la ciudad de Cali (Figura 67) fue elaborada pensando en obtener informaciones acerca de la elevación solar y del azimut, a fin de conocer la localización del sol y su incidencia en las fachadas del hospital, a partir de la latitud (03º30' Norte) y de la longitud (76º30' Oeste) de la ciudad. La fecha elegida para el análisis fue el día 21 de junio, que es el Solsticio de verano y presenta una situación más desafiadora, en lo que se refiere a la promoción de confort ambiental, es decir, que es más demandante para las estrategias bioclimáticas de protección solar proyectadas.

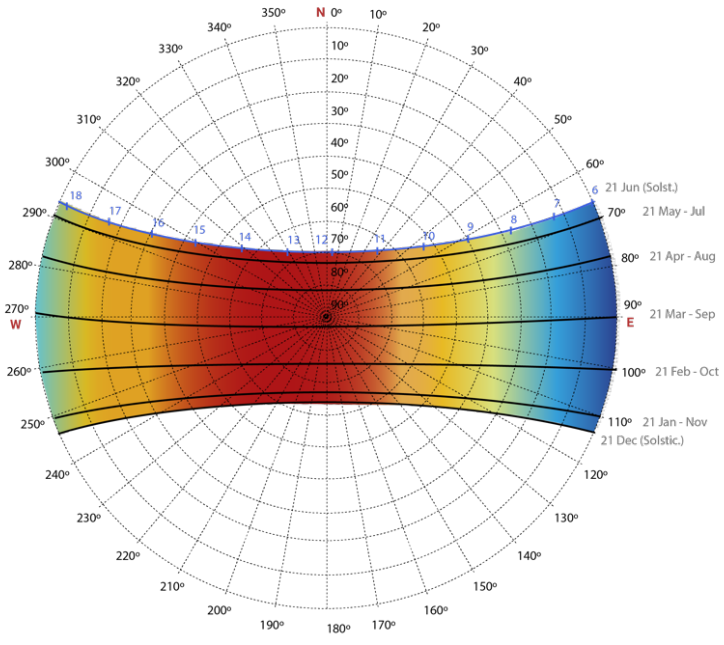


Figura 67: Carta Solar de Cali (21/06 – Solsticio de Verano)
Fuente: Autora, 2021.

Analizando la carta solar del Solsticio de Verano a las 13 horas, como lo observado en la Figura 68, fueron encontrados los ángulos que definen la localización del sol en la abobada celeste en este horario, el Azimut de 329,49º y la Elevación Solar de 66,53º. El Azimut, representado por la mancha azul, es el ángulo que la proyección del sol hace en relación a la dirección norte. Ya la Elevación Solar, representado por la mancha circular amarillo anaranjado, tiene que ver con el

ángulo formado entre el sol y el plano horizontal. A partir de esta información es posible proyectar sombras en una hora determinada y de acuerdo a la necesidad de una fachada. Una información importante para el proceso de mejorías de la infraestructura física por lo cual ha pasado el hospital.

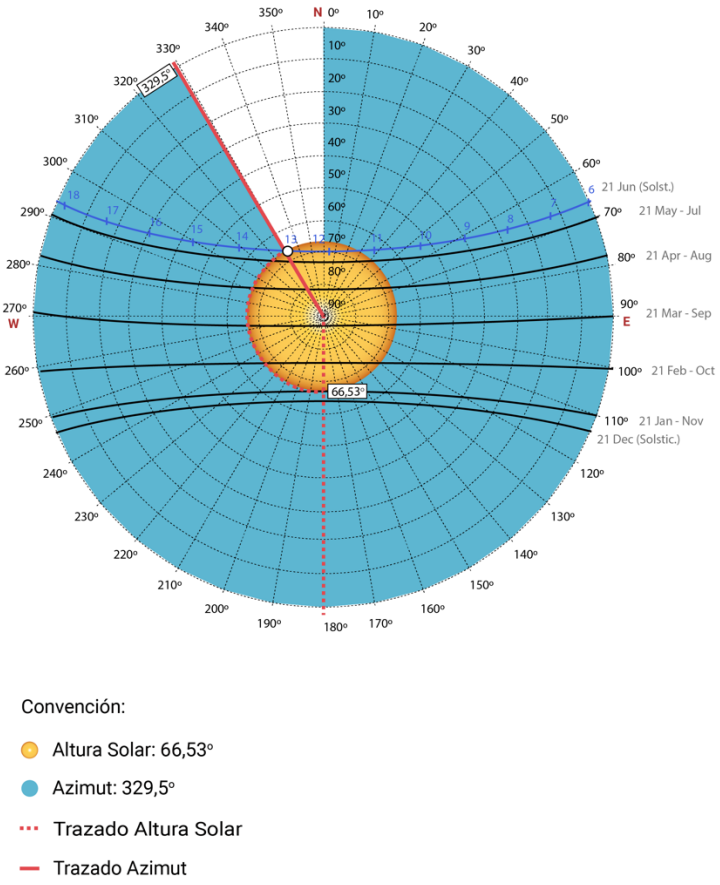
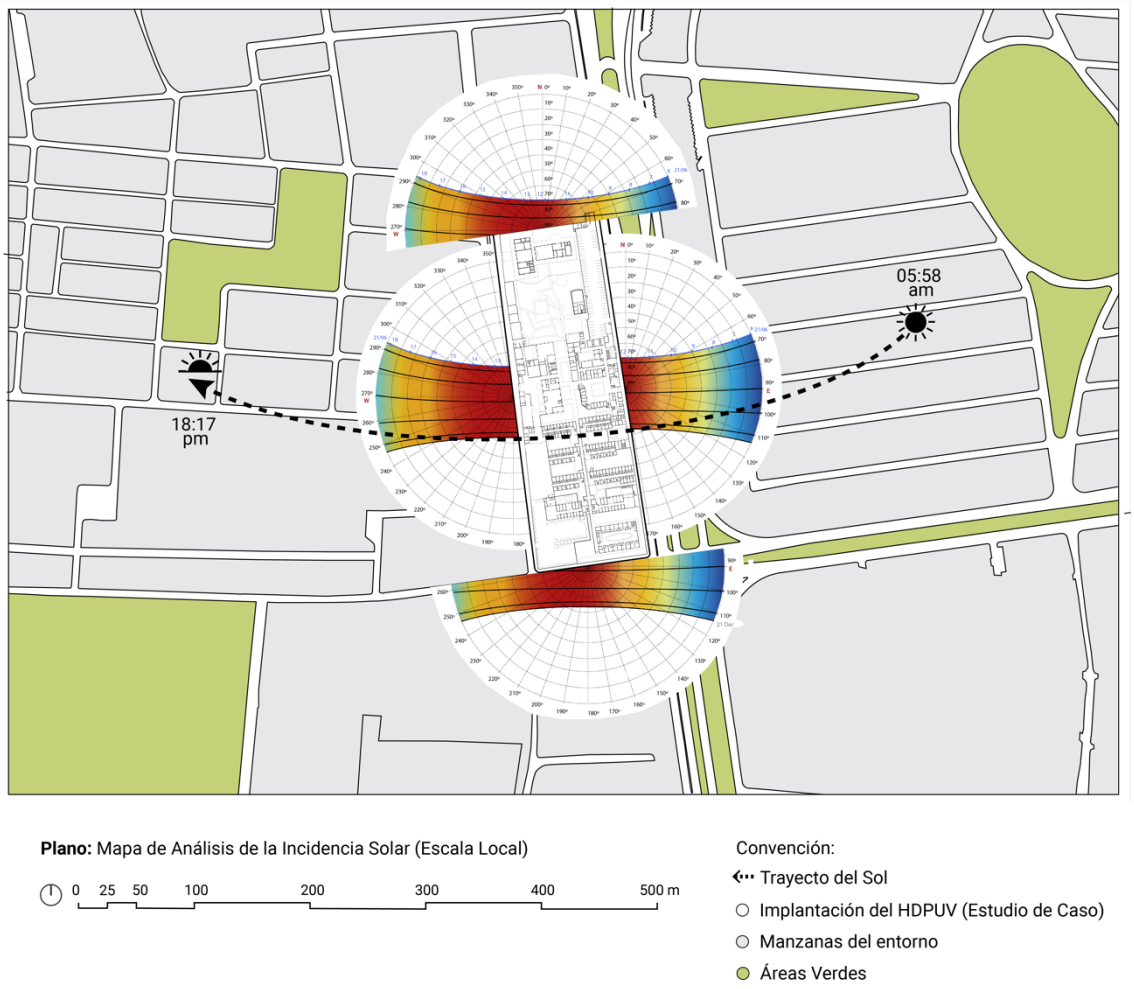


Figura 68: Carta Solar de Cali (21/06 – 13 horas)
Fuente: Autora, 2021.

A fin de aprovechar las informaciones generadas por la carta solar, la Figura 69 fue elaborado a partir de su superposición en el plano del HDPUV, alineando su punto central con las cuatro fachadas que componen el hospital y que se abren hacia direcciones diferentes. La parcela de la carta solar que se ve para fuera de la fachada es la que incide y que trae el conjunto de informaciones acerca de los ángulos de incidencia del Sol. Así siendo, se entiende que una vez bien posicionada, la carta solar fornece informaciones sobre el comportamiento del Sol en relación a la fachada estudiada a lo largo de todo el año. Lo que es absolutamente importante en la construcción de espacios que generan bienestar al transeúnte, para implementar el uso de vegetación, la sectorización de los espacios, los elementos de protección solar, para la siembra y el cultivo vegetal, en fin, para la construcción del paisaje como un todo.



Plano 69: Mapa de Análisis de la Incidencia Solar (Escala Local)
Fuente: Autora, 2021

Por lo observado en el mapa, en abril, mayo, junio, julio y agosto, la fachada norte está constantemente expuesta a la incidencia solar, entre el nacer y la puesta del sol – que, en el Solsticio de Verano, ocurre entre 05:58 am y 18:17 pm. Ya en los meses de marzo y septiembre, esta exposición se restringe a las últimas horas del día, más específicamente en el período de la tarde, después de las 14 pm. Este panorama requiere atención, visto que el período de incidencia solar de la fachada incluye las horas de temperatura más elevadas del día y del año. Hacia esta dirección, el lote del hospital limita con el lote de otra institución de salud, que dispone de un edificio con una altura significativa, es decir, que puede influenciar en la incidencia solar en el área correspondiente del hospital - una parte del jardín y la fachada posterior de la Casona. Así siendo, para futuros análisis y proyectos, es interesante observar la relevancia de la máscara de sombra generada por el edificio vecino en estos espacios, en lo que refiere a confort térmico y bienestar, a fin de proponer estrategias funcionales y en acorde al contexto local.

La fachada este - que es donde están ubicadas las principales entradas y que atraviesa longitudinalmente diferentes sectores del hospital -, por otro lado, solo recibe incidencia solar entre 6 am y 12 pm. Además, diferente de la fachada anterior, esta incidencia es permanente, es decir, ocurre durante todo el año. Esta constancia es interesante para el proceso de proyectar máscaras de sombras y protectores solares, porque las mismas requieren previsiones. En este sentido, como observado en la Figura 69, por la mancha degradé que representa la intensidad de las temperaturas, en la parte de la mañana, el clima es más ameno que en la tarde, lo que resulta favorable para los sectores del hospital que se vuelven hacia esta fachada, porque pueden disfrutar de iluminación natural sin perder tanto confort térmico.

Sin embargo, otro punto negativo para estos ambientes es la proximidad con la Calle 5, una vía arteria principal, que presenta un flujo vehicular intenso y provoca una baja en los niveles de calidad ambiental de los espacios adyacentes. Circunstancia que puede ser amenizada con vegetación y protectores solares coherentemente implantados.

La fachada oeste, por su vez, por estar orientada hacia la dirección opuesta de la fachada este, recibe la incidencia solar en el período opuesto del día, entre las 13 pm y 18 pm. En este sentido, las temperaturas atingidas en el período de la tarde son más altas, como muestra la mancha degradé de temperaturas, y requieren protección solar rigorosa, sea con elementos construidos o naturales, en los ambientes que se abren hacia esta fachada. En el contexto del hospital, sin embargo, no hay muchas aperturas hacia esta fachada, que es considerada la posterior del terreno y que atraviesa longitudinalmente diferentes sectores del hospital. En la mayor parte de la extensión posterior del hospital, hay un largo pasillo abierto, destinada al sector de Servicios y a un parqueadero, que ocupan el espacio entre el edificio principal y el muro de cierre con la Calle 4, una vía arteria secundaria bien arborizada, funcionando como una franja de amortiguamiento para los rayos solares que inciden en esta fachada. En el sector del Hospital Día, sin embargo, esta fachada está desprotegida y ocupada por el Pabellón, que no cuenta con aperturas, y por la Casona, que dispone de un jardín que también funciona como amortiguador para la incidencia solar.

Por último, la fachada sur presenta un escenario interesante, que es la incidencia solar constante, en todos los períodos del día, durante los meses de enero, febrero, octubre, noviembre y diciembre, lo que incluye el Solsticio de Invierno, cuya duración del día se da entre las 6:06 am y 18:02 pm; y la incidencia sola apenas en las primeras horas del día, durante los meses de marzo y septiembre, lo que incluye los Equinoccios de Primavera y de Otoño. En este caso, para promover el confort térmico, los elementos de protección solar utilizados, sea naturales o construidos, deben ser pensados para fornecer sombra principalmente en el período de la tarde, utilizando los ángulos de elevación solar y el azimut para proyectar máscaras de sombra eficientes. En el contexto del hospital, sin embargo, esta fachada no tiene aperturas; está ocupada por el parqueadero y la Sala 10 de Hospitalización, cuyas ventanas de los cuartos se abren hacia afuera, pero que están protegidas por el muro de cierre lateral del hospital, que separa su interior de la Carrera 80. En este sentido, es perceptible que el jardín que ocupa el espacio entre la pared de los cuartos y el muro externo, con 5,55 metros de ancho, puede servir como franja de amortiguamiento de los rayos solares, si bien arborizado.

Análisis del viento

Entrando en el tema de ventilación, es interesante decir que la ciudad de Cali, a nivel macroclimático, recibe influencia de los vientos provocados por el movimiento de la Tierra, que son llamados de Alisios. Estos vientos, provenientes de los hemisferios Norte y Sur, convergen a lo largo del Ecuador, en un área conocida como Zona de Confluencia Intertropical (ZCIT), generando grandes cantidades de nubes por la convección, variación en los vientos, altos niveles de precipitación y un alto porcentaje de vapor de agua en el aire. Esta es la región donde Cali está localizada. (Castañeda, 2013)

Por lo general, en los de junio, julio y agosto, los Vientos Alisios más frecuentes son los provenientes del Suroeste, que ascienden por la Cordillera Occidental y descienden por los Farallones de Cali, con corrientes de aire calientes y secas, que producen una estación calurosa. Ya entre diciembre y marzo, que también es una época seca, los Vientos Alisios del Nordestes son más frecuentes y moldan esta estación. Sin embargo, a nivel microclimático, Cali también es influenciada por corrientes de origen local (Castañeda, 2013). Por eso, es importante un análisis más enfocado en el sector de la ciudad que abriga el edificio del HDPUV, a fin de observar la influencia de la ventilación en su terreno de implantación.

Así siendo, abordando el tema de la ventilación en la escala local, la Figura 70, que trae una Rosa de los Vientos creada con datos de 2006 a 2009 de la Estación del IDEAM, localizada en el norte del campus de la Universidad del Valle, en Cali, sirvió como base para el análisis de la dirección y de la velocidad del viento en el sector que el hospital está ubicado, en el sur de la ciudad. La elección de la estación a fornecer los datos para este análisis fue importante porque los vientos varían de acuerdo a la microzona de la ciudad, que presentan sensibles diferencias. En cada microzona, hay una gran variabilidad tanto en la dirección como en la velocidad del viento, siendo las calmas más frecuentes en el sur de la ciudad (García, Cáceres, Peña, 2016).

La Rosa de los Vientos presentada, que fue adaptada de la original, demuestra que los vientos predominantes y con las mayores velocidades provienen principalmente de la dirección Noroeste, llegando a presentar una frecuencia de más de 9% del tiempo, con velocidades que varían entre 0,5 y 3,6 m/s. Las direcciones este y sudeste, en este sentido, también presentan una frecuencia relevante de vientos, pero con velocidades más moderadas, que varían entre 0,5 y 2,1 m/s. La dirección sur, por su vez, presenta este mismo rango de velocidad, pero con una frecuencia más baja, entre 6% y 9% del tiempo. La calma presenta una frecuencia de 38,89 % del tiempo sin movimiento del aire, un nivel alto. En fin, el vector resultante de este escenario proviene de la dirección sudeste y representa el viento en 36% del tiempo (García, Cáceres, Peña, 2016).

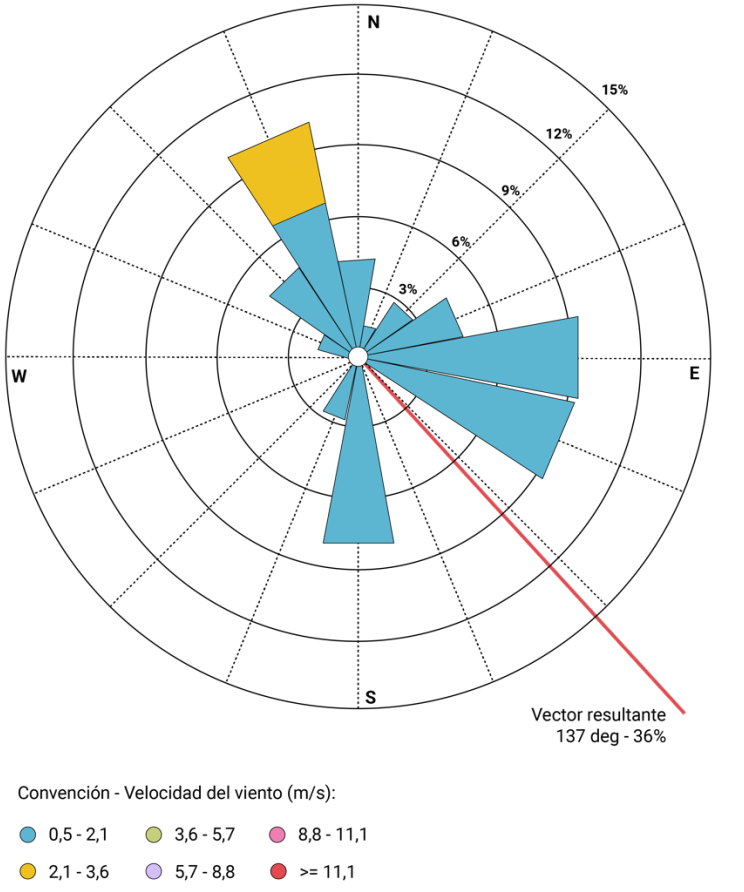


Figura 70: Rosa de los Vientos de Cali – Estación IDEAM, Univalle (2006 – 2009)
Fuente: García, Cáceres, Peña, 2016. Adaptado.

En este contexto, el Plano 71, con el Mapa de Dirección de Procedencia del Viento, fue desarrollado con base en la Rosa de los Vientos (Figura 70) de la estación del IDEAM, y de manera planificada expone la dirección que sopla el viento en la parte sur de la Zona Urbana de Cali, lo que permite desarrollar análisis sobre la procedencia más frecuente de los flujos de viento que llegan en el terreno de implantación del HDPUV. Estos análisis sirven, bajo el

abordaje de las instalaciones físicas, para definir parámetros de proyecto que pueden influir en la calidad ambiental del edificio y, en consecuencia, en las percepciones y experiencias en sus ambientes, a partir de directrices que visan el mejor aprovechamiento de los recursos naturales disponibles, como es el caso de la ventilación.

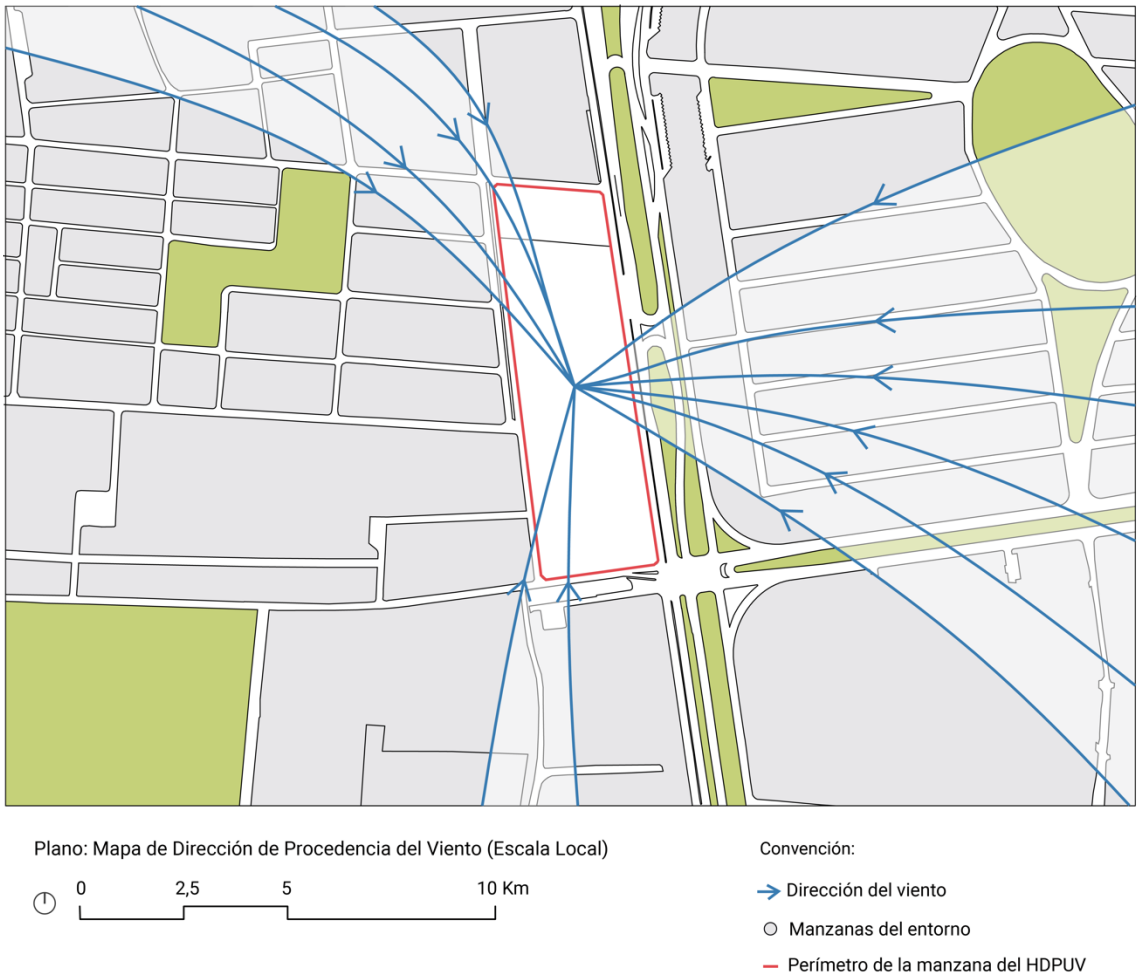


Figura 71: Mapa de Dirección de Procedencia del Viento (Escala Local)
Fuente: Autora, 2021

En cuanto a la velocidad del viento, por otro lado, la Figura 72 – con un mapa también adaptado del original propuesto por el IDEAM, en 2015 – trae esta información por departamento, a partir de manchas que representan los rangos de velocidad en todo el territorio colombiano. De la composición generada, se observa que el departamento del Valle del Cauca, que es donde está ubicado el hospital, presenta velocidades bajas en la mayor parcela de su territorio, variando entre 0 y 4 m/s. Apenas en la región de divisa con el Departamento Tolima, se observa velocidades más altas, que varían entre 4 y 7 m/s.

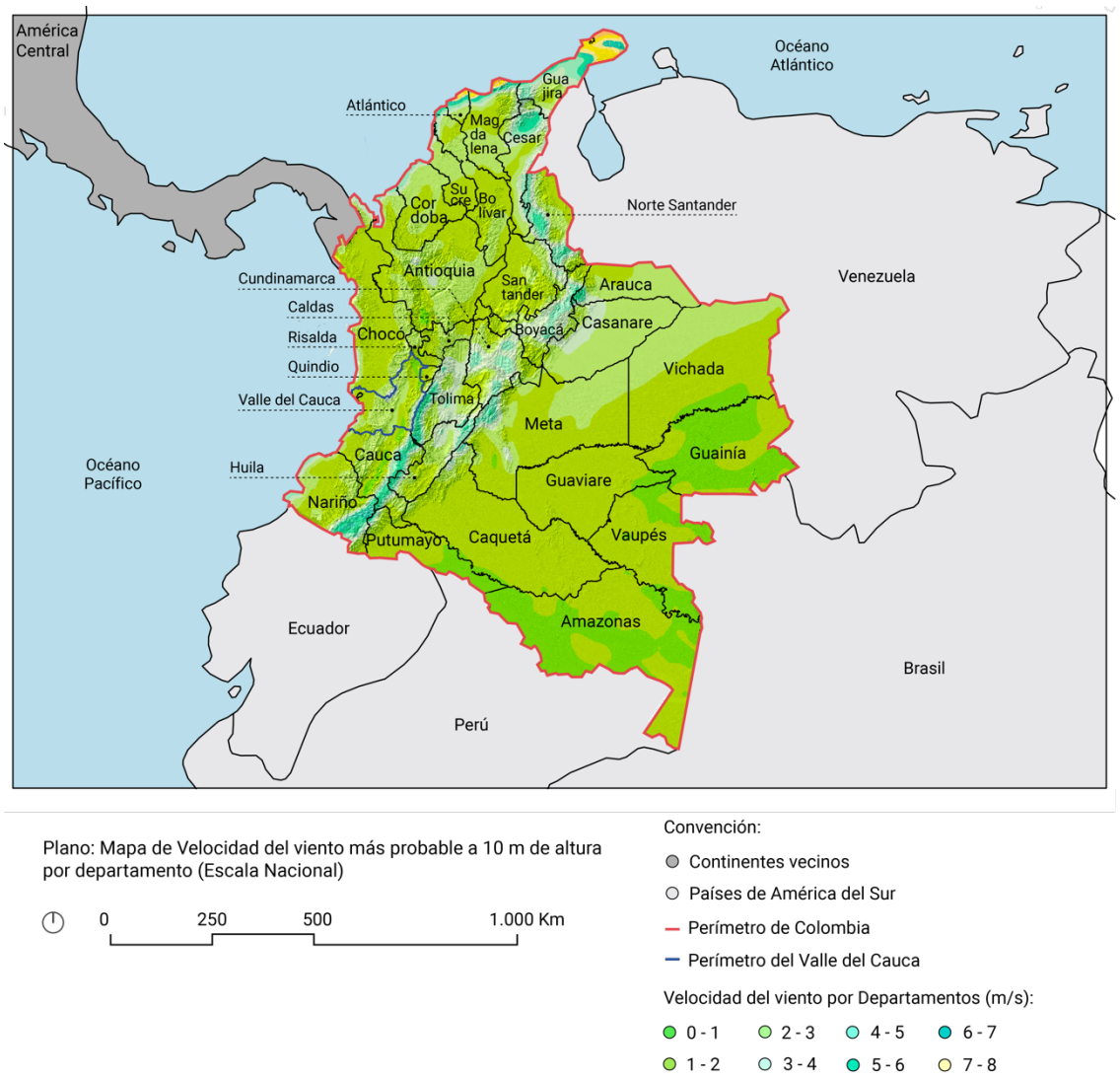


Figura 72: Mapa de Velocidad del viento más probable a 10 m de altura por departamento (Escala Nacional)
Fuente: IDEAM, 2015. Adaptado.

Las informaciones graficadas en estos medios sirven como instrumento para entender, por ejemplo, que el HDPUV está ubicado en una región de vientos de velocidad moderada y, como visto antes, el flujo de viento más frecuente viene del lado oeste del Departamento del Valle del Cauca, de las corrientes de aire del Océano Pacífico, principalmente desde la dirección Sudoeste. Estos vientos encuentran con la región montañosa del Parque Nacional Natural Los Farallones de Cali, en el camino hacia la Zona Urbana, redireccionando su trayecto, que ahora tiende de Oeste a Sur.

Así siendo, la fachada oeste del hospital - ocupada longitudinalmente por el edificio de la Casona, por el Pabellón, ambos destinados a los servicios del sector del Hospital Día, y luego por el edificio del sector de Servicios - debe ser la protagonista en los análisis de ventilación de las áreas internas del terreno. Considerar el tipo de usos de esta fachada, que es la posterior, es importante porque su tratamiento adecuado posibilita el flujo del viento entre las demás áreas construidas del hospital, que se integran por medio de áreas verdes que ocupan la parte central del terreno, conforme descripto más adelante, en el Capítulo X, de Descripción de los ambientes. Esta composición favorece el movimiento del viento, lo que posibilita una ventilación interesante para la composición de espacios coherentes con la dinámica hospitalaria.

Análisis del ruido

Finalizando el análisis bioclimático del HDPUV y su entorno, la Figura 73 instiga una breve discusión acerca de los niveles de ruido presentes en los alrededores del terreno de implantación del hospital. A partir de manchas que representan los rangos de ruidos en decibeles, el mapa fue compuesto de manera a adaptar la información generada por la Infraestructura de Datos Espaciales de Santiago de Cali (IDESC), en 2015, para el contexto del estudio de caso. Para eso, fue utilizada la Escala Zonal, que permite la evaluación de las manzanas del entorno inmediato del sitio estudiado, principalmente de los barrios vecinos del Alferez Real, que componen las Comunas 17 y 18.

La composición del mapa demuestra que la zona en que el HDPUV está ubicada es ruidosa, considerando los parámetros de la OMS descritos más adelante, pues que presenta niveles que varían entre 65 y 67 decibeles ponderados (dBA). En la construcción de este escenario, que exprime una contaminación acústica, es posible percibir la demanda por acciones comprometidas con la mitigación de los efectos adversos de los ruidos urbanos observados en esta zona.

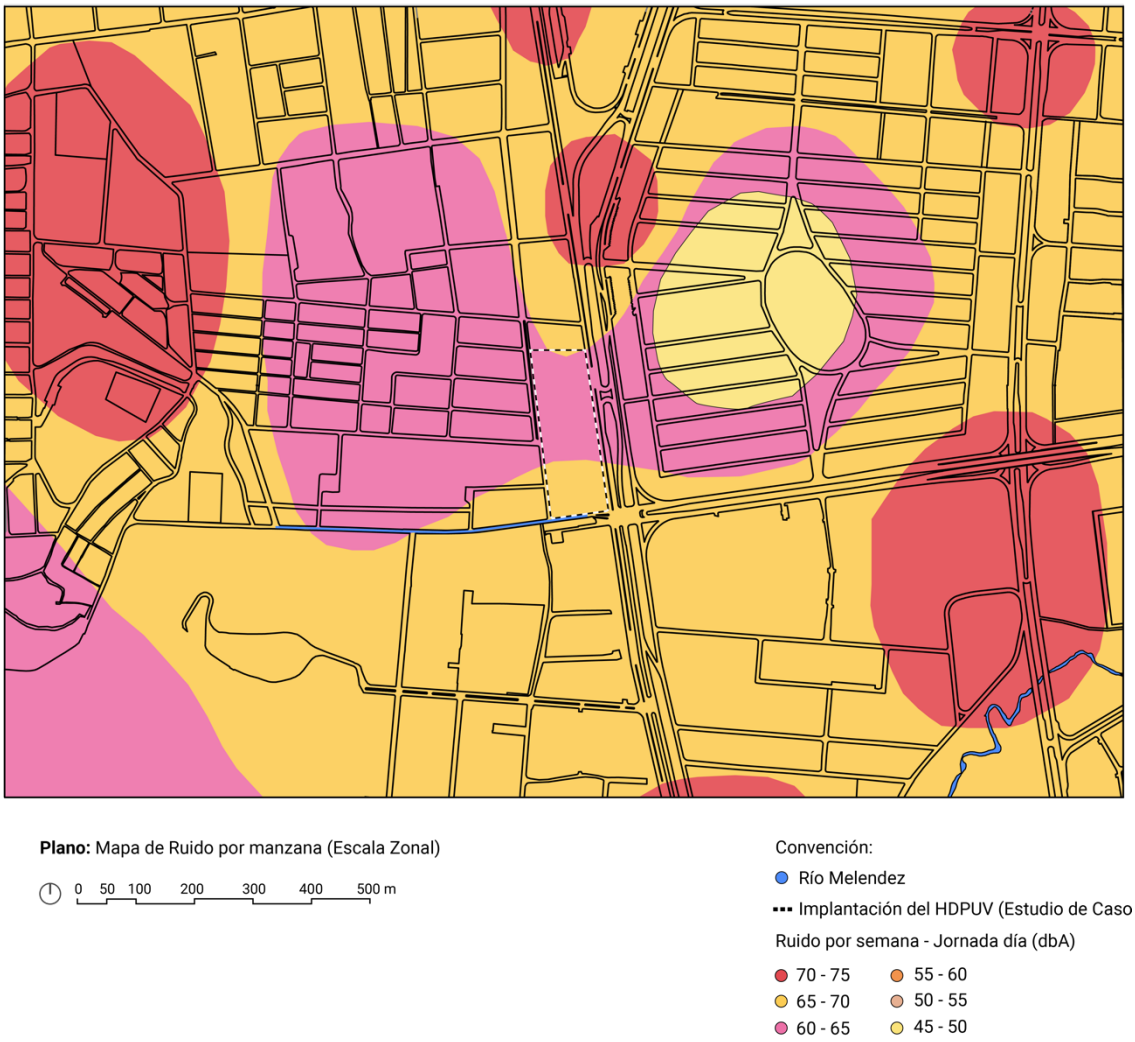


Figura 73: Mapa de Ruido por manzana (Escala Zonal)
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2015b. Adaptado.

Debido a la composición de tipología de usos de la zona, como visto anteriormente en el Mapa de Usos del Suelo, en el cual se observa una predominancia de usos residenciales y mixtos, que se refiere a la presencia de comercios en la zona, además de unos pocos ejemplares de uso dotacional, se justifica los altos niveles de ruidos encontrados. Además, como visto en el Mapa de Atractivos del Entorno, hay variados lugares que atraen visitantes temporarios,

principalmente comerciales y de educación, lo que justifica el movimiento de personas a partir de flujos peatonales y vehiculares que hacen que esta zona sea ruidosa.

En cuanto a los flujos, la movilidad de la zona estudiada está sujeta a la capacidad, infraestructura urbana y equipamientos presentes en la Calle 5 que, como visto en el Mapa de Jerarquía Vial, se trata de una vía Arteria Principal importante para las conexiones de toda la ciudad. Además, las otras vías que también componen la manzana del HDPUV, que son una vía Arteria Secundaria, una vía Colectora y una vía Local, también justifican los ruidos en lo alrededores del sitio estudiado, lo que puede ser perjudicial para la dinámica de recuperación que se requiere en el hospital.

El ruido urbano o ambiental, que está siendo abordado por la OMS desde 1980, representa el conjunto de ruidos emitidos por las diversas fuentes del medio urbano, como el tránsito automotor, ferroviario y aéreo, la construcción y obras públicas y el vecindario, a excepción de las áreas industriales. La contaminación acústica generada por estos ruidos genera consecuencias adversas tanto directas como acumulativas, principalmente para la salud, pero también socioculturales, estéticas y económicas (OMS, 1999). Se entiende que el ruido es una problemática importante de salud pública, por su capacidad de impactar negativamente en la salud física y mental y en el bienestar humano; y ella sigue creciente tanto para el público en general cuanto para los responsables políticos (Environmental Noise Guidelines for the European Region – OMS, 2018).

Entre el ruido y el sonido, no hay distinciones físicas, su principal diferencia está en la percepción sensorial. Generalmente, el ruido se define como un sonido no deseado (OMS, 1999). En este contexto, la exposición al ruido provoca tanto efectos auditivos, por medio de lesiones directas en el sistema auditivo que causan pérdida de audición y tinnitus, como no auditivos, por ser un factor de estrés no específico, principalmente si asociado a la exposición prolongada. Estos efectos son resultados de disturbios psicológicos y fisiológicos, así como la alteración de la homeostasis y aumento de la carga alostática (OMS, 2018).

Además de la audición y funciones fisiológicas, los efectos adversos del ruido excesivo también actúan sobre el social, sobre el sueño, sobre el rendimiento y sobre la salud mental. Para el ultimo, se entiende que el ruido ambiental no causa enfermedades mentales, pero tiene la capacidad de intensificar el desarrollo de trastornos mentales latentes. La exposición a altos niveles de ruido está asociada, por ejemplo, con el desarrollo de neurosis y con estudios sobre el uso de medicamentos tranquilizantes y para dormir, síntomas psiquiátricos y tasas de internamientos en hospitales psiquiátricos (OMS, 1999).

Específicamente en los hospitales, como es el caso del presente estudio de caso, los efectos críticos de los ruidos urbanos son responsables por trastornos del sueño, molestia e interferencias de la comunicación oral. El nivel ideal de sonidos para el interior del hospital, durante la noche, no debe exceder 40 dBA, mientras durante el día, el valor base es de 30 dBA, debido a que los pacientes tienen menor capacidad para enfrentar el estrés. En este sentido, los pacientes hospitalarios incluso están incluidos en los subgrupos vulnerables, que también abrigan personas con enfermedades médicas específicas, con deficiencia, niños pequeños, bebes y ancianos en general. Para estas personas, se recomienda tener reglamentos específicos de protección contra ruidos (OMS, 1999).

Pensando en esto, la OMS desarrolla guías para el ruido urbano que pueden servir como base para la organización de normas que prevén el manejo de ruidos en las ciudades, en respuesta a la necesidad de tomar acciones frente a esta problemática, visando mejorar legislaciones nacionales y regionales (OMS, 1999). En el ultimo informe sobre el tema, el *Environmental Noise Guidelines for the European Region*, publicado en 2018, la OMS proponen recomendaciones para proteger la salud humana de la exposición del ruido ambiental

procedentes de fuentes diversas: transportes, tráficos rodados, ruido de turbinas eólicas y ruido de ocio (OMS, 2018).

Según el informe, para el buen manejo de ruidos, se debe monitorear la exposición al ruido; mitigar la inmisión en ambientes de ruido, así como las emisiones de fuentes de ruido.; considerar las consecuencias del ruido en el proceso de planificación de sistemas de transporte y usos del terreno; introducir sistemas de vigilancia para los efectos adversos derivados del ruido; evaluar la efectividad de las políticas sobre el ruido en el proceso de mejoramiento de ambientes libres de ruidos ("soundscapes"); adoptar las guías de la OMS como metas intermediarias; y adoptar medidas preventivas para el desarrollo sostenible de los ambientes acústico (OMS, 2018).

Sobre el trafico rodado, que es una de las problemáticas más latentes del estudio de caso del HDPUV, el informe de la OMS propone la reducción de los niveles de ruido para 53 decibeles (dB), durante el día, en las carreteras. Superar este nivel representa generar efectos adversos para la salud. Para el período de la noche, se recomienda no ultrapasar el nivel de 45 decibeles (dB), bajo el riesgo de generar efectos adversos sobre el sueño. Estos niveles garantizan una exposición mediana al ruido urbano (OMS, 2018).

8.3 Los ambientes del HDPUV

La tercera fase del estudio de caso asume una escala más particular en el abordaje de los ambientes del HDPUV, que se divide en la descripción de los ambientes en tres etapas, como fruto de las visitas exploratorias a las dependencias del hospital: ambientes construidos del sector Hospital Día, ambientes construidos del sector de Hospitalización y áreas verdes.

Una vez aprobadas por el Comité de Ética, las visitas al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) fueron admitidas al área de Subgerencia Científica por David Ernesto Martínez Pérez y Carlos Alberto Miranda, subgerentes científicos. Posteriormente, las visitas fueron coordinadas por Andrea Burbano, profesional universitaria, y Doria Correa, auxiliar administrativa, quienes se encargaron de involucrar a profesionales de otras áreas que serían pertinentes para el desarrollo de este estudio de caso.

En conformidad con la Resolución nº 8430 de 1993, la descripción de los ambientes del hospital, como resultado de las visitas etnográficas exploratorias, fueron estructuradas en tres etapas, cada una asociada a un sector del hospital, que están identificados en la Figura 74. La primera etapa fue desarrollada en el sector del Hospital Día; la segunda en las Áreas Verdes; y la tercera en el sector de Hospitalización. Estos sectores fueron elegidos porque sirven como palco para la dinámica de atención al usuario - aquél que está internado o en acompañamiento terapéutico diariamente - donde, por lo tanto, se debe aplicar los conceptos de desinstitucionalización vistos anteriormente en este trabajo.

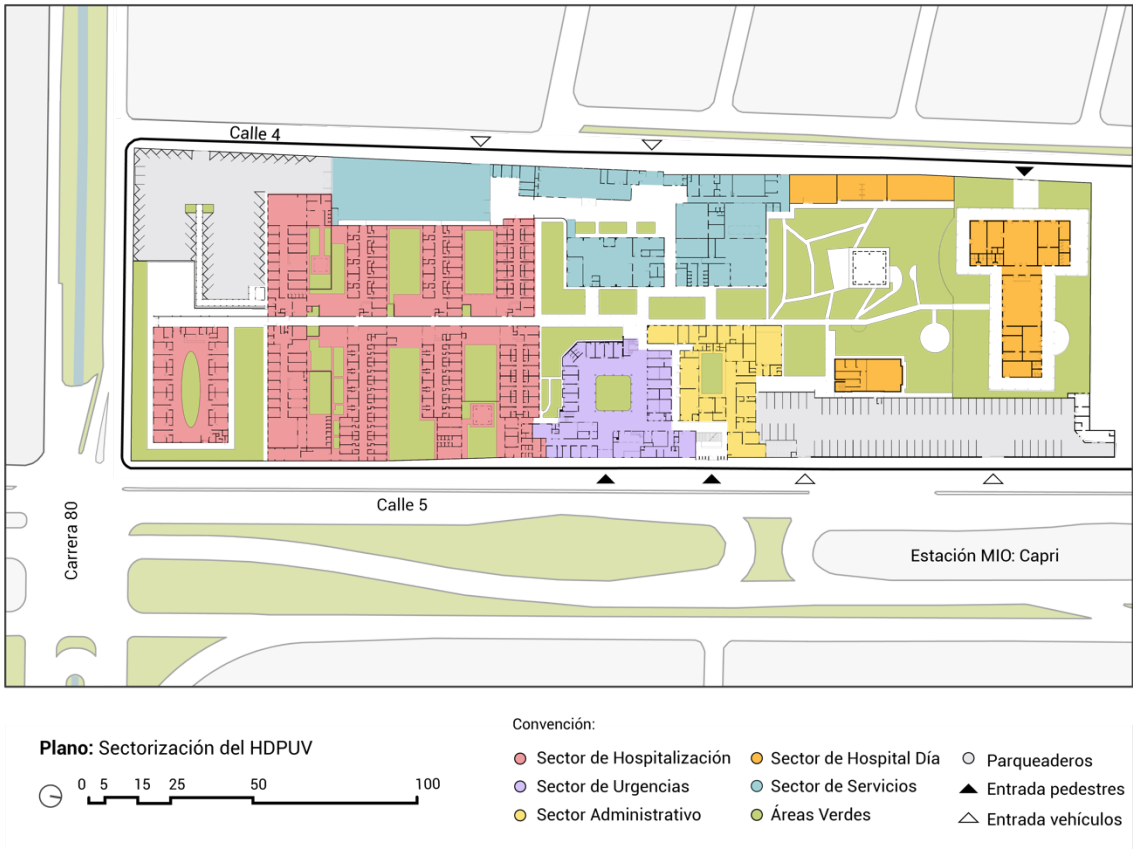


Figura 74. Plano: Sectorización del HDPUV
Fuente: Autora, 2021

Sin embargo, para entender el funcionamiento de los ambientes de estos tres sectores, que fueron descriptos en el estudio de caso, es importante conocer los demás sectores del hospital, que operacionalizan los servicios prestados junto a los usuarios y también requieren ambientes específicos: la recepción (Figuras 75 y 76); el sector administrativo, que tiene dos pisos (Figura 77 y 78); el sector de urgencias (Figura 79), con su recepción exclusiva (Figura 80) y consultorios también utilizados para consultas externas (Figura 81); y el sector de servicios (Figura 82 y 83). Los ambientes destinados a estos sectores están ubicados mayoritariamente en el centro del terreno, haciendo la conexión entre el Hospital Día y la Hospitalización.



Figura 75. Vista externa de la recepción del HDPUV
Fuente: Autora, 2021



Figura 76. Vista interna de la recepción del HDPUV
Fuente: Autora, 2021



Figura 77. Pasillo del 1º piso - sector de Administración
Fuente: Autora, 2021



Figura 78. Pasillo del 2º piso - sector de Administración
Fuente: Autora, 2021



Figura 79. Pasillo del sector de Urgencias
Fuente: Autora, 2021



Figura 80. Recepción del sector de Urgencias
Fuente: Autora, 2021



Figura 81. Consultorio – Urgencias y Consulta Externa
Fuente: Autora, 2021



Figura 82. Vista externa del sector de Servicios
Fuente: Autora, 2021



Figura 83. Vista interna del sector de Servicios
Fuente: Autora, 2021

Es posible observar, en estas fotos, que el carácter institucional está impregnado en los diversos ambientes que componen los sectores de urgencias, servicios y administrativo del hospital. Caracterizada, por ejemplo, por la sobriedad en el uso de colores y materiales, con paredes blancas y puertas gris, y por la practicidad con que el mobiliario típicamente hospitalario fue organizado en el espacio, esta característica institucional también está reflejada en la estructura del edificio, que fue construido bajo principios modernos – donde se evidencia la sectorización a partir de pabellones, los patios internos, los pasillos largos y una cierta monotonía en la organización espacial. Con el pasar del tiempo, las reformas realizadas en las instalaciones trajeron para el hospital elementos contemporáneos - observados por ejemplo en la recepción (Figura 76), como el uso de transparencia, componentes metálicos y algunos colores más vivos, como los paneles en tonos de azul – que sin dudas mejoraron la experiencia en el hospital, pero que siguen reafirmando el carácter impersonal del ambiente.

A pesar de las características que afirman el hospitalocentrismo, estos ambientes cumplen con la función que les fue propuesta y atienden de manera satisfactoria a los servicios a los cuales fueron designados. Eso porque, como observado en estas fotos, los ambientes están en un buen estado de conservación, lo que requiere una gestión del ambiente físico adecuada, con manutenciones periódicas, manejo de usos y funciones, y actualización constante de los elementos construidos.

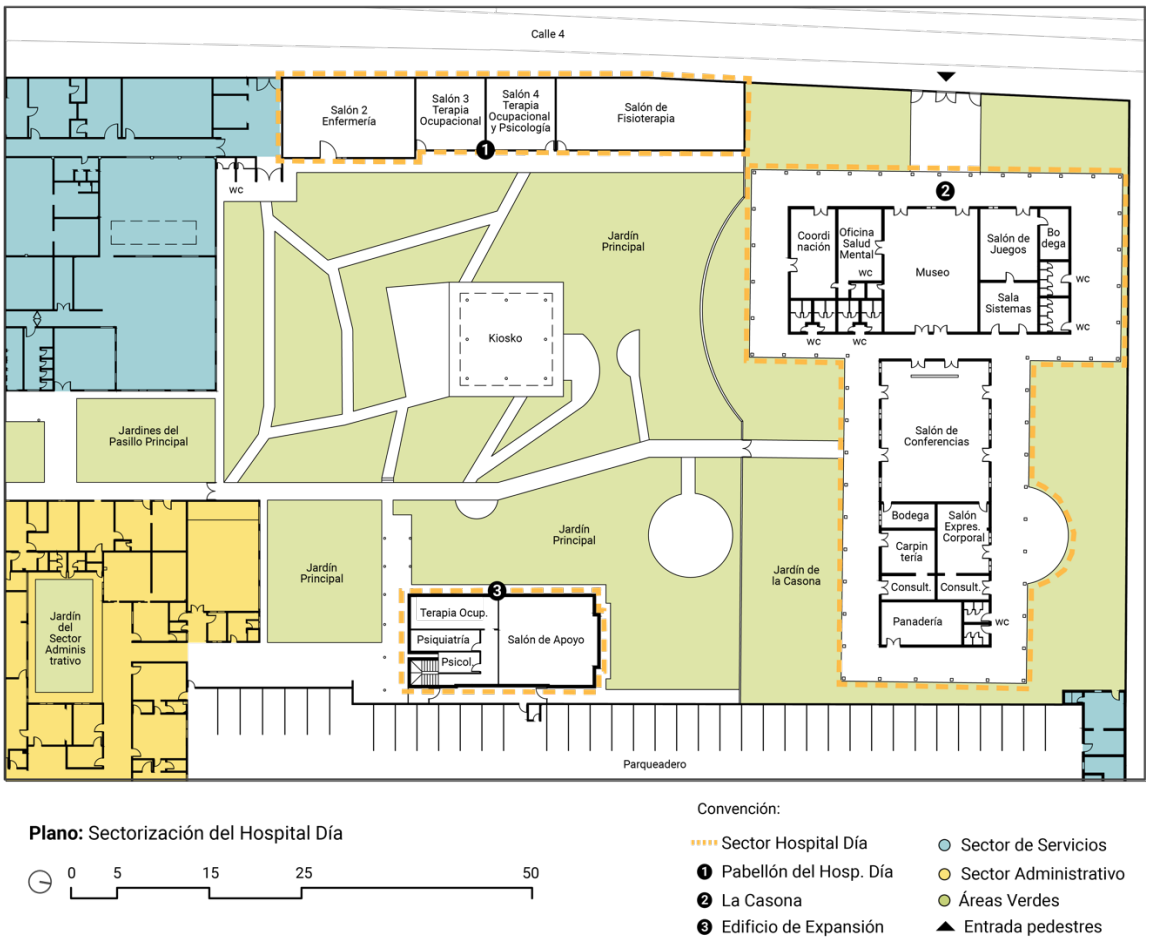
8.3.1 Descripción de los ambientes construidos del sector Hospital Día

Conforme visto en la primera fase de este estudio de caso, el Hospital Día es una estrategia dirigida a mejorar la calidad de vida de los usuarios a partir de la atención terapéutica y de intervención a los usuarios que ingresan al hospital por los sectores de urgencias, hospitalización y consultas externas. La propuesta del Hospital Día es promover, en el proceso de recuperación del usuario - con síntomas agudos de su enfermedad, pero sin criterios para una hospitalización cerrada - un mayor nivel de funcionalidad, revirtiendo las discapacidades causadas por las enfermedades mentales o por la hospitalización prolongada, y avances en la reintegración a la sociedad (HDPUV, 2017b).

Considerando el aspecto multidisciplinario de la dinámica del Hospital Día, lo que justifica la diversidad de profesiones que se relacionan en este escenario - psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, auxiliares de enfermería, educadores especiales, nutricionistas, médicos generales - es posible entender la importancia de la humanización de los espacios para fomentar la diversidad de usos necesaria en los ambientes destinados al funcionamiento de este sector.

Sin embargo, en la práctica, lo observado en el recorrido guiado por Gloria Tascón, terapeuta ocupacional del hospital, son ambientes que, bajo el esfuerzo de los profesionales, poco a poco se adaptan a las necesidades de sus rutinas con los usuarios. Lo que quiere decir que los actuales espacios de este sector del Hospital Día, por si solos, no facilitan o favorecen el desarrollo de la atención integral e integrada - que es lo que se espera de la arquitectura en el contexto de un hospital psiquiátrico en vías de humanización - pero si protagonizan una búsqueda por la adaptación, como se puede observar a seguir:

Como se puede observar en la Figura 84, el Hospital Día ocupa la zona más al norte del terreno y está separado del resto del hospital por un muro con dos aperturas, que conducen hacia la entrada principal y al sector de Hospitalización. Compuesto por tres elementos: el Pabellón del Hospital Día, que hace parte del edificio principal del hospital, y otros dos edificios independientes, la Casona y el Edificio de Expansión, el sector está estructurado alrededor de un grande jardín, nombrado en este trabajo como Jardín Principal, cuya diversidad de usos y de especies vegetales impresiona. El conjunto de construcciones y áreas verdes del Hospital Día comprenden un área de 6505,25 m^2, el 26% del total del hospital.



Plano: Sectorización del Hospital Día

Figura 84. Plano: Sectorización del Hospital Día
Fuente: Autora, 2021

Por ser un ambiente que recibe usuarios que no están hospitalizados, muchas veces egresos del hospital, para sus terapias diuturnas, fue observado que este sector representa el puente con el mundo exterior en la dinámica del hospital. Un lugar de transición entre el encierre – tan característico en la historia de la institucionalización de la locura – y la libertad. Por eso, también se reconoce la importancia de la composición espacial de este sector para el proceso

de reintegración del usuario a la sociedad, que es la base para un atención integral e integrada, defendida por la Ley 1616.

8.3.1.1 Pabellón del Hospital Día

A los cuatro salones que conforman el Pabellón del Hospital Día (Figura 85 y 86), que tiene 497,40 m^2 y está ligado al edificio principal del hospital, fueron destinados diferentes tipos de uso: el Salón 2, para la Enfermería; los Salones 3 y 4, para la Terapia Ocupacional y otras actividades terapéuticas; y el Salón de Fisioterapia. Ambos salones están estructurados por muros de mampostería revestidos por pintura en color blanco y cubiertos por tejas metálicas y forro en paneles de icopor.



Figura 85. Vista 1 del Pabellón del Hospital Día
Nota: En la Vista 1, se observa principalmente el Salón 2 y el Salón 3
Fuente: Autora, 2021



Figura 86. Vista 2 del Pabellón del Hospital Día
Nota: En la Vista 2, se observa principalmente el Salón 4 y el Salón de Fisioterapia
Fuente: Autora, 2021

Salón 2 - Enfermería

Por una puerta metálica gris, se adentra al Salón 2 (Figura 87), donde el personal de la Enfermería actúa, en los 122,70 m^2 disponibles, en conformidad al tratamiento de los usuarios del Hospital Día, que es individual y particularizado. La ambientación del salón, como muestra la Figura 88 es sencilla y objetiva; sin divisorias, los escritorios están dispuestos junto a las paredes, cerca a armarios, repisas y mesas de usos diversos, de manera que los profesionales se acomodan de espalda para el vano central del salón. Hay una camilla hospitalaria y otros equipamientos médicos que caracterizan un poco más este ambiente, cuya impersonalidad aparente - con sus paredes blancas y cuadros de avisos que traen informaciones sobre la rutina, deberes y derechos del paciente y del profesional – parece, de alguna manera, fluir con la operacionalización de la dinámica hospitalaria y terapéutica de este sector tan particular.



Figura 87. Entrada del Salón 2 - Enfermería



Figura 88. Vista interna del Salón 2 - Enfermería

Fuente: Autora, 2021 Fuente: Autora, 2021

La ausencia de ventanas en el Salón 2 evidencia un tema importante, que es el bajo nivel de interacción entre el ambiente interno y el área verde alrededor. Considerando el Jardín adyacente al sector del Hospital Día, que tiene un potencial restaurativo debido a su amplitud, diversidad de especies vegetales y posibilidades de usos, el ideal, así como pasa en los otros salones del sector, sería aprovechar esta proximidad a partir de aperturas en el muro que posibiliten la estructuración de una vista interesante, el aprovechamiento de recursos naturales, como entrada de luz y viento, y el acceso facilitado al área verde.

El Salón 2 está conjugado al Salón 3 por medio de una sala de juntas y actividades colectivas (Figura 89), que dispone de una mesa larga y otras de apoyo. Hay armarios, televisor, cuadros de avisos y repisas dispuestas en las paredes, además de instrumentos y electrodomésticos que posibilitan el uso de la sala como una cocina de apoyo para los profesionales del sector, como se nota en la Figura 90. Este tipo de adaptación gradual del espacio a las necesidades demandadas por la rutina del personal, demuestra la necesidad de ofrecer ambientes de uso interno para los profesionales, también considerando la manutención de su salud mental.



Figura 89. Vista 1 - Sala de juntas entre Salones 2 y 3
Fuente: Autora, 2021



Figura 90. Vista 2 - Sala de juntas entre Salones 2 y 3
Fuente: Autora, 2021

Salón 3 – Terapia Ocupacional y actividades terapéuticas

Diferente del anterior, el Salón 3 (Figura 91), con 57,95 m^2, dispone de una apertura generosa hacia el Jardín Principal, estructurada a partir de una rejilla metálica que ocupa la mitad de altura total del muro orientado al este, por su vez en mampostería. A pesar del carácter temporario de esta solución para la apertura en el muro, y hasta cierto punto precaria si considerado el contexto hospitalario, son innegables los beneficios generados por la presencia de este elemento en el ambiente. Entrada de luz natural y viento, amplitud, confort térmico y vista hacia la vegetación – características de un ambiente restaurador.





Figura 91. Entrada del Salón 3 – Terapia Ocupacional
Fuente: Autora, 2021

Figura 92. Vista interna del Salón 3 – Terapia Ocupacional
Fuente: Autora, 2021

La organización espacial del Salón 3 (Figura 92) tiene un carácter mayoritariamente administrativo. Hay escritorios orientados hacia el este, con vista hacia el jardín, y hacia el norte, sin vista alguna; mesas de reunión, armarios y cómodas de usos diversos. En las paredes, cuadros de aviso y un televisor parecen intentar romper con la monotonía de las paredes blancas. Los elementos no están dispuestos de manera a proponer una espacialidad coherente y esta aparente aleatoriedad genera un grande espacio vacío en el salón, que podría ser mejor aprovechado, por ejemplo, con mobiliario humanizado componiendo un área de permanencia en isla, con posibilidad de usos variados, como consultas, terapias ocupacionales y complementarias o, quien sabe, hasta para el descanso y estar de los profesionales.

Salón 4 - Terapia Ocupacional y psicología

En la estructura física, el Salón 4 (Figura 93) es similar al anterior; se trata de un ambiente rectangular de 57,58 m^2, con una grande apertura en el muro orientado hacia el este. Sin embargo, una diferencia importante está en la ambientación desarrollada en este caso, que revela un trazo de humanización importante para la concepción del hospital de manera general, como muestra la Figura 94. El mobiliario es mayoritariamente colectivo, con mesas largas, cuadros blancos para pintura y dibujos, y una cantidad de sillas que indica la intención y posibilidad de desarrollar actividades terapéuticas grupales. Los materiales de arte en las estantes, junto a los trabajos coloridos en las paredes, componen una atmosfera creativa que es clave para el desarrollo de ambientes humanizados, ideales para la arteterapia, por ejemplo. Estas características reafirman la función del ambiente, que es abrigar las Terapias Ocupacionales y demás terapias complementarias.



Figura 93. Entrada del Salón 4 – Terapia Ocupacional
Fuente: Autora, 2021



Figura 94. Vista interna del Salón 4 – Terapia Ocupacional
Fuente: Autora, 2021

Salón de Fisioterapia

El último ambiente del pabellón del Hospital Día es el Salón de Fisioterapia (Figura 95), con 154,19 m^2. Así como los dos anteriores, el salón dispone de una grande apertura en el muro orientado hacia el este, lo que contribuye par la sensación de amplitud (Figura 96). Además de un escritorio, el mobiliario de este espacio está enfocado en los equipamientos de gimnasia utilizados para las sesiones de fisioterapia, como bicicletas estáticas y caminadoras, también hay una rampa para ejercicios y exámenes de acondicionamiento físico, espejos y estantes, además de un depósito, como se nota en las Figuras 97 y 98. Hay un amplio espacio vacío en este salón, pero, al contrario de la subutilización del espacio observada en otros salones del pabellón, en este caso, esta característica puede ser justificada por la necesidad de espacio para el desarrollo de actividades físicas.



Figura 95. Entrada del Salón de Fisioterapia
Fuente: Autora, 2021



Figura 96. Vista interna de las aperturas hacia afuera
Fuente: Autora, 2021



Figura 97. Vista 1 - Interior del Salón de Fisioterapia
Fuente: Autora, 2021



Figura 98. Vista 2 - Interior del Salón de Fisioterapia
Fuente: Autora, 2021

Además de los usuarios, sea internos o egresados, este ambiente también es utilizado por los profesionales del hospital. La iniciativa hace parte de una serie de acciones para promover la salud física y mental del personal y, en este contexto, se entiende de qué manera las instalaciones físicas pueden contribuir con los cambios institucionales. Integrar los usuarios y profesionales en ambientes que visan promover la salud mental es parte del proceso de atención integrada e integral propuestas por las normativas actuales.

Baños

Por último, para atender a las demandas de todo el sector, generadas básicamente por la rutina de actividades del Hospital Día, fueron dispuestos dos baños (Figura 99), un femenino y otro masculino. Ubicados en el Pabellón, al lado del Salón de Enfermería, y con aperturas hacia el Jardín Principal, fue observado que los baños no están adaptados para la accesibilidad universal. Los caminos para accederlos, que son irregulares y con pavimentación inadecuada, y las instalaciones internas y los mobiliarios, que tienen dimensiones inapropiadas, como muestra la Figura 100, representan esta falta de accesibilidad que, para un contexto hospitalario, es preocupante.



Figura 99. Vista externa - Baño del Pabellón del Hosp. Día
Fuente: Autora, 2021



Figura 100. Vista interna - Baño del Pabellón del Hosp.Día
Fuente: Autora, 2021

8.3.1.2 Edificio de Expansión

Las funciones que desempeñan el Edificio de Expansión (Figuras 101 y 102) en la dinámica del HDPUV fueron cambiando junto a los cambios institucionales propuestos a lo largo del tiempo. En la época del Asilo San Isidro, por ejemplo, esta era la capilla – en la Figura 103 se observa una cruz, era la que demarcaba la entrada de la capilla antiguamente. Años más tarde, fue adaptado como sede oficial del Hospital Día y, hoy en día, bajo nuevas adaptaciones, recibe a los usuarios que ingresan al hospital por el sector de urgencia y que tienen sospecha de diagnóstico de COVID-19. Estos usuarios son mantenidos en aislamiento, en este edificio, mientras realizan los exámenes que les son debidos. Caso la internación sea el tratamiento propuesto, son encaminados para el sector de Hospitalización y, si la sospecha de COVID-19 es confirmada, deben ser internados en la Sala 5 de este mismo sector. Caso las terapias en el Hospital Día sea el tratamiento propuesto, son encaminados para sus casas y, si la sospecha de COVID-19 es confirmada, deben permanecer en aislamiento antes de empezar a frecuentar el Hospital Día.

Se trata de un espacio con pavimento tipo rectangular con área de 195,97 m^2, dispuesto de manera independiente de la estructura del edificio principal en el terreno, una zona de expansión que favorece la diversidad de usos, que, con razón, es parte de su histórico. Con muros de mampostería, aperturas moderadas en sus fachadas y su doble altura, el edificio, que sofrió alteraciones en su estructura física con el paso de los años, desempeña bien su actual función de aislamiento. De esta manera, la no integración con el Jardín Principal, que lo envuelve en tres de las cuatro fachadas, es un punto para observar. Debido a las actuales normas de bioseguridad, el interior de este edificio no estuvo en el recorrido propuesto para las visitas de este estudio de caso.



Figura 101. Vista frontal del Edificio de Expansión
Fuente: Autora, 2021



Figura 102. Vista lateral del Edificio de Expansión
Fuente: Autora, 2021



Figura 103. La cruz de la antigua capilla
Fuente: Autora, 2021

8.3.1.3 La Casona

La Casona es el edifico más antiguo del HDPUV, también considerado como patrimonio histórico de la ciudad, cuya construcción está datada entre 1936 y 1937. Adentrando la Casona por la entrada principal, en el muro de piedra (Figura 104), se puede observar el edificio desde el jardín (Figura 105 y 106) - con sus paredes gruesas, altas y blancas, en contraste con la estructura en madera que se une a las tejas cerámicas, componiendo salas enormes envueltas por un balcón generoso, como muestra la Figura 107. La composición parece contar una historia antigua de superación del confinamiento y exclusión de los considerados locos. Hoy en día, como palco para la dinámica del Hospital Día, el sector más comprometido con la integración del usuario a la sociedad - y de ahí se percibe la evolución de los procesos institucionales en este espacio.



Figura 104. Vista de la entrada de la Casona
Fuente: Autora, 2021



Figura 105. Vista frontal de la Casona desde el jardín
Fuente: Autora, 2021





Figura 106. Vista lateral de la Casona desde el jardín
Fuente: Autora, 2021

Figura 107. Vista interna de la Casona
Fuente: Autora, 2021

En los 1570,63 m^2 que conforman La Casona, cada elemento constructivo está minuciosamente restaurado. Se percibe que, en las manutenciones propuestas a lo largo del tiempo, hubo una preocupación con la preservación de los valores materiales, simbólicos y afectivos del edificio. Las salas que en los años 30 abrigaban camas de hierro, celdas de ladrillo y argollas para la reclusión de los dichos locos, contemplando los diferentes niveles de locura, hoy en día, tienen usos diversos y no tienen compromiso ninguno con la internación y el confinamiento. En teoría, estos espacios deben atender a las actividades terapéuticas del Hospital Día. Hay salas de juegos, de intervención social y comunitaria, de artes plásticas, de sistemas, de conferencias, de panadería, de carpintería y el museo, todas ocupan el interior y se abren hacia el balcón, como en las Figuras 108 y 109, componiendo los pasillos externos tan característicos de esta construcción. Sin embargo, en la práctica, algunas de estas salas no son utilizadas, otras son utilizadas como depósito y otras desarrollan funciones diferentes de las que fueron propuestas, como administrativas, en función de las necesidades cotidianas.



Figura 108. Vista 1 - Balcón de la Casona hacia Hosp. Día
Nota: Esta vista demuestra la integración y proximidad entre la Casona y el Pabellón del Hospital Día
Fuente: Autora, 2021



Figura 109. Vista 2 - Balcón de la Casona hacia Calle 4
Nota: Esta vista demuestra la integración de la Casona con la Calle 4 de Cali
Fuente: Autora, 2021

En este sentido, la subutilización de este edificio, sobretodo considerando su carácter patrimonial, demuestra una falla en la distribución de las actividades y operacionalización de la dinámica terapéutica en función de los ambientes disponibles. Si hay déficit de espacios de calidad para un desarrollo humanizado de esta dinámica, las salas de la Casona son un potencial arquitectónico que puede ser presentado como solución para esta problemática. Además del carácter amplio, generoso y pasible de apropiación y desarrollo de la identidad local que pueden ser explorados, el uso funcional de estos ambientes también reafirmaría el valor de un patrimonio histórico en el contexto psiquiátrico en vías reformistas.

En este contexto, se destaca la sala destinada al Museo (Figura 110), que hoy funciona como depósito, donde se acumulan archivos, mobiliarios y elementos que ya no sirven en los demás ambientes o que necesitan estar ahí temporariamente. En el recorrido desarrollado para este estudio de caso, en el medio del depósito, fueron encontrados algunos elementos que antes componían el museo - fotos antiguas del edificio, pacientes y profesionales (Figura 111), que evidencian las prácticas y tratamientos de la época, hoy considerados obsoletos, y hasta equipamientos antiguos, como el Equipo de Electroencefalograma (Figura 112) y el Equipo de Rayos X (Figura 113). Estos elementos son verdaderas reliquias y, materialmente, es un poco de lo que resta de la historia de la locura en Cali. Valorar el carácter histórico y patrimonial de ellos, a partir de la manutención del museo, sería una manera de aceptar el pasado y reconocer los cambios ideológicos e institucionales que permitieron el HDPUV llegar donde está, una referencia latinoamericana en salud mental.



Figura 110. Entrada del Museo de la Casona
Fuente: Autora, 2021



Figura 111. Fotos antiguas en el Museo de la Casona
Fuente: Autora, 2021



Figura 112. Equipo de Electroencefalograma.
Fuente: Autora, 2021



Figura 113. Equipo de Rayos X
Fuente: Autora, 2021

Por otro lado, está el Salón de Conferencias (Figura 114 y 115), un amplio espacio ambientado con palco, telón y sillas, para el desarrollo de encuentros, conferencias, actividades grupales, terapias colectivas etc. Además de las actividades internas del hospital, que incluyen usuarios y profesionales, este salón también recibe actividades externas - muchas veces palestras, charlas y profesionalizaciones para profesionales de salud de otras instituciones. El carácter comunitario de este espacio evidencia un aspecto importante para el proceso de la Reforma Psiquiátrica, que es esencial para la reintegración del paciente a la sociedad: la proximidad con la comunidad local. En este sentido, se puede decir que esta realidad demuestra el potencial de los ambientes de la Casona en protagonizar el proceso de humanización de la atención hospitalaria.



Figura 114. Entrada del Salón de Conferencias
Fuente: Autora, 2021



Figura 115. Vista interna del Salón de Conferencias
Fuente: Autora, 2021

8.3.2 Descripción de los ambientes construidos del sector de Hospitalización

El recorrido por el sector de Hospitalización, que dispone de un área de 8.006,66 m^2, como muestra Figura 116, empieza adentrando un largo pasillo, revestido en tonos de crema y compuesto sobre todo por las puertas de las ocho salas de hospitalización (Figura 117) y pequeños patios laterales abiertos. Este pasillo, en realidad, es el punto de conexión entre los ocho pabellones que abrigan las salas de hospitalización y que, como visto en el histórico del hospital, representan los primeros avances de la estructura física de la institución hacia la modernización. Por lo cual este sector desempeña un papel de patrimonio histórico importante para el hospital. La presencia de los patios abiertos en el pasillo, como lo de la Figura 118, una solución modernista que ayuda a romper con el aspecto hospitalocéntrico del pasillo.

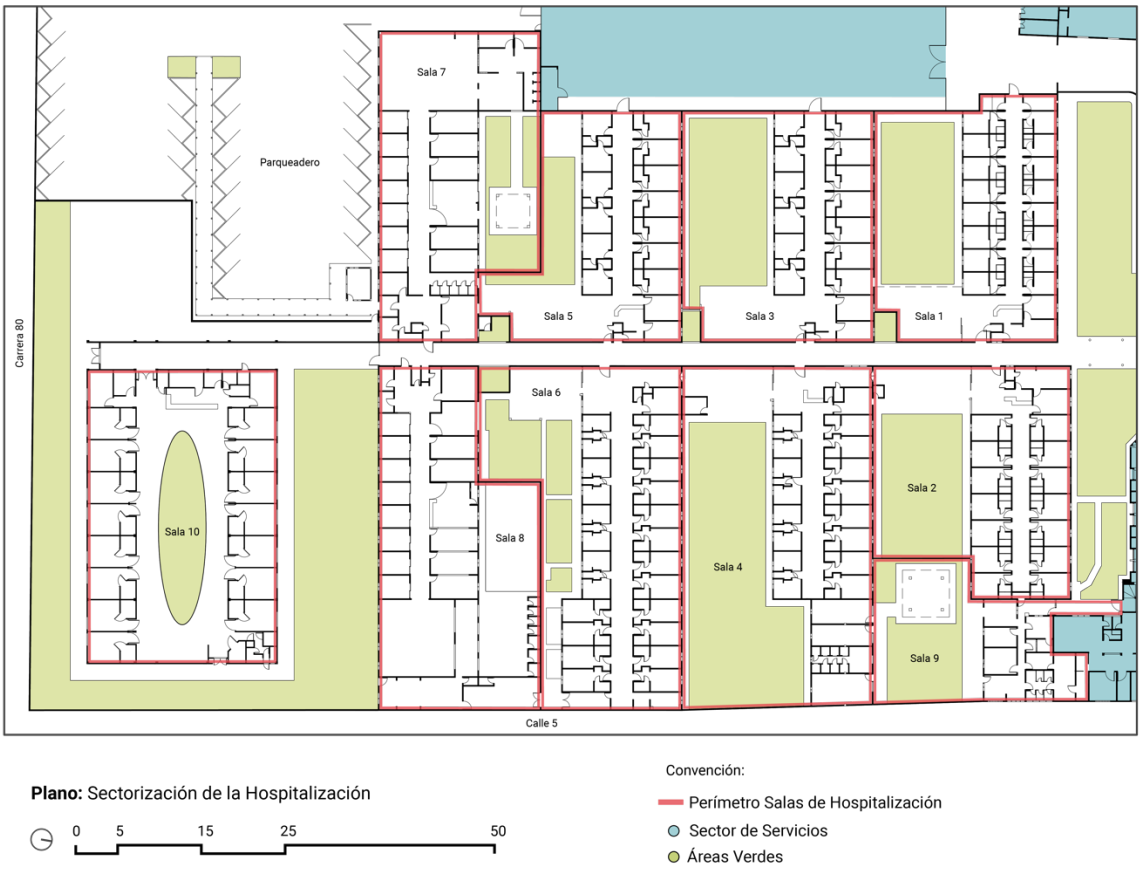


Figura 116. Plano: Sectorización de la Hospitalización
Fuente: Autora, 2021





Figura 117. Pasillo del sector de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021

Figura 118. Jardín del pasillo del sector de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021

Desde el pasillo, la perspectiva que se tiene en un primer momento, monótona y repetitiva, no representa con claridad el mundo que hay por detrás de estas paredes, pero, en su propio silencio, abriga un misterio que despierta un gran interés por ir más allá. Hospitalizadas en diez salas (ocho en el pasillo y otras dos afuera), que conforman el sector de hospitalización, hay centenas de personas - distribuidas en estas salas de acuerdo al género, la sintomatología y la gravedad de las enfermedades mentales. Para estas personas, la vida afuera, en general, no es receptiva, en partes por los ambientes restrictivos y excluyentes de nuestras sociedades. Internadas por días, y hasta meses, en las salas que están descritas a seguir, ellas buscan recuperarse para reasumir el control de sus vidas, reivindicar todo lo fue dejado afuera.

Por eso, junto a un profesional del área de seguridad y salud en el trabajo, el recorrido fue realizado priorizando el respecto a los usuarios, la comprensión del impacto que la presencia de un observador externo puede causar en sus rutinas y la seguridad de todos los involucrados.

Como dicho, el sector de Hospitalización está compuesto por 10 salas, con una capacidad instalada de 252 camas para internación, por su vez distribuidas en 7 salas de hospitalización convencionales, 2 de unidades de cuidado crítico y 1 sala de hospitalización para inimputables. Los pacientes crónicos se desplazan entre ellas, en una ruta de recuperación que conduce la persona de un estado mental crítico con indicación de alta o mediana contención, para un estado mental equilibrado con una propuesta de reinserción a la sociedad. Se empieza por las unidades de cuidado crítico (Salas 7 y 8), pasando por las salas de hospitalización (Salas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 10), hasta que el usuario gane autonomía suficiente para integrarse al Hospital Día y consolidar un contacto con la sociedad. La Sala 9 está destinada a los usuarios inimputables, que no se integran a la ruta de recuperación y se mantienen aislados en esta misma sala por todo el período de hospitalización.

8.3.2.1 Salas de hospitalización 1 a 9

Sala de Hospitalización 1

La Sala de Hospitalización 1 abriga personas del género femenino con diagnósticos de enfermedades mentales en estados crónicos, que están en crisis, pero no en la fase aguda. Lo que quiere decir que los espacios de esta sala están pensados para personas que requieren mediana contención y que ya poseen un nivel de autonomía más avanzado. Por eso, con una capacidad instalada de 24 camas, la sala dispone de cuartos son dobles, como muestra la Figura 119, con puerta - lo que favorece un mayor nivel de intimidad y apropiación del espacio por parte del usuario - y hay un baño interno en cada uno, de acuerdo a la Figura 120. Se observa que hay manutención constante en las instalaciones físicas, porque todo parece en buen estado y limpio. Las mujeres que habitan esta sala caminan libremente por el espacio, parecen activas y atentas a nuestra presencia, aunque no demuestren mucho interés. Ellas conversan entre si y parecen desarrollar algunas actividades colectivas, ocupando, principalmente, el refectorio y la zona de estar, que están conjugados y se abren hacia el jardín.



Figura 119. Cuarto de la Sala de Hospitalización 1
Fuente: Autora, 2021



Figura 120. Baño de la Sala de Hospitalización 9
Fuente: Autora, 2021

Como parte importante del área externa, está un amplio jardín (Figura 121), que ocupa toda el área abierta entre esta y la sala siguiente. Se trata de una zona de amortiguamiento verde entre los pabellones de hospitalización. La presencia de árboles de grande porte, como la Acacia Roja (*Delonix regia*), es un indicador de calidad ambiental y confort térmico, porque ellas fornecen sombra, enfrían en ambiente, limpian el aire y favorecen la aproximación de los transeúntes. La composición de árboles y palmas, en contraposición al pasto liso, sin ningún arbusto o plantas dispersas, evidencia el carácter minimalista del jardín, que puede ser positivo para la contemplación, la sensación y la posibilidad de ocuparlo con encuentros colectivos. Sin embargo, la ausencia de mobiliarios que aporten la estructuración de áreas de estar o recreativas, que está justificada por la seguridad de los usuarios, enflaquece las posibilidades de que el cumpla su función y su potencial restaurador.



Figura 121. Jardín de la Sala de Hospitalización 1
Fuente: Autora, 2021

Sala de Hospitalización 2

Semejante a la anterior, la Sala de Hospitalización 2 hospeda usuarios en las mismas condiciones - personas del género femenino que fueron diagnosticadas con enfermedades mentales crónicas, que no están en la fase aguda y para las cuales fue indicada mediana contención. Con las mismas configuraciones espaciales, pero con una capacidad instalada de 24 camas, esta sala también dispone de cuartos con capacidad para dos personas y baños internos, cada uno con sus respectivas puertas y ventanas, lo que es importante resaltar porque son elementos que evidencian la posibilidad de escoja de los pacientes más independizados. Son detalles que favorecen el proceso de adaptación, pero que no son posibles de emplear en todas las salas de la hospitalización, una vez que hay usuarios más graves que otros, como los de las salas 7 y 8, que necesitan atención constante. Por curiosidad, parte de las usuarias que ocupan la sala 2 hoy son recuperadas de la sala 7, que es la más

crítica para los usuarios del género femenino. Así, se observa como el ambiente va cambiando en la ruta de recuperación de los pacientes.

No fue posible hacer fotos de las áreas internas de la Sala 2 por la exposición de las pacientes. Pero, el jardín, que es considerado uno de los más bonitos del sector, por su ornamentación que explora la diferencia de planos, alturas y formas de las especies vegetales está expuesto en la Figura 122. El no se restringe a las especies arbóreas, lo que es positivo por la diversidad de texturas, colores, olores y formas que se puede lograr con la variedad de tipologías vegetales y que activan los receptores sensoriales humanos, provocando sensaciones de placer y bienestar. Los arbustos, palmas y plantas dispersas, presentes en el jardín, junto a los caminos pavimentados, representan esta posibilidad de contacto restaurador entre persona y naturaleza. Sin embargo, la ausencia de mobiliarios, que impulsan el uso del jardín, sigue siendo una inquietud.



Figura 122. Jardín de la Sala de Hospitalización 2
Fuente: Autora, 2021

Sala de Hospitalización 3

La Sala de Hospitalización 3 recibe usuarios del género masculino diagnosticados con enfermedades mentales en la fase moderada, que no están en estado crítico y para los cuales fue indicada mediana contención. Esta sala tiene una capacidad instalada de 25 camas, distribuidas en cuartos con capacidad para dos personas, con puerta y ventana - cuya función de brindar luz natural, viento, la vista hacia el jardín y airear el cuarto, está demostrada en la Figura 123 - posibilitando así que el usuario acceda a niveles de restauración mismo encerrado. Cada cuarto está conjugado a un baño, como lo de la Figura 124, que es privado para los respectivos usuarios del cuarto. La enfermería, que está en la entrada de la sala, se conecta al refectorio, siendo también como un área de estar que se extiende hacia el jardín, como muestra la Figura 125.





Figura 123. Cuarto de la Sala de Hospitalización 3
Fuente: Autora, 2021

Figura 124. Baño de la Sala de Hospitalización 3
Fuente: Autora, 2021

Caracterizado por las sombras de las copas de los árboles de grande porte - siendo algunas fructíferas, lo que favorece la interacción entre las personas y la naturaleza – este jardín tiene un diferencial que es el mobiliario dispuesto en un lugar que recibe buena cantidad de sombra. Con apenas una banca con formato rectilíneo angulado, que crea espacios vacíos en si misma, se logró un área que favorece la permanencia y, en consecuencia, el encuentro de personas, como muestra la Figura 126, sobretodo porque se integra al refectorio al lado. Ahí, los usuarios pueden tener momentos de extroversión, cuando están en grupo, pero también contemplativos y de meditación, en los cuales el proceso de interiorización de la mente puede estar asociado al acto de observar los detalles del jardín, los arbustos, las palmas que apenas empiezan a crecer; todo parece tener una razón de ser.



Figura 125. Jardín de la Sala de Hospitalización 3
Fuente: Autora, 2021



Figura 126. Jardín de la Sala de Hospitalización 3
Fuente: Autora, 2021

Asociado a un camino pavimentado, este espacio de permanencia al aire libre representa una posibilidad que aun no había sido vista en las salas visitadas, que es la de explorar las funciones de los jardines internos a las salas de hospitalización, a partir de mobiliarios seguros que se integran al paisaje. Este es el camino de la humanización, que precede una atención integral.

Sala de Hospitalización 4

La Sala de Hospitalización 4 está destinada a usuarios de sexo masculino diagnosticados con enfermedades mentales en estados no agudos que requieren mediana contención. Pensando en abrigarlos de la mejor manera, las 22 camas disponibles fueron organizadas en los habituales cuartos dobles, con puertas y ventanas, como muestra la Figura 127, y baño interno, como lo presentado en la Figura 128. Al final del pasillo de cuartos, está la enfermería, que se abre hacia el área externa, compuesta por un el refectorio con área de estar y un jardín. Así como en las salas anteriores, las personas parecen estar dispuestas y concentradas en sus actividades.



Figura 127. Cuarto de la Sala de Hospitalización 4
Fuente: Autora, 2021

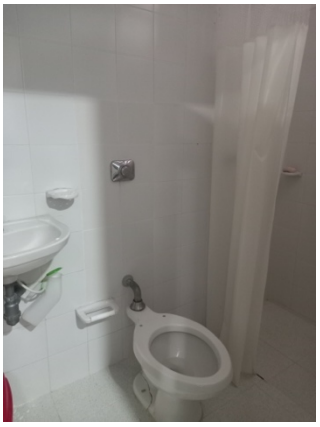


Figura 128. Baño de la Sala de Hospitalización 4
Fuente: Autora, 2021

El jardín, así como la mayoría de este sector, no cuenta con áreas de estar bien definidas, porque no hay mobiliario o instalaciones necesarias para eso, como se nota en la Figura 129. Sin embargo, la composición de especies, que incluye fructíferas, como el Mango (*Mangifera indica*), abre espacio para nuevas posibilidades, un nivel de interacción entre hombre y naturaleza aún más profundo y provechoso, desde la perspectiva de la humanización.



Figura 129. Jardín de la Sala de Hospitalización 4
Fuente: Autora, 2021

Sala de Hospitalización 5

La Sala de Hospitalización 5, con una capacidad instalada de 25 camas, originalmente, abriga usuarias del género femenino con enfermedades mentales moderadas y bajo un tipo de contención mediana. Sin embargo, desde que el hospital pasó por el proceso de adaptarse a la pandemia del coronavirus (COVID-19), que empezó en 2020, algunas salas sufrieron cambio en sus funciones. La Sala 5, en este proceso, fue destinada a los usuarios hospitalizados de ambos géneros que fueron diagnosticados o que están con sospecha de estar contaminados por la dolencia respiratoria. Por este motivo, no fue posible visitarla en el día del recorrido por el sector de hospitalización.

Sala de Hospitalización 6

Después viene la Sala 6 de la Hospitalización, que se encarga de usuarios del género masculino diagnosticados con enfermedades mentales moderadas, o sea que no están críticos, disponiendo de un tipo de contención moderada a partir de la disposición de 38 camas en cuartos dobles. El pasillo en tonos de verde, presente en la Figura 130, es una buena evidencia de la historia de este hospital, cuyo pasado coincide con las tendencias de modernización del proceso de confinamiento de la persona en sufrimiento mental. El cuarto estándar de esta

sala, como lo que aparece en las Figuras 131 y 132, evidencia la antigüedad y el carácter patrimonial de los pabellones destinados a la Hospitalización en el proceso de modernización del asilo, si comparado a los de las otras salas. Eso debido a la disposición espacial - en que las camas se encuentran separadas por el baño (Figura 133), que es de uso compartido entre las dos personas - y a los materiales utilizados en estos ambientes. Esta composición espacial genera aún más libertad y autonomía al usuario, lo que nos permite conocer un perfil de usuario ya en vías de recibir alta y empezar el proceso de reintegración social, laboral y familiar.



Figura 130. Pasillo de la Sala de Hospitalización 6
Fuente: Autora, 2021



Figura 131. Lado 1 - Cuarto de la Sala de Hospitalización 6
Fuente: Autora, 2021



Figura 132. Lado 2 - cuarto de la Sala de Hospitalización 6
Fuente: Autora, 2021



Figura 133. Baño de la Sala de Hospitalización 6
Fuente: Autora, 2021

Al final del pasillo, está la enfermería, que se abre para el refectorio, para el patio interno (Figura 134) y para el jardín. Desde este punto, es posible observar que el jardín, como muestra la Figura 135, tiene una apariencia árida, debido al bajo nivel de cobertura vegetal y la proximidad entre las paredes de las fachadas adyacentes, lo que fornece un carácter de pasillo al ambiente. Compuestas básicamente por arbustos, la ausencia de sombra es un punto clave para la falta de confort térmica, lo que también rompe con la búsqueda por el bienestar. Estas características condicionan el movimiento de las personas y el jardín pasa a no tener la funcionalidad que podría.



Figura 134. Patio interno de la Sala de Hospitalización 6
Fuente: Autora, 2021



Figura 135. Jardín de la Sala de Hospitalización 6
Fuente: Autora, 2021

Sala de Hospitalización 7: Unidad de Cuidado Crítico

La Sala de Hospitalización 7 es conocida como Unidad de Cuidado Crítico y hospeda personas del género femenino en el período agudo de sus enfermedades mentales, que requieren alta contención. Por eso, con una capacidad instalada de 32 camas, la sala cuenta con cuartos de tipologías diferentes: hay dos grandes cuartos compartidos (Figura 136), con camas por toda parte, abiertos y dispuestos uno a cada lado de la enfermería, que por su vez ocupa el medio del pasillo, con vista privilegiada para todos los cuartos; y los cuartos privados, que ocupan el lado opuesto del pasillo, y pueden tener capacidad para una (Figura 137) o dos personas (Figura 138), a depender del nivel de la enfermedad mental - mientras más crítica, más aislada y con cuidados exclusivos, la persona debe estar.

La ausencia de puertas en la mayoría de los cuartos ejemplifica el alto nivel de seguridad que este lugar requiere y, en consecuencia, el bajo nivel de autonomía que se puede brindar a las usuarias. Los únicos cuartos que disponen de puertas son los individuales; eso porque ellos pueden ser adaptados para funcionar como una UCI, a un nivel de confinamiento aún más profundo. Desde la enfermería, es posible acceder al área externa, compuesta por un jardín, según muestra la Figura 139 – que está revestido por pasto y no contiene especies arbóreas o mobiliarios -, un refectorio y un baño compartido, que puede ser observado en la Figura 140. La ausencia de baños privados, elementos vegetales y mobiliario en el jardín también son justificados como medida de seguridad.



Figura 136. Cuarto compartido – Un. de Cuidado Crítico 7
Fuente: Autora, 2021



Figura 137. Cuarto individual – Unid. de Cuidado Crítico 7
Fuente: Autora, 2021



Figura 138. Cuarto doble – Unid. de Cuidado Crítico 7
Fuente: Autora, 2021



Figura 139. Jardín de la Unidad de Cuidado Crítico 7
Fuente: Autora, 2021



Figura 140. Baño de la Unidad de Cuidado Crítico (Sala 7)
Fuente: Autora, 2021

Las instalaciones generan una sensación de que este es un lugar nuevo y, de hecho, fueron recién reformadas. Diferente de las salas anteriores, en las cuales era posible sentir el peso de las historias y del paso de los años en los ambientes físicos, la Sala 7 parece estar lista para un recomienzo, para una nueva fase institucional. El lugar es amplio, ventilado y luminoso, con ventanas individuales en cada cuarto, y un baño compartido - debido al facto de que son personas en fase crítica, sin tanta autonomía - que fue minuciosamente remodelado. Observando los detalles, se nota que el lugar es limpio, las paredes blancas llegan a relucir, y que hay un esfuerzo en mantener el orden.

Sin embargo, la ausencia de espacios lúdicos, recreativos, que permitan su apropiación por parte del usuario, incomoda. El área verde del patio, por ejemplo, está condenada al desaparecimiento. Áreas verdes y elementos naturales no son permitidos en los ambientes destinados a usuario en fase aguda, pues presentan riesgos a la integridad de los usuarios. Las personas hospitalizadas en esta sala casi pasaron desapercibidas, talvez por no presentaren reacciones sobresalientes, estaban calmas y indiferentes a nuestra presencia. Son personas que se mantienen aisladas durante toda la internación, tampoco participan de las actividades en el Hospital Día, y tienden a ser más introspectivas.

Sala de Hospitalización 8: Unidad de Cuidado Crítico

Así como en la anterior, la Sala de Hospitalización 8, también conocida como Unidad de Cuidado Crítico, abriga personas que fueron diagnosticadas con enfermedades mentales en el período agudo, que requieren alta contención; pero aquí estas personas son del género masculino. Para este ambiente, que tiene capacidad instalada de 33 camas, fue propuesta una

composición espacial que permite que, desde la enfermería, ubicada en el centro del pasillo, sea posible observar a todos los cuartos, cuyas tipologías son las mismas de la Sala 7. Demostrado en la Figura 141, los cuartos dobles no tienen puertas y abrigan personas que requieren un poco más de atención, exclusividad y contención, que las otras del cuarto compartido.

En las camas estandarizadas, algunas personas duermen o descansan, sin dejar escapar ni una mirada; otras ocupan el pasillo, atentas. Por la enfermería, donde los profesionales de salud actúan ininterrumpida y pacientemente, también se puede acceder al área externa, compuesta por un patio abierto - un espacio seco y sin vegetación, con algunas bancas disponibles en la parte cubierta, como muestra la Figura 142, y muros altos. Este patio se conecta al refectorio, donde se concentra la mayor parte de los usuarios, y al baño (Figura 143), que es compartido, como en la sala anterior.



Figura 141. Cuarto de la Unid. de Cuidado Crítico 8
Fuente: Autora, 2021



Figura 142. Patio de la Unid. de Cuidado Crítico 8
Fuente: Autora, 2021



Figura 143. Baño de la Unid. de Cuidado Crítico 8
Fuente: Autora, 2021

El patio pavimentado en concreto sufrió alteraciones para llegar a lo que es: por cuestiones ambientales y de seguridad, el jardín que antes había en el área externa fue retirado, dando lugar a un espacio cuyo aspecto endurecido no deja dudas de que este es un lugar de confinamiento. Debido al hecho de que la sala recibe usuarios en fases agudas de las enfermedades, no es recomendable tener los pisos irregulares de la naturaleza, las texturas imprevisibles, los troncos y gallos de los árboles, los animales que a veces surgen, en fin, toda la diversidad que un espacio natural ofrece y que, en esta circunstancia, puede presentar riesgos a los usuarios. Así, no solo por la ausencia de espacios recreativos, pero también por los medicamentos utilizados, las personas de esta sala parecen más introspectivas - no había tanta interacción entre ellas, caminaban de manera aislada, despacio y sin rumbo. Estas

personas, simplemente, no salen de la sala 8 mientras están internadas, ni para las actividades terapéuticas en el Hospital Día, por lo cual la ausencia de áreas verdes es aún más nociva.

Sala de Hospitalización 9

Diferente de las otras salas de hospitalización visitadas, no se accede a la Sala 9 por el pasillo del sector de Hospitalización, pero si por un pasillo del sector de Urgencias, como muestra la Figura 144. Esta sala es resultado de una reforma que se hizo en los fondos de la Sala 2, en la cual se consolidó un nuevo ambiente con capacidad instalada de 27 camas y apertura hacia el sector de Urgencias, para recibir a los usuarios inimputables. La Sala 9 está, entonces, destinada a las personas que fueron condenadas por el Estado, pero que, por sus diagnósticos de enfermos mentales, recibieron una tutela que las priva de estar en el sistema penitenciario convencional. Los usuarios de esta sala son mayoritariamente del género masculino, pero en el día de la visita había una persona del género femenino hospitalizada junto a los demás, ocupando un cuarto individual.

Como tiene la característica de haber sido adaptada, la composición espacial de la sala 9 también es diferente; los ambientes construidos se disponen alrededor de un patio central con área verde. Adentrando a la sala por la enfermería, es posible observar el refectorio, que se abre hacia el patio central, así como los cuartos colectivos, que ocupan las otras fachadas del mismo patio. Los cuartos, como se nota en la Figura 145, cuentan con puertas y ventanas, y tienen capacidad para cuatro personas – pero este numero puede variar en los cuartos - las cuales comparten un mismo baño interno (Figura 146).



Figura 144. Entrada de la Sala de Hospitalización 9
Fuente: Autora, 2021



Figura 145. Cuarto de la Sala de Hospitalización 9
Fuente: Autora, 2021



Figura 146. Baño de la Sala de Hospitalización 9
Fuente: Autora, 2021

El patio central, en la Figura 147, tiene formato rectangular y está delimitado por las cuatro fachadas externas de los ambientes construidos, además de compuesto por un área verde envuelta por andenes y dividida por un camino pavimentado que permite el acceso al pasto. Solo hay un árbol sembrado, una Cadmia (*Canangium odorata*) de grande porte. Como el espacio no es amplio, en conjunto a la sombra proporcionada por las fachadas, la copa del árbol logra manejar el confort térmico del ambiente. Pensando en la funcionalidad del jardín, se observa que hay una banca fija en un área en que el andén es más ancho, lo que demuestra la intención de crear un ambiente de estar y permanencia.



Figura 147. Patio central de la Sala de Hospitalización 9
Fuente: Autora, 2021



Figura 148. Patio central de la Sala de Hospitalización 9
Fuente: Autora, 2021

La atmosfera de esta sala también es diferente de las demás, los usuarios parecen estar viviendo en comunidad, hay una interacción acentuada entre ellos; se escuchan conversaciones por toda parte, además del sonido de la televisión y otras músicas aleatorias. En las paredes externas (Figura 148), por ejemplo, hay carteles informativos con el Manual de Convivencia hecho por los propios usuarios, que simbolizan el sentido comunitario que fue desarrollado en esta sala – y que puede ser justificado por el carácter de larga estancia de las hospitalizaciones. Una vez que ellos fueron sentenciados por el Estado, deben estar encerrados ahí por un tiempo predeterminado, que muchas veces es largo. También hay ropas colgadas en puntos estratégicos, lo que evidencia que estas personas tienen autonomía suficiente para que se hagan responsables por sus artículos personales, y las sillas de plástico posicionadas en diferentes puntos del patio central representan un mayor movimiento y apropiación del espacio por los usuarios.

8.3.2.2 Sala de Hospitalización 10 y las innovaciones en infraestructura

Diferente de las otras 9 salas del sector de Hospitalización descritas anteriormente - que componen los pabellones proyectados en la época de la modernización del asilo, caracterizada por la institucionalización del hospital psiquiátrico, y donde se nota el carácter histórico del edificio, con sus procesos de reformas y adaptaciones del espacio - la Sala de Hospitalización 10 es nueva, fue inaugurada en 2021. En este caso, no se trató de una reforma o adecuación de un espacio ya existente, como lo que ha pasado en las demás salas. La sala 10, que ocupa el espacio de la antigua cancha deportiva, fue construida desde el cero hace menos de un año. Motivada por la necesidad de aumento de la capacidad instalada del hospital, es decir, por la necesidad de disponer de un mayor número de camas de hospitalización para atender a la comunidad, las directrices arquitectónicas propuestas en el proyecto tuvieron raíces en el proceso contemporáneo de humanización del ambiente psiquiátrico, apoyado por normativas reformistas.

El proceso de proyecto y construcción de la Sala 10 estuvo asociado a las actividades de modernización, adecuación y ampliación de la infraestructura, previstas por Plan de Desarrollo

del hospital. Este movimiento también representa, para el hospital en cuanto entidad, mayores ingresos en sus ventas y facturación de servicios de salud, porque aumenta la capacidad instalada del servicio de Hospitalización con las 30 nuevas camas organizadas en 15 habitaciones dobles, además de mejorar la capacidad resolutiva en la referencia de los pacientes (HDPUV, 2020c).

Accediendo a la Sala 10 por el pasillo del sector de Hospitalización, se nota un cambio importante en la estética del hospital, un túnel estructurado con material metálico en tonos de azul funciona como un puente entre la Sala 10 y los demás pabellones de la hospitalización, como muestra la Figura 149. Con aperturas en todas sus superficies, que permiten la entrada graciosa de la iluminación natural y funciona como un panel para el jardín adyacente - también recientemente construido (Figura 150), como visto en la etapa anterior de este Estudio de Caso – el túnel, que marca la entrada de la Sala 10, parece decir que lo que viene más adelante es realmente innovador.



Figura 149. Vista 1 - Túnel entre Sala 10 y pabellones
Fuente: Autora, 2021



Figura 150. Vista 2 - Túnel entre Sala 10 y pabellones
Fuente: Autora, 2021

La sala pretende abrigar usuarias mayoritariamente del género femenino, que no están en la fase aguda de sus enfermedades mentales, brindándoles un tipo de contención moderada con compromiso con la humanización. Para eso, los ambientes fueron estructurados alrededor de un jardín central en formato elíptico, como muestra la Figura 151, con una estación de enfermería luego en la entrada, en la extremidad oeste de la edificación, como lo evidenciado en la Figura 152. Posicionada de manera privilegiada, la estación de enfermería tiene vista para las 15 habitaciones disponibles, que ocupan las laterales de la sala y se abren para el unico pasillo interno, que circunda el jardín central, conforme observado en la Figura 153.



Figura 151. Jardín Central de la Sala 10
Fuente: Autora, 2021



Figura 152. Estación de enfermería de la Sala 10
Fuente: Autora, 2021

Las habitaciones, como dicho pensadas para abrigar dos usuarios, disponen de una organización espacial coherente, con camas posicionadas de manera funcional, muebles de apoyo individuales, ventanas amplias con vistas para los jardines externos, un buen espacio de circulación y un baño privado, como muestra la Figura 154. Además, la ambientación minimalista trae un tono sobrio para el ambiente, caracterizado por la utilización de materiales planos y homogeneos - con colores claros y tonos pasteles para las paredes, elementos construidos y muebles; y en tono de azul para el piso – que generan la sensación de racionalidad, salubridad. Una composición que no deja dudas de que este se trata de un ambiente destinado al servicio de salud.



Figura 153. Pasillo interno de la Sala 10
Fuente: Autora, 2021



Figura 154. Habitación de Sala de Hospitalización 10
Fuente: HDPUV, 2020c

Desde la enfermería, también hay vista para el refectório, que ocupa la extremidad este de la sala, en el lado opuesto. Se trata de un ambiente abierto, integrado al pasillo circular y al jardín del centro de la sala, como muestra la Figura 155. Por lo cual va a ser posible disfrutar los benefeicios de un ambiente amplio, permeable, que ocupa un buen lugar en el fluxo de personas y acaba por desarrollar el potencial de espacio de permanencia, de estar y hasta recreativo. Un ambiente más propicio para la apropiación, sin dudas. El panel verde, visto en la Figura 156, también contribuye para eso, con una pintura de vegetación que acoge el jardín para dentro de esta zona social; una prueba de que los elementos artísticos humanizan y generan bienestar.



Figura 155. Vista 1 – Refectório Sala 10
Fuente: HDPUV, 2020c



Figura 156. Vista 2 – Refectorio Sala 10
Fuente: Autora, 2021

Además, la Sala 10 dispone de ambientes de apoyo, destinados a las prácticas medicas, terapéuticas y de servicios: un consultorio de psiquiatría, sala de terapias, revista medica, cafeteria, deposito, salas de ropa limpia y sucia, sala de lavado del paciente, aseo, depósitos de residuos ordinario y peligrosos, cuarto electrico y baños para los profesionales. Ellos están

ubicados en las partes posteriores del refectorio y de la estación de enfermería, como muetsra la Figura 157.



Figura 157. Estación de enfermería - Sala 10
Fuente: HDPUV, 2020c

Por lo descrito sobre la Sala 10, es facil observar avances en las practicas de mejorías de la infraestructura física. Y eso ya había sido observado en la descripción de las Salas 7 y 8, las Unidades de Cuidado Crítico, que pasaron por reformas recientes. Ahora, en este otro caso, la sensible y armoniosa organización espacial del ambiente aún es más evidente y no deja dudas sobre la incorporación de los preceptos de la humanización estudiados. Puede ser que la consolidación de esta sala represente el futuro del hospital, lo que viene a ser un buen camino.

Pero esta perspectiva necesita seguir evolucionando. La caracterización del ambiente es un ejemplo de lo que aún tiene espacio para mejorar; el modelo hospitalario todavía utilizado, aunque esté en acorde a las normativas de calidad, deja una inquietud referente a la falta de espacio para otras posibilidades, nuevas, para lo lúdico por ejemplo. Las directrices de humanización promueven la idea de fornecer ambientes de recuperación que se aproximeste jardín n de las características de un hogar a los usuarios, lo que quiere decir que deben permitir que ellos se apropien del espacio. Tema que impulsa una discusión importante para el estudio de caso.

8.3.2.3 Jardín de la Sala de Hospitalización 10

La uniformidad de los ambientes construidos – presente, por ejemplo, en la disposición ritmada de los elementos construidos y la monotonía de los materiales utilizados – es rompida con el impacto que el jardín central provoca en las vistas internas de la Sala 10. Sin quinas, con colores vibrantes y un pasto bien cuidado, el jardín parece se integrar al cielo por medio de una apertura en el techo, que funciona como una moldura y sigue el diseño curvilineo del jardín. Alrededor, la Sala 10 se desarrolla en tonos pasteles, promoviendo un contraste interesante, como lo observado e la Figura 158. El protagonismo del jardín, que dispone de un área de 104,53 m^2, es evidente en este escenario con tendencia contemporanea y es inegable su potencial de generar bienestar al usuario.

Considerando la exposición frecuente y por largo plazo de los usuarios a un mismo ambiente homogeneo, la posibilidad de que algo cambie en este paiasaje - que es lo que la naturaleza ofrece, actuando directamente en las percepciones de las personas - no puede ser desperdiciada. Las especies vegetales utilizadas para cumplieren con este movimiento orgánico del jardín son las palmas – Palma manilla (*Veitchia merrillii*) – arbustos y follajes – Crotos victoria (*Codiaeum variegatum*), Güembé (*Philodendros selloum*), Ixoras rojas (*Ixora coccinea*), Ginger variegata (*Alpinia zerumbet*), Hoja rota (*Philodendron Monstera*) y Orquídea (*Spathoglottis Plicata*) – y pasto – Prado esmeralda (*Zoysia japonica*) (HDPUV, 2020a). Esta

composición de especies, como se nota en la Figura 159, que se presenta de manera vistosa y atractiva, por su variedad de texturas y planos de composición, fornece al jardín un carácter restaurador interesante para el contexto psiquiátrico.



Figura 158. Relación entre Jardín interno y elementos construidos de la Sala 10
Fuente: Autora, 2021



Figura 159. Composición de especies del jardín interno de la Sala 10
Fuente: HDPUV, 2020c

Complementando la lista de especies vegetales, que fueron escogidas según diagnóstico realizado sobre las necesidades de la sala, están otros materiales vegetales importantes para la consolidación del jardín: tierra y insumos agrícolas - como fertilizantes; insecticidas orgánicos; materia orgánica, para enriquecer suelos; caldos orgánicos, para aportar nutrientes a las especies vegetales; cal agrícola, para mejorar composición de la tierra; hidrogel, para retener el agua en época de verano y mejorar absorción de nutrientes. Por otro lado, los materiales no vegetales incorporados al proyecto para la construcción del jardín y que están asociados a la consolidación de un ambiente físico habitable son: huellas en concreto, bancas de madera y piedra grava café (HDPUV, 2020a).

En este contexto, la posibilidad de que el transeúnte pueda caminar por el jardín y hasta cruzar para el otro lado de la sala es interesante. Proporcionada por la disposición de huellas de concreto que conforman un camino o un espacio de permanencia, además de crear un nuevo flujo para la Sala 10, la estrategia también favorece la interacción del usuario con la naturaleza, propiciando momentos de contemplación y reflexión dentro de la sala de hospitalización, como se nota en la Figura 160. Esta solución de pavimentación, sin embargo, no es accesible, lo que puede ser un riesgo para los usuarios psiquiátricos que presentan movilidad reducida. Por lo cual la uniformidad de la pavimentación, en este caso, sería positiva.



Figura 160. Vista 1 – Jardín interno Sala 10
Fuente: Autora, 2021



Figura 161. Vista 2 – Jardín interno Sala 10
Fuente: HDPUV, 2020c

Como justificación para la elaboración del proyecto de paisajismo, la implementación de jardines con plantas ornamentales, proporcionando espacios verdes, fue propuesta como medio para mejorar las condiciones climáticas del hospital y influenciar positivamente la salud física y mental de las personas que utilizan sus intalaciones. La ideia, bajo esta premisa, fue crear un jardín tropical que transmitiera serenidad, promoviendo momentos de paz, tranquilidad y bienestar, como lo que se observa en la Figura 161. En lo referente a la conservación del medio ambiente, la propuesta del jardín, que busca promover la conectividad con otras áreas verdes del Hospital, aposta en la creación de microclima que atraiga la fauna y ayude a preservar especies nativas. También actúa en la purificación del aire y reducción de la contaminación, de manera a contribuir con la minimización del impacto del edificio en el medio ambiente, así reduciendo la huella ecológica de la institución y generando un alto retorno de la inversión, debido a su aspecto sostenible (HDPUV, 2020a).

Una vez terminado el proyecto, la construcción del jardín, que estuvo asocidada al servicio de adecuación de espacios del HDPUV, fue propuesta para ser cumplida en un periodo de 15 dias. Para empezar, se propuso una capacitación para los profesionales encargados (Figura 162). Luego, a partir de un cronograma bien definido, donde las etapas de construcción fueron descriptas con sus respectivos tiempos de ejecución, la obra seguió bien monitorada. La Etapa 1 empezó con el alistamiento del terreno, que duró 3 días, en los cuales se adecuó el terreno, con nivelaciones, movimientos y mejoras del suelo para la futura ajardinajen y empradización (Figuras 163a-b); luego vino la Etapa 2, de excavación de hoyos, que empezó en el segundo día y duró 11 días, donde fueron abiertos huecos amplios para la siembra (Figura 164); de ahí, vino la Etapa 3, de plantación de especies vegetales, que empezó en el segundo día y también duró 13 días, mientras la plantación de prado, que empezó en el cuinto día, duró 8 días (Figuras 165a-d); concomitante a la siembra, estuvo la Etapa 4, de aplicación de nutrientes, que también empezó en el segundo día y duró 13 días, con la aplicación de una mezcla de sustratos enriquecidos con materia orgánica (Figura 166); la Etapa 5, de riego, fue la más larga, empezó en el segundo día y duró hasta el último, totalizando 14 días de suministración de agua en cantidad adecuada a los jardines, mientras se estaban ejecutando las labores en la obra(Figura 167); la Etapa 6, de instalación de grava y huellas, por su vez, ocorrió en la fase final, empezó en el 11º día y duró 4 días (Figuras 168a-b); por último, vino el proceso de realización de los labores de jardinería, en los últimos tres días antes de la entrega, que por su vez ocurrió en el 15º día (Figura 169) (HDPUV, 2020a).



Figura 162. Capacitación
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 163a. Etapa 1
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 163b. Etapa 1
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 164. Etapa 2
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 165a. Etapa 3
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 165b. Etapa 3
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 165c. Etapa 3
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 165d. Etapa 3
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 166. Etapa 4
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 167. Etapa 5
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 168a. Etapa 6
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 168b. Etapa 6
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 169. Vista del jardín en el día de la inauguración de la Sala de Hospitalización 10
Fuente: Archivo del HDPUV

El hecho de que un proyecto de paisajismo fue desarrollado para la Sala de Hospitalización 10 - que es la representación de un futuro más humanizado para la infraestructura del hospital - es de un grande avance, no se puede negar. La presencia del área verde en las nuevas directrices arquitectónicas que rigen las transformaciones del espacio psiquiátrico es un hecho hace mucho pretendido por las normativas reformistas derivadas de la Revolución Psiquiátrica. Sobre todo en un caso como este, en que el eje ambiental sirvió como base para el desarrollo del proyecto de la sala y del jardín, es posible observar la consolidación de ambientes que promueven rehabilitaciones más agradables e integrales. En este sentido, una de las discusiones que el proceso de proyecto y construcción de este jardín puede generar, trata de

la composición de especies, que explora la utilización de especies exóticas. Talvez este proceso esté justificado en la funcionalidad que se busca en un jardín destinado al servicio de salud, donde la estética atractiva de las plantas exóticas puede desarrollar procesos sensoriales humanos interesantes, pero no ecológicos.

8.3.3 Descripción de las áreas verdes

La segunda etapa de las visitas fue desarrollada en las áreas verdes del hospital, que fueron clasificadas en Jardín Principal - por ser el mayor, con más diversidad arbórea y con potencial para abrigar ambientes construidos – y Jardines Secundarios, como muestra la Figura 170. La decisión de destinar una de las tres etapas de las visitas a las áreas verdes se debe al carácter ambiental y paisajístico de esta investigación. Además, las temáticas ambientales, bajo la supervisión del DAGMA, están recibiendo bastante atención en el hospital hoy en día. La estructuración de los jardines, el mantenimiento de las especies vegetales, la adopción de jardines del entorno, la preocupación con la fauna son ejemplos de este movimiento, que es de suma importante para el desarrollo de las áreas verdes internas. Observar si ellas se integran con el paisaje de su entorno, en una mirada más ecológica de composición del paisajismo, y si interactúan con la dinámica terapéutica del hospital, son aspectos importantes de este abordaje.

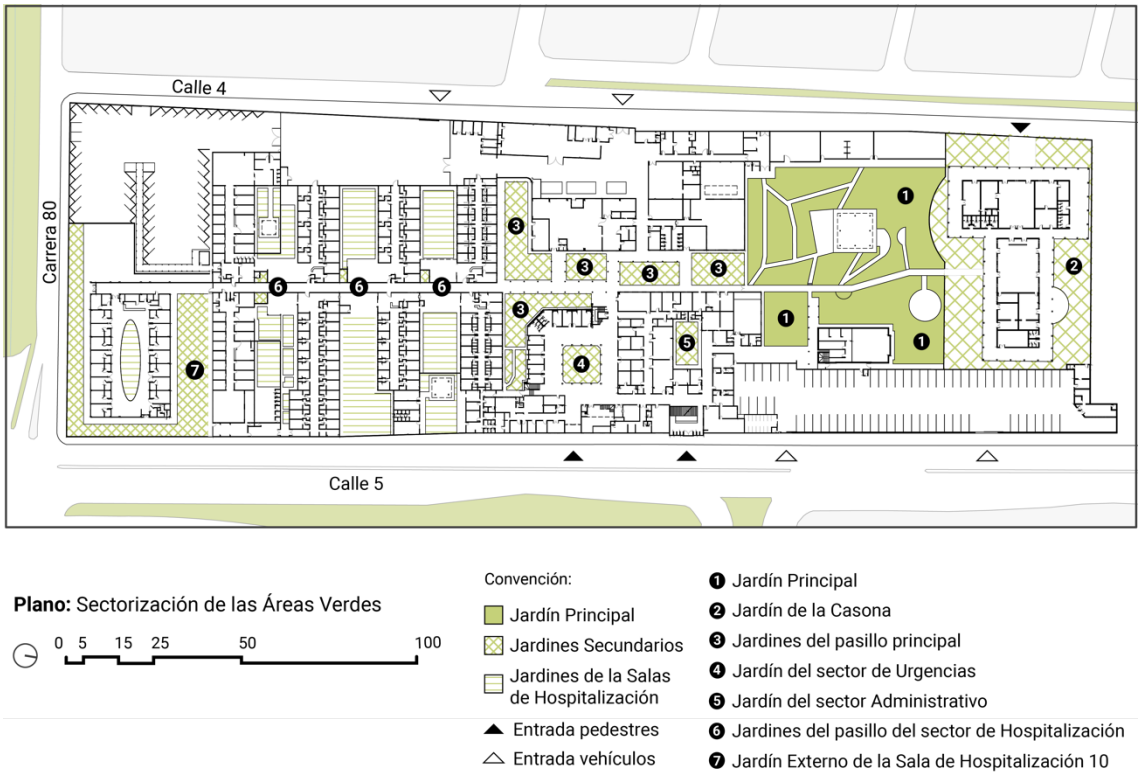


Figura 170. Plano: Sectorización de las Áreas Verdes del HDPUV
Fuente: Autora, 2021

8.3.3.1 Jardín Principal del HDPUV

Elementos construidos del Jardín principal

El Jardín Principal, con 2.390,22 m^2, está delimitado por tres edificios: el Pabellón del Hospital Día, el Edificio de Expansión y la Casona, como muestra su plano (Figura 171). Estructurado alrededor de un kiosko de uso diverso, los flujos del jardín fueron delimitados por caminos y pasillos propuestos para conectar los edificios entre si y entre las áreas de estar (Figuras 172 y

173). Con trazado rectilíneo, estos caminos fueron implementados conforme las demandas y necesidades de los flujos del hospital, y sufrieron adaptaciones a lo largo del tiempo, lo que resulta en una variedad en la estructura y materialidad de la pavimentación que es nociva a la accesibilidad universal (Figuras 174 y 175). También hay diferencias de niveles entre pavimentos que están mal solucionadas (Figuras 176 y 177), y los caminos presentan tramos interrumpidos (Figura 178 y 179), lo que hace que el acto de caminar y acceder a los edificios del sector, lo que incluye el proceso de contemplación del jardín, no sea tan seguro cuanto se espera en un ambiente terapéutico, donde es frecuente encontrar usuarios con movilidad reducida.

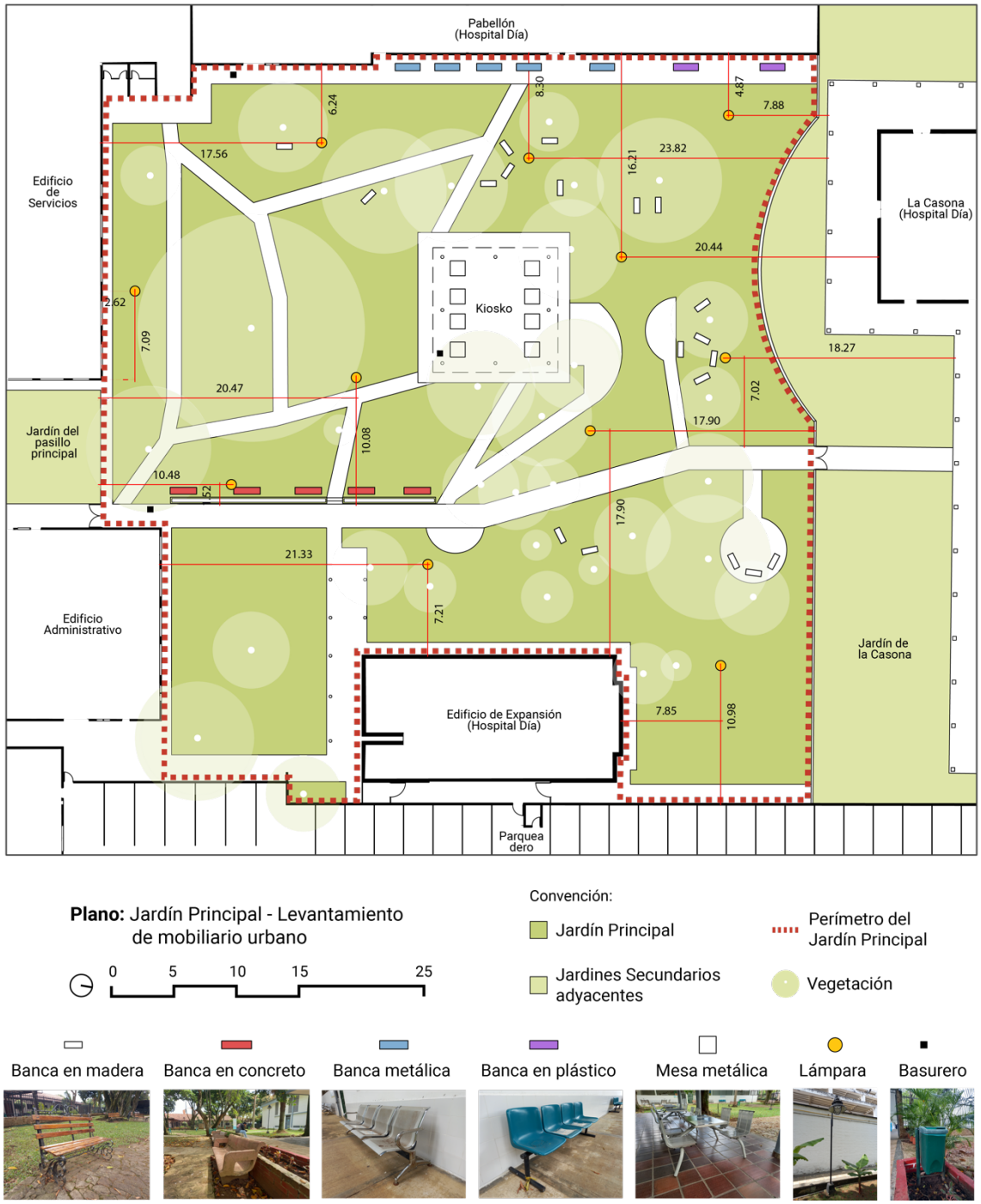


Figura 171. Plano: Jardín Principal – Levantamiento de elementos construidos
Fuente: Autora, 2021



Figura 172. Vista frontal del Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 173. Vista posterior del Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 174. Pavimentación irregular en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 175. Pavimentación irregular en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 176. Niveles irregulares en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 177. Niveles irregulares en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 178. Caminos interrumpidos en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 179. Caminos interrumpidos en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

Sobre los ambientes de permanencia de este jardín, que es amplio y generoso, los mismos se restringen al kiosko y a algunas áreas de estar. El kiosko (Figura 180 y 181) es una estructura cuadrada de 100 m^2, en que columnas y vigas en concreto sostienen una cubierta con estructura en madera y revestida por tejas metálicas. No hay muros, por lo cual la vista e integración con el jardín están garantizadas. En el espacio, es posible observar ocho conjuntos de mesas y sillas metálicas con capacidad para cuatro personas y un basurero de plástico. Esta ambientación posibilita el uso diversificado del espacio, que sirve como palco tanto para consultas psicológicas, terapias ocupacionales y reuniones entre profesional-familia-usuario, cuanto para el horario de almuerzo del personal profesional. Hay movimiento en el kiosko y, para el contexto del hospital, desempeña una función importante en cuanto elemento paisajístico.



Figura 180. Vista externa del Kiosko del Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 181. Vista externa del Kiosko del Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

Junto al kiosko, una red de áreas de estar, organizadas de manera a optimizar la funcionalidad del jardín, están dispuestas en puntos estratégicos que evidencian el potencial topoceptivo de elementos construidos y naturales. La entrada de edificios, las especies vegetales interesantes, las sombras de las copas de árboles y el cruce de caminos son ejemplos de estos elementos. Luego, la composición de bancas, junto a sistemas de iluminación y de colecta de basura, que se relacionan con la vegetación alrededor, demuestran una intención de acoger el transeúnte en estos ambientes y darles diferentes posibilidades de uso.

La diversidad de materiales de las bancas utilizadas, por su vez, demuestra el carácter de adaptación del jardín, en que los elementos que componen un ambiente son adicionados gradualmente, conforme son necesitados. Hay cuatro tipos de bancas: en madera, en concreto, en metal y en plástico. Las bancas en madera (Figura 182) fueron dispuestas junto a la naturaleza, agrupadas entre si en diferentes puntos del jardín, muchas veces en el propio

pasto, componiendo áreas de estar estéticamente agradables y que posiblemente generan bienestar, por se acomodaren a una escala bucólica, aprovechando las sombras de los árboles y dispuestas en los flujos más frecuentes, como visto en las Figuras 183, 184 y 185. Sin embargo, hace falta algunos elementos que pueden generar funcionalidad especificas, como mesas, basureros y pérgolas.



Figura 182. Banca en madera
Fuente: Autora, 2021



Figura 183. Área de estar 1 - Bancas en madera (Tipo 1)
Fuente: Autora, 2021



Figura 184. Área de estar 2 - Bancas en madera
Fuente: Autora, 2021



Figura 185. Área de estar 3 - Bancas en madera
Fuente: Autora, 2021

Por su vez, las áreas de estar compuestas por las bancas en concreto, como la de la Figura 186 desarrollan el papel de dividir el jardín en dos partes: la parte izquierda, compuesta por el kiosko y el Pabellón del Hospital Día, y la parte derecha, compuesta por el Edificio de Expansión. Utilizar el mobiliario como barrera física puede ser una buena estrategia para proyectos de paisajismo en los cuales se pretende frenar el flujo de personas de un lugar hacia el otro. Sin embargo, en este caso, el carácter segregador de estas bancas, observado en la Figura 187, que están asociadas a un desnivel en la topografía del terreno, desfavorece algunas de las principales funciones del jardín: integrar los edificios, favorecer el paso de personas, considerando la accesibilidad universal, y promover momentos contemplativos y restauradores.



Figura 186. Banca en concreto
Fuente: Autora, 2021



Figura 187. Composición segregadora - bancas en concreto
Fuente: Autora, 2021

Ya las bancas en metal y en plástico, como las observadas en las Figuras 188 y 189 respectivamente, están dispuestas en las paredes externas de los salones del Pabellón (Figura 190), como si estuvieran esperando por alguien que tiene una cita. Su carácter no es tanto de permanencia o contemplativo, sino de paso, de circulación de personas; o sea, desarrollan la función que podría ser comparada a de una sala de espera. El facto de que frecuentemente haya personas utilizando estas sillas, mientras esperan una consulta o el horario de una terapia, refleja la importancia del proceso de recepción de los usuarios en el contexto institucional, cuya calidad es primordial para lograr una atención integral.



Figura 188. Banca en metal.
Fuente: Autora, 2021



Figura 189. Banca en plástico
Fuente: Autora, 2021



Figura 190. Disposición de las bancas en plástico y mental
Fuente: Autora, 2021

En este contexto, la cantidad de basureros encontrada es un llamado de atención hacia cuestiones sociales y ambientales que pueden influir en la calidad del jardín. Hay un basurero en la entrada del jardín (Figura 191), otro en la pared externa del Pabellón (Figura 192) y otro en el kiosko (Figura 193), totalizando tres basureros. Desde el ambiental, de manera resumida, se entiende que la composición de ambientes en áreas verdes requiere un cuidado aún más preciso con la colecta de residuos sólidos, una vez que se actúa en contacto directo con la naturaleza. Asimismo, desde el social, se siente el impacto de la no materialización del discurso de reducción de impactos ambientales, que es práctica del propio hospital. De esta manera, la disposición de basureros en colores específicos para la colecta selectiva, junto a los principales puntos de encuentro, sería de grande avance para la concepción del jardín.



Figura 191. Basurero 1
Fuente: Autora, 2021



Figura 192. Basurero 2
Fuente: Autora, 2021



Figura 193. Basurero 3
Fuente: Autora, 2021

En cuanto a la disposición de las lámparas (Figura 194) - cuyo modelo adornado en metal fornece, para el jardín, una sensación de cuidado y gentileza - es posible notar la intención de ubicarlas próximo a las áreas de estar. Por eso, las once luminarias encontradas están en el pasto, principalmente junto a las bancas de madera. No hay iluminación en los caminos pavimentados y tampoco se nota vestigios de un proyecto de iluminación para la vegetación; sin embargo, esta condición puede ser justificada por el facto de que este es un jardín de uso diuturno. Como está asociado a las instalaciones del Hospital Día, donde, al contrario de la Hospitalización, no hay actividades por la noche, el jardín se mantiene cerrado cuando no hay luz natural.



Figura 194. Lámpara del Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

Vegetación del Jardín Principal

Las áreas verdes del Jardín Principal son abundantes, la vegetación, compuesta mayoritariamente por árboles de grande porte, parecen expertas en encantar, y los pastos, en

su estado natural, llenos de hojas secas, parecen saber que sostienen algo grandioso, como muestra las Figuras 195. La composición de estos elementos es como una invitación para entrar al jardín, como se nota en la Figura 196; de hecho, no en cualquier hospital psiquiátrico se encuentra algo así. Al adentrarlo, desde el pasillo que lleva al sector de Urgencias, y observar la magnitud de sus troncos, altos y robustos, como el Caucho (*Ficus elástica*) de la Figura 195, sosteniendo las copas de los árboles, que crecen en formatos variados y parecen interactuar con los rayos solares, amenizando su presencia, es posible comprender lo que es contemplar la naturaleza. Aquí, en este jardín, ella aparece majestuosa, con espacio para desarrollarse y construir un ambiente saludable; un refugio para el caos que está luego al lado, la Avenida 5ª de la ciudad de Cali.



Figura 195. Vista de los árboles de grande porte
Fuente: Autora, 2021



Figura 196. Vista de los árboles de grande porte
Fuente: Autora, 2021

Las otras tipologías vegetales, que componen el jardín de una manera más ornamental, también ayudan a construir su identidad paisajística. Son los arbustos, follajes y rastreras (Figuras 197), que aumentan la diversidad de colores, formatos, tamaños y texturas, posibilitando la composición espacial a partir de una variedad interesante de planos. El cultivo de estas plantas en el Jardín Principal tiende a enriquecer la experiencia sensorial, porque lo conduce a actuar desde una escala más cercana y palpable al ser humano, desarrollando su potencial restaurador a partir de los detalles.



Figura 197. Composición paisajística con diferentes tipologías vegetales
Fuente: Autora, 2021

Observar las particularidades de cada especie vegetal, puede generar una curiosidad sobre sus nombres y características principales. Pensando en esto, el hospital distribuyó placas (Figura 198) con las principales informaciones - nombre común, nombre científico, familia y una breve descripción - de cada uno de los árboles consolidados. Esta iniciativa puede ser considerada el resultado de un proceso de valoración de la vegetación local - considerando que algunas están

presentes desde los tiempos del asilo -, de comprensión de la necesidad de preservación y de la búsqueda por fomentar el interés por los temas ambientales en los usuarios y profesionales.



Figura 198. Placa con informaciones sobre especies vegetales
Fuente: Autora, 2021

Pensando en corroborar con esa iniciativa y dar un seguimiento paisajístico al estudio de caso, fue propuesto, en este trabajo, el mapeo de las especies arbóreas, a partir del levantamiento de sus ubicaciones, y la descripción de las especies a partir de un Catálogo de especies arbóreas - abarcando incluso las especies que no están identificadas por las placas dispuestas en el jardín. Estas serán las bases para el desarrollo del Estudio de Vegetación del Jardín Principal.

8.3.3.2 Estudio de Vegetación del Jardín Principal

Las Figuras 199 y 200, que presentan los planos de Mapeo Arbóreo del Jardín Principal del HDPUV en dos partes, fue generado a partir de la representación gráfica de las diferentes especies arbóreas, identificadas a partir de su tipología y sigla, y numeradas de acuerdo a sus ubicaciones, que también fueron medidas para este trabajo.



Figura 199. Mapeo Arbóreo – Jardín Principal (Parte 1 – Distribución de tipología vegetal)
Fuente: Autora, 2021

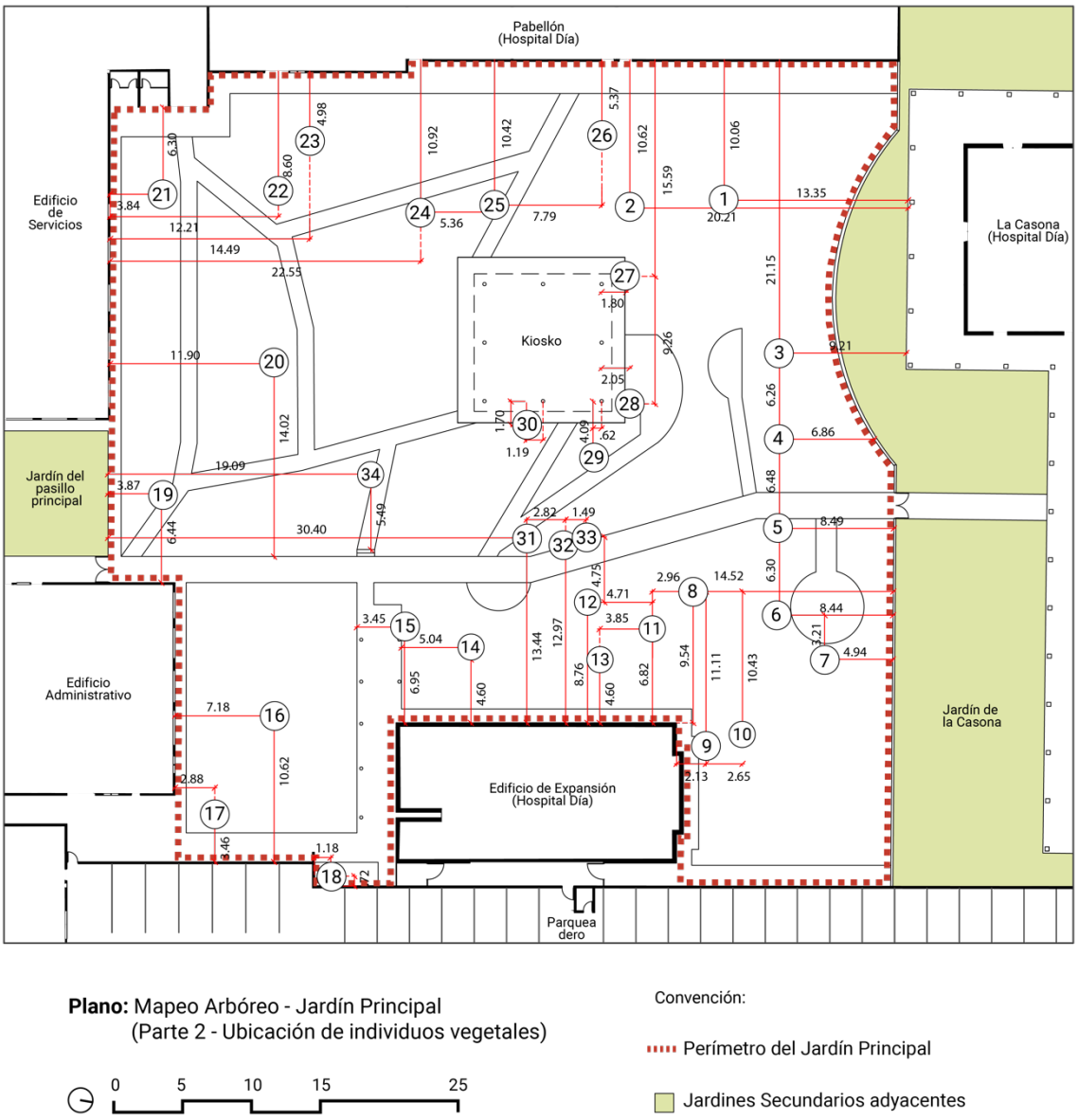


Figura 200. Mapeo Arbóreo – Jardín Principal (Parte 1 – Ubicación de individuos vegetales)
Fuente: Autora, 2021

Para complementar los planos de Mapeo Arbóreo del Jardín Principal, se presenta la Tabla 1, que expone el Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Principal del HDPUV - desarrollado para este trabajo -, donde fueron compiladas las principales informaciones y características de los árboles, a fin de construir un panorama sobre la actual comunidad vegetal presente en el jardín. El número de identificación de cada especie está en acorde a los presentados en el Mapeo Arbóreo, por lo cual es posible identificar donde cada uno de los árboles descritos en el Catálogo están ubicados.

Tabla 1 - Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Principal del HDPUV

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	MAIN	*Mangifera indica*	Mango	Anacardiaceae	Fructífera	Asia	Perenne	30	alta + 14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: sombra, ornamental y fruto comestible . Fructo comestible y ampliamente consumido en Colombia . Cultivo: mejor desarrollo en suelos profundos bien drenados y ricos en materia orgánica . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, retiros de quebrada, edificios institucionales, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos pesados . Árbol frecuente en Colombia, por lo cual desempeña un papel importante en la construcción del paisaje urbano

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
2	MAZA	*Manilkara zapota*	Zapote	Sapotaceae	Fructífera	Centro América Sur América	Perenne	14	alta + 14	Blanca

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: sombra, ornamental y fruto comestible . Flores atraentes por su aroma . Limitaciones para el uso paisajístico: frutos carnosos . Usos en espacio público: orejas de puente, glorietas, parques, plazas, edificios institucionales

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
3	MEBI	*Melicoccus bijugatus*	Mamoncillo	Sapindaceae	Fructífera	Sur América (México, Colombia, Venezuela, Antillas)	Caducifolia	25	alta + 14	Verde

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flores: atractivas por la fragancia . Función: Sombra, ornamental y fruto comestible . Uso de la madera: ebanistería, molduras y torneado . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos carnosos y masivos que pueden afectar la movilidad de peatones y vehículos

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre común	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
5	MAIN	*Mangifera indica*	Mango	Anacardiaceae	Fructífera	Asia	Perenne	30	alta + 14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: sombra, ornamental y fruto comestible . Fructo comestible y ampliamente consumido en Colombia . Cultivo: Mejor desarrollo en suelos profundos bien drenados y ricos en materia orgánica . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, retiros de quebrada, edificios institucionales, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos pesados . Árbol frecuente en Colombia, por lo cual desempeña un papel importante en la construcción del paisaje urbano

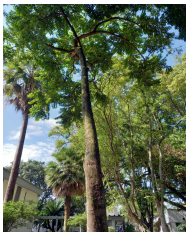
Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
6	TACH	*Tabebuia chrysantha*	Guayacan Amarillo	Bignoniaceae	Ornamental	América Tropical (México, Peru, Trinidad)	Caducifolia	35	media 7-14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flores estacionales y con potencial ornamental . Función: Sombra, ornamental, alimento para fauna . Uso en el espacio público: Separadores, cerros, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales . Uso de la madera: pisos, construcciones, chapas y objetos deportivos . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos masivos, lo que puede afectar la movilidad de peatones y vehículos

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
7	MAIN	*Mangifera indica*	Mango	Anacardiaceae	Fructífera	Asia	Perenne	30	alta + 14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: sombra, ornamental y fructo comestible . Fructo comestible y ampliamente consumido en Colombia . Cultivo: mejor desarrollo en suelos profundos bien drenados y ricos en materia orgánica . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, retiros de quebrada, edificios institucionales, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos pesados . Árbol frecuente en Colombia, por lo cual desempeña un papel importante en la construcción del paisaje urbano

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
8	CAOD	*Cananga odorata*	Cadmia Ylan ylang	Annonaceae	Ornamental	Asia	Perenne	15	media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso: Extración de aceite esencial de sus flores, el Ylang-Ylang, utilizado en perfumes, cosméticos y jabones . Cultivo: requiere sombra en el estado juvenil y suelos profundos, sueltos, fértiles y bien drenados . Uso en el espacio público: Separadores, parques, plazas, antejardines, andenes, vías peatonales, edificios institucionales . Sin limitaciones para el uso paisajístico

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
9	PIPI	*Pinus pinaster*	Pino rodeno	Pinaceae	Ornamental	Europa, Mediterráneo	Perenne	35	Media	Dorada

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . La copa irregular y abierta es bastante ornamental, así como las hojas en forma de aguja agrupadas . Uso: Medicinal, farmacéutico y para producción de resina. Las piñas son utilizadas para artesanías . Limitaciones para el uso paisajístico: Tiene facilidad para colonizar nuevos espacios, por eso es una especie exótica invasora considerada dañina . Cultivo: Forma bosques puros o mixtos sobre suelos ácidos, soporta bien los pedregosos y las condiciones de sequía

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
10	MOCI	*Morinda citrifolia*	Noni	Rubiaceae	Fructífera	Asia, Oceanía (India, Malasia, Australia)	Perenne	6	Media 12	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observación
			. Flores aromáticas y permanentes . Función: Ornamental, fruto comestible . Uso: Medicinal . Cultivo: Requiere luminosidad media . Uso en el espacio público: Edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos carnosos que pueden afectar la movilidad de peatones

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
	GESP	Geoffroea spinosa	Ébano ornamental	Fabaceae	Ornamental	Sur América (Colombia, Argentina)	Caducifolia	15	Media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
11 			. Función: Ornamental, restauración ecológica, alimento para la fauna, recuperación de suelos y áreas degradadas . Uso: Frutos y semillas comestibles . Uso de la madera: Carpintería . Cultivo: Requiere alta luminosidad y resiste a suelos inundados . Uso en el espacio público: Plazas, andenes, edificiones institucionales, glorietas, parques
12 			

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
	WARO	Washingtonia robusta	Palma wachintonia	Aerecaceae	Palma	Centro América (Mexico, trópicos y subtrópicos)	Perene	22	Estrecha 3-4	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
13 			. Función: Ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad y se adapta a una gran variedad de suelos . Uso en el espacio público: Parques, separadores, andenes, orejas de puente, glorietas, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Las espinas en el pecíolo pueden generar riesgos a los peatones, sobretudo cuando la palma está joven
14 			

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
	TARO	Tabebuia rosea	Guayacan Lila	Bignoniaceae	Ornamental	Centro América, Sur América (México a Ecuador)	Caducifolia	40	Alta + 14	Rosada

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
15 			. Función: Ornamental y restauración ecológica . Uso de la madera: ebanistería fina y carpintería . Cultivo: Requiere alta luminosidad y se desarrolla en suelos humedos e, incluso, pobres y degradados . Uso en el espacio público: Separadores, orejas de puente, glorietas, parques, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos masivos que pueden afectar la movilidad . Muy atractivo para la fauna . Sistema radicular profundo

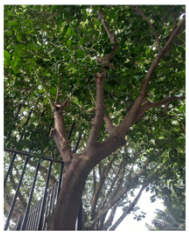
Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
	CYSP	Cyca sp.	Palma Cyca	Cicadaceas	Palma	Asia, África y Oceanía	Perenne	6	Media	Beige anaranjado

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
16 			. Función: Ornamental . Pertenece a una familia monotípica, que tiene un solo género, el Cycas, con un centenar de especies . Cultivo: Habitan bosques y sabanas, muchas especies toleran el fuego . Uso paisajístico: Planta decorativa y ornamental, que puede ser utilizada en interiores, poseen un tallo leñoso cilíndrico y hojas semejantes a las das palmeras

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
17	FIAM	*Ficus Americana*	Caucho Higueron	Moraceae	Ornamental	América Central Antillas, México, Brasil	Caducifolia o Perenne	20	Alta	Crema Verde

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, Alimento, Conservación y Protección . Sus frutos son ampliamente consumidos por las aves y por animales silvestres, siendo importantes para la conservación de especies clave de las comunidades de animales frugívoros . Uso en espacio público: se siembra en parques y para brindar sombrio en espacios urbanos amplios . Utilizada para la protección y la conservación de las cuencas hidrograficas . Reproducción: el árbol tiene un obligado mutualismo con las avispas del higo; las flores sólo son polinizadas por las avispas del higo, y las avispas del higo sólo pueden reproducirse en las flores del higo

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
18	CINO	Citrus nobilis	Mandarino	Rutaceae	Fructifera	Asia	Perennifolio	6	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, Alimentación . La cáscara de la mandarina es rica en esencias, con concentración elevada de vitaminas A, B1, B2, C, calcio y fosforo, y puede ser usada para dulces y mermeladas . Las hojas contienen un principio amargo que se emplea como tónico y aperitivo, a la vez que cierta acción eupéptica . Los frutos tienen propiedades vitamínicas, con gran cantidad de vitamina A y C, sales minerales, como potasio, calcio y fósforo . Las flores son blancas y aromáticas . Cultivo: Lugares con sol y suelos fértiles y bien drenados, pero resisten mejor que otros cítricos a la falta de agua . Existen numerosas variedades e híbridos de mandarinas

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
19	TACH	*Tabebuia chrysantha*	Guayacan Amarillo	Bignoniaceae	Ornamental	América Tropical (México, Peru, Trinidad)	Caducifolia	35	media 7-14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flores estacionales y con potencial ornamental . Función: Sombra, ornamental, alimento para fauna . Uso en el espacio público: Separadores, cerros, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales . Uso de la madera: pisos, construcciones, chapas y objetos deportivos . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos masivos, lo que puede afectar la movilidad de peatones y vehículos

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
20	FIEL	*Ficus elastica*	Caucho	Moraceae	Ornamental	Asia	Perenne	30	alta + 14	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Altamente ornamental . Cultivo: Requiere luminosidad media . Uso en el espacio público: Orejas de puente, cerros, retiros de quebrada, parques . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos masivos, lo que puede afectar la movilidad de peatones y vehículos, y raíces superficiales que afectan la pavimentación

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
21	CILI	*Citrus limon*	Limón	Rutaceae	Fructífera	Asia (China, India)	Perenne	6	media 7-14	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, fruto comestible . Uso: Aceite, medicional y resinas . Cultivo: Requiere alta luminosidad . Uso en el espacio público: Parques, vías peatonales, glorietas, plazas, edificios institucionales

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
22	MOCI	*Morinda citrifolia*	Noni	Rubiaceae	Fructífera	Asia, Oceanía (India, Malasia, Australia)	Perenne	6	media 12	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flores aromáticas y permanentes . Función: Ornamental, fruto comestible . Uso: Medicinal . Cultivo: Requiere luminosidad media . Uso en el espacio público: Edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos carnosos que pueden afectar la movilidad de peatones

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
23	PEAM	*Persea americana*	Aguacate	Lauraceae	Fructífera	Centro América	Caducifolia	20	media 7-14	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental y frutos comestibles . Frutos ampliamente consumidos y muy valorados . Cultivo: Requiere alta luminosidad y suelos bien drenados . Uso en el espacio público: Parques, orejas de puente, cerros, retiros de quebrada . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos pesados y carnosos que pueden poner los peatones en riesgo

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
24	MAAM	*Mammea americana*	Mamey	Calophyllaceae	Fructífera	Centro América (Antilhas)	Perenne	20	media 7-14	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flor aromática . Función: Alimento para fauna, barrera contra ruidos y retención de contaminantes . Uso: Frutos comestibles, semillas y hojas con principios insecticidas . Cultivo: Requiere alta luminosidad y suelos bien drenados . Uso en el espacio público: Parques, cerros, plazas, orejas de puente, glorietas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos pesados que pueden poner el peaton en riesgo

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
25	DERE	*Delonix regia*	Acacia Roja Flamboyán	Fabaceae	Fructífera	África (Madagascar)	Caducifolia	8	alta + 14	Naranja

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, alimento para fauna . Uso: De la corteza se extraen taninos y las semillas son utilizadas para artesanías . Uso en el espacio público: Parques, cerros, orejas de puente, retiros de quebrada, glorietas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos pesados y masivos, lo que puede afectar la movilidad peatones y vehículos

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
26	MOCI	*Morinda citrifolia*	Noni	Rubiaceae	Fructífera	Asia, Oceanía (India, Malasia, Australia)	Perenne	6	media 12	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flores aromáticas y permanentes . Función: Ornamental, fruto comestible . Uso: Medicinal . Cultivo: Requiere luminosidad media . Uso en el espacio público: Edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos carnosos que pueden afectar la movilidad de peatones

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
27	MAIN	*Mangifera indica*	Mango	Anacardiaceae	Fructífera	Asia	Perenne	30	alta + 14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: sombra, ornamental y fructo comestible . Fructo comestible y ampliamente consumido en Colombia . Cultivo: Mejor desarrollo en suelos profundos bien drenados y ricos en materia orgánica . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, retiros de quebrada, edificios institucionales, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos pesados . Árbol frecuente en Colombia, por lo cual desempeña un papel importante en la construcción del paisaje urbano

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
28	CHCA	*Chrysophyllum cainito*	Caimo	Sapotaceae	Fructífera	América tropical	Semicaducifolia	30	media 7-14	Crema

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Floración permanente . Función: Frutos comestibles, ornamental, sombra . Uso de la madera: Construcción, carpintería y herramientas . Uso en el espacio público: Parques, orejas de puente, glorietas, plazas, edificios institucionales, retiros de quebrada, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: frutos carnosos que pueden afectar la movilidad . Muy atractivo para la fauna

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
29	CAOD	*Cananga odorata*	Cadmia Ylan ylang	Annonaceae	Ornamental	Asia	Perenne	15	media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso: Extración de aceite esencial de sus flores, el Ylang-Ylang, utilizado en perfumes, cosméticos y jabones . Cultivo: requiere sombra en el estado juvenil y suelos profundos, sueltos, fértiles y bien drenados . Uso en el espacio público: Separadores, parques, plazas, antejardines, andenes, vías peatonales, edificios institucionales . Sin limitaciones para el uso paisajístico

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
30	CEPE	*Ceiba pentandra*	Ceiba	Malvaceae	Fructífera	África, América tropical, Centroamérica, Suramérica	Caducifolia	50	alta + 14	Crema Rosado

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Habitat para fauna, ornamental, fruto comestible . Uso de la madera: cajonería y aeromodelismo . Cultivo: Requiere luminosidad media y suelo arenoso a arcilloso . Uso en el espacio público: Cerros, glorietas, orejas de puente, parques, plazas . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos masivos que pueden afectar la movilidad de peatones y vehículos . Sistema radicular superficial

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
31	BAPU	*Bauhinia purpurea*	Casco de Buey	Fabaceae	Ornamental	Asia	Perene	9	baja 3	Púrpura

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Sombra, ornamental . Uso: Medicinal, farmacéutico, control de erosión, estabilización de dunas, mejoría del suelo, barrera para el viento . Uso de madera: Construcción liviana . Cultivo: Climas tropicales y subtropicales . Limitaciones para el uso paisajístico: Crecimiento rápido con potencial para invadir vegetación nativa

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
32	PIDU	*Pithecellobium dulce*	Chiminango	Fabaceae	Ornamental	América tropical, Asia (México, Suramética, Antillas)	Perenne	18	alta + 14	Crema

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Restauración ecológica, sombra, barrera para el viento, cerca viva . Uso de la madera: Cercas y carpintería . Cultivo: Requiere alta luminosidad, soporta sequías prolongadas y no es exigente en suelos . Uso en el espacio público: Cerros, orejas de puente, glorietas, parques, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Raíces superficiales y agresivas . Muy atractivo para fauna

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
33	TARO	Tabebuia rosea	Guayacan Lila	Bignoniaceae	Ornamental	Centro América, Sur América (México a Ecuador)	Caducifolia	40	alta + 14	Rosada

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental y restauración ecológica . Uso de la madera: ebanistería fina y carpintería . Cultivo: Requiere alta luminosidad y se desarrolla en suelos humedos e, incluso, pobres y degradados . Uso en el espacio público: Separadores, orejas de puente, glorietas, parques, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos masivos que pueden afectar la movilidad . Muy atractivo para la fauna . Sistema radicular profundo

Nº	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
34	LICA	Licania campestre	Carbonero	Chysobalanaceae	Ornamental	Cuba, Guyana, Brasil, Venezuela, Colombia, Perú	Perenne	20	Media 7	Roja

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	
			. Función: Sombra, ornamental . Uso de la madera: Madera muy apreciada por su calidad y utilizada en construcciones maniras, puentes, botes, como combustible y para elaboración de carbón . Cultivo: Se desarrolla bien en bosque húmedo tropical

Tabla 1. Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Principal del HDPUV
Fuente: Autora, 2021

Estudio de Vegetación

A partir de los planos de Mapeo Arbóreo y de la tabla del Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Principal, es posible observar la variedad de especies, formas, texturas y colores de la vegetación, y la manera como los individuos arbóreos, con sus diversas características, se relacionan, componiendo este jardín. Este proceso viabiliza la identificación de las características estándares de la comunidad vegetal, componiendo así el Estudio de Vegetación del Jardín Principal.

En el estudio, fueron contabilizados 34 individuos arbóreos, entre los cuales hay 23 especies diferentes. La *Mangifera indica,* con 4 individuos (11,8% del total), y la *Morinda citrifolia,* con 3 individuos (8,8% del total), fueron identificadas como las especies más frecuente en el jardín, como muestra la Figura 201. Por otro lado, hay 15 especies arbóreas (65,2% del total) que presentan apenas un individuo como representante, lo que contribuye para la diversidad del jardín y para su carácter heterogéneo, lo que puede ser discutible en un abordaje sobre la consolidación de una comunidad vegetal equilibrada.

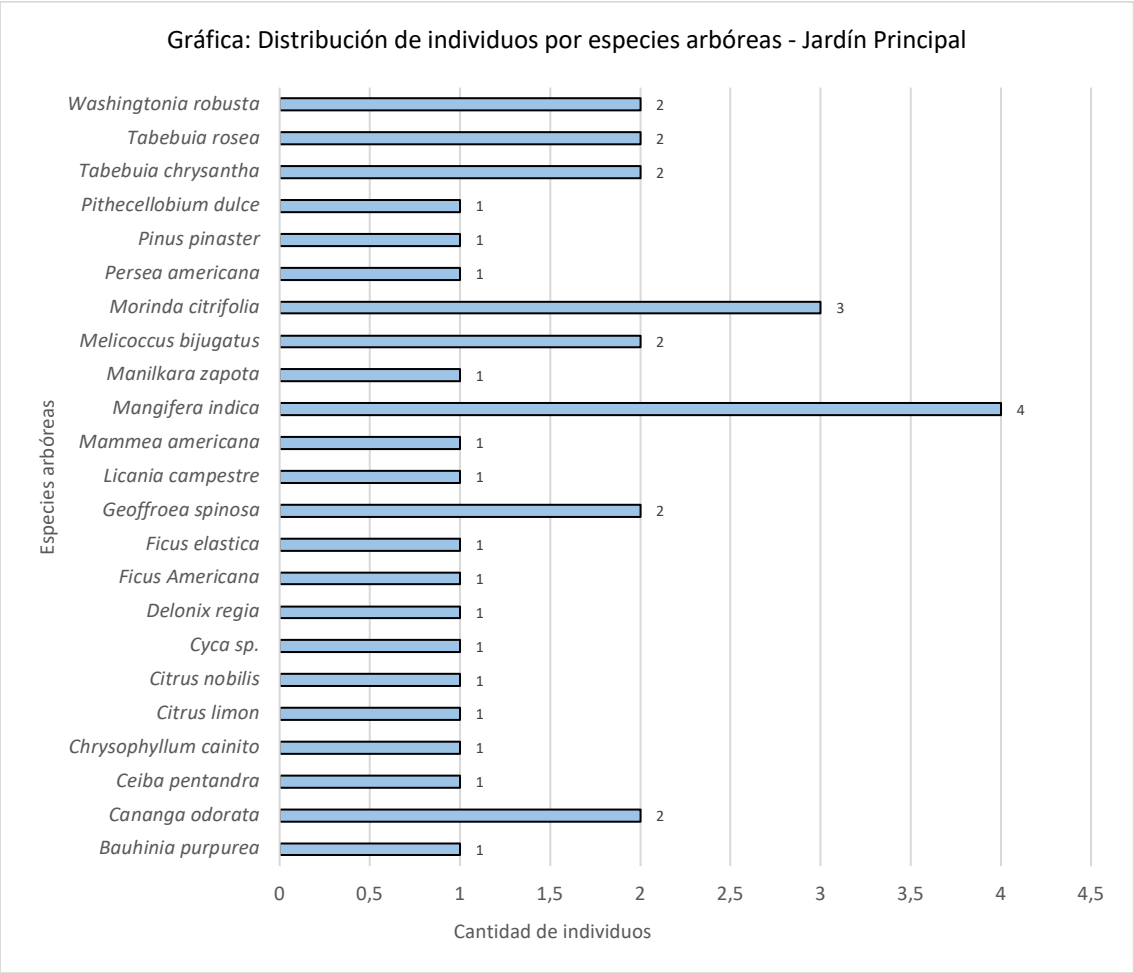


Figura 201. Gráfica: Distribución de individuos por especies arbóreas – Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

En cuanto al local de origen de las especies arbóreas, la Figura 202 demuestra que el 47,05% (16 individuos) de los árboles son de especies nativas de Colombia, mientras el 52,95% (18 individuos) son de especies introducidas, es decir, exóticas. Aunque se aproxime del equilibrio, este número genera una preocupación sobre el carácter ecológico del jardín, que se ve perjudicado por la alta incidencia de especies exóticas, en detrimento de las especies nativas que, cuando implantadas en el paisajismo, principalmente en el contexto urbano, se presentan como elementos importantes para la recuperación de la calidad ambiental. En este sentido, hoy en día, ya se sabe que la vegetación nativa también contribuye para la valoración de la identidad local, la biodiversidad y la manutención ecosistémica. Un abordaje actual y de suma importancia para el desarrollo ambiental de las ciudades contemporáneas.

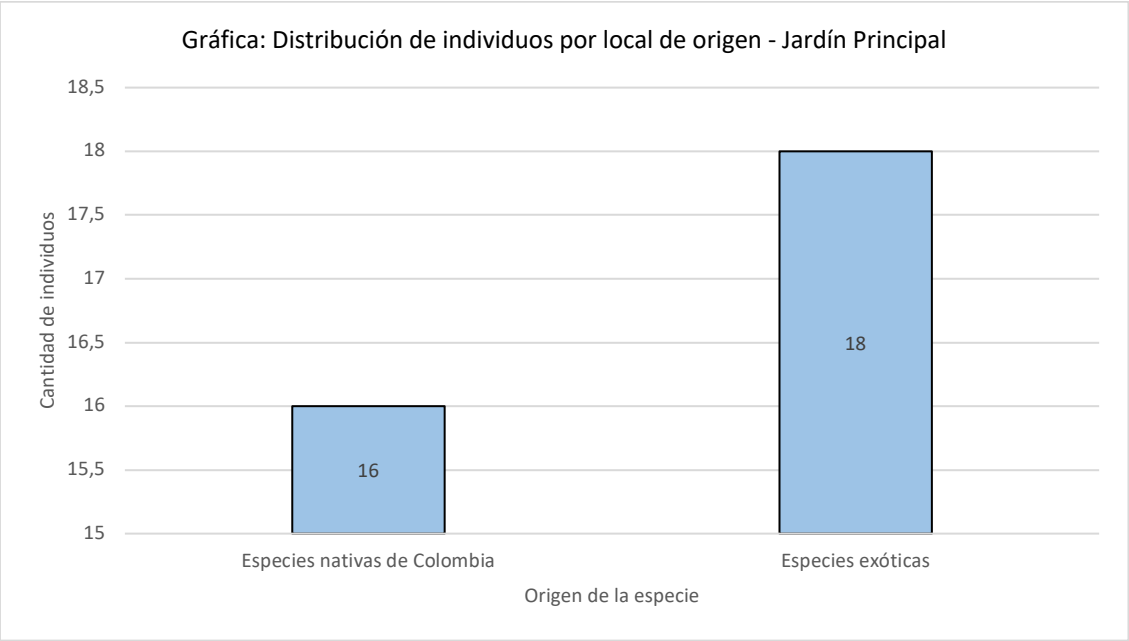


Figura 202. Gráfica: Distribución de individuos por local de origen
Fuente: Autora, 2021

Ya sobre las tipologías vegetales, los árboles fructíferos y ornamentales aparecen de manera equilibrada, mientras las palmas son menos recurrentes, como muestra la Figura 203. Siendo los más frecuentes, los individuos ornamentales suman el 50% del total, con 17 representantes; mientras los fructíferos suman el 41,2%, con 14 representantes; por último, están las palmas, presentando un valor de 8,8%, con apenas 3 representantes.

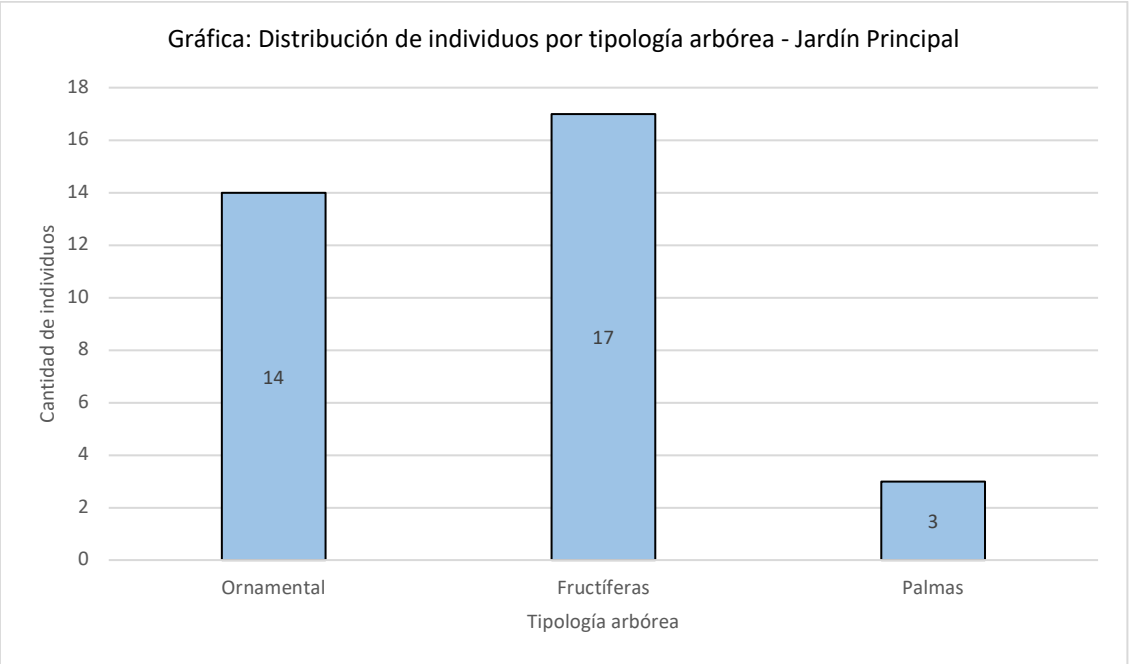


Figura 203. Gráfica: Distribución de individuos por tipología arbórea – Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

Por último, en cuanto al porte de los árboles presentes en el jardín, como lo observado en la Figura 204, la mayor parte de los individuos ocupan el rango de altura máxima de 6 a 10 metros, con el 23,5% (un total de 8 árboles); luego están los individuos que ocupan el rango de 26 a 30 metros, con el 17,6% (un total de 6 individuos); y los rangos de 11 a 15 metros y de 16

a 20 metros presentan 5 individuos cada uno, lo que representa el 14,7% del total, o 29,4%, si sumamos ambos rangos como representantes de una altura máxima mediana. Solo hay un árbol con altura máxima superior a 40 metros y ninguna con altura máxima inferior a 5 metros, lo que evidencia la escala y el visual del paisaje del jardín, que es amplio y fornece una buena posibilidad de ocupación del terreno sombreado.

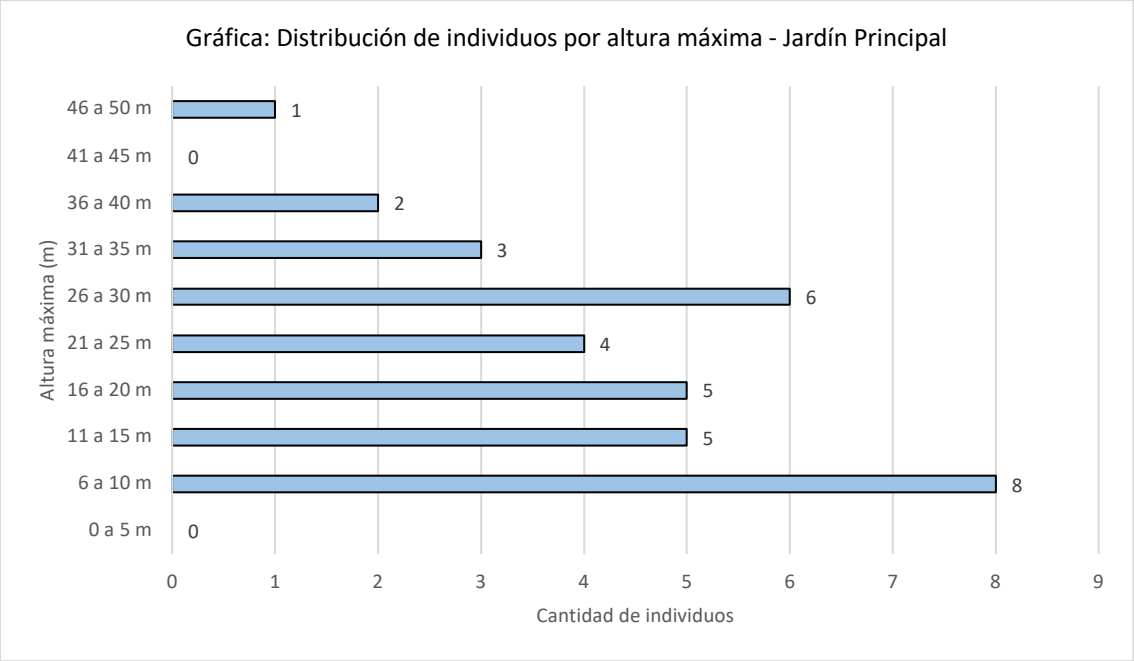


Figura 204. Distribución de individuos por altura máxima – Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

8.3.3.3 Jardines Secundarios del HDPUV

Además del Jardín Principal, que engloba los edificios utilizados por el Hospital Día, el hospital también dispone de jardines secundarios entre los diferentes sectores del edificio principal. Ocupando los espacios abiertos entre las fracciones construidas del edificio, los jardines secundarios actúan en una escala menor, si comparados al Jardín Principal, e interactúan de manera más directa con las personas, pues que ocupan zonas de transición y conexión. Para las descripciones de estos ambientes verdes, en este estudio, los mismos fueron categorizados de la siguiente manera: jardín de La Casona, jardines del Pasillo principal, jardín del Sector de Urgencias, jardín del Sector Administrativo, jardines del pasillo del sector de Hospitalización y jardín externo de la Sala de Hospitalización 10, conforme muestra el Figura 205.

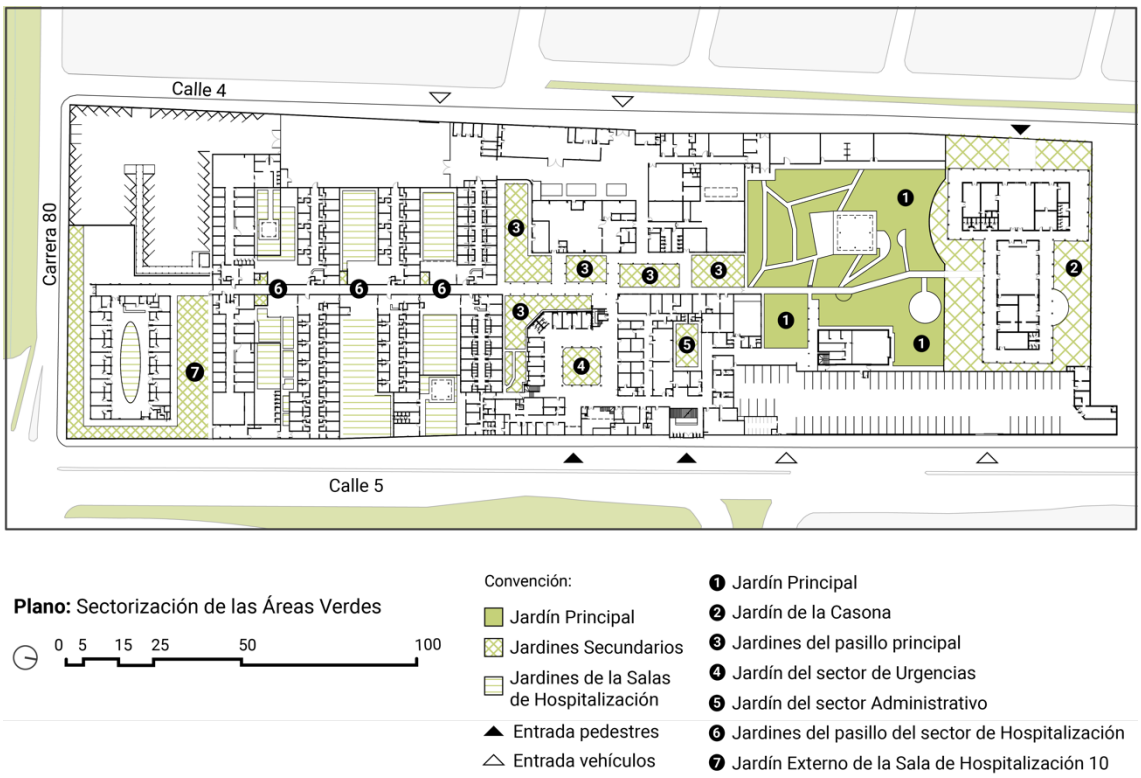


Figura 205. Plano: Sectorización de las Áreas Verdes – Énfasis en los Jardines Secundarios
Fuente: Autora, 2021

Jardines del pasillo principal

Los Jardines del pasillo principal (Figuras 206, 207, 208 y 209), que totalizan un área de 818,80 m^2, delimitan el camino entre el Hospital Día y la Hospitalización, conectándolos a partir de los sectores Administrativo y de Urgencias. Por estar ubicados en un ambiente de flujo de personas y movimiento, desarrollan un carácter contemplativo, de composición de la vista y del paisaje. Así siendo, en este contexto, las tipologías vegetales de bajo porte tienen más visibilidad, si comparadas a las especies arbóreas más altas, porque ellas se adaptan bien al campo visual fornecido por los espacios entre edificios, que es más restricto y encerrado.

Sin embargo, los árboles altos, como el Árbol del pan (*Artrocarpues comunis*), el Mango (*Mangifera indica*) y el Guayacan Lila (*Tabebuia rosea*), presentes en estos jardines, generan la sensación de amplitud, sombrean el ambiente, incluso protegiendo las ventanas y aperturas más expuestas del edifico, y fornecen confort térmico, sonoro y luminoso. Parte de la experiencia de bienestar generada por estos jardines está en las hojas de formatos exóticos bien desarrolladas, en los colores vibrantes y en el aspecto bien cuidado de los arbustos y follajes, y en la poda frecuente de los árboles, donde se ve reflejado el trabajo de los profesionales responsables por los jardines.



Figura 206. Vista 1 - Jardines del pasillo principal
Nota: En la Vista 1, se observa la integración del sector Administrativo con el sector de Servicios
Fuente: Autora, 2021



Figura 207. Vista 2 - Jardines del pasillo principal
Nota: En la Vista 2, se observa la integración entre los sectores de Urgencia y de Servicios
Fuente: Autora, 2021



Figura 208. Vista 3 - Jardines del pasillo principal
Nota: En la Vista 3, se observa la integración entre el Sector de Urgencias y de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021



Figura 209. Vista 4 - Jardines del pasillo principal
Nota: En la Vista 4, se observa la integración entre el sector de Hospitalización y de Servicios
Fuente: Autora, 2021

La construcción estética minuciosa y detallada del paisajismo tiene la capacidad de transformar la experiencia en este ambiente. Considerando una función más especifica de este pasillo, que es la de conducir los usuarios de la Hospitalización para sus terapias en el Hospital Día - o sea, es el primer lugar por donde pasan después de salieren de sus habitaciones, donde se mantienen encerrados por tanto tiempo -, el hecho de que sea un pasillo abierto, conjugado a jardines diversos y floridos, es positivo. Esta diversidad - que se da por la composición de diferentes especies vegetales en camadas, componiendo planos que valoran la amplia variedad de formas, colores y texturas, principalmente de los arbustos, como observado en las (Figuras 210, 211, 212 y 213) - actúa directamente en los sentidos de las personas, atingido sus percepciones y sensaciones con olas de bienestar.



Figura 210. Formas, colores



Figura 211. Formas, colores



Figura 212. Formas, colores



Figura 213. Formas, colores

y texturas de los arbustos Fuente: Autora, 2021

y texturas de los arbustos Fuente: Autora, 2021

y texturas de los arbustos Fuente: Autora, 2021

y texturas de los arbustos Fuente: Autora, 2021

Las especies arbóreas que componen este jardín están especificadas en la Tabla 2, que presenta el Catálogo de Especies Arbóreas de los Jardines del pasillo del Edificio Principal, donde constan las principales informaciones y características de las especies vegetales de este jardín y que fue desarrollado para este trabajo a fin de consolidar un panorama sobre la actual comunidad vegetal presente en el jardín.

Tabla 2 - Catálogo de Especies Arbóreas de los Jardines del pasillo del Edificio Principal

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (cm)	Color flor
1	TARO	Tabebuia rosea	Guayacan Lila	Bignoniaceae	Ornamental	Centro América, Sur América (México a Ecuador)	Caducifolia	40	Alta + 14	Rosada

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental y restauración ecológica . Uso de la madera: ebanistería fina y carpintería . Cultivo: Requiere alta luminosidad y se desarrolla en suelos humedos e, incluso, pobres y degradados . Uso en el espacio público: Separadores, orejas de puente, glorietas, parques, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos masivos que pueden afectar la movilidad . Muy atractivo para la fauna . Sistema radicular profundo

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	CAOD	*Cananga odorata*	Cadmia Ylan ylang	Annonaceae	Ornamental	Asia	Perenne	15	Media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso: Extración de aceite esencial de sus flores, el Ylang-Ylang, utilizado en perfumes, cosméticos y jabones . Cultivo: requiere sombra en el estado juvenil y suelos profundos, sueltos, fértiles y bien drenados . Uso en el espacio público: Separadores, parques, plazas, antejardines, andenes, vías peatonales, edificios institucionales . Sin limitaciones para el uso paisajístico

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
2	VEME	*Veitchia merrillii*	Palma manilla	Arecaceae	Palma	Asia (Filipinas)	Perenne	12	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental para interiores y exteriores . Frutos ovalados de color rojo que son atractivos por su valor ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad, suelos fértiles y buen drenaje . Uso en el espacio público: Andenes, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales, vías peatonales . Palmera elegante ampliamente utilizada en jardinería por el follaje y el color rojo del fruto
Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	
			

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	ARCO	*Artrocarpues comunis*	Árbol del pan	Moraceas	Fructífera	Asia (Indomalásia, Malásia)	Perenne	20	Baja 5	Crema

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Fruto comestible y muy valorado . Uso: Alimentación y farmacéutico . El fruto es grande y redondo, pesa aproximadamente 3 kg, y es conocido por su valor nutricional y versatilidad culinaria . Cultivo: Requiere Sol pleno, suelo fértil, profundo, drenable y bien irrigado. Se adapta bien en clima tropical húmedo . Limitaciones para el uso paisajístico: Fruto pesado y carnoso, que puede ensuciar la pavimentación y afectar la movilidad

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
2	MEGE	Mespilus germanica L.	Mísperos	Rosaceas	Fructífera	Asia Europa	Caducifolia	5	Media	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Frutos comestibles, sombra . Frutos de sabor agridulce muy valorados en Colombia . Cultivo: Resistente al frío, requiere sol pleno, ambiente externo y tolera casi cualquier sustrato, excepto los alcalinos
Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	
			

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	CAOD	*Cananga odorata*	Cadmia Ylan ylang	Annonaceae	Ornamental	Asia	Perenne	15	Media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso: Extración de aceite esencial de sus flores, el Ylang-Ylang, utilizado en perfumes, cosméticos y jabones . Cultivo: requiere sombra en el estado juvenil y suelos profundos, sueltos, fértiles y bien drenados . Uso en el espacio público: Separadores, parques, plazas, antejardines, andenes, vías peatonales, edificios institucionales . Sin limitaciones para el uso paisajístico

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	DYLU	Dypsis lutescens	Palma areca	Arecaceae	Palma	África (Madagascar)	Perenne	10	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad y suelo bien drenado . Uso en el espacio público: Orejas de puente, parques, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos masivos que pueden afectar la movilidad

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	MAIN	*Mangifera indica*	Mango	Anacardiaceae	Fructífera	Asia	Perenne	30	alta + 14	Amarilla
	Árbol		Tronco		Hoja/Fruto		Observaciones			
							. Función: sombra, ornamental y fructo comestible . Fructo comestible y ampliamente consumido en Colombia . Cultivo: Mejor desarrollo en suelos profundos bien drenados y ricos en materia orgánica . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, retiros de quebrada, edificios institucionales, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos pesados . Árbol frecuente en Colombia, por lo cual desempeña un papel importante en la construcción del paisaje urbano		

Cantidad individuoS	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	PISY	Thuja orientalis	Pino libro	Cupressaceae	Pino	Asia (China, Corea e Rusia)	Perenne	30	Media	Castaño
	Árbol		Tronco		Hoja/Fruto		Observaciones			
							. Función: Ornamental . Cultivo: Requiere luminosidad media, suelo con pH neutro o alcalino, bien drenado, fértil, húmero y con textura arcillosa, arenosa o franca . Poco atractivo para la fauna			

Tabla 2. Catálogo de Especies Arbóreas de los Jardines del pasillo del Edificio Principal
Fuente: Autora, 2021

Jardín del Sector de Urgencias

En medio a las recepciones, farmacia, laboratorios y consultorios, hay un jardín cuadrado de 112,13 m^2 que ocupa un patio interno, ubicado en la Sala de Bienvenidas, justo en el centro del sector de urgencias (Figuras 214 y 215). Como un refugio en medio a una rutina de atendimientos agitada, este jardín, junto al conjunto de sillas dispuesto en los cuatro pasillos que lo componen, desarrolla el papel de recibir a las personas que llegan al hospital, muchas veces en crisis, por la recepción de urgencias, o para una consulta médica de rutina. Algunas personas llegan sin saber cuando van a salir, pues que pueden seguir directo para la hospitalización, otras apenas esperan pacientemente el horario de sus citas, otros son familiares esperando el horario de visita. Independiente del motivo que las atrae, los beneficios generados por el contacto con la naturaleza, sobretodo en un momento que puede ser hostil e incierto, son democráticos: es innegable el bienestar que genera la presencia de la brisa y de la luz solar en una sala de espera hospitalaria. Los arbustos y palmas presentes en este jardín, en composición con la única especie arbórea presente, el Guayacan Amarillo (*Tabebuia chrysantha*) parecen decir a estas personas que ellas no fueron olvidadas.



Figura 214. Sala de espera del sector de Urgencias
Fuente: Autora, 2021



Figura 215. Jardín - Sala de espera del sector de Urgencias
Fuente: Autora, 2021

Las especies arbóreas que componen este jardín están descritas en la Tabla 3, que presenta el Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín del Sector de Urgencias, también desarrollado en este trabajo bajo la perspectiva de comprender la relación entre especies en la composición del jardín.

Tabla 3: Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín del Sector de Urgencias

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	TACH	*Tabebuia chrysantha*	Guayacan Amarillo	Bignoniaceae	Ornamental	América Tropical (México, Peru, Trinidad)	Caducifolia	35	media 7-14	Amarilla
	Árbol		Tronco		Hoja/Fruto		Observaciones			
							. Flores estacionales y con potencial ornamental . Función: Sombra, ornamental, alimento para fauna . Uso en el espacio público: Separadores, cerros, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales . Uso de la madera: pisos, construcciones, chapas y objetos deportivos . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos masivos, lo que puede afectar la movilidad de peatones y vehículos			

Tabla 3. Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín del Sector de Urgencias
Fuente: Autora, 2021

Jardín del Sector Administrativo

El Jardín del sector administrativo (Figura 216), por su vez, se restringe a un área con menos movimiento que los anteriores, ocupando un patio interno de 76,10 m^2, compuesto por paredes del edificio principal en tres de sus fachadas, y por un pasillo interno en la cuarta fachada, como muestra la Figura 217. Por eso, considerando su campo visual más encerrado, la composición de especies vegetales de bajo porte, como follajes y arbustos, es bienvenida. Las palmas - Palma manilla (*Veitchia merrillii*) - y los pinos - Pino libro (*Thuja orientalis*) y Pino rodeno (*Pinus pinaster*) - también hacen parte de la composición vegetal y evidencian el carácter exótico del jardín. Se trata de un ambiente verde en un medio mayoritariamente administrativo y, por eso, se puede decir que actúa directamente en la promoción de bienestar para los profesionales, contribuyendo con la salud mental y con la prevención de enfermedades mentales.



Figura 216. Jardín del sector Administrativo
Fuente: Autora, 2021



Figura 217. Integración: pasillo del sector Administrativo
Fuente: Autora, 2021

Las especies arbóreas que componen este jardín están descritas en la Tabla 4, que presenta el Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín del Sector Administrativo, desarrollada en este trabajo para consolidar un panorama sobre las especies presentes en este jardín, sus características e informaciones más relevantes.

Tabla 4: Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín del sector Administrativo

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	PISY	Thuja orientalis	Pino libro	Cupressaceae	Pino	Asia (China, Corea e Rusia)	Perenne	30	Media	Castaño

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Cultivo: Requiere luminosidad media, suelo con pH neutro o alcalino, bien drenado, fértil, húmero y con textura arcillosa, arenosa o franca . Poco atractivo para la fauna

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
2	VEME	*Veitchia merrillii*	Palma manilla	Arecaceae	Palma	Asia (Filipinas)	Perenne	12	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental para interiores y exteriores . Frutos ovalados de color rojo que son atractivos por su valor ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad, suelos fértiles y buen drenaje . Uso en el espacio público: Andenes, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales, vías peatonales . Palmera elegante ampliamente utilizada en jardinería por el follaje y el color rojo del fruto
			

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	PIPI	*Pinus pinaster*	Pino rodeno	Pinaceae	Ornamental	Europa, Mediterráneo	Perenne	35	Media	Dorada

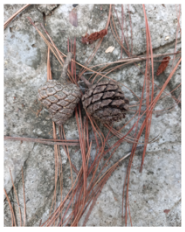
Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . La copa irregular y abierta es bastante ornamental, así como las hojas en forma de aguja agrupadas . Uso: Medicinal, farmacéutico y para producción de resina. Las piñas son utilizadas para artesanías . Limitaciones para el uso paisajístico: Tiene facilidad para colonizar nuevos espacios, por eso es una especie exótica invasora considerada dañina . Cultivo: Forma bosques puros o mixtos sobre suelos ácidos, soporta bien los pedregosos y las condiciones de sequía

Tabla 4. Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín del sector Administrativo
Fuente: Autora, 2021

Jardines del pasillo del Sector de Hospitalización

Ubicados en los patios laterales abiertos del pasillo del sector de Hospitalización, con aproximadamente 11 m^2 cada uno, como se nota en la Figura 218, estos cuatro jardines tienen un carácter contemplativo. Ellos ornamentan la monótona vista de este largo pasillo de acceso a las salas de internación. Organizados de manera ritmada entre las ocho salas de hospitalización del pasillo, como muestra la Figura 219, los jardines permiten el paso de la luz y del viento, transformando la experiencia del transeúnte, que es sorprendido por la presencia del verde mientras camina por un lugar caracterizado por el confinamiento. Esta composición, además de la contrastante sensación de libertad que se puede generar, también mejora el confort térmico en el pasillo, actuando directamente en la sensación de bienestar de las personas.



Figura 218. Integración entre los jardines laterales y el pasillo de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021



Figura 219. Organización ritmada de los jardines en el pasillo de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021

Del carácter encerrado de estos pequeños jardines, que tienen aproximadamente 3 m de ancho y son delimitados por muros altos en tres de sus cuatro fachadas, como se nota en la Figura 220, viene las restricciones en el cultivo de vegetación. Hay una cierta dificultad en cultivar plantas de pleno sol en estos ambientes, porque la incidencia solar es limitada, así como los árboles de raíces superficiales y agresivas, o las de porte bajo con copas amplias, pueden tener problemas con la estructura construida. Por lo cual fueron encontradas apenas tres especies arbóreas o palmas – el Mandarino (*Citrus nobilis*), la Palma yuca (*Yucca elephantipes*) y la Palma manilla (*Veitchia merrillii*) - en composición con follajes y rastreras.



Figura 220. Jardín del pasillo del Sector de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021

Las especies presentes en este jardín están descritas en la Tabla 5, que presenta el Catálogo de Especies Arbóreas de los Jardines del pasillo del Sector de Hospitalización, construido para este trabajo con el intuito de conocer las características e informaciones de las especies que componen este pasillo de gran importancia para la dinámica hospitalaria.

Tabla 5: Catálogo de Especies Arbóreas de los Jardines del pasillo del Sector de Hospitalización

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	CINO	Citrus nobilis	Mandarino	Rutaceae	Fructifera	Asia	Perennifolio	6	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, Alimentación . La cáscara de la mandarina es rica en esencias, con concentración elevada de vitaminas A, B1, B2, C, calcio y fosforo, y puede ser usada para dulces y mermeladas . Las hojas contienen un principio amargo que se emplea como tónico y aperitivo, a la vez que cierta acción eupéptica . Los frutos tienen propiedades vitamínicas, con gran cantidad de vitamina A y C, sales minerales, como potasio, calcio y fósforo . Las flores son blancas y aromáticas . Cultivo: Lugares con sol y suelos fértiles y bien drenados, pero resisten mejor que otros cítricos a la falta de agua . Existen numerosas variedades e híbridos de mandarinas

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	YUEL	*Yucca elephantipes*	Palma yuca	Lilaceae	Palma	Centro América (México, Guatemala)	Perenne	5	Baja - 7	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Palma muy valorada por su formato singular que genera un potencial paisajístico interesante . Flores fragantes y atractivas . Cultivo: Requiere alta luminosidad . Uso en el espacio público: Parques, plazas, glorietas, antejardines . Limitaciones para el uso paisajístico: Formato de la hoja puede ser peligroso para peatones

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	VEME	*Veitchia merrillii*	Palma manilla	Arecaceae	Palma	Asia (Filipinas)	Perenne	12	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental para interiores y exteriores . Frutos ovalados de color rojo que son atractivos por su valor ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad, suelos fértiles y buen drenaje . Uso en el espacio público: Andenes, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales, vías peatonales . Palmera elegante ampliamente utilizada en jardinería por el follaje y el color rojo del fruto

Tabla 5. Tabla: Catálogo de Especies Arbóreas de los Jardines del pasillo del Sector de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021

Jardín Externo de la Sala de Hospitalización 10

Contornando la Sala de Hospitalización 10 – que está ubicada en la extremidad sur del terreno, en la parte posterior de los pabellones de Hospitalización – hay un jardín recién construido estructurado en tres partes, cada una asociada a cada una de las fachadas libres de la sala: sur, oeste y norte. La fachada este, en este sentido, está integrada al pasillo de acceso a la sala, por eso no contiene jardín.

Empezando por la parcela norte del jardín, que ocupa el espacio entre la Sala de Hospitalización 10 y la Sala de Hospitalización 8, como muestra la Figura 221, proponiendo para esta integración un ambiente con intención de contemplación y permanencia interesante. Esta intención fue afirmada por la disposición de huellas en concreto conformando un camino y la presencia de una banca que está prevista en el proyecto - a pesar de la ausencia de arboles que producen sombra, lo que dificulta la permanencia en momentos de sol intenso. Además, la composición de follajes y arbustos vistosos, junto a los pinos - Pino Cipres (*Cupressus sempervirens*) – observada en la Figura 222, genera una vista desde los cuartos de internación que es agradable y, sin dudas, restauradora, debido a la diversidad de formas, colores y texturas que fue explorada. Por otro lado, el carácter exótico de las especies utilizadas incentiva una discusión importante, sobre la ausencia del aspecto sostenible y de preservación de la biodiversidad nativa en este jardín, que podrían haber sido incorporados en el proyecto,

visto que los discursos sobre la importancia del cultivo de especies nativas ya están bien definidos.



Figura 221. Vista 1 - Parcela Norte del Jardín externo de la Sala de Hospitalización 10
Nota: Vista desde el pasillo externo Sala de Hospitalización 10, donde se observa la fachada sur de la Sala de Hospitalización 8
Fuente: Autora, 2021



Figura 222. Vista 2 - Parcela Norte del Jardín externo de la Sala de Hospitalización 10
Nota: Vista macro del jardín, en la cual se observa la diversidad de formas, colores y texturas de las especies
Fuente: Autora, 2021

Las parcelas sur y oeste del jardín, observada en las Figura 223 y 224, por su vez, fueron desarrolladas a partir de una estética más minimalista, sin tanta variedad de colores y texturas, pero igualmente apreciable desde las ventanas de los cuartos de internación, componiendo una vista más sobria. El jardín en estas parcelas fue compuesto por 20 individuos vegetales de una misma especie - la Palma manilla (*Veitchia merrillii*) –, que se relacionan con algunos pocos follajes, y están rítmicamente ordenados en el espacio entre la Sala 10 y los muros de cierre sur y oeste, que por su vez separan el Hospital, respectivamente, de la Calle 5 y de la Carrera 80 de Cali.



Figura 223. Vista 3 - Parcela Sur del Jardín externo de la Sala de Hospitalización 10
Fuente: Autora, 2021



Figura 224. Vista 4 - Parcela Oeste del Jardín externo de la Sala de Hospitalización
Fuente: Autora, 2021

Las especies arbóreas que componen este jardín están descriptas en la Tabla 6, que presenta el Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Externo de la Sala de Hospitalización 10 y fue desarrollada en esta etapa del trabajo con el fin de catalogar las informaciones principales de los árboles que componen este espacio, caracterizando así la comunidad vegetal.

Tabla 6: Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Externo de la Sala de Hospitalización 10

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
6	CUSE	*Cupressus sempervirens*	Pino Cipres	Cupressaceae	Ornamental	Europa, Estados Unidos, Sudáfrica, Australia, Nueva Zelandia	Perenne	35	Estrecha 3	Naranja

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso de la madera: Madera fina y muy apreciada, utilizada para ebanistería, tornería, tallas, artesanía e instrumentos musicales . Cultivo: Requiere alta luminosidad y tolera todos los tipos de suelo, incluso los pobres . Poco atractivo para la fauna

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
20	VEME	*Veitchia merrillii*	Palma manilla	Arecaceae	Palma	Asia (Filipinas)	Perenne	12	Baja	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental para interiores y exteriores . Frutos ovalados de color rojo que son atractivos por su valor ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad, suelos fértiles y buen drenaje . Uso en el espacio público: Andenes, glorietas, orejas de puente, parques, plazas, edificios institucionales, vías peatonales . Palmera elegante ampliamente utilizada en jardinería por el follaje y el color rojo del fruto

Tabla 6. Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín Externo de la Sala de Hospitalización 10
Fuente: Autora, 2021

Jardín de la Casona

El jardín de la Casona ocupa el área de transición entre el edificio y el Jardín Principal, donde están ubicados los demás edificios del Hospital Día, como visto anteriormente. Se trata de un jardín de 1.277,07m^2, compuesto por diferentes tipos de vegetación y áreas de estar, que contorna los cuatro lados del edificio, forneciendo un espacio de amortiguamiento entre el edificio y los muros externos del hospital. De ahí surge una función importante de este jardín, que es favorecer la contemplación de la Casona, a partir de sus cuatro fachadas, desde la perspectiva del pedestre, permitiendo la apreciación de los elementos que hacen de este edifico un patrimonio arquitectónico. Otro punto interesante es la posibilidad de fornecer, a los pasillos externos del edificio, una diversidad de usos justificada por la conexión con la naturaleza, que se presenta en una escala palpable al ser humano.

En la fachada sur, separado del Jardín Principal por el característico muro empedrado, el jardín, como se observa en la Figura 225 ornamenta la fachada principal de la Casona a partir del protagonismo de especies vegetales de bajo porte - arbustos, palmas, follajes y cactus - que se integran a unas pocas especies arbóreas de grande porte – el Mango (*Mangifera indica*), la Palma rubelina (*Phoenix roebelenii*) y la Palma locuba (*Syagrus romanzoffianum*), como se nota en la Figura 226. Componiendo este paisaje, e indo mas allá del aspecto estético, está una fuente de agua, como muestra la Figura 227, en formato cuadrado, que actúa directamente en los sentidos del transeúnte - a partir del sonido del agua, del cambio en la temperatura y del consecuente confort térmico - y, por eso, es bastante relevante para el bienestar.

Por otro lado, la ausencia de mobiliario y de espacios con sombras, que podrían ser fornecidas por árboles con copas anchas, genera un bajo índice de permanencia de personas en el jardín, porque no hay elementos que definan diferentes tipos de uso en el ambiente, como se nota en la Figura 228. Ya el carácter de entrada, fue bien demarcado en esta composición espacial, lo que es coherente visto que abriga el flujo de personas que vienen de los demás sectores del

hospital a partir de un camino pavimentado que se extiende hasta el pasillo central del edificio principal del hospital.



Figura 225. Vista 1 – Jardín Casona Sur: Entrada edificio
Fuente: Autora, 2021



Figura 226. Vista 2 – Jardín Casona Sur: Fachada Principal
Fuente: Autora, 2021



Figura 227. Vista 3 – Jardín Casona Sur: Fuente de agua
Fuente: Autora, 2021



Figura 228. Vista 4 – Jardín Casona Sur: Fachada Principal
Fuente: Autora, 2021

La fachada oeste, por su vez, tiene un jardín que se abre hacia la Calle 4 a partir de un muro empedrado combinado con portón metálico, como en la Figura 229, cuya función es cerrar el hospital sin aislarlo, a partir de la presencia de aperturas que aseguran la integración del jardín con el exterior. Así, a partir de este elemento, se puede facilitar el flujo de personas de un lado hacia el otro, lo que impulsa la interacción con la comunidad, un punto fundamental para la modernización de la atención en el Hospital Día. La institución, sin embargo, en el momento, no utiliza esta entrada, está deshabilitada. Compuesto por una grande cantidad de palmas - Palma locuba (*Syagrus romanzoffianum*) -, arbustos y algunas plantas dispersas, que circundan una fuente de agua blanca, ahora en formato redondo, como se nota en la Figura 230, y por su vez aliñada con el portón de entrada del edificio, el jardín presenta una composición espacial que evidencia el aspecto de recepción que esta zona del edifico necesita.



Figura 229. Vista 1 – Jardín Casona Oeste: Entrada edificio
Fuente: Autora, 2021



Figura 230. Vista 2 – Jardín Casona Oeste: Fuente
Fuente: Autora, 2021

En la fachada norte, el jardín está delimitado por un muro de cierre del hospital, en ladrillo con pintura blanca, que hace frontera con el terreno vecino, de otra institución de salud, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud, como muestra la Figura 231. Debido al facto de que ocupa una zona más enclaustrada, o sea, que no conecta el edificio a ninguna otra parte pasible de generar un flujo, este jardín tiene un carácter intimista, propicio para la permanencia. Compuesto, en su mayoría, por arbustos y follajes dispersas, el diferencial de esta zona del jardín está en un área de estar, que puede ser observado en la Figura 232 - compuesta por bancas en concreto y un piso en formato semicircular, pavimentado con piedras, que se conecta al pasillo posterior del edificio. De cierto modo, la funcionalidad de este ambiente puede ser asegurada por la presencia de un árbol de copa ancha, el Flamboyán (*Delonix regia*), que fornece una sombra tenue y agradable para la permanencia de personas y desarrollo de actividades terapéuticas grupales.



Figura 231. Vista 1 – Jardín Casona Norte: General.
Fuente: Autora, 2021



Figura 232. Vista 2 – Jardín Casona Norte: Área de estar
Fuente: Autora, 2021

Ya en la fachada este, el jardín, como muestra la Figura 233, se integra al muro que separa la Casona del parqueadero destinado al personal autorizado, componiendo un cantero lineal con algunos arbustos, en contraste al muro empedrado. Sin un espacio con ancho suficiente para abrigar caminos pavimentados o mobiliarios, este jardín desempeña el papel de ornamentar la vista hacia el parqueadero y, sin dudas, contribuye para una experiencia más humanizada en las salas que disponen de esta vista y en el pasillo externo que las conectan con las demás áreas del edificio.



Figura 233. Vista 1 – Jardín Casona Este: Pasillo edificio
Fuente: Autora, 2021

Todas las especies de este jardín están descriptas en la Tabla 7, que expone el Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín de la Casona, con las informaciones y características de los árboles que componen la comunidad vegetal de este jardín, cuya importancia terapéutica y patrimonial es notable.

Tabla 7: Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín de la Casona

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
2	MAIN	*Mangifera indica*	Mango	Anacardiaceae	Fructífera	Asia	Perenne	30	alta + 14	Amarilla

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: sombra, ornamental y fructo comestible . Fructo comestible y ampliamente consumido en Colombia . Cultivo: Mejor desarrollo en suelos profundos bien drenados y ricos en materia orgánica . Uso en el espacio público: orejas de puente, parques, retiros de quebrada, edificios institucionales, cerros . Limitaciones para el uso paisajístico: fructos pesados . Árbol frecuente en Colombia, por lo cual desempeña un papel importante en la construcción del paisaje urbano
			

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
4	PHRO	Phoenix roebelenii	Palma rubelina	Arecaceae	Palma	Asia (China a Indochina)	Perenne	4	Baja	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Cultivo: Requiere alta luminosidad . Uso en el espacio público: Orejas de puente, glorietas, parques, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Hojas punzantes que pueden ser un riesgo para el peaton

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
2	SYRO	Syagrus romanzoffianum	Palma locuba	Arecaceae	Palma	Sur America (Brasil, Argentina)	Perenne	18	Media	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, palmito comestible . Uso de la madera: Tronco muy resistente utilizado para construcciones cerca al mar . Cultivo: Requiere alta luminosidad, suelo moderadamente fértil, bien drenado y que retenga la humedad . Uso en el espacio público: Parques, separadores, andenes, vías peatonales, orejas de puente, glorietas, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos masivos que pueden afectar la movilidad y seguridad de peatones y vehículos . Muy atractivo para la fauna
			

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	DERE	*Delonix regia*	Acacia Roja Flamboyán	Fabaceae	Fructífera	África (Madagascar)	Caducifolia	8	alta + 14	Naranja

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, alimento para fauna . Uso: De la corteza se extraen taninos y las semillas son utilizadas para artesanías . Uso en el espacio público: Parques, cerros, orejas de puente, retiros de quebrada, glorietas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: flores carnosas y frutos pesados y masivos, lo que puede afectar la movilidad peatones y vehículos

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	THCA	Theobroma cacao	Cacao	Malvaceae	Fructífera	Centro América, Sur América (Amazonia)	Perenne	6	Baja - 7	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, sombra, fruto comestible, alimento para fauna . Fruto ampliamente consumido . Hojas grandes y colgantes con potencial paisajístico . Uso: Semillas utilizadas para producción de chocolate y cocoa . Cultivo: Requiere luminosidad media y suelos profundos y fértiles . Uso en el espacio público: Parques, vías peatonales, orejas de puente, glorietas, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico:

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	CAOD	*Cananga odorata*	Cadmia Ylan ylang	Annonaceae	Ornamental	Asia	Perenne	15	Media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso: Extración de aceite esencial de sus flores, el Ylang-Ylang, utilizado en perfumes, cosméticos y jabones . Cultivo: requiere sombra en el estado juvenil y suelos profundos, sueltos, fértiles y bien drenados . Uso en el espacio público: Separadores, parques, plazas, antejardines, andenes, vías peatonales, edificios institucionales . Sin limitaciones para el uso paisajístico

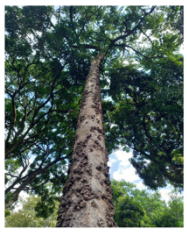
Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	MOCI	*Morinda citrifolia*	Noni	Rubiaceae	Fructífera	Asia, Oceanía (India, Malasia, Australia)	Perenne	6	12	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Flores aromáticas y permanentes . Función: Ornamental, fruto comestible . Uso: Medicinal . Cultivo: Requiere luminosidad media . Uso en el espacio público: Edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos carnosos que pueden afectar la movilidad de peatones

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
12	SYRO	Syagrus romanzoffianum	Palma locuba	Arecaceae	Palma	Sur America (Brasil, Argentina)	Perenne	18	Media	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental, palmito comestible . Uso de la madera: Tronco muy resistente utilizado para construcciones cerca al mar . Cultivo: Requiere alta luminosidad, suelo moderadamente fértil, bien drenado y que retenga la humedad . Uso en el espacio público: Parques, separadores, andenes, vías peatonales, orejas de puente, glorietas, plazas, edificios institucionales . Limitaciones para el uso paisajístico: Frutos masivos que pueden afectar la movilidad y seguridad de peatones y vehículos . Muy atractivo para la fauna

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	CAOD	*Cananga odorata*	Cadmia Ylan ylang	Annonaceae	Ornamental	Asia	Perenne	15	Media 7 - 14	Amarillo

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Uso: Extración de aceite esencial de sus flores, el Ylang-Ylang, utilizado en perfumes, cosméticos y jabones . Cultivo: requiere sombra en el estado juvenil y suelos profundos, sueltos, fértiles y bien drenados . Uso en el espacio público: Separadores, parques, plazas, antejardines, andenes, vías peatonales, edificios institucionales . Sin limitaciones para el uso paisajístico

Cantidad individuos	Sigla	Nombre científico	Nombre comum	Familia	Tipología	Origen	Follaje	Altura máx. (m)	Amplitud copa (m)	Color flor
1	YUEL	*Yucca elephantipes*	Palma yuca	Lilaceae	Palma	Centro América (México, Guatemala)	Perenne	5	Baja - 7	Blanco

Árbol	Tronco	Hoja/Fruto	Observaciones
			. Función: Ornamental . Palma muy valorada por su formato singular que genera un potencial paisajístico interesante . Flores fragantes y atractivas . Cultivo: Requiere alta luminosidad . Uso en el espacio público: Parques, plazas, glorietas, antejardines . Limitaciones para el uso paisajístico: Formato de la hoja puede ser peligroso para peatones

Tabla 7. Catálogo de Especies Arbóreas del Jardín de la Casona
Fuente: Autora, 2021

8.3.3.4 Estudio de Vegetación de los Jardines Secundarios

Considerando los Catálogos de Especies Arbóreas de los jardines secundarios, que presentan informaciones sobre los árboles que componen estos seis diferentes jardines, el Estudio de Vegetación de los Jardines Secundarios fue desarrollado a fin de identificar las características estándares de la comunidad vegetal presente en estos ambientes, que son determinantes para la caracterización y alcance de los jardines.

En este sentido, fueron contabilizados 71 individuos con una variedad de 18 especies arbóreas. Las especies más frecuentes en el jardín son: *Veitchia merrillii*, con 25 individuos (35,2% del total), y *Syagrus romanzoffianum*, con 14 individuos (19,7% del total), como muestra la Figura 234. Por otro lado, hay 9 especies, lo que representa un 50% del total, que tienen apenas un

representante en el jardín. Así como el Jardín Principal, este aspecto puede ser un agravante para el proceso de consolidación de la comunidad vegetal de los jardines secundarios o de la construcción de una identidad para ellos.

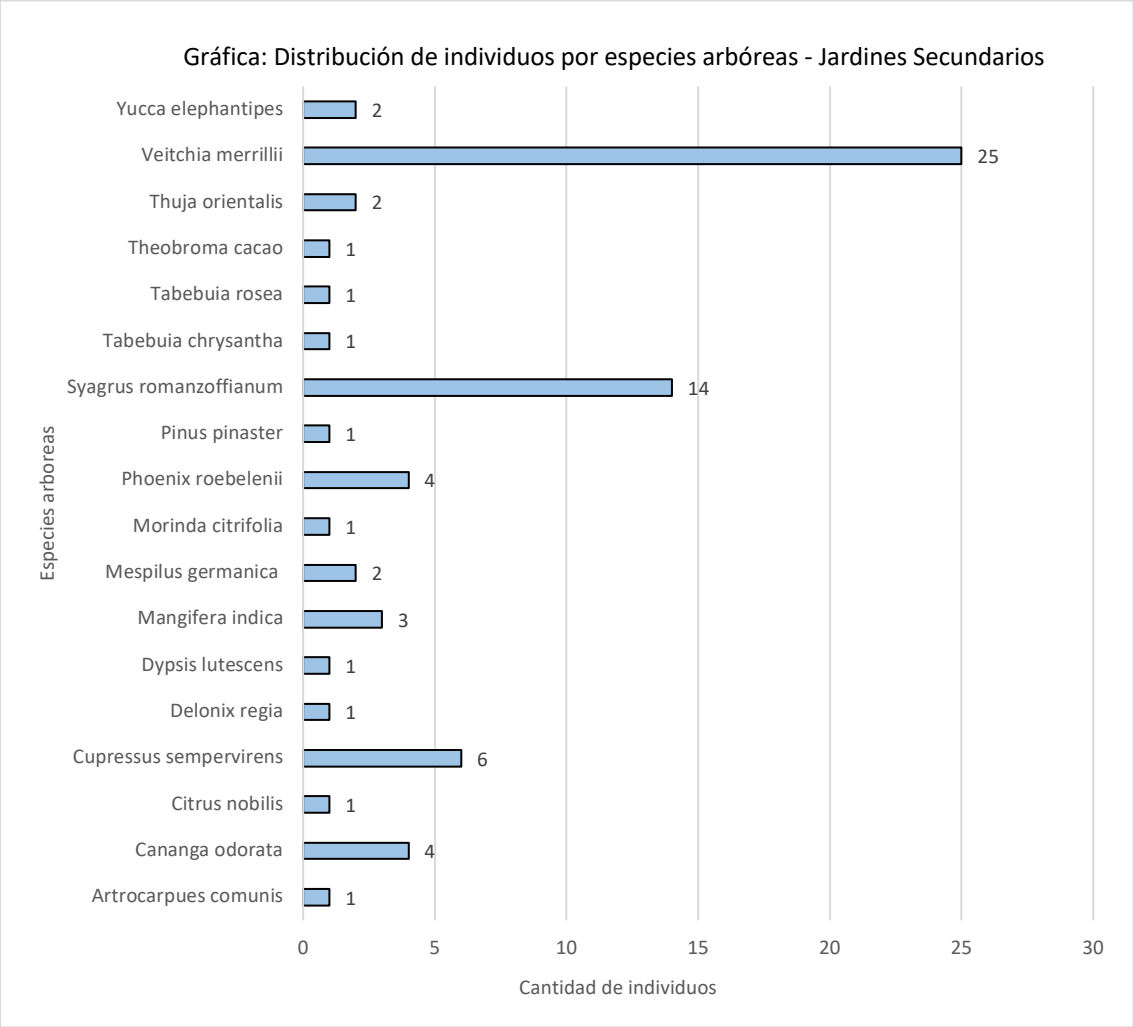


Figura 234. Gráfica: Distribución de individuos por especies arbóreas – Jardines Secundarios
Fuente: Autora, 2021

La Figura 235, por otro lado, aborda el local de origen de las especies arbóreas de los jardines secundarios. En este contexto, es posible observar que apenas el 4,2% (3 individuos) de los árboles son de origen nativa colombiana, mientras el 95,8% (68 individuos) de los árboles son de origen exótica. Esa drástica diferencia, sin dudas, impacta negativamente en las posibilidades de actuación ecológica y sostenible del jardín que, bajo este parámetro, se distancia de los temas de recuperación ambiental y desarrollo sostenible, para el cual la implantación de especies nativas es crucial, debido a su carácter de conservación de biomas nativos y desarrollo ecosistémico.

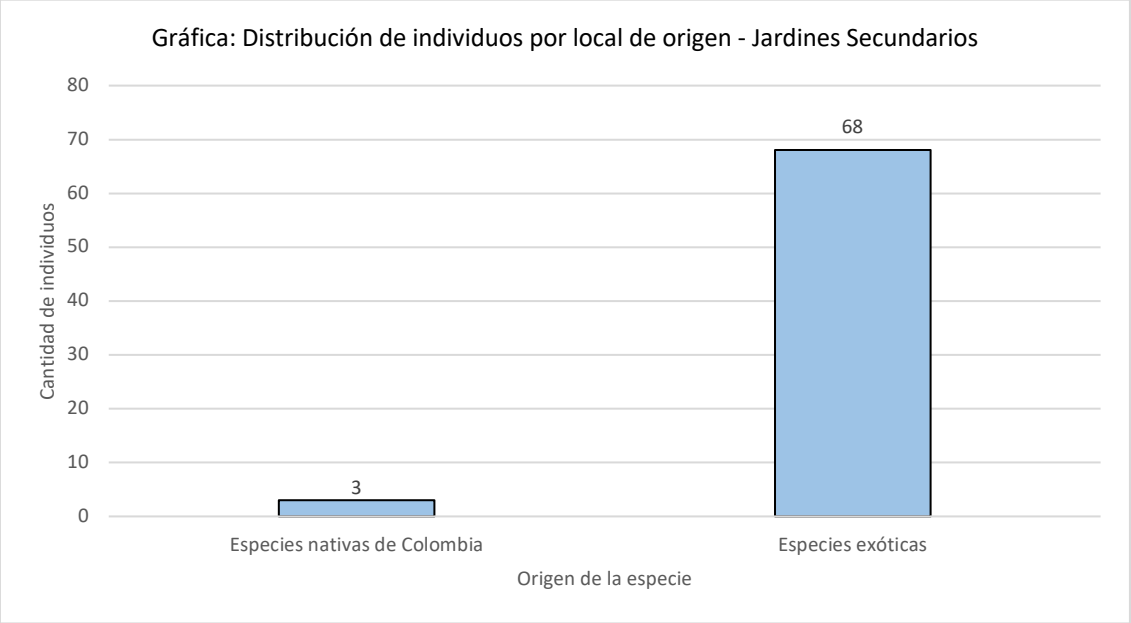


Figura 235. Gráfica: Distribución de individuos por local de origen – Jardines Secundarios
Fuente: Autora, 2021

En cuanto a las tipologías arbóreas presentes en estos jardines, la Figura 236 expone que la mayoría de los individuos son identificados como palmas, con 64,8% (46 individuos) del total. Las tipologías fructífera y ornamental presentan un equilibrio, con 18,3% (13 individuos) y 14,1% (10 individuos) respectivamente, mientras el pino presenta apenas el 2,8% (2 individuos) del total.

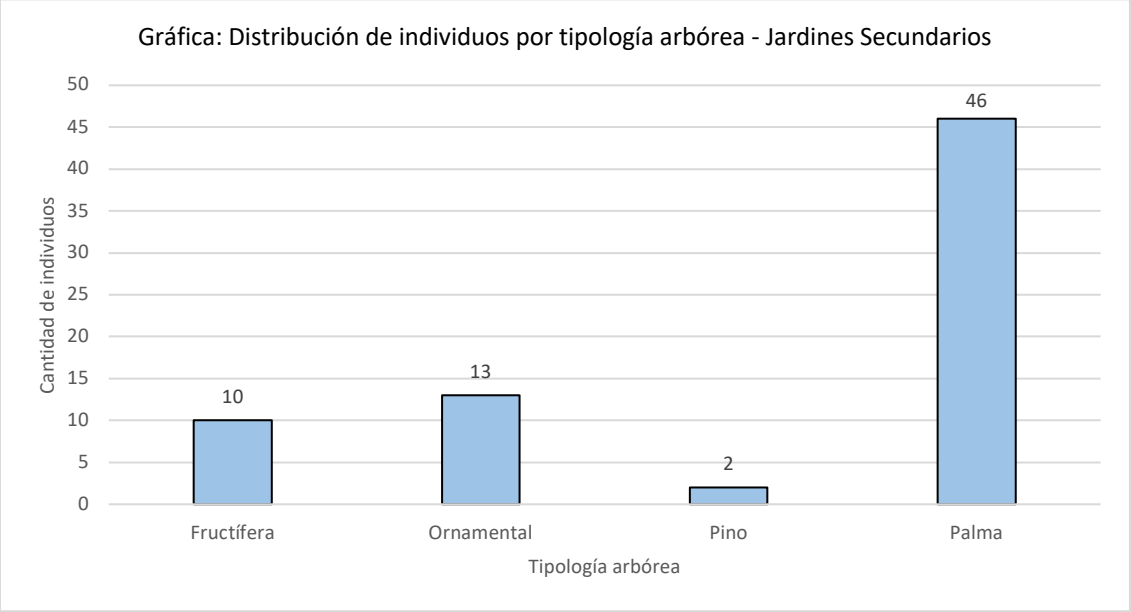


Figura 236. Gráfica: Distribución de individuos por tipología arbórea – Jardines Secundarios
Fuente: Autora, 2021

Finalizando el estudio de vegetación, el porte de los árboles de los Jardines Secundarios fue analizado a fin de caracterizar la escala y las posibles funciones de estos espacios, en función de su comunidad vegetal. En este contexto, fue observado que, en su mayoría, los árboles ocupan el rango de altura máxima que varia entre 11 a 15 metros, con 43 individuos, lo que representa el 60,6% del total, como muestra la Figura 237. Si comparados al Jardín Principal, los Jardines Secundarios presentan una escala de actuación más intimista, con bajo índice de

sombreado fornecido por vegetación, árboles de menor porte, que se equilibran con sus áreas más restrictivas y encerradas, que ocupan los diferentes ambientes internos del edificio principal.

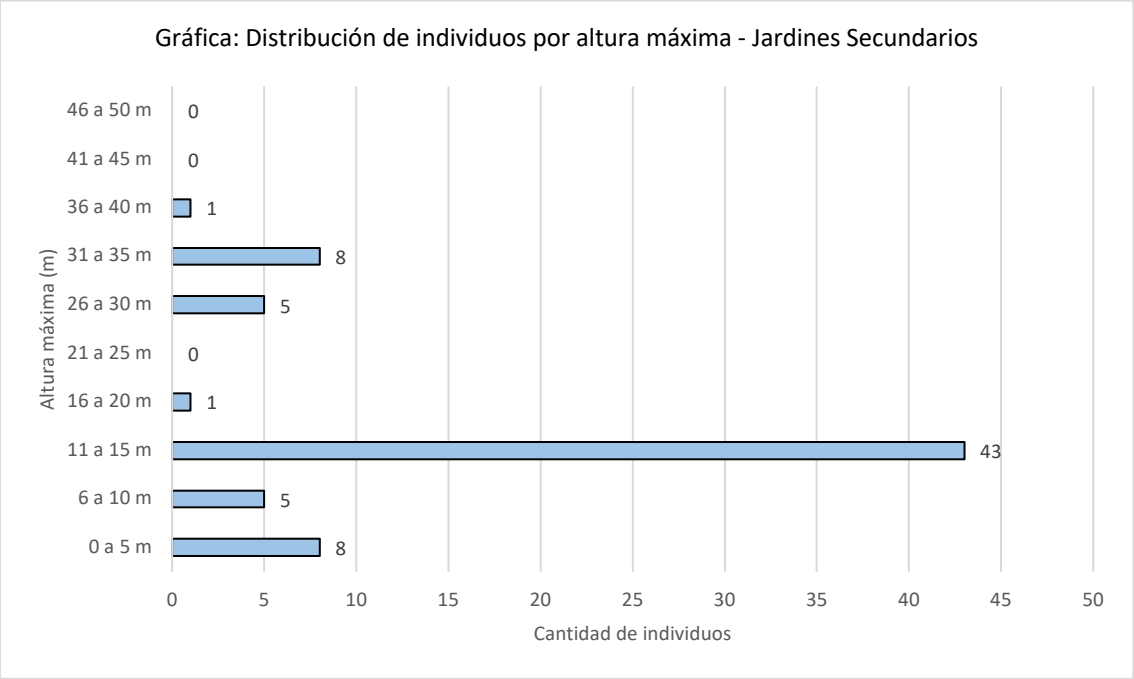


Figura 237. Gráfica: Distribución de individuos por altura máxima – Jardines Secundarios
Fuente: Autora, 2021

8.3.4 Frentes ambientales relacionadas a los ambientes del HDPUV

El impacto de las nuevas perspectivas ambientales siendo consolidada en el contexto de nuestras ciudades, impulsan acciones no apenas del Estado, pero también de los variados tipos de entidades, público o privadas, y ciudadanos, a depender de sus áreas de actuación y papeles sociales. Eso porque todos - en cuanto partes de un ecosistema - tienen algún nivel de responsabilidad con la consolidación de un futuro más saludable para las ciudades, con más calidad de vida para las poblaciones.

Para el HDPUV, esa realidad puede ser manifestada con una mirada enfocada, pensando en una escala interna, en la mejoría de la calidad ambiental para el proceso de recuperación del usuario, la humanización de la atención y apoyo a la calidad de vida del ciudadano. Acciones que, claramente, pueden reflejar en un nivel macro, si consideramos el entorno del hospital[56] - una zona mayoritariamente urbanizada y de grande conectividad, compuesta por vías de flujo vehicular intenso y con una ocupación altamente endurecida del territorio original. Reflejos de un crecimiento urbano acelerado, que generó serios impactos en la calidad ambiental. Esa zona, sin embargo, tiene una influencia ambiental importante, debido a su implantación privilegiada, entre el Parque Nacional Natural Farallones de Cali, el Parque el Ingenio y el río Melendez, lo que representa su potencial de contribución con el proceso de manutención de la biodiversidad local.

Así, debido al alto índice de ocupación verde del terreno del hospital y a la presencia de especies vegetales de importancia ecológica, es posible comprender la importancia de las acciones ambientales que son desarrolladas desde el Sector de Ingeniería Ambiental del hospital, bajo la supervisión del DAGMA. Esas acciones, que envuelven el manejo de las áreas

[56] El análisis de implantación, urbano y ambiental del entorno del HDPUV fue desarrollada en el capítulo 8.2 del trabajo.

verdes del hospital y las tomas de decisiones frente a las normativas colombianas, componen un mosaico bastante diverso en la dinámica del hospital. Sin duda, el HDPUV demuestra su compromiso, en cuanto empresa social del estado, en integrarse a los movimientos de desarrollo sostenible de la ciudad, con sus variadas frentes de actuación ambiental:

• La asociación con el DAGMA favorece el mantenimiento correcto de las áreas verdes, una vez que el órgano hace visitas técnicas ambientales periódicas en el hospital a fin de evaluar el estado de los árboles (Figura 238), identificar casos que presentan riesgos para las instalaciones físicas (Figura 239), indicar podas pertinentes y hacer un levantamiento general de la dinámica con las otras especies, en apoyo a la biodiversidad local. De estas visitas, son generadas actas y informes que sirven como guía para la dinámica de infraestructura verde y de jardinería, para el cual el hospital cuenta con un personal propio (Figura 240). Un documento importante que fue creado en el campo ambiental es el Plan de Aprovechamiento Forestal del HDPUV, que se basa en principios de la sostenibilidad, para el manejo de los árboles.



Figura 238. Visita técnica
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 239. Poda de árboles
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 240. Jardinería
Fuente: Archivo del HDPUV

• A partir de las directrices del DAGMA, en el hospital, es desarrollado el rescate de la fauna que se encuentra en situación de riesgo en las instalaciones del hospital. Siguiendo el protocolo, el área de actuación es cercada (Figuras 241a y 241b), a fin de garantizar la seguridad en la realización del rescate (Figura 242). Luego después es realizado el transporte del animal para las autoridades responsables, como el Zoológico de Cali, por ejemplo. Hay algunas explicaciones para esos acontecimientos, un primera se basa en la alta densidad arbórea que presenta el terreno del hospital; un atractivo para las aves, que lo usan como abrigo o como puente para llegar a otras zonas verdes, como el Parque del Ingenio o el Parque Capri, ubicados en el entorno inmediato del hospital. La otra explicación plantea que estos animales están perdiendo sus hábitats naturales para la expansión urbana en las encostas montañosas que circundan Cali. La proximidad con Los Farallones apoya esa idea.







Figura 241a-b. Proceso de rescate de un mamífero
*(*Especie*: Lycalopex griseus o Urocyon cinereoargenteus)*
Fuente: Archivo del HDPUV

Figura 242. Rescate de un ave
(Especie: *Milvago chimachima)*
Fuente: Archivo del HDPUV

• Otra estrategia ambiental interesante adoptada por el HDPUV es el compostaje, que se trata de una técnica de transformación de materia orgánica en compost, un tipo de abono natural de alta calidad (Figuras 243 y 244). El compostaje se comporta como alternativa ecológica para el manejo de residuos orgánicos y contribuye con la mejora de calidad de la tierra destinada al cultivo, además de aportar para una dinámica más circular y sostenible. Los profesionales de jardinería del hospital recibieron capacitación adecuada para implantar ese método en la dinámica de manejo de las áreas verdes internas, reutilizando así la materia orgánica restante de las podas y limpiezas y manutención de los jardines, para generar el abono que va a ser utilizado en nuevos cultivos.



Figura 243. Tanque de compostaje activo
Fuente: Archivo del HDPUV



Figura 244. Compost: producto final del compostaje
Fuente: Archivo del HDPUV

• Junto al DAGMA, el hospital también está en vías de desarrollo de un proyecto que visa fomentar tanto las prácticas ambientales como las de integración comunitaria. La idea es que el hospital adopte los árboles que están junto a la fachada posterior del edificio del hospital, externas al terreno, en el andén que compone la calle 4, como muestra las Figuras 245 y 246. En este proceso de adopción, la vegetación del jardín externo pasa a ser responsabilidad del hospital, en contribución al desarrollo de su entorno, que es parte de la ciudad. Tal propuesta demuestra como las prácticas ambientales internas al hospital pueden llegar a alcanzar escalas mayores, y influenciar directamente, como es el caso, en el manejo de la cobertura vegetal urbana.



Figura 245. Jardín a ser adoptado – ubicado en el tramo sur de la manzana, junto a la Calle 4ª
Fuente: Autora, 2021



Figura 246. Jardín a ser adoptado – ubicado en el tramo norte de la manzana, junto a la Calle 4ª
Fuente: Autora, 2021

Esas conductas están en acorde la Política Ambiental del HDPUV, divulgada mediante la Resolución 654 de julio de 2018. En la política, el hospital se compromete a participar en la conservación del medio ambiente, lo que envuelve la identificación y evaluación de los efectos medio ambientales originados en la prestación de sus servicios, que pueden generar proyectos y prácticas de mejoría de la calidad ambiental. Las conductas descritas anteriormente, que son parte del cotidiano del hospital, entonces, reafirman esta intención y demuestran que los objetivos ambientales del hospital son acordes a la realidad local, que visa la construcción de un paisaje más saludable para la ciudad como un todo. Ese nuevo panorama, sin duda, contribuye para un proceso de recuperación más agradable para los usuarios, porque presenta caminos que tienden a una atención integral y humanizada.

9. Diagnóstico sobre el estudio de caso del HDPUV

Por lo observado en la descripción de los ambientes del HDPUV, que es fruto de visitas presenciales y percepciones en el sitio hay una tendencia de desarrollo de mejoras en infraestructura física relacionada al uso del sector de Hospitalización, evidenciada en diferentes periodos de la historia del hospital. A partir de proyectos de construcción y reformas, la estructura física de este sector fue siendo transformada para mejorar la salubridad y la calidad del ambiente, además de aumentar la capacidad instalada del hospital, en función de las normativas vigentes a lo largo de los años. Lo que es valioso si observamos ese escenario:

Un edificio compuesto por ambientes antiguos - creados en el proceso de institucionalización de la locura bajo un modelo manicomial - cuya ambientación y composición espacial, hoy en día, evidencian el constante proceso de adaptación a los cambios institucionales, que son parte del histórico del hospital. Cuartos de internación colectivos dispuestos en una organización formal en el edificio, compartiendo un largo pasillo, e intercalados por jardines. Un escenario que aún revela el hospitalocentrismo en sus ambientes, lo que enciende las memorias sombrías de confinamiento y exclusión del pasado. El hecho de que ese panorama persista hasta los días actuales levanta una serie de hipótesis – que caminan entre la estigmatización, la falta de políticas públicas adaptadas a la realidad local, la falta de recursos, la búsqueda por mantenerse en competencia con el mercado etc. -, pero el hecho innegable es que este, definitivamente, es un escenario dañino al proceso de desinstitucionalización.

La desinstitucionalización busca disminuir los índices de internación tradicional y aumentar la atención integral, basada en un abordaje terapéutico, comunitaria y humanizada del tratamiento. Por lo tanto, el hecho que las áreas destinadas al del Hospital Día y las áreas externas verdes, no reciban esta misma atención y no sean palco para acciones humanizantes frecuentes y acordes a la necesidad de los usuarios, también es una cuestión a ser debatida. Eso porque el proceso de desinstitucionalización del paciente está edificado justamente en la promoción de alternativas a la práctica de la hospitalización, que gradualmente la puedan sustituir en los sistemas de salud mental actual, que tienden a ser más comunitarios.

Como alternativa a la hospitalización, está el Hospital Día, que apoya a los usuarios en el proceso de reinserción en la comunidad por medio de un acompañamiento psicoterapéutico basado en la terapia ocupacional y prácticas complementarias. Se trata de una de las principales estrategias reformistas actuales y uno de los motivos por lo cual el HDPUV es referencia latinoamericana. Sin embargo, desde el punto de vista arquitectónico y paisajista, a este sector son destinadas áreas que carecen de los principios básicos de la preferencia y adaptación humana. En ambientes con ese nivel de racionalidad, es difícil hacer brotar el lado artístico, lúdico y permeable, en cuanto aspectos humanizantes del espacio, que son importantes para el desarrollo mental, para la percepción humana, para la relación hombre-

ambiente. La previsibilidad presente en la organización de los ambientes del Pabellón, por ejemplo - que deberia inspirar, impulsar la creatividad y ofrecer una experiencia profunda para el usuario – aburre, por su falta de gentileza.

No hay movimiento, ni texturas, colores, elementos topoceptivos, o mobiliarios flexibles en el paisaje de las salas del Hospital Día. Tampoco se percibe una apertura consciente y bien estructurada hacia las áreas verdes externas, que son compuestas por jardines con potencial terapéutico y ambiental. Del punto de visto de la psicología ambiental, si no hay con lo que envolverse o de qué apropiarse, el ambiente no puede ser beneficioso a la experiencia humana. Eso prejudica incluso la actuación del persona, que se sienten de manos atadas frente a las complejas demandas de un hospital psiquiátrico de gran tamaño[57].

Falta de funcionalidad y humanización de los espacios verdes

Las áreas verdes del HDPUV, en este sentido, constituyen un marco en el hospital; su índice de ocupación es alto, sus áreas son amplias y se distribuyen a lo largo de todo el terreno, permeando los diferentes sectores de servicios e, incluso, las áreas internas del edificio. Además, su vegetación imponente, con árboles de valor simbólico, que revelan el carácter histórico y cultural de esta ocupación, es reconocida y valorada tanto en las prácticas ambientales como en el discurso del personal. Ese aspecto de las áreas verdes determina su potencial de integración a la dinámica hospitalaria y terapéutica, siendo una alternativa interesante para el desarrollo de una atención más integral, basada en los principios de la humanización que visan ofrecer ambientes apropiables para el usuario, mejorando así su experiencia. Bajo perspectivas de la psicología ambiental, esas áreas, si bien planeadas, pueden ser vistas como ideales para el desarrollo de proyectos que buscan actuar favoreciendo los beneficios de la relación hombre-ambiente.

Ese potencial, sin embargo, no se ve reflejado en su ambientación y organización espacial. Se trata de un conjunto de jardines (que en este trabajo fueron divididos en Jardín Principal y Jardines Secundarios) que delimitan espacios de circulación y de permanencia en diferentes sectores del hospital. Con un carácter mayoritariamente contemplativo, apenas el Jardín Principal dispone de espacios con usos atribuidos en sus dependencias, que son básicamente áreas de estar – compuestas por conjuntos de bancas - y un kiosko con diferentes funciones – compuesto por conjuntos de mesas y sillas[58]. La semejanza observada en estos espacios – que disponen de un mismo tipo de mobiliario y espacialidad- genera una monotonía que no fomenta el potencial terapéutico de paisajismo, además de romper con su aspecto funcional. Para ello, se requiere la implantación de espacios de uso flexible, que se asocian a las actividades del hospital, como parte de la dinámica.

Ese escenario abre paso para el problema de la falta de ambientes lúdicos, recreativos, deportivos, en fin, espacios colectivos al aire libre, que fomenten la interacción humana y el desarrollo de actividades alternativas, que se moldan al carácter multidisciplinario de la atención humanizada, centrada en el usuario. Se percibe, en este sentido, que la utilización y distribución de los equipamientos y ambientes en los jardines podrían estar mejor adaptadas al contexto actual del hospital. En realidad, un área verde amplia, repleta de copas de árboles de porte grande, que proyectan sombra hacia todos los lados – que es la realidad del Jardín

[57] En este sentido, es importante resaltar las estrategias adoptadas por los profesionales en sus prácticas diarias, que son ejemplos de coherencia y resiliencia, porque buscan un equilibrio entre aceptar la realidad actual – que está arraigada en modelos del pasado y que no puede ser simplemente diluida en el paisaje actual - y desafiarla, actuando de manera humanizada en pro del usuario, rompiendo estigmas y contribuyendo con una atención más afectiva.

[58] Los ambientes de las áreas verdes del hospital fueron descriptos en el Capítulo 8.3.3 de este trabajo.

Principal, por ejemplo – es todo lo que se requiere para proyectar ambientes ideales para la terapia ocupacional, que es parte central de la dinámica del Hospital Día. De hecho, el Hospital Día, actualmente, ocupa toda el área circundante del Jardín Principal, lo que es aún más favorable para promover esa interacción hombre-ambiente saludable y equilibrada.

Como visto en el marco teórico de este trabajo, las personas se interesan por lugares confortables, funcionales, que se integran a sus perspectivas y promueven bienestar, sin generar esfuerzos. Esfuerzos por parte del usuario, decurrentes de una baja adaptación del ambiente para la vivencia humana, que está reflejada, por ejemplo, en la falta de accesibilidad presente en los caminos que componen el Jardín Principal. La irregularidad en la pavimentación, la presencia de barreras que interrumpen el paso y la mala estructuración de flujos y conexiones, delatan una de las posibles causas para el bajo movimiento de personas y el bajo índice de uso de los ambientes del jardín. Sumada a la falta de funcionalidad de los espacios, se videncia un conjunto de aspectos a ser solucionados en futuras mejorías en la estructura física del hospital.

Así se percibe que una conducta arquitectónica y paisajista aparentemente simple y obvia, que es promover la seguridad y accesibilidad en los pasillos y la funcionalidad de los espacios externos de un hospital psiquiátrico, puede generar impactos positivos mayores; puede ser un factor determinante para la disminución de la ocupación del sector de hospitalización, por ejemplo, que es el enfoque principal de la desinstitucionalización. En suma, esas conductas permiten la libre deambulación del usuario, que pasa a salir de su cuarto, de su encierre, para explorar ambientes seguros, hechos para su experiencia, que le ofrecen la posibilitad de encuentro con nuevas personas, nuevas plantas, nuevas posibilidades.

Tendencia exótica de las especies vegetales

En cuanto a la integración de la vegetación en el contexto terapéutico del hospital, desde el sector ambiental se nota una preocupación con este aspecto del paisajismo, en los planes de siembra y manejo de los jardines. Sin duda, hay una intención de manifestar el potencial sensorial de las plantas con la utilización de especies arbustivas vistosas, con hojas de formato diversos, variados tonos y colores de flores y hojas, y texturas que impresionan – principalmente en los jardines secundarios, que son de menor porte y por lo tanto actúan en una escala más próxima al transeúnte.

Sin embargo, se percibe que el enfoque terapéutico camina más hacia los parámetros estéticos de las especies vegetales. Sería interesante observar el desarrollo de cultivos, incluso talvez experimentales, de especies con potencial medicinal y terapéutico, que sean manejados por los propios usuarios. El huerto mandala, un estilo de jardín ampliamente utilizado en proyectos de paisajismos terapéuticos y que funciona como un incentivo para la interacción social, es un ejemplo de cómo desarrollar esas estrategias. Explorar los diferentes aspectos funcionales del paisajismo, aplicándolos en las valiosas áreas verdes de este hospital, es un camino que prevé interesantes y provechosos cambios en la dinámica terapéutica. En este sentido, el carácter ecológico de la vegetación también puede ser involucrada en el debate de la funcionalidad.

Como visto en el estudio de vegetación de los jardines, la mayor parte de las especies vegetales presentes en el hospital son exóticas, oriundas de otros ecosistemas. Un aspecto desfavorable en lo que refiere al desarrollo ecológico, puesto que la ausencia de especies autóctonas en un área verde rompe con el proceso de conservación de la biodiversidad, de valoración de la identidad del paisaje local y de manutención de los ciclos ecosistémicos, que son enfoques actuales del contexto urbano. Más específicamente, composiciones de especies exóticas requieren la adaptación de los individuos a un nuevo clima, lo que demanda más manutención, interrumpe la equilibrada interacción entre flora y fauna nativas y disminuye en

índice de calidad ambiental. La baja en la calidad ambiental impacta directamente el bienestar del usuario y, en un sentido más amplio, la composición de un paisaje exótico puede incluir también impactos sociales y psicológicos, que envuelven el proceso de percepción del paisaje, lo que impacta directamente en la experiencia del hombre en un ambiente.

Pero este no es un caso aisalado. En la ciudad de Cali, en general, también se observa el predominio de especies introducidas en las áreas verdes urbanas - elegidas muchas veces bajo criterios estéticos - en detrimento de las especies nativas del Bosque Seco Tropical, el principal ecosistema del municipio. De ahí, seguramente, surgen conflictos con la infraestructura urbana o impactos relacionados a la fragmentación ecológica. Un proceso común también en otras ciudades de Colombia, que comparten una gran cantidad de especies introducidas (DAGMA, 2019a).

Como alternativa a esa condición, Cali tiene actualmente entre sus objetivos de conservación, la asociación de la cobertura vegetal con el mosaico de ecosistemas del municipio, lo que incluye una atención especial a la comunidad de aves. Esa estrategia requiere la inclusión de especies vegetales nativas que fornezcan la base para la permanencia de las aves, como grupo de enfoque para la conectividad ecológica funcional. Bajo estos principios, es posible abordar la funcionalidad que se puede alcanzar con la capacidad de las especies de movilizarse por el paisaje, también de dinamizar la relación de los seres humanos con la biodiversidad urbana, pensando en un proceso de conservación integrado a la manutención de especies con significados culturales, históricos, espirituales y simbólicos para los ciudadanos. Todo en un equilibrio entre especies vegetales y animales. Esas acciones favorecen el proceso de apropiación del espacio por los usuarios y, en consecuencia, la recuperación y consolidación de espacios urbanos con infraestructuras verdes, a fin de servir como base para el desarrollo del cotidiano de los ciudadanos (DAGMA, 2019a).

Además, hoy en día se entiende la importancia de promover una Red Ecológica Urbano-Rural-Regional, que genere conectividades ecológicas efectivas para favorecer la conservación, la rehabilitación y la viabilidad de los ecosistemas existentes. La propuesta es enfocarse en romper la dicotomía campo-ciudad y establecer gradualmente en la conciencia popular el reconocimiento de la complementariedad ecológica y cultural que se transforma a partir del metabolismo urbano, que requiere un equilibrio en esta relación. De ahí viene la necesidad de reconocer el contexto multidimensional que favorece las potencialidades de la ciudad en sus interrelaciones urbano-rurales (DAGMA, 2019b).

Las raíces de estas acciones están en la Política Nacional de Gestión Integral de Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos, formulada en 2012, que tiene como objetivo promover la gestión integral para la conservación de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos, pensando en mejorar la resiliencia de los sistemas socio-ecológicos, en distintas escalas - nacional, regional y local. A partir de un esquema que relaciona las actividades humanas con la estructura y el funcionamiento ecosistémico, la política propone ejes temáticos que reafirman la importancia de la biodiversidad, envolviendo temas como la conservación y el cuidado con la naturaleza, gestión del conocimiento, promoción de calidad de vida, compromisos globales, desarrollo económico etc. (DAGMA, 2019b).

Complementando ese panorama con una perspectiva más amplia, se puede citar la Nueva Agenda Urbana (NAU), aprobada en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible, en 2017, que promueve nuevos estándares para el desarrollo urbano sostenible bajo nuevas formas de planificar, gestionar y vivir en las ciudades. Las acciones del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible colombiano ante esas definiciones plantean, como respuesta, un desarrollo con énfasis en tres aspectos de la implementación de la NAU: ciudades y comunidades sostenibles; acción por el clima; y vida de ecosistemas terrestres (DAGMA, 2019b).

TERCERA PARTE: PROPUESTAS

10. Lineamientos para proyectos de paisajismo destinados a la salud mental

Considerando los resultados del estudio de caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, se entiende que la idea de proponer ambientes que aporten el proceso de desinstitucionalización de la salud mental, en el actual contexto urbano, requiere estrategias de proyecto con raíces sociales y ambientales. Así, con base en los temas investigados en el referencial teórico de este trabajo, algunas recomendaciones de proyecto paisajístico fueron propuestas a partir de dos ejes: recomendaciones para la humanización y recomendaciones para el paisaje:

10.1. Lineamientos para la humanización

Ante la necesidad de favorecer la satisfacción y el bienestar de los usuarios, el proceso de humanización de los ambientes psiquiátricos requiere tomas de decisión en lo que refiere a la organización espacial y ambientación de estos espacios (Medeiros, 2004), para que se vuelvan lugares apropiables y que contribuyan con en el proceso compresión y cuidado integral del usuario (Rocha, 2010), aportando en terapéuticas centradas en la persona (Romero & Sales, 2016). Así, considerando este proceso de cambios en la estructura física de los ambientes destinado a la salud mental, algunas recomendaciones fueron sintetizadas, teniendo en cuenta aspectos subjetivos y objetivos de un proyecto, a fin de orientar las decisiones en favor de ambientes más humanizados:

10.1.1 Ambientación y apropiación del escenario

- Ambientes apropiables: crear espacios que favorezcan una interacción recíproca con el usuario a partir de su carácter flexible, que permite el desarrollo de la personalidad de los usuarios y la consolidación de una identidad local. La idea es que el usuario sienta que el espacio es parte de el mismo, que es su espacio (Catino, 2009).
- Ambientes incluyentes: crear espacios con base en las necesidades y expectativas de los usuarios favorece una ocupación productiva y funcional (Gobbi et al., 2017) y aumenta las opciones de escoja y control individual sobre diferentes aspectos del tratamiento del usuario (Medeiros, 2004), que se vuelve protagonista de la dinámica psiquiátrica y terapéutica. Debido a la heterogeneidad de la población hospitalaria, la búsqueda por atender a las demandas específicas de cada usuario se vuelve un recto para lograr una humanización que abarca las diferencias, que no generaliza (Vasconcelos, 2004).
- Favorecer la autonomía del usuario: la promoción de la autonomía del usuario está directamente relacionada a la sensación de control del ambiente, lo que requiere medidas que garantan la privacidad visual, la presencia de jardines y patios accesibles, y la creación de lugares destinados al desarrollo de intereses personales y hobbies de los usuarios. Los ambientes hospitalarios ruidosos, confusos, sin privacidad y que no permiten el control por parte del individuo disminuyen la autonomía, aumentan la pasividad, generan situaciones incontrolables estresantes, causan depresión y dificultan el buen funcionamiento del sistema inmunológico (Vasconcelos, 2004).
- Implementación adecuada de elementos arquitectónicos y mobiliario: los elementos utilizados desde la estructura hasta el acabamiento del proyecto pueden generar sensaciones particulares en el ser humano, debido a su capacidad asociativa. Si empleados en función de los aspectos sociales de la comunidad, que son comunes a diferentes culturas, pueden ayudar a aproximar el ambiente a la naturaleza del usuario, contemplando tanto el *design* como la funcionalidad (Vasconcelos, 2004). La estructura, los elementos arquitectónicos, los objetos de decoración, el mobiliario, mientras más

aspecto natural tengan y más asociados a la naturaleza estén, más impacto en el bienestar y en la salud del usuario pueden generar. Los cuadros con paisajes naturales, los vasos de plantas, el uso de la madera como estructura, las ventanas generosas, los mobiliarios lúdicos, son ejemplos de como humanizar ambientes.

- Materiales que despiertan la sensorialidad: la utilización de materiales, revestimientos y texturas puede contribuir con la consolidación de un ambiente apropiable, porque generan estímulos sensoriales específicos en las personas, captados principalmente por el tacto, pero también por la visión y el olfato; una posibilidad de generar placer y confort (Vasconcelos, 2004). Por lo cual la utilización de materiales naturales, que favorezcan el contacto del usuario con elementos y propiedades de la naturaleza, trae beneficios fisiológicos y psicológicos.

- Uso adecuado del color: el uso del color puede estar asociado a la funcionalidad del ambiente, puesto que puede ayudar a suplir las necesidades del usuario (Vasconcelos, 2004). Por ejemplo, para crear ambientes tranquilizantes, que son ideales para pacientes con trastornos y lesiones cerebrales y neurológicos, es indicado el uso de colores suaves y con poco contraste entre si. Los colores fuertes, vibrantes y contrastantes son estimulantes y desfavorecen el carácter intimista del lugar, causando cierto estrese. Por otro lado, el déficit o la ausencia de estímulos sensoriales puede impulsar la depresión. Por lo cual se entiende que un grado moderado de estimulación es ideal para promover la sensación de bienestar en el ser humano, de acuerdo a la Psicología Ambiental (Vasconcelos, 2004).

- Iluminación adecuada: mantener el compromiso con la iluminación adecuada del ambiente es determinante para la experiencia del usuario. Una iluminación indirecta, por ejemplo, ayuda a componer ambientes tranquilizantes, ideales para personas con trastornos mentales, lesiones cerebrales etc.; ya la utilización de iluminación natural contribuye con la promoción de salud y el manejo energético del edificio, además de promover una conexión entre el interior y el exterior.

10.1.2 Aspectos psicológicos y de salud

- Ambientes saludables: promover la valoración de los aspectos emocionales en un espacio físico (Romero & Sales, 2016), considerando la satisfacción visual, la percepción de la belleza de los paisajes (Kowaltowski, 1989) que elementos naturales y construidos pueden generar, a fin de cambiar la percepción psicológica negativa que los ambientes hospitalarios en general generan en las personas.

- Compromiso con los estándares de tratamiento y rutina terapéutica-hospitalaria: es primordial que las decisiones de proyecto lleven en cuenta los estándares de tratamiento y la rutina terapéutica-hospitalaria, para que los ambientes y sus elementos arquitectónicos y paisajísticos se adecuen a la realidad de los usuarios y cumplan su función (Rocha, 2010).

- Aspectos sensoriales: considerando que la sensación humana es un acontecimiento psicológico proveniente de estímulos externos en los órganos ligados a los sentidos humanos (Dias & Anjos, 2017), se entiende que la relación del hombre con el ambiente depende de la estructuración ideal de estos estímulos. Por eso, la composición variada de materiales, escalas, texturas, colores, luz, sonido, temperaturas, olores influencian en la percepción y experiencia humana en el espacio (Pallasmaa, 2011). En este sentido, los estímulos sensoriales ocasionados por elementos naturales caracterizan un buen camino para lograr la cura a través del ambiente (Vasconcelos, 2004).

- Ambientes que remeten a sentimientos edificadores: considerando el potencial sensorial de la relación hombre-ambiente, es importante tener en cuenta que, a partir de las características y composiciones del ambiente se puede generar sentimientos de paz,

esperanza, reflexión, conexión espiritual, relajación, humor y bienestar en el usuario (Romero & Sales, 2016)

- Interacción persona-ambiente: conocer el punto de vista y las percepciones de los usuarios y visitantes es una conducta de la humanización que permite promover la interacción de las personas con el ambiente a su alrededor. Hay algunos aspectos principales para consolidar ese proceso, lo que incluye la señalización adecuada del espacio, el confort físico, la posibilidad de regular el contacto social y el cuidado con los significados simbólicos transmitidos por el ambiente (Medeiros, 2004).

- Carácter comunitario: fornecer una organización espacial flexible, el confort y el acogimiento favorece el encuentro de grupos distintos y aumenta la interacción entre pacientes, visitantes y comunidad local, favoreciendo el soporte social, que es primordial para el desarrollo del carácter comunitario en la dinámica hospitalaria; un hecho absolutamente humanizante (Vasconcelos, 2004).

- Ambientes lúdicos: favorecer el aspecto lúdico de los ambientes de salud pueden favorecer la agradabilidad en la experiencia del usuario y la promoción de salud física y psicológica. Para tal, se requiere una diversidad de áreas para uso simultáneo, que sean accesibles a diferentes grupos, con una variedad de opciones que posibilitan la escoja, con elementos fácilmente visualizados y abiertos a una variedad de interpretaciones, incluso los vegetales. También es necesario el manejo coherente de los estímulos sensoriales, a partir del uso de colores, texturas, formas y *layouts* convenientes (Constantino, 2010).

10.1.3 Accesibilidad universal

- Consciencia incluyente: a fin de promover la accesibilidad de los ambientes verdes y construidos, es decir, la posibilidad de que sea utilizado por cualquier persona de manera conveniente y segura, hay que llevar en cuenta la Norma Técnica Colombiana 6047. La idea es favorecer el desarrollo del diseño universal[59] en los ambientes verdes, a partir de ajustes razonables, visando así sanar el síndrome del edificio enfermo[60], en favor de una dinámica hospitalaria más accesible e incluyente (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación [ICONTEC], 2013).

- Circulación horizontal: caminos que promuevan una conexión funcional entre los diferentes ambientes del espacio, sin obstrucciones, compuesta por caminos estructurados a partir de una pavimentación correctamente nivelada y bien delimitada, con rampas cuyas inclinaciones son ideales, dimensiones adecuadas y materiales de aspecto regular que facilitan el paso de personas con movilidad reducida (ICONTEC, 2013).

- Área verde: compuesta por especies de gramíneas que favorecen el desplazamiento de las personas por los ambientes del jardín y posibilitan el contacto con la naturaleza, estructurando así un suelo regular, homogéneo y seguro (ICONTEC, 2013).

---

[59] Diseño universal: Diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluye las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten. (Norma Técnica NTC Colombiana 6047)

[60] "Síndrome del edificio enfermo: Impacto adverso sobre la salud de los usuarios de la edificación mientras habitan, trabajan, ocupan o visitan una edificación, causado por la planificación, diseño, construcción, gestión, operación o mantenimiento de dicha edificación." (Norma Técnica NTC Colombiana 6047)

- Mobiliario: elementos integrados al ambiente alrededor, con funcionalidades bien definidas, de fácil acceso y cuyas dimensiones estén en conformidad con las normas de accesibilidad colombianas (ICONTEC, 2013).
- Vegetación: especies vegetales que no presente riesgo a los usuarios, es decir, sin extremidades cortantes, raíces protuberantes, frutos pesados que se despegan fácilmente etc. En este contexto, también es interesante resaltar la importancia de la manutención del área verde y sus especies vegetales para fomentar una vivencia segura a los usuarios (ICONTEC, 2013).
- Señalización: presencia de elementos de señalización visual y táctil, que faciliten el desplazamiento de personas con desorientación y discapacidades cognitiva y mental (ICONTEC, 2013).
- Luminancia y contraste visual: la luminancia y el contraste visual armoniosos pueden contribuir con una experiencia más segura y, además, agradable en el ambiente (ICONTEC, 2013).

10.1.4 Integración con alrededores y áreas verdes

- Aspectos bioclimáticos: incorporar los aspectos bioclimáticos a las directrices de proyecto, como el clima local y las orientaciones más propicias para la ventilación e iluminación natural, además de eficiencia energética, generan bienestar físico y psicológico al usuario (Gobbi et al., 2017), a partir del confort térmico . La idea es disminuir la incidencia de ambientes climatizados por aire condicionado, con iluminación artificial y el uso constante de ascensores, porque también dificultan que el usuario se apropie del entorno (Constantino, 2010).
- Aperturas hacia el exterior: la implementación de aperturas hacia el exterior en el edificio hospitalario también favorece el confort térmico y psicológico, porque aproxima el usuario de la naturaleza (Gobbi et al., 2017) y posibilita, por medio de las vistas generadas intencionalmente, que la persona hospitalizada acompañe las variaciones de luz, tiempo, clima y movimiento afuera (Rocha, 2010). Así se promueve la integración interior-exterior, que es uno de los aspectos fundamentales de la humanización (Vasconcelos, 2004).
- Integración con el paisaje exterior y áreas verdes: Considerando que la integración interior-exterior es uno de los aspectos fundamentales de la humanización (Vasconcelos, 2004), es interesante observar algunas condicionantes físicas en el proyecto, como la dimensión, forma y entorno del terreno de implantación; el clima local; los recursos financieros; el partido arquitectónico; y la anatomía del edificio (Rocha, 2010).
- Vegetación: la inserción de vegetación en los ambientes hospitalarios es uno de los caminos más seguros de la humanización, pues aporta beneficios positivos a la salud humana, actuando directamente en la relación interior-exterior a partir de los fundamentos sensoriales, además de contribuir con la eliminación de la sensación de encierre, que debe ser evitada en la planeación (Soares, 2017).

10.2 Lineamientos para el paisaje

En el contexto urbano actual, con la problemática que se desarrolla en las ciudades demasiadamente urbanizadas y aceleradas (Abbud, 2010), el paisajismo se presenta como una solución para las cuestiones ambientales y sociales que este movimiento impulsa en la sociedad. En este sentido, la inserción del paisajismo en el contexto de la salud mental se presenta como ejemplo de la aplicación del concepto de revegetación en un contexto

hospitalario a fin de mejorar el proceso de reintegración del usuario a la sociedad, a partir de la mejora de calidad ambiental y de la promoción de confort y bienestar.

Pensando en eso, esta etapa del trabajo está destinada a proponer algunas recomendaciones para proyectos paisajísticos destinados a los ambientes de salud mental, a fin de contribuir con el proceso de estructuración de un paisaje más humanizado para la dinámica terapéutica y hospitalaria psiquiátrica.

10.2.1 Construcción del paisaje

- Diseño transdisciplinar del paisaje: Integrar al diseño del paisaje, buscando promover su carácter transdisciplinar, una mirada que considera el observador como parte de la composición, pues que se integra al paisaje en su proceso de desarrollo de percepción, que es fruto de representaciones físicas y culturales; de una dinámica de relaciones de poder, género, clase, etnia; y de aspectos tangibles e intangibles que se relacionan en la experiencia humana a partir de la memoria, de los sentidos y de las conductas psicológicas (Nogué, 2007); (Taylor, 2007); (García, 2012).
- Imprimir la visión econcéntrica y sostenible en el paisaje: promover la relación entre especies humanas y no humanas, con un sistema de valores centrados en la naturaleza, a partir del ecocentrismo, puede reflejar en paisajes culturales y ecológicas bien estructuradas, impulsando la consolidación de un paisaje sostenible (Bridges & Osterhoudt, 2021). Un paisaje sostenible busca la “preservación de la biodiversidad, restauración del paisaje, preservación del patrimonio natural y cultural, aseguramiento de la cantidad y calidad de recursos naturales y la gestión de los usos del suelo” (García, 2012).
- Integrar elementos básicos del paisaje urbano: pensar en la integración de los elementos del paisaje urbano, que pueden ser visibles, como árboles, edificios y mobiliarios, o no visibles, como las visuales, los sonidos, la brisa, genera percepciones positivas en la población (Hurtado, 2019), que puede captar, sentir, conocer, valorar de diferentes formas, según las circunstancias del medio (Nogué, 2007). Es interesante que la relación hombre-naturaleza esté asegurada, en este sentido, porque favorece el proceso de estimulación sensorial, que puede ser sanadora (Bridges & Osterhoudt, 2021).
- Compromiso con la promoción de salud urbana: manejar el territorio urbano a fin de mejorar la salud urbana requiere conductas comprometidas con la resolución de problemáticas asociadas a alteraciones climáticas, al consumo de espacio y recursos naturales, la gestión de los flujos urbanos, el impulso a la diversidad social y cultural etc. (Sá, 2012). En todas esas cuestiones, la presencia de la naturaleza ha demostrado eficacia en la minimización de los efectos de la urbanización (Enjunto & Querol, 2021).
- Crear lugares en el paisaje: como parte del proceso de atribución de significado al paisaje, la creación de lugares es esencial y exige espacios que estimulan el permanecer, el encuentro de personas y el desarrollo de sus actividades (Bridges & Osterhoudt, 2021); (Abbud, 2010).

10.2.2 Diseño paisajístco

- Tríade de directrices del proyecto de paisajismo: Tres parámetros interesantes para el proceso de creación de directrices del proyecto de paisajismo: las necesidades de los participantes; los requisitos de diseño provenientes de las investigaciones sobre el jardín; y el contexto geográfico e histórico de la región (Stigsdotter & Grahn, 2003).
- Desarrollo de la funcionalidad paisajística: no restringir el paisajismo urbano al rol estético permite el desarrollo de acciones que buscan reducir impactos ambientales y favorecer la

experiencia humana (Guilhon, 2009), principalmente si considera los beneficios de la vegetación en el contexto urbano como un eje importante del proyecto (Corrêa, 2015).

- Consolidar el orden espacial: valorar la espacialidad de los lugares a partir de sus dimensiones y volumetrías es importante para promover el orden espacial, que puede ser aplicada al paisajismo a partir del impacto que las especies vegetales promueven, en sus diferentes formatos y funciones suelo (Borrero, 1975).
- Implementar acciones de revegetación: algunas estrategias de revegetación pueden servir para el desarrollo de paisajismos sostenibles y sanadores, como la creación de barreras acústicas, eólicas y de partículas en suspensión; el control térmico de ambientes; la mitigación del paisaje excesivamente urbanizado; el ocio; el aumento de fauna en el medio ambiente; la regulación de la incidencia de la radiación; la restauración de ciclos naturales; y el aumento de la productividad de las áreas verdes (Corrêa, 2019).
- Incorporar el cuerpo y el alma del jardín de manera integral: a partir de una mirada más subjetiva, equilibrar los elementos de composición del jardín puede seguir la dinámica natural del cuerpo y del alma. En este contexto, parte de los elementos representa el cuerpo, como los elementos físicos y materiales; y parte representa el alma, como el universo de símbolos, significados y valores del proyecto (Abbud, 2010).
- Promover la proporción de escalas: promover una relación armoniosa entre los elementos de un jardín, que cumpla con la proporción de escalas entre si y que estén en acorde con las estructura y escala de nuestro cuerpo físico, puede generar sensaciones positivas y de grande diversidad. Algunas de las acciones propuestas por Abbud (2010) para promover esta proporciones y percepciones satisfactorias del jardín son: considerar los puntos focales, los pasos, los planos, las barreras visuales del usuario; la posibilidad de captura de paisajes, la estrategia de espacios salpicados y la necesidad del humor en la composición (Abbud, 2010).
- Componer espacios psicológicos: los elementos construidos y naturales interactúan e influencian percepciones importantes para la composición de un espacio psicológico. En la arquitectura, la ausencia de referencias verticales, por ejemplo, como muros y paredes, hace que los ojos perciban todo como reducido, apretado. Junto a la pintura, los revestimientos y el mobiliario, ellas hacen que la sensación de pequeñez disminuya. Por otro lado, en el jardín o espacio externo, las paredes tienden a caminar en dirección al observador, reduciendo las sensaciones de distancia, sobretodo cuando son de color claro, cuando no presentan elementos vegetales o cuando encuentran con pavimentos. Por eso, es interesante evitar que el piso encuentre directamente el muro en espacios reducidos; utilizar un jardín como transición es una buena idea (Abbud, 2010).
- Transformar el vacío en espacio: más allá de la forma exterior, de las superficies y volúmenes, en un proyecto paisajístico, la importancia está en las formas del vacío que resultan de esta interacción. Los vacíos deben ser transformados en espacios donde se encuentran las personas, donde se desarrollan los movimientos de la naturaleza (Abbud, 2010).
- Integración entre jardín y hospital: es interesante promover la integración del área verde con el área construida en un hospital a partir de jardines que se conectan directamente a los edificios, de ventanas que encuadran escenas de naturaleza, de caminos funcionales delimitados por plantas, de espacios compuestos por pasto y cultivos de plantas y flores. La idea es fornecer la posibilidad de disfrutar la naturaleza dentro del hospital (Bagnati, 2019).
- Construir planos paisajísticos: para el diseño paisajístico, es interesante considerar tres planos principales, el plano del techo – que incluye copas de árboles, pérgolas, cubiertas; el plano vertical de cierre - que representa los arbustos, taludes, montañas, murtos; y el plano del piso – que incluye céspedes, escaleras, rampas, superficies de agua. Ellos deben ser trabajados de manera complementaria y equilibrada (Abbud, 2010).

- Incorporar elementos cromáticos de la naturaleza: considerar el fondo y la luz en el diseño paisajístico es esencial para lograr percepciones visuales satisfactorias, porque la presencia y el tipo de luz empleados son decisivos para la consolidación del colorido externo de los paisajes y la calidad del color en las edificaciones. Para eso, es necesario observar la bruma, la lluvia, el humo, el polvo, los ciclos estacionales, los cambios de follajes y las masas arbóreas (Nogué, 2007).
- Promover la variedad de las tipologías de espacios: en el paisajismo hospitalario, es interesante considerar los diferentes tipos de usuarios del ambiente, categorizados como pacientes, visitantes y profesionales, a fin proponer espacios que abarcan diferentes tipologías, como terrenos ajardinados, jardines de entrada, balcones, patios, plazas, terrazas, techos verdes, jardines de meditación, jardines miradores, jardines comestibles y jardines de cura (Yücel, 2013).
- Impulsar la integración social: el proceso de humanización hospitalario requiere espacios paisajísticos que permitan el desarrollo de la identidad de los usuarios y de la comunidad local, que facilite los encuentros y posibilite su apropiación por parte de la población debido al carácter flexible y comunitario que presenta (Constantino & Mattos, 2015).
- Consolidar un trazado de diseño orgánico: es importante llevar en cuenta la preferencia humana por formas naturales y organizas en el momento de determinar el trazado del diseño paisajístico, para que impacte positivamente la experiencia humana. Se requiere, en este sentido, el uso ponderado y equilibrado de patrones los geométricos (Simonic, 2003).
- Promover la seguridad y la accesibilidad: principalmente si el tema es el desplazamiento de usuarios, es importante promover su seguridad y accesibilidad integrales, considerando el concepto de inclusión como base del proyecto. Por eso, caminos accesibles, con dimensiones apropiadas a los transeúntes con movilidad reducida; pistas acústicas, táctiles y fragancias para deficientes visuales; y pistas visuales para deficientes auditivos deben hacer parte del plan de diseño (Constantino & Mattos, 2015).

10.2.3 Aspectos naturalistas

- Implementar directrices naturalistas: el aporte de las ideas naturalistas en el proyecto impacta directamente en la consolidación del carácter ecológico del jardín, porque prioriza el desarrollo espontaneo, orgánico, y son importantes para contribuir de manera sostenible con los ambientes del entorno, con el ecosistema en que está inserido, valorando la conservación de la biodiversidad, los bajos costos de mantenimiento, la vida silvestre. (Henriques, Soares & Azambuja, 2017); (Siqueira, 2016); (Hitchmough & Dunnett, 2004).
- Integrar con la realidad local: la utilización de especies nativas para la integración del jardín con la dinámica de actividades local, en las áreas de recreación, deporte, ocio cultural y contemplativo, es importante para la humanización y puede ser observada en la obra de Roberto Burle Marx (Corrêa, 2019)
- Componer comunidades vegetales: organizar las plantas en grupos de gran biodiversidad, relativamente estables y que se estructuran como unidad, en contraposición al monocultivo, favorece la creación de algo mayor que la suma de las partes, algo nuevo para la composición vegetal (Oudolf & Kingsbury, 2013). Los niveles de sociabilidad pueden ser importantes para obtener una composición del efecto salvaje característico del naturalismo. Las plantas con bajos niveles de sociabilidad son, entonces, organizadas individualmente o en grupos pequeños de 3 a 9 individuos; mientras las plantas con altos niveles de sociabilidad pueden ser alocadas en grupos con más de 9 individuos y dispuestas libremente alrededor del primer grupo (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

- Categorización de especies vegetales: pensando en componer comunidades vegetales, la categorización de especies en plantas temáticas, compañeras, solitarias, de cobertura de suelo, pueden estar relacionadas con la proposición de jardines en camadas, a fin de generar una jerarquía beneficiosa para la composición del paisaje (Oudolf & Kingsbury, 2013).
- Cultivo mixto aleatorio como posibilidad: para crear una comunidad vegetal en un equilibrio ecológicamente correcto, se propone la composición de especies vegetales, con sus variedades de aspectos, formas y estrategias de propagación, en un sistema autorregulado. En el lugar de planos trazados y posiciones predeterminadas para las plantas, se propone una distribución homogénea en el área de cultivo, enfocada en promover un efecto natural al paisajismo (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

10.2.4 Aspectos terapéuticos

- Fomentar el carácter terapéutico del jardín: la capacidad de actuar en la reducción del estrese y de sensaciones negativas, que es el objetivo de un jardín terapéutico, permite que alcance a promocionar la salud, si ofrece oportunidades de relajación, contemplación y sociabilidad, comprometidas con el proceso de restauración del cuerpo y de la mente (Gobbi et al., 2017); (Constantino, 2010).
- Integración con dinámica terapéutica y hospitalaria: promover ambientes paisajísticos flexibles a punto de adaptarse a diferentes necesidades de las prácticas terapéuticas y hospitalarias. Lugares destinados a la práctica de actividades pasivas y activas, que sirven como base para el desarrollo de terapia ocupacional, fisioterapia, jardinería, meditación, caminatas, ejercicios de rehabilitación etc. (Constantino & Mattos, 2015).
- Incorporación del concepto de Jardín de Cura: la búsqueda por crear ambientes restauradores, que promueven la recuperación de la fatiga mental, del estrés y de la ansiedad (Soares, 2017) requiere características de proyecto que promuevan visibilidad, accesibilidad, familiaridad, contacto social, confort fisiológico, quietud y arte en el diseño de jardines (Constantino & Mattos, 2015) y son propios de los jardines de cura.
- Considerar los aspectos sensoriales de la interacción hombre-naturaleza: es importante llevar en cuenta la capacidad del paisajismo en estimular sensaciones en las personas, que tiene que ver con la integración los elementos de la naturaleza - aire, agua, fuego, tierra, flora, fauna, tiempo – en el proceso de formar lugares (Abbud, 2010). Por eso, el equilibrio de estos elementos con el estímulo de la audición a través del sonido del agua; del olfato a través del olor de las flores; la visión por medio de los colores de las plantas; el tacto, por medio de las diferentes texturas aplicadas; y el paladar a través de los árboles frutales a lo largo de los caminos es considerado benéfico para la salud humana (Bagnati, 2019).

10.2.5 Vegetación

- Conocer las especies vegetales: buscar informaciones sobre las características fisiológicas, morfológicas, fenológicas y ecológicas de las especies vegetales es importante para proponer la conciliación entre la forma y la función de los ambientes. Conocer el tiempo de crecimiento, la talla, la forma estructural, la silueta, la longevidad, la profundidad de la raíz, la resistencia a las plagas, la persistencia de la hoja, el tamaño de la flor, su color y el volumen de la floración etc. Es fundamental que las mismas se adapten bien al entorno natural, al entorno construido, al clima local (Corrêa, 2019); (Borrero, 1975).
- Valorar la presencia de especies nativas: componer la comunidad vegetal con especies nativas disminuye la huella ecológica, porque facilita el proceso de cultivo, ofreciendo una dinámica que se adapta al contexto ambiental, además de contribuir para la manutención

de la identidad local. Eso favorece el proceso de revegetación y amplía las soluciones para las problemáticas ambientales del contexto urbano (Siqueira, 2016); (Guilhon, 2009).

- Pensar en la calidad del color de las especies vegetales: el verde del follaje, el color de la flor, la textura, el brillo y la opacidad de las plantas debe ser considerados en el proceso de organización de una comunidad vegetal que busca favorecer el contacto con la naturaleza (Borrero, 1975).
- Reconocer las interrelaciones entre especies vegetales: la importancia de identificar el comportamiento de las plantas en el cultivo tiene que ver con la posibilidad de entender su capacidad de agrupación y de permanecer como unidad aislada, que están asociados a los valores espaciales y estéticos de la planta (Borrero, 1975).
- Garantir la presencia de árboles: favorecer un diseño paisajístico en que la masa vegetal cuente con la presencia coherente de árboles favorece la experiencia humana porque estimula los recuerdos personales. Hay que considerar que las personas se relacionan con los árboles a partir de la memoria, que sus experiencias del pasado se asocian al crecimiento y desarrollo gradual de los árboles del escenario de su vida, se entrelazan y componen el paisaje (Bridges & Osterhoudt, 2021).
- Asegurar la variedad de especies vegetales: pensando en valorar los aspectos sensoriales del espacio paisajístico, la implementación de una variedad interesante de especies vegetales se ve necesaria y requiere la composición de plantas con diversidad de colores, texturas, formas, fragancias, movimientos y cambios en las estaciones (Constantino & Mattos, 2015).
- Seguridad de la vegetación: un punto importante de la elección de especies vegetales es la seguridad del paciente, que está asociada a la promoción de accesibilidad. Plantas que limiten la circulación de personas, como las que tienen olores fuertes, forma cortante, que son tóxicas etc., pueden generar complicaciones (Dobbert, 2010).
- Integrar las siluetas de las plantas: las cualidades que caracterizan las siluetas de las especies vegetales son importantes para el proceso de proyecto, incluso para que siluetas afines sean identificadas entre especies, pensando en la composición de un jardín equilibrado ornamentalmente (Borrero, 1975).

11. Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo (Propuesta para el Jardín Principal del HDPUV)

La latente necesidad de promover la funcionalidad del Jardín Principal del HDPUV, observada en el diagnóstico del estudio de caso del hospital, y la demanda por espacios humanizados de calidad para la dinámica terapéutica y hospitalaria, impulsa el proceso de creación de una propuesta de un proyecto paisajístico para este jardín de importancia indiscutible. Así, pensando en optimizar este proceso de proyecto, las principales problemáticas del jardín fueron identificadas y utilizadas como base para generar un plano de mejorías. La idea es, a partir del Plano de Intervenciones para mejorías en el Jardín Principal (Figura 247), graficar las principales intervenciones que pueden servir como eje para las soluciones que el Proyecto Bulevar Nativo debe presentar.

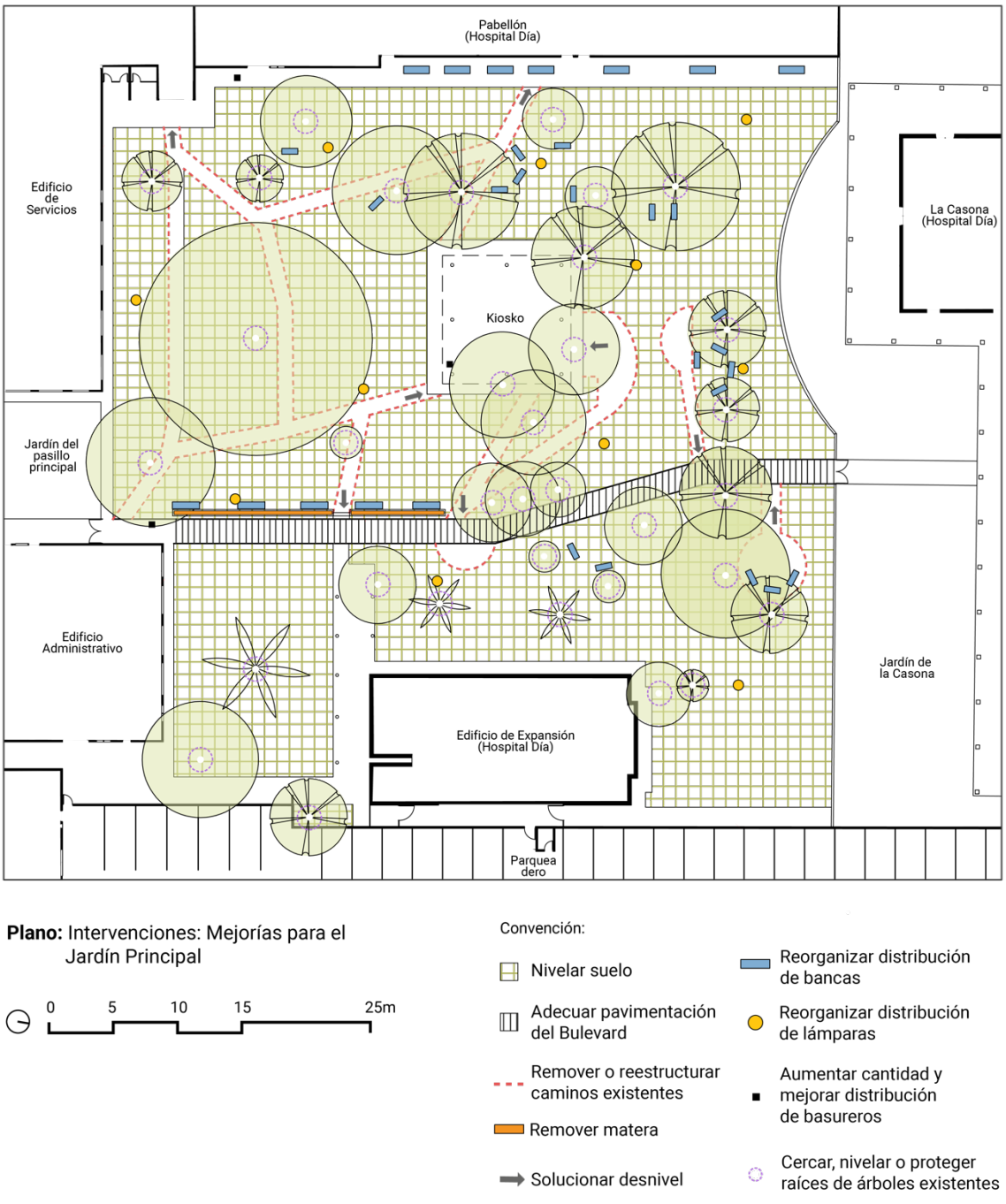


Figura 247. Plano de Intervenciones para mejorías en el Jardín Principal
Fuente: Autora, 2021

En este contexto, es notable la relevancia de estas intervenciones para la accesibilidad, por ejemplo, a partir de la sugestión de reestructurar los caminos existentes, pensando tanto en nivelar suelos y mejorar la calidad de la pavimentación, como en reorganizar los flujos peatonales, a fin de adecuarlos a la necesidad local. La remoción de barreras físicas, como materas y desniveles entre pisos, también es un factor interesante para este contexto, una vez que favorece la deambulación de los usuarios, una condicionante del proceso de humanización.

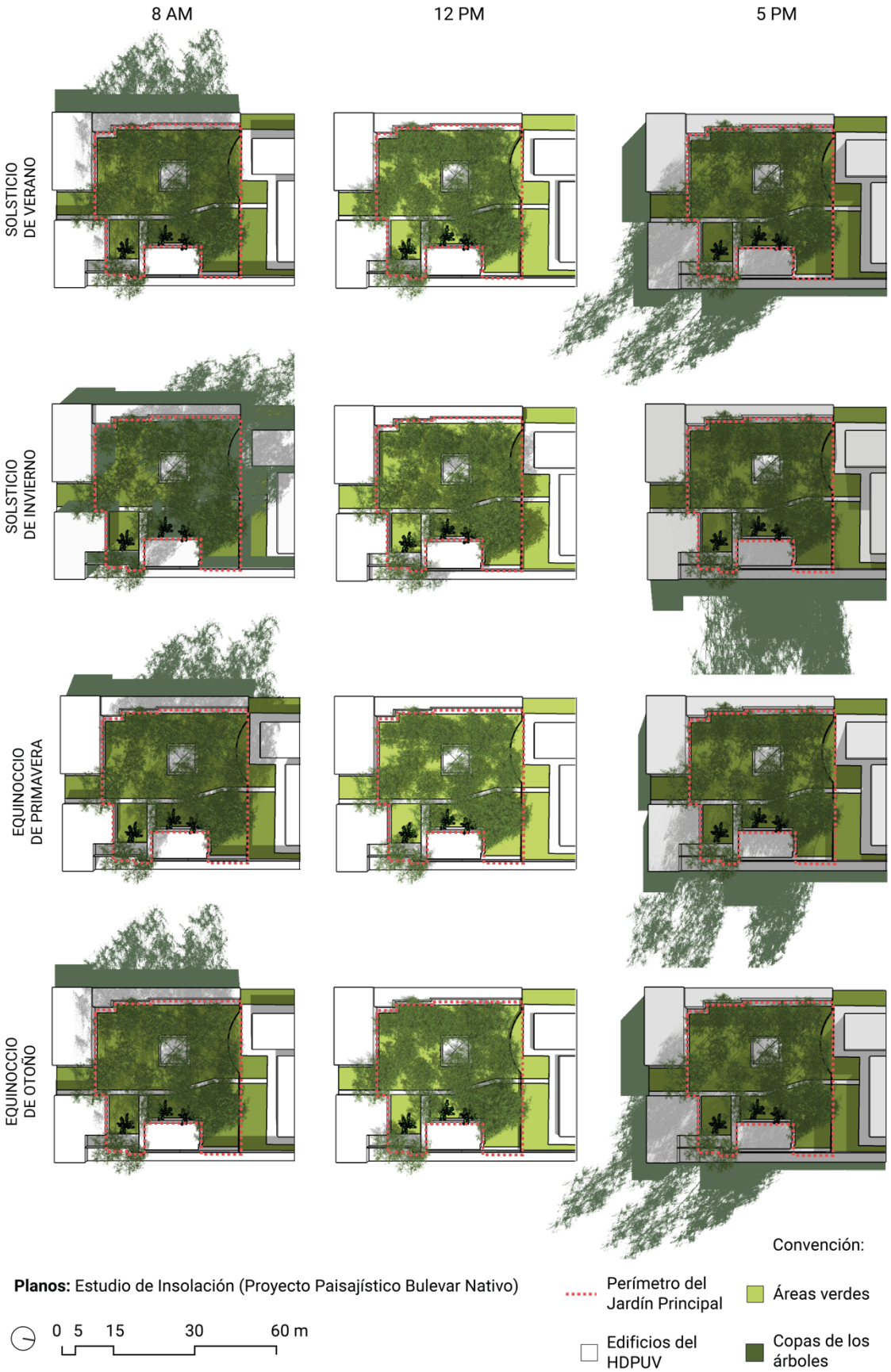
Por otro lado, considerando la organización espacial y la ambientación del jardín, se observa la necesidad de proponer una mejor distribución del mobiliario, como bancas, lámparas y basureros, a fin de que la cantidad y la función propuestas estén en acorde a las necesidades hospitalarias, recreativas y terapéuticas del hospital. Esta es una manera de actuar directamente en la funcionalidad del jardín para la dinámica del HDPUV.

En el campo de la vegetación, la propuesta de intervención está relacionada al cuidado con las raíces de los árboles existentes. Fue observada la necesidad de cercar, nivelar, en fin, de proteger estas raíces a fin de contribuir con el proceso de nivelación del suelo de las áreas verdes. Con esta intervención, la promoción de seguridad para el caminar del usuario, que es una directriz humanizadora, se encuentra en evidencia. De la misma manera, consideranto esa acción como parte del proceso de manejo y cuidado con las plantas del jardín, la salud de los árboles también estaría en el centro de la cuestión.

Por otro lado, la cuestión del predominio de especies arbóreas de origen exótica en el jardín, impulsa la necesidad de proponer la implementación de comunidades vegetales nativas, que favorezcan la consolidación de la vertiente ecológica del proyecto. Las plantas nativas, como dicho anteriormente, contribuyen en el proceso de conservación y recuepración de la biodiversidad del ecosistema local, el Bosque Seco Tropical. Las mismas, en este sentido, fortalecen la Estructura Ecológica Principal de la ciudad, atraendo fauna nativa, descontaminando el air, generando belleza, sombra y funcionalidad a los espacios, y contribuyendo con los aspectos ornamentales del ambiente (Bonilla & Narváez, 2017) .

11.1 Planos del Estudio de Insolación

El proximo paso para aportar la consolidación de un proyecto ecológicamente orientado, es observar el efecto de la insolación en los ambientes del Jardín Principal. Esa práctica puede servir tanto para una distribución de ambientes con funciones variadas, teniendo en vista el confort térmico, como para la proposición de comunidades vegetales coherentes con la incidencia solar, teniendo en vista cultivos vegetales bien adaptados. Por lo tanto, conocer el recorrido del Sol en el terreno del HDPUV es una manera de contribuir con la consolidación de un proyecto de paisajismo comprometido con los aspectos bioclimáticos y funcionales del ambiente.



Planos: Estudio de Insolación (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)

Figura 248. Planos del Estudio de Insolación (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)
Fuente: Autora, 2021

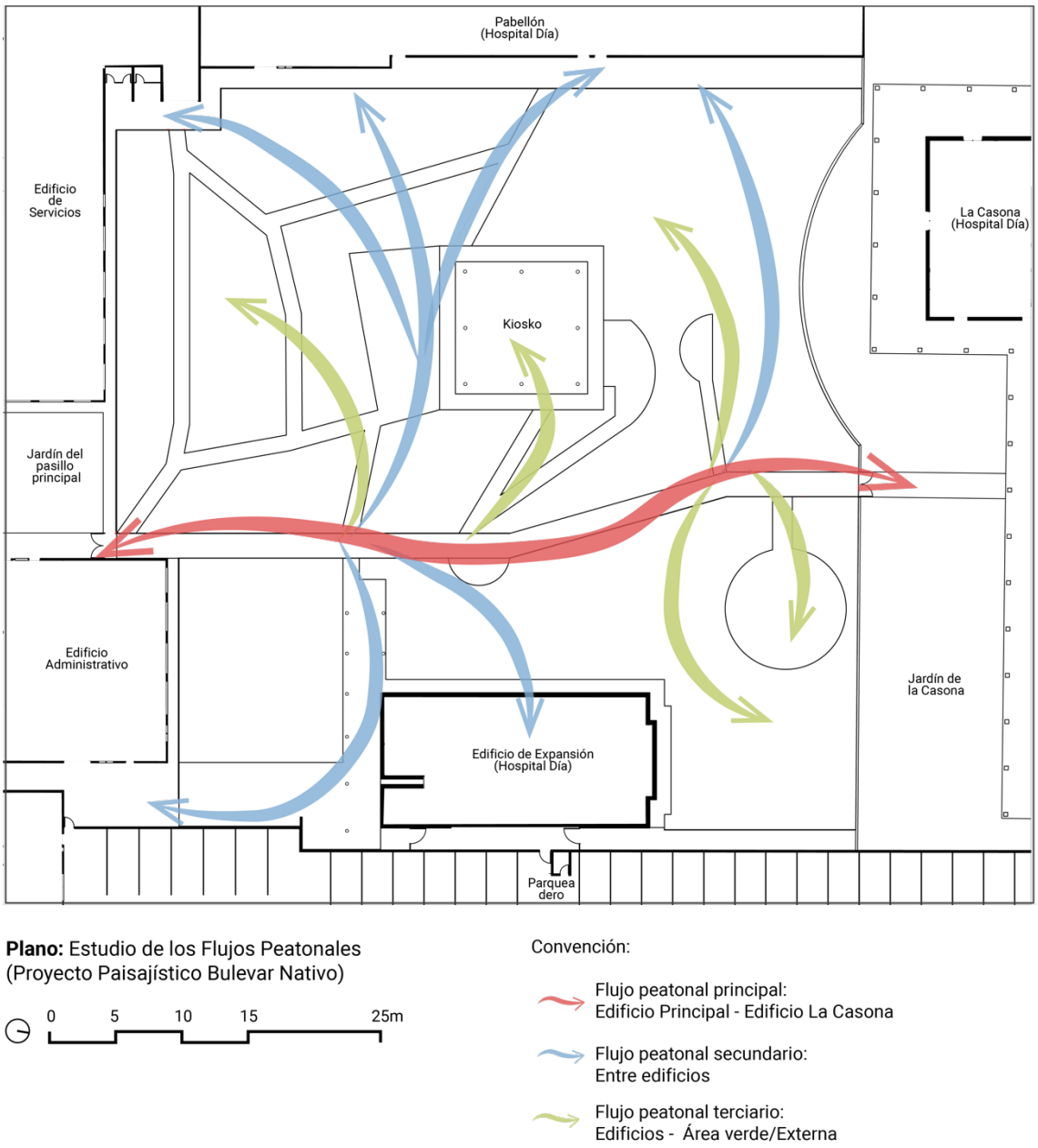
Para tal, un Estudio de Insolación (Figura 248), compuesto por planos que comparan la incidencia solar presente en el Jardín Principal durante las cuatro estaciones del año – solsticios de verano e invierno, y equinoccios de primavera y otoño – y en tres horarios diferentes – 8 am, 12 pm y 17 pm. En los planos, es posible observar que el terreno del jardín está mayoritariamente protegido de la incidencia solar por la proyección de sombras procedentes de los edificios internos del HDPUV que circundan el Jardín Principal y de las copas de los árboles, que componen una masa bastante densa e importante para el confort térmico tanto en los ambientes externos como en los internos.

Analizando los planos generados, es posible afirmar que el horario de las 12 pm, en todas las estaciones, es el más crítico y que puede fornecer mayor incomodidad térmica, seguido por el horario de las 8 am y el de las 17 pm, respectivamente. Sin embargo, por general, los ambientes de paso y de estar del jardín se encuentran protegidos por la masa arbórea, así como las fachadas más críticas de los edificios adyacentes: Pabellón (Hospital Día), La Casona (Hospital Día), Edificio de Servicios y Edificio Administrativo. La fachada del Pabellón (Hospital Día), por ejemplo, que es la que más recibe la incidencia solar de la mañana, entre las 6 am y 12pm, está absolutamente sombreada, mismo en los momentos más críticos. Sin embargo, para el período de la tarde, entre 12 pm y 6 pm, la fachada del Edificio de Expansión (Hospital Día), que es la más expuesta, presenta una vulnerabilidad mayor a la incidencia del Sol, debido a la baja presencia árboles en los ambientes que ocupan su área frontal.

El carácter mayoritariamente sombreado del jardín, conduce, en el proceso de proyecto paisajístico, a la elección de especies nativas que se adapten a esta condición. Sería interesante, entonces, pensar una comunidad vegetal compuesta por especies que demanden sol pleno, pero en mayor cantidad por las que se adaptan a la media-sombra y sombra.

11.2 Plano de Estudio de los Flujos Peatonales

De manera atenta a la funcionalidad del Jardín Principal en la dinámica del hospital, es posible observar que, además del carácter de permanencia atribuído al mismo, el jardín también desarrolla una función de paso y conexión entre los edificios del hospital. Así siendo, a fin de estudiar los principales flujos peatonales de esta zona, el Plano de Estudio de los Flujos Peatonales (Figura 249), fue propuesto con la finalidad de entender la falla en la oferta de caminos actual y, en consecuencia, conducir la consolidación de caminos coherentes y que suplan las demandas de desplazamiento del hospital integrando el nuevo proyecto paisajístico.



Plano: Estudio de los Flujos Peatonales
(Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)

Figura 249. Plano de Estudio de los Flujos Peatonales (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)
Fuente: Autora, 2021

Observando la dinámica del paso peatonal en el jardín, fue posible categorizar los flujos en principal, secundarios y terciarios. Ellos se integran de una manera jerarquíca en una composición dinámica, pero que refleja la necesidad de creación de caminos más coherentes con la demanda local. Representado en rojo en el plano, el flujo principal - que se da entre el Edificio Principal y La Casona (Hospital Día) - se consolida como un eje en esta composición y contribuye con la distribución de los demás flujos, el secundario, en azul en el plano - que se da entre los demás edificios del hospital – y el teciario, en verde en el plano – que se da entre los edificios y las áreas verdes y externas.

A partir de la sobreposición de los flujos peatonales en el diseño paisajístico actual, es posible percibir que los mismos representan una demanda no suplida por los caminos pavimentados que componen el jardín hoy en día. Otro punto interesante es el bajo índice de peatones que ocupan el flujo terciario, que se da entre edificios y áreas verdes externas, lo que indica la baja funcionalidad de los ambientes paisajísticos actuales.

La idea, a partir del estudio de flujos peatonales, es favorecer la movilidad y el desplazamiento de los usuarios, profesionales y visitantes del hospital, a partir de caminos que direccionan el caminante por sus quehaceres diarios en el hospitalario de manera directa, funcional, contemplativa y agradable. En este sentido, la materialidad de los caminos es considerada de primordial importancia y va a ser mejor abordada más adelante en el proyecto.

11.3 Plano de Trazado Regulador

Siguiendo con el proceso de consolidación de un trazado regulador para el proyecto, además de los flujos peatonales abordados anteriormente, la distribución de los árboles también fue atribuida como condicionante para el desarrollo de esta etapa del proyecto. Esta decisión fue fundamentada por el carácter irregular de la distribución de los individuos arbóreos, que componen una comunidad densa y de amplia importancia para el proyecto.

Orientar los caminos a partir de las demandas peatonales y de la posición de los árboles en el área verde disponible, no es una decisión apenas funcional, aunque el aprovechamiento del espacio sea de importancia innegable para el proyecto. Hay también un cuño subjetivo en esta decisión, que refleja el compromiso del proyecto con la interacción entre hombre y naturaleza y el carácter contemplativo que el nuevo paisajismo busca fornecer. Procesos que, sin dudas, requieren respecto con los seres vivos ya existentes en el ambiente. Por eso, el principio de que ningún árbol debe ser suprimido o trasplantado para adecuarse al proyecto fue firmemente seguido. La idea es que, al revés, el proyecto se adecue al medio que lo abriga.

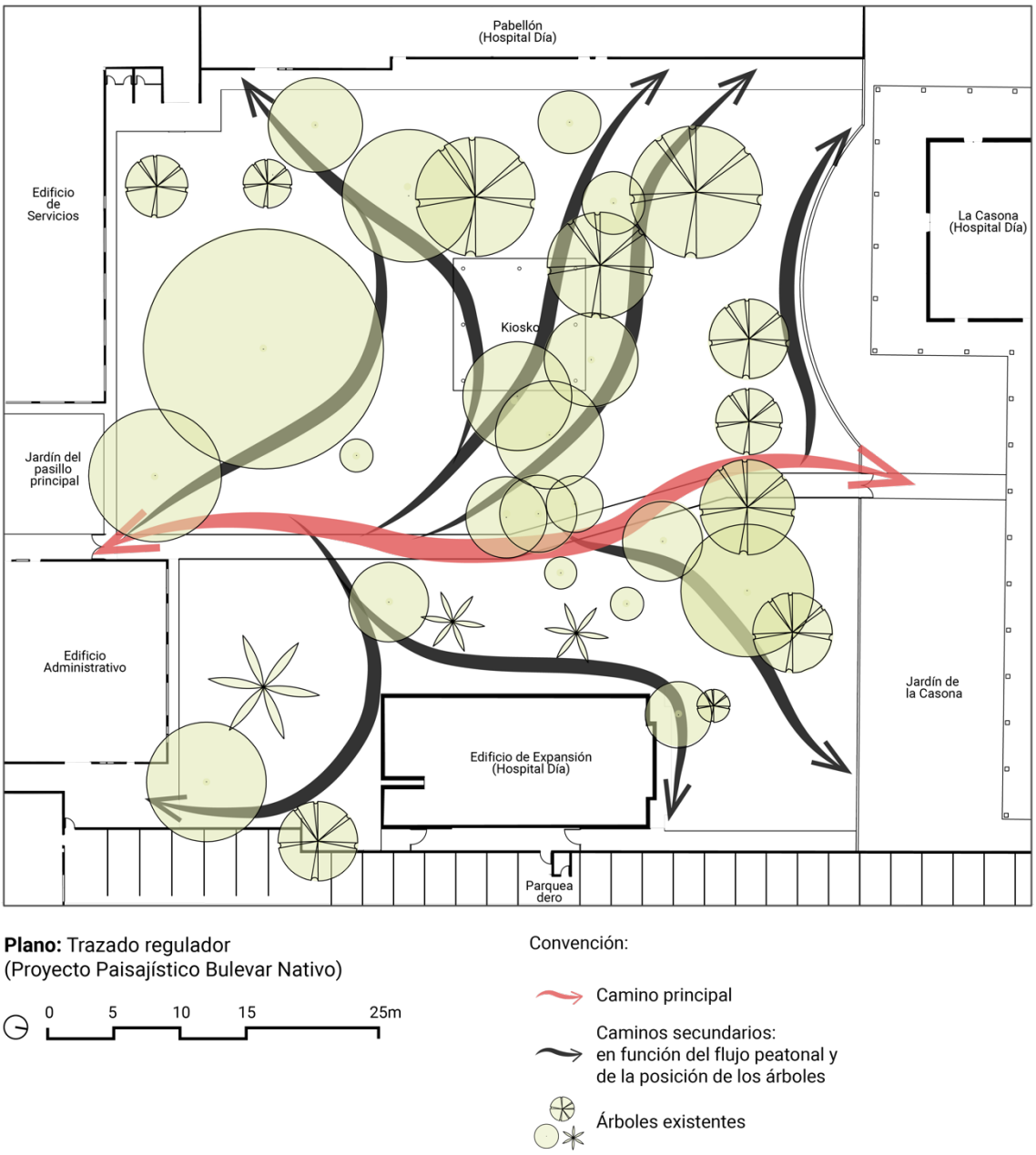


Figura 250. Plano de Trazado regulador (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)
Fuente: Autora, 2021

Así siendo, el Plano de Trazado Regulador (Figura 250) fue generado con la intención de graficar los ejes que van a dar origen a los caminos de la nueva propuesta paisajística para el Jardín Principal. Para esa composición, los flujos peatonales existentes sirvieron como base y los árboles fueron considerados como guías que conducen los flujos a partir de su disposición orgánica y fluida. La estructura existente, con un flujo principal - flecha roja en el mapa – y flujos secundarios adyacentes – flechas negras en el mapa - fue mantenida. Sin embargo, ahora esta red está mejor estructurada debido a los flujos secundarios, que fueron distribuidos en ejes más coherentes con la demanda peatonal observada y mejor integrados entre si y en el ambiente como un todo. Juntos, el flujo principal - que va a ser abordado y reafirmado a partir de la creación de un bulevar en sus límites - y los flujos secundarios, fueron pensados para conducir el peatón a su destino de manera más rápida, dinámica y segura.

11.4 Plano de Directrices

La siguiente etapa del proyecto sintetiza las etapas anteriores en un proceso de *brainstorm* que genera directrices primordiales para el diseño paisajístico. Así siendo, a partir de estas

directrices, el Plano de Directrices (Figura 251) expone soluciones para las cuestiones presentadas en el Plano de Intervenciones para mejorías en el Jardín Principal (Figura 247), así como engloba las conclusiones decorrentes del Estudio de Insolación (Figura 248), considera la demanda de flujos peatonales expuestos en el Plano de Estudio de los Flujos Peatonales (Figura 249) e integra los ejes presentes en el Plano del Trazado Regulador (Figura 250).

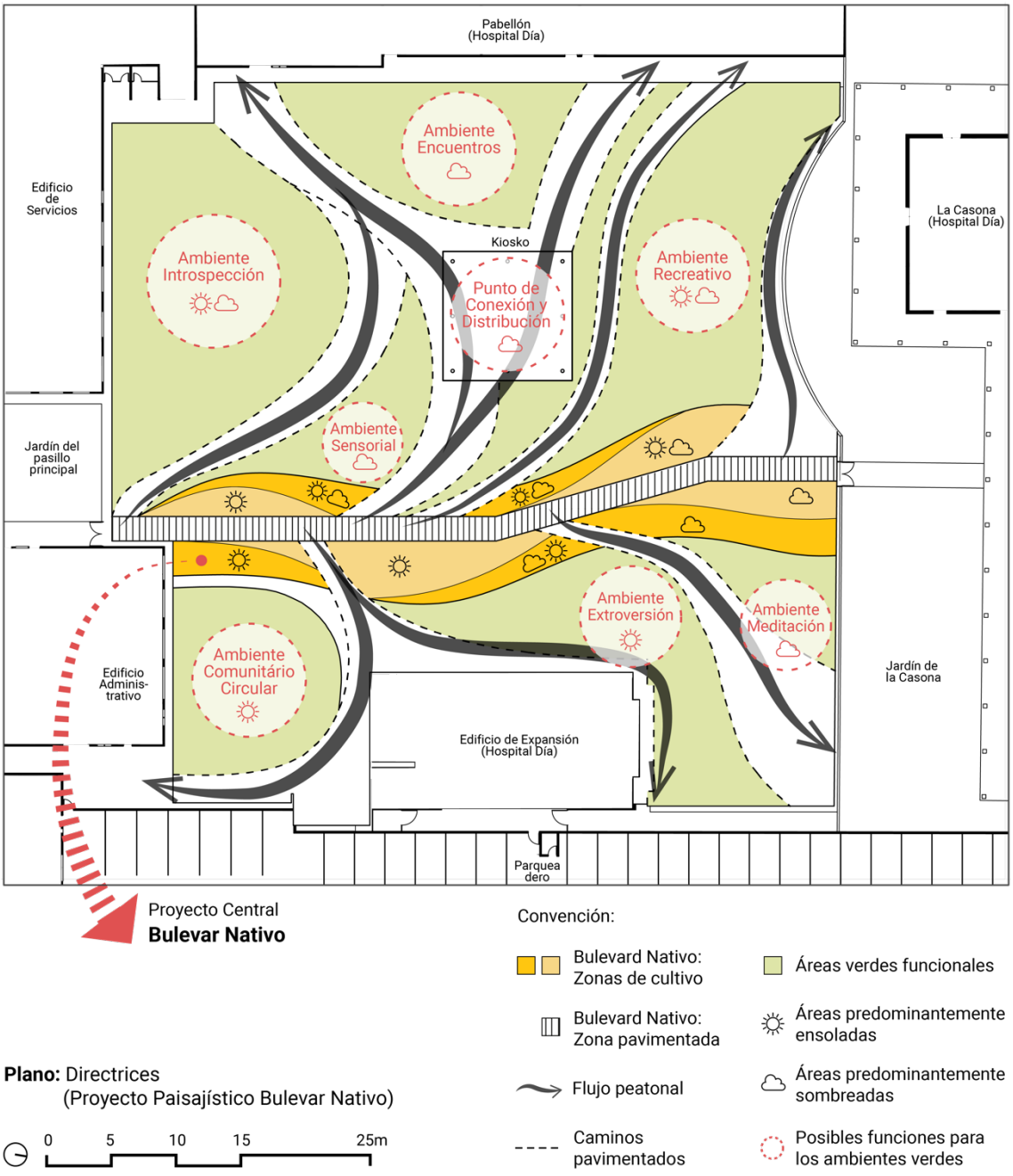


Figura 251. Plano de Directrices (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)
Fuente: Autora, 2021

Así siendo, como punto central de la propuesta, se presenta el proyecto del Bulevar Nativo, una zona de cultivo de especies vegetales nativas del Bosque Seco Tropical pensada para delimitar y componer el eje principal del proyecto, oriundo del flujo peatonal principal del jardín. Se trata de una manera de valorar el paso peatonal en el hospital y reafirmar la importancia de la deambulación entre los usuarios que, una vez en acorde a los principios de la accesibilidad, puede favorecer el proceso de recuperación, además de complementar la dinámica terapéutica. La idea es revitalizar la pavimentación existente, que demarca el eje principal del jardín, y proponer diferentes tipos de comunidades vegetales nativas, dispuestas

en función de la incidencia solar, en los alrededores de este camino, para que el paso por este sector sea contemplativo e interesante, además de rico en biodiversidad, térmicamente confortable y ecológicamente correcto.

Adyacente al Bulevar Nativo, están los caminos secundarios, que siguen los demás ejes del trazado regulador del proyecto. La idea es distribuir los peatones por todo el jardín, integrando los ambientes internos y externos de hospital de manera coherente y con una pavimentación adecuada. De la interacción entre estos caminos, algunas áreas verdes fueron generadas. Se trata de amplios espacios que pueden ser mejor aprovechados, si comparados al uso que se da hoy en día, e incluidos en la dinámica terapéutica, una vez que son ambientes con alto potencial para la ocupación y apropiación de las personas.

Pensando en contribuir con este proceso, algunas funciones fueron propuestas para cada uno de estos espacios, teniendo en cuenta el nivel de incidencia solar y la proximidad con otras áreas y ambientes ya consolidados en el terreno. Así siendo, un conjunto de ambientes – Ambiente Introspección, Ambiente Sensorial, Ambiente Encuentros, Ambiente Recreativo, Punto de Conexión y Distribución, Ambiente Comunitario Circular, Ambiente Extroversión y Ambiente Meditación - fue pensado como posibilidad para integrar las áreas verdes libres al proyecto del Bulevar Nativo y, en consecuencia, a todo el hospital. Estos ambientes no fueron proyectados en este trabajo; fueron apenas indicados como opciones viables de ambientes verdes que pueden contribuir el desarrollo del carácter funcional del Jardín Principal.

11.5 Plano General: Proyecto Bulevar Nativo

Así, a partir de las directrices presentadas anteriormente, una propuesta de proyecto paisajístico para el Jardín Principal del HDPUV fue consolidada. El Plano General del Proyecto Bulevar Nativo (Figura 252) expone los elementos paisajísticos, las áreas construidas, las áreas verdes y la vegetación que integran este importante jardín con un nuevo diseño, más orgánico, fluido, ecológico y humanizado.



Figura 252. Plano General del Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo
Fuente: Autora, 2021

El proyecto cuenta con una red de caminos secundarios que integran los edificios y las áreas verdes del HDPUV y reafirman la conectividad del Jardín Principal, a partir de un trazado curvilíneo que refleja la forma orgánica de la naturaleza, decurrentes de la distribución de los árboles existentes del jardín. Este trazado también es parte de la consolidación de la tendencia ideológica del proyecto, que busca basarse en la fluidez y los movimientos de la naturaleza para aportar un proceso de recuperación más humanizado para el usuario. Por eso, la forma curvilínea fue priorizada, en sustitución a los caminos rectilíneos que existen hoy en día, pensando también en proponer caminos dinámicos y contemplativos.

La materialidad de estos caminos sigue este mismo propósito de integración con la naturaleza, además de los compromisos con el proceso de fornecer accesibilidad y de desarrollo sostenible del hospital. Por eso, la madera - utilizada en diferentes tonos para crear un dinamismo visual que se incorpora a los cambios y transformaciones permanentes que la vista de la naturaleza presenta, y para la creación de una identidad visual para los caminos - fue considerada el material ideal. El dimensionamiento correcto, el carácter regular y la nivelación estarán aseguradas en esta propuesta, a fin de que el acto de caminar sea una prioridad en la consolidación del proyecto.

El eje estructurador de los caminos secundarios es el camino principal del Jardín Principal, preexistente a este proyecto, que conecta el Edificio Principal del hospital a La Casona (Hospital Día), con un trazado rectilíneo ya consolidado. La idea de revitalizar este camino está fundamentada en la importancia y funcionalidad que él ya desempeña en el hospital. Así, el mismo fue incorporado al proyecto como personaje principal, creando espacio para la proposición del Bulevar Nativo, un conjunto de áreas de cultivo de especies nativas estructurado en los bordes de este camino principal. El formato de las áreas de cultivo del bulevar también es orgánico y sigue las angulaciones de los caminos secundarios de manera harmónica, con el propósito de integrar el camino principal, que es rectilíneo, al jardín como un todo.

El impulso para la creación de esta propuesta viene de la necesidad de crear un ambiente de deambulación seguro para los usuarios, que hoy en día se encuentran bastante restrictos a sus habitaciones, en la zona de hospitalización. Además de esta área de internación, hay otros espacios que pueden ser explorados en el hospital, donde los usuarios pueden ser bien recibidos, si hay la infraestructura necesaria. Las áreas verdes, en este sentido, sin dudas, tienen potencial para suplir esta demanda y favorecer el proceso de recuperación psiquiátrica. Para tal, en el contexto del HDPUV, se pretende ocupar los caminos y ofrecer los estímulos necesarios para que los usuarios se interesen, se encuentren y se apropien de estos ambientes, que son complementarios a la dinámica hospitalaria.

Pensando en esto, el mobiliario del jardín fue organizado para aportar en el proceso de ocupación de las áreas verdes, reafirmando la fluidez y el dinamismo de los movimientos de la naturaleza. Así, algunas bancas en madera, de tono oscuro, fueron dispuestas a lo largo de los caminos secundarios, acompañando el trazado orgánico propuesto e integrándose al jardín de manera a crear ambientes de permanencia de uso flexible, bien posicionados - en función de los flujos peatonales, los edificios y la distribución de los árboles – y pasibles de ser utilizados en las propuestas terapéuticas grupales e individuales. Complementando esta dinámica, un sistema de iluminación fue integrado al jardín, favoreciendo la posibilidad de uso nocturno de las áreas verdes, además de la red de basureros que busca suplir la demanda externa del hospital e integrarse al proceso de colecta selectiva que ya está en vigencia.

La idea es que, al caminar por esta zona del Jardín Principal, el peatón disfrute y contemple la biodiversidad del Bosque Seco Tropical, el ecosistema local; además, que se sienta acogido por este ambiente, como parte del mismo, y se inspire a dejar aflorar su propia identidad, por medio de la vista agradable, de los estímulos sensoriales, en fin, por medio del bienestar que este ambiente puede generar. Ofrecer una caminata segura y de cuño terapéutico en el contexto psiquiátrico es un hecho reformista que está fundamentalmente vinculado al proceso antimanicomial que la Reforma Psiquiátrica defiende, porque busca sustituir el modelo hospitalocéntrico actual por nuevas formas de crear espacios y condiciones humanizadas para la experiencia del usuario. Así se construye un nuevo paisaje para la locura.

11.6 Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación

Para la composición vegetal de las áreas de cultivo del Bulevar Nativo, que están localizadas en los límites del camino principal, una propuesta de comunidades nativas, oriundas del paisajismo naturalista, fue desarrollada pensando en el cumplimiento ecológico y en la humanización del proyecto.

Considerando la necesidad de actuar, desde el desarrollo sostenible, en el proceso de conservación y recuperación del ecosistema local, el proyecto del Bulevar Nativo expone una mirada de importancia sobre las problemáticas ambientales presentes en el histórico del Bosque Seco Tropical en Colombia. En este contexto, ya se sabe que el deterioro de las áreas boscosas tropicales, como resultado de acciones antrópicas - que están principalmente relacionadas a la expansión urbana desordenada, a la ganadería y a la agricultura - puede tener una afectación a nivel planetario, una vez que los bosques son importantes para el mantenimiento de la diversidad, para el desarrollo de los otros ecosistemas, para la regulación del clima global y, en consecuencia, para la estabilidad del planeta. El Bosque Seco Tropical es uno de los ecosistemas más amenazados hoy en día; y se encuentra al borde de la extinción en la mayoría de regiones del planeta y en Colombia (Delgado & Parra, 2008).

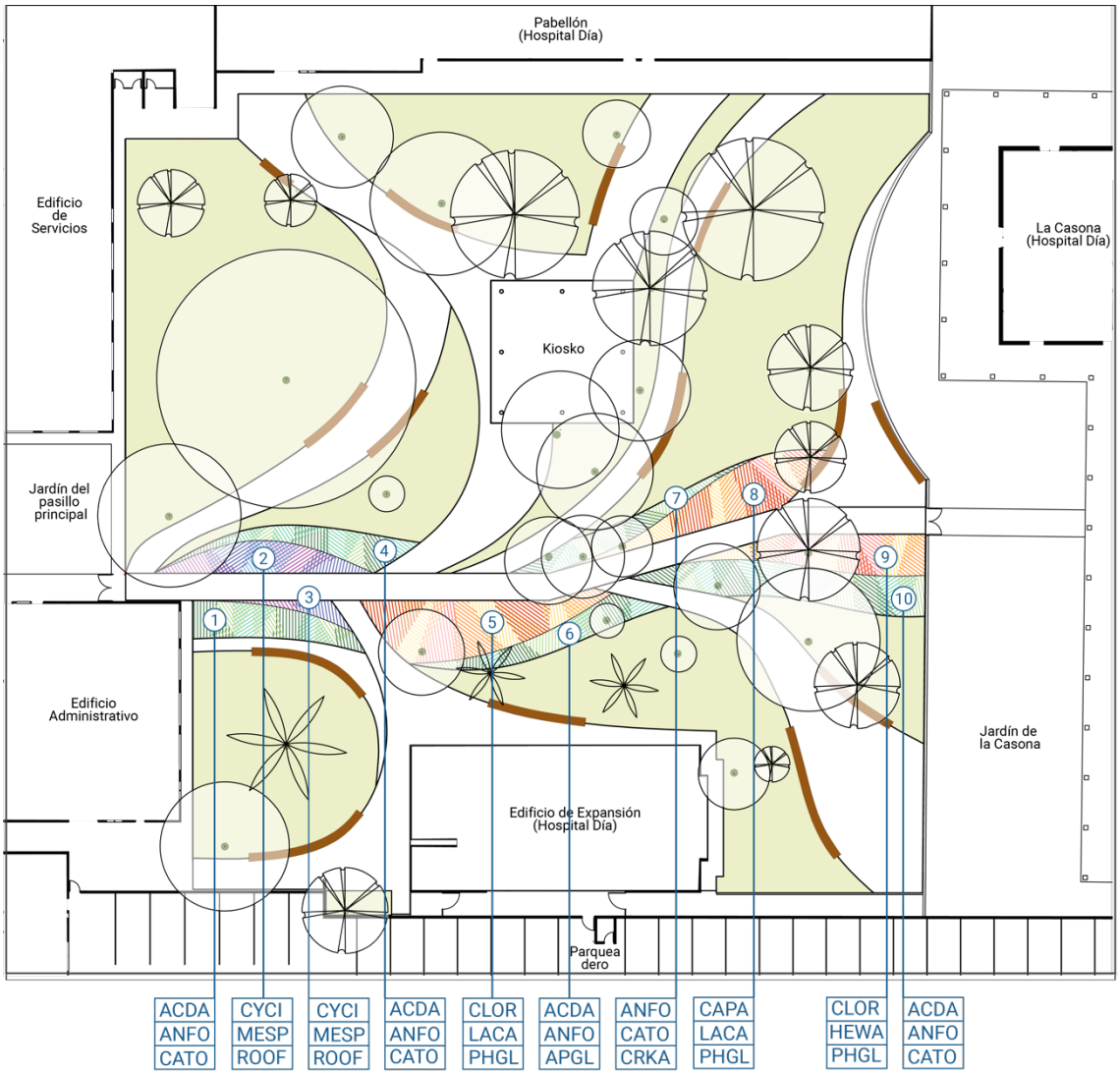
Así, como aporte al proceso de recuperación ambiental y valoración de la identidad ecosistémica local, una propuesta de cultivo mixto aleatorio, que es una vertiente del paisajismo naturalista - desarrollada en la *Anhalt University of Applied Sciences*, en Alemania - fue puesta en práctica, en el Bulevar Nativo. En este tipo de cultivo, las especies son distribuidas de manera homogénea en el área de cultivo, no hay posición predeterminada para cada individuo. La idea es crear comunidades vegetales en un equilibrio ecológicamente correcto, a partir de la interacción de especies nativas, que pueden relacionarse en función de sus características principales, como el hábitat natural y el lugar de implantación; la sociabilidad de la planta; el enfoque temático del cultivo; el ritmo de crecimiento de la planta; la expectativa de vida; los aspectos de la reproducción y los índices de propagación; las estrategias biológicas populaciones; y los criterios estéticos (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021).

Se trata de un sistema dinámico de integración entre especies que prioriza la supervivencia de todo el grupo en relación a la supervivencia de cada individuo, lo que reafirma su carácter naturalista, puesto que conduce un proceso de competencia equilibrada, en que las plantas se adaptan una a las otras (Kircher, Messer, Fenzl, Heins, Dunnett 2021). Para tanto, un proceso de elección de especies mayoritariamente arbustivas, nativas del Bosque Seco Tropical y con potencial paisajístico, fue desarrollado en este proyecto, a fin de contribuir con la consolidación de una estética naturalista para el Jardín Principal. Esa tendencia también puede estar asociada a la promoción del bienestar humano, puesto que valora características específicas y potencialidades de las plantas nativas, y favorece la creación de un ambiente saludable.

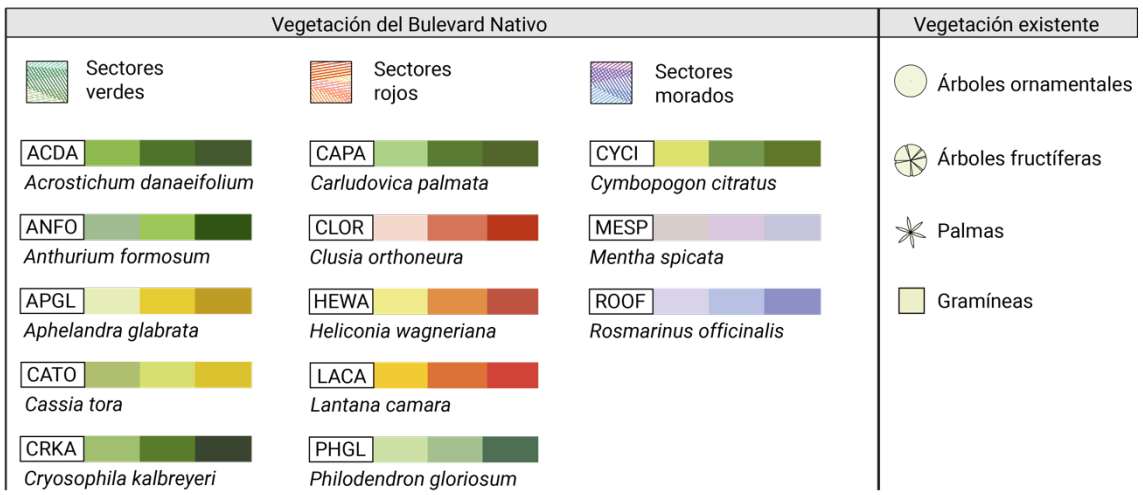
Así se entiende como el proceso de humanización del ambiente también fue puesto como prioridad en esta etapa de cultivo, que es parte primordial de un proyecto paisajístico. Por medio de la diversidad de especies vegetales - que generan estímulos sensoriales a través de sus texturas, colores y olores; memorias afectivas; y procesos psicológicos sanadores – fue posible asumir un compromiso con el proceso de recuperación integral del usuario.

El proyecto de cultivo está centrado en el área del Bulevar Nativo, que fue dividida en 10 sectores de cultivo, a partir de un trazado orgánico y curvilíneo que se integra al nuevo diseño paisajístico del jardín, como muestra la Figura 253 (Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación). Cada uno de los sectores dispone de una composición de especies específica que consolida comunidades vegetales posiblemente harmónicas y que se encuadran en una de

las tres categorías, en función de las características morfológicas y funcionales de sus especies: Sectores Verdes, Sectores Rojos y Sectores Morados. Para la composición de estas áreas de cultivo, también fue propuesta la cobertura del suelo con gravilla, como un tratamiento en sus sustratos que facilita la infiltración del agua lluvia en el subsuelo.



Convención:



Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)

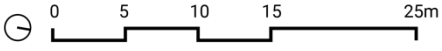


Figura 253. Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación (Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo)
Fuente: Autora, 2021

11.6.1 Sectores Verdes

Los Sectores Verdes son caracterizados por diferentes composiciones estructuradas a partir de cinco especies vegetales nativas, cuyas categorías varían en arbusto, follaje, hierba y palma. La predominancia de hojas robustas y gruesas entre las plantas seleccionadas llama la atención tanto por la variedad de tonalidades verdes, como por sus formas imponentes y contrastantes, que fornecen a estos sectores del Bulevar Nativo una estética más provocante, si comparada a la de los otros sectores. El formato permeable y afilado de las hojas de la *Acrostichum danaeifolium* (Lengua de venado), por ejemplo, se contrasta con las hojas redondeadas y densas del *Anthurium formosum* (Anturio); ambas especies son consideradas plantas dominantes en esta área de cultivo y pueden servir como base para que la *Cryosophila kalbreyei* (Palma escoba) - considerada una planta dispersa, puntualmente sembrada en medio a la masa de las otras especies a fin de generar un efecto topoceptivo - surja imponente en el jardín, con sus hojas amplias y elegantes. Su formato sugiere un movimiento propio de la naturaleza, como una cascada en tonos de verde oscuro que merece ser contemplada.

También hay tonos de amarillo presentes en estas composiciones, fornecidos por las inflorescencias de la *Aphelandra glabrata* (Afelandra) – una especie que llama la atención por su carácter ornamental, debido a los colores fuertes de sus hojas verdes, que se contrastan con sus nervuras bien demarcadas y blanquecinas – y de la *Cassia tora* (Fedegoso) - una planta delicada y no muy llamativa, que puede hacer el papel de interacción entre las otras, ornamentalmente más dominantes. Las épocas de floración de estas dos especies se complementan y aseguran que, en casi todo el año - o por lo menos entre el otoño y la primavera - estos sectores estén floridos. Este efecto puede ser observado en las Figuras 254a y 254b, que exponen el ambiente antes y después de la implementación del proyecto.



Figura 254a. Vista 1 - Jardín Principal antes de la implementación del Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo
Fuente: Autora, 2021



Figura 254b. Vista 1 - Jardín Principal después de la implementación del Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo
Fuente: Autora, 2021
Nota: Los árboles que componen esta imagen corresponden a diseños de autoría del usuario C. S., que destinaba sus tiempos libres a dibujar los árboles del hospital. Estos diseños fueron respetuosamente utilizados para valorar e impulsar la presencia del arte en la dinámica terapéutica.

Estas cinco especies descriptas - cuyas informaciones están sintetizadas en la Tabla 8 (Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Verdes) - no fueron utilizadas en el proyecto de manera arbitraria y tampoco unificada en las áreas de cultivo. Al contrario, fueron organizadas en grupos, en composiciones vegetales, que ocupan los sectores 1, 4, 6, 7 y 10 del Bulevar Nativo, como muestra el Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación (Figura 253). El *Anthurium formosum* fue utilizado como base para la composición de la masa vegetal de los tres sectores y las otras especies fueron distribuidas de la siguiente manera: en el Sector 1, 4 y 10, también hay la presencia de las especies *Acrostichum danaeifolium y Cassia tora;* en el Sector 6, las especies *Acrostichum danaeifolium y Aphelandra glabrata; y,* en el Sector 7, por su vez, las especies *Cassia tora y Cryosophila kalbreyei.* Dicha distribución también tuvo como condicionante la incidencia solar del área y la adaptabilidad de las plantas a esa condición, además de las características morfológicas mencionadas.

Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Verdes

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
ACDA	Lengua de venado	Nativa	Pleno sol	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Acrostichum danaeifolium	Arbusto/Follaje	-	
	Familia	Altura	Potencial	
	Pteridaceae	1 - 2,5 m	Ornamental	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
ANFO	Anturio	Nativa	Media-sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Anthurium formosum	Arbusto/Follaje	-	
	Familia	Altura	Potencial	
	Arecaceae	hasta 1,0 m	Ornamental/Limpieza del aire	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
APGL	Afelandra	Nativa	Media-sombra/Sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Aphelandra glabrata Willd. ex Nees	Arbusto	Otoño/Primavera	
	Familia	Altura	Potencial	
	Acanthaceae	hasta 2,0 m	Ornamental	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
CATO	Cassia tora/Fedegoso	Nativa	Sol/Media-sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Cassia tora	Hierba	Otoño/Invierno	
	Familia	Altura	Potencial	
	Fabaceae	0,3 - 0,9 m	Uso medicinal/Ornamental	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
CRKA	Palma escoba	Nativa	Media-sombra/Sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Cryosophila kalbreyeri	Palma	-	
	Familia	Altura	Potencial	
	Arecaceae	hasta 5,0 m	Ornamental	

Tabla 8. Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Verdes
Fuente: Autora, 2021

11.6.2 Sectores Rojos

Los Sectores Rojos, por su vez, se expresan de manera más delicada en el jardín, con la presencia de especies vegetales cuyas formas no son tan audaces, pero que pueden despertar los sentidos del peatón a partir de los fuertes colores de sus floraciones, en tonos de rojo, que es una característica notable de estos sectores. Esta composición puede ser observada en las Figura 255a y 255b, que exponen la evolución del ambiente después de la implementación del proyecto. Hay una diversidad de arbustos y una palma en esta comunidad.

Al *Philodendron gloriosum* (Filodendro) fue atribuida la categoría de dominante, debido a sus hojas redondeadas, que se integran fácilmente a las compañeras vegetales y parecen tener la capacidad de acoger las otras formas presentes en el jardín. Su potencial ornamental es reafirmado por el contraste presente entre el color verde de la hoja y sus nervuras blanquecinas. En este sentido, las hojas largas y también curvilíneas de la *Heliconia wagneriana* (Platanillo) pueden integrase fácilmente a la anterior; sin embargo, su inflorescencia erecta de formato peculiar - bastante puntiagudo e inusual - y de color vibrante, que varía entre el rojo y el amarillo, hacen que esta planta se destaque y cause interés y curiosidad en el peatón.

Las otras especies con inflorescencias son menos llamativas y complementan la comunidad vegetal con suavidad. La *Clusia orthoneura* (Caucho), por ejemplo, presenta hojas fuertes y duras, a pesar de pequeñas, lo que expone un liviano contraste con las otras especies descriptas. Su inflorescencia es sencilla y delicada, en tonos que varían del rojo a la crema. Asimismo, la presencia de la *Lantana camara* (Lantana) trae belleza a la comunidad vegetal;

ella no causa tanto impacto, a pesar de ser de real importancia para la integración entre especies, una vez que su forma es más usual y tiende a suavizar la percepción del peatón, debido a su morfología previsible. Sus hojas son pequeñas y sencillas, y sus inflorescencias son abundantes y consideradas bastante ornamentales, debido al formato que remete a un pequeño ramo de flores; a los colores vibrantes, que varían del amarillo al rojo en tonos fuertes; y a su capacidad de florecer durante casi todo el año.

La *Carludovica palmata* (Palma toquilla), en este contexto, ocupa el lugar de planta dispersa en la comunidad, siendo sembrada de manera aislada, pero en harmonía con la masa vegetal que las otras especies componen. Sus hojas grandes, entrecortadas y puntiagudas se contrastan con las formas más sobrias de las compañeras descriptas anteriormente; ella también se destaca por su porte, más amplio, vigoroso, y su composición en camadas, que sin dudas atrae miradas. Por ese carácter ornamental llamativo, se propone, para este caso en especifico – el cual requiere un estímulo sensorial prudente, visto que se trata de un ambiente destinado a la salud -, a no usarla junto a la *Heliconia wagneriana* (Platanillo).



Figura 255a. Vista 2 - Jardín Principal antes de la implementación del Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo
Fuente: Autora, 2021

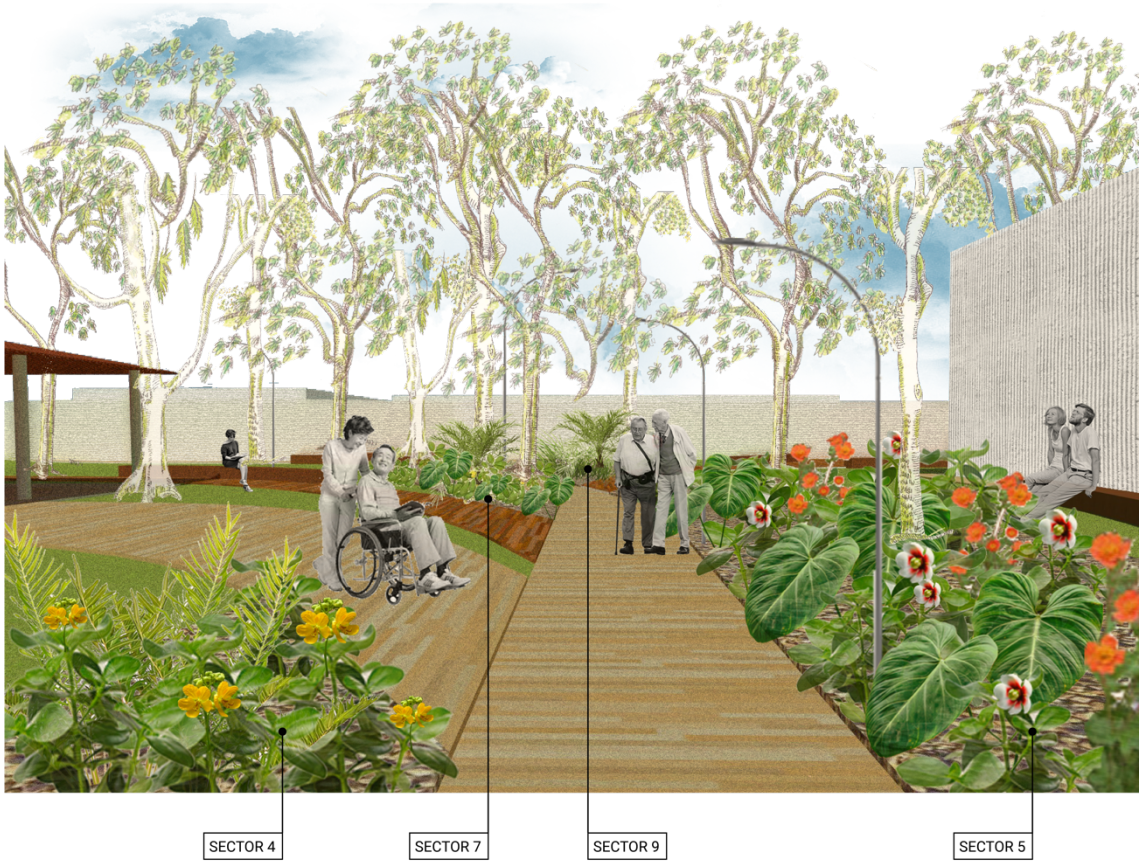


Figura 255b. Vista 2 - Jardín Principal después de la implementación del Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo
Fuente: Autora, 2021
Nota: Los árboles que componen esta imagen corresponden a diseños de autoría del usuario C. S., que destinaba sus tiempos libres a dibujar los árboles del hospital. Estos diseños fueron respetuosamente utilizados para valorar e impulsar la presencia del arte en la dinámica terapéutica.

Las cinco especies comentadas - cuyas informaciones están sintetizadas en la Tabla 9, referente al Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Rojos – fueron dispuestas en comunidades que ocupan los sectores 5, 8 y 9 del Bulevar Nativo, como muestra el Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación (Figura 253). Los tres sectores cuentan con la especie *Philodendron gloriosum* como base de su masa vegetal; y las otras especies fueron distribuidas de la siguiente manera: el Sector 5 también compuesto por las especies *Clusia orthoneura* y *Lantana camara*; el Sector 8 por las especies *Carludovica palmata y Lantana camara*; y el Sector 9 por las especies *Clusia orthoneura* y *Heliconia wagneriana.* Esta distribución de especies, además de la condicionante morfológica, también fue guiada por el nivel de incidencia solar del área y la adaptabilidad de las plantas a esa condición.

Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Rojos				
Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
CAPA	Palma toquilla	Nativa	Media-sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Carludovica palmata	Palma	Otoño/Invierno	
	Familia	Altura	Potencial	
	Cyclanthaceae	hasta 2,0 m	Uso artesanal/Ornamental	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
CLOR	Caucho/Duco	Nativa	Sol/Media-sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Clusia orthoneura	Arbusto	Primavera/Verano	
	Familia	Altura	Potencial	
	Clusiaceae	hasta 4,0 m	Utilidad de la madera/Ornamental	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
HEWA	Platanillo	Nativa	Media-sombra/Sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Heliconia wagneriana	Arbusto	Primavera/Verano/Otoño	
	Familia	Altura	Potencial	
	Heliconiaceae	hasta 2,5 m	Ornamental/Atractiva para fauna	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
LACA	Lantana	Nativa	Pleno sol	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Lantana camara	Arbusto	Primavera/Otoño	
	Familia	Altura	Potencial	
	Verbenaceae	1,0 - 2,0 m	Ornamental/Atractiva para fauna	

Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
PHGL	Filodendro glorioso	Nativa	Media-sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Philodendron gloriosum	Arbusto/Enredadera/Follaje	-	
	Familia	Altura	Potencial	
	Araceae	0,4 - 1,0 m	Ornamental	

Tabla 9. Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Rojos
Fuente: Autora, 2021

11.6.3 Sectores Morados

Los Sectores Morados, que están ubicados de manera restricta en las áreas más al sur del Bulevar Nativo, está compuesta por una parcela de especies exóticas que fueron modestamente incluidas en el proyecto. Se trata de una comunidad vegetal de hierbas aromáticas, sembradas en estos espacios, más asoleados, teniendo en cuenta sus potencialidades terapéuticas y medicinales, además de su composición estética agradable y su funcionalidad en el proceso de interacción con el hombre. Características que pueden ser benéficas para el logro de la humanización.

De carácter flexible, que incluso posibilita el desarrollo de actividades terapéuticas de jardinería, la composición de estos sectores define una primera fase de la comunidad vegetal, que tiende a abrirse para experimentaciones y siembra de nuevas especies, pertinentes con el propósito local. Así siendo, el Cymbopogon citratus, la Mentha spicata y el *Rosmarinus officinalis*, - conocidos como Limoncillo, Hierbabuen y Romero, respectivamente – fueron elegidos para componer los sectores aromáticos. El Limoncillo se destaca por sus características de gramíneas, con hojas largas, lineales y abundantes; que se difieren de la Hierbabuena, con sus hojas más sencillas y delicadas, e inflorescencias en tonos rosados y morados; y del Romero, que es arbustivo, erecto y denso, con hojas bien pequeñas e inflorescencias moradas. Sin duda esa composición, que puede ser observada en la Figura 256b, repleta de texturas, al juntarse con los olores y sabores presentes, puede contribuir con estímulos sensoriales benéficos para el peatón.

Estas tres especies tienen sus informaciones sintetizadas en la Tabla 10, que expone el Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Morados y componen los sectores 2 y 3 del

Bulevar Nativo, como muestra la Figura 253 (Plano de Cultivo: Descripción y distribución de la vegetación).

Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Morados				
Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
CYCI	Limoncillo	Exótica	Pleno sol	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Cymbopogon citratus	Gramínea/Hierba/Aromática	-	
	Familia	Altura	Potencial	
	Poaceae	0,6 a 1,2 m	Uso medicinal/ Terapéutico/Aromático	
Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
MESP	Hierbabuena/Menta	Exótica	Pleno sol/Media-sombra	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Mentha spicata	Hierba/Aromática	Verano/Otoño	
	Familia	Altura	Potencial	
	Lamiaceae	0,3 - 0,5 m	Uso medicinal/Uso culinario/ Terapéutico/Aromático	
Sigla	Nombre común	Origen	Luminosidad	Fotos
ROOF	Romero	Exótica	Pleno sol	 
	Nombre científico	Categoría	Época floración	
	Rosmarinus officinalis	Arbusto/Hierba/Aromática	Invierno/Primavera (puede ocurrir durante todo el año)	
	Familia	Altura	Potencial	
	Lamiaceae	0,5 - 1,5 m	Uso medicinal/Uso culinario/ Terapéutico/Aromático	

Tabla 10. Catálogo de Especies Vegetales de los Sectores Morados
Fuente: Autora, 2021

Así se caracteriza el proyecto de plantío del Bulevar Nativo, el punto central de la propuesta paisajística destinada al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), que puede ser observada de manera más amplia en la vista aérea de la Figura 256. Con tendencias al naturalismo y a la humanización impresas en sus directrices desde la concepción del trazado regulador - que es orgánico y acompaña la distribución de la comunidad arbórea preexistente – hasta la elección de las especies para la composición de comunidades vegetales nativas harmónicas, el proyecto busca adaptarse y contribuir con mejorías de la dinámica terapéutico-hospitalaria. Fue propuesta, de esta manera, la estructuración de un paisaje de amplia actuación en la experiencia del usuario, con un diseño, materialidad, flujos, mobiliarios y composiciones vegetales pensadas para su protagonismo, su completo acogimiento en proceso de apropiación del espacio.

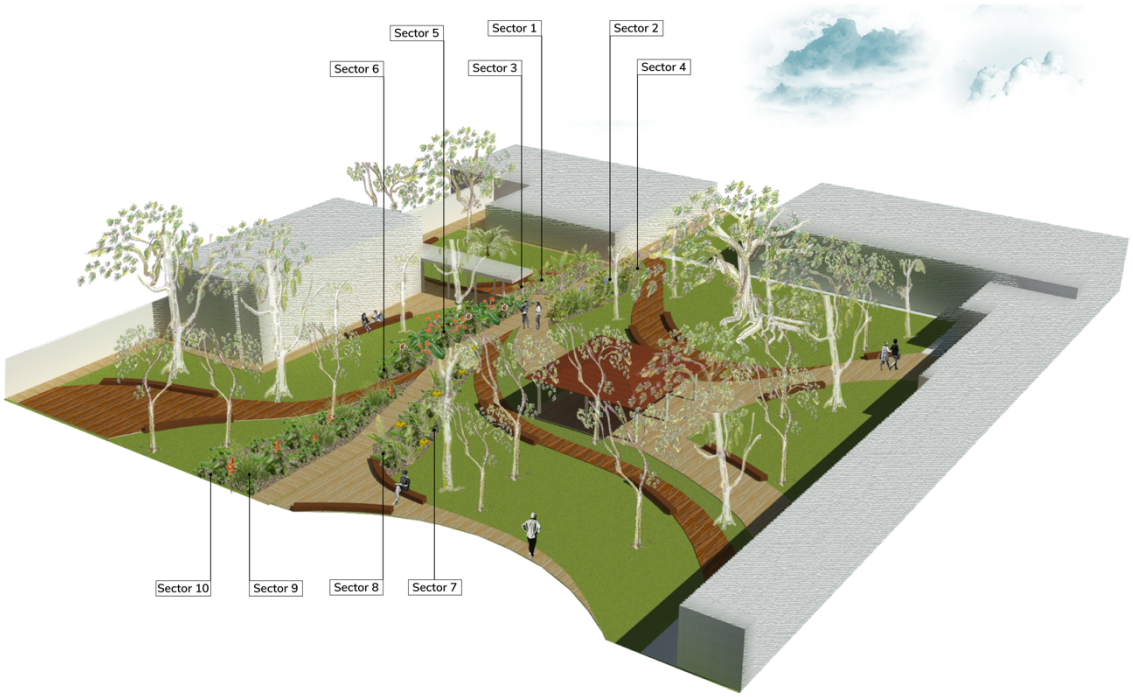


Figura 256. Vista Aérea - Proyecto Paisajístico Bulevar Nativo en el HDPUV
Fuente: Autora, 2021
Nota: Los árboles que componen esta imagen corresponden a diseños de autoría del usuario C. S., que destinaba sus tiempos libres a dibujar los árboles del hospital. Estos diseños fueron respetuosamente utilizados para valorar e impulsar la presencia del arte en la dinámica terapéutica.

En cuanto al cultivo de las comunidades vegetales nativas, que es el diferencial del proyecto, se trata de un plan de cultivo experimental, que merece mayor atención en investigaciones futuras. Sin embargo, por el conocimiento adquirido en el marco teórico de este trabajo, es probable que se logre, con este hecho, un jardín naturalista de baja huella ecológica; compuesto por especies nativas, naturalmente más resistentes, que se adaptan al clima local y, por eso, demandan baja manutención y mejorías del suelo; que se adaptan entre si y, por eso, minimizan la incidencia de hierbas dañinas; y que impulsan la biodiversidad a través de la atracción de fauna nativa. Es decir, un jardín de amplia importancia ecológica, que contribuye con el desarrollo de los procesos ecológicos naturales del Bosque Seco Tropical.

CUARTA PARTE: FINALIZACIÓN

13. Conclusiones

Los datos mundiales sobre salud mental, que presentan un proceso de agravamiento fomentado por la urbanización acelerada, el envejecimiento de la población y las crisis sociales y ambientales (OMS, 2004), están representados por el aumento de casos de enfermedad mentales en las sociedades actuales. Este panorama genera una creciente búsqueda por los servicios de los sistemas de salud mental públicos, que aún presentan modelos de atención retrógrados y no suplen las demandas actuales. Una problemática del contexto urbano que, sin dudas, requiere atención y exige la manutención de políticas públicas comprometidas con la garantía de los derechos de esas personas. Este proceso incluye ofrecer servicios de calidad, atención humanizada, ambientes adecuados, contacto con el medio ambiente, respecto a las experiencias y preferencias de los usuarios, reinserción en la sociedad y disminución del tiempo de hospitalización – que son ejes de la desinstitucionalización.

Así pues, es posible comprender el aporte de esta investigación a nivel social, una vez que aborda la aplicabilidad de lineamientos ecológicos y de humanización del diseño del paisaje, como facilitadores del proceso de desinstitucionalización, teniendo en vista proponer mejorías para el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, una institución de salud mental pública colombiana que es referencia en el continente sudamericano.

Como resultados de la investigación, desde el primer eje, fue posible percibir que los resquicios de percepciones despreciativas en el imaginario social sobre la locura se manifiestan de diferentes maneras en el contexto actual; la centralización de la atención en salud mental en el modelo físico hospitalocéntrico es una de ellas. Con el enfoque de la atención en la hospitalización, el proceso de rehabilitación de los ambientes, que está profundamente involucrado a la posibilidad de desarrollar una dinámica terapéutica psicosocial complementaria - la base de la desinstitucionalización - se ve afectado y bastante endurecido. En Colombia, este proceso busca consolidarse bajo la formulación de normativas asociadas a políticas públicas de salud mental, en defensa de la recuperación integral y resocialización del usuario. Un movimiento que prevé acciones en los campos urbanísticos, arquitectónicos y paisajísticos, bajo la mirada cuidadosa de la humanización. Así se consolida un paralelo entre la quiebra del estigma de la locura y la materialización de ambientes psiquiátricos que aportan a la desinstitucionalización.

De manera complementaria, desde el segundo eje, los resultados apuntan a la eficacia de la presencia de la naturaleza para el proceso de humanización de la arquitectura psiquiátrica. Desde el sesgo de la psicología ambiental, los beneficios del contacto con el ambiente natural fueron abordados a partir de una discusión sobre la relación hombre-ambiente, que recorre teorías sobre la percepción humana, considerando parámetros psicológicos de interacción y de influencia del ambiente en la experiencia de una persona. A partir de estímulos sensoriales, los elementos naturales actúan provocando sensaciones y acontecimientos psicológicos en el hombre. Las percepciones de bienestar, pertenencia y preferencia generadas, por su vez, provocan impactos positivos en la salud física, mental y espiritual del ser humano, debido al carácter regenerador y ecológico del ambiente natural, que está ampliamente involucrado a la promoción de calidad ambiental. Así, una vez adaptadas a la dinámica terapéutica y hospitalaria, se percibe que las áreas verdes de un espacio de salud mental pueden contribuir con la humanización del proceso de recuperación del usuario, actuando directamente en la rehabilitación psicosocial.

Luego, profundizando en esta temática, desde el tercer eje, el paisajismo fue presentado como resultado de una búsqueda por alternativas para la aplicación de los principios humanizantes en el contexto psiquiátrico urbano. Este camino fue trazado a partir de discusiones sobre el

impacto de las vertientes terapéutica y naturalista del paisajismo, que evidencian los aspectos restaurativos y ambientales de la naturaleza, respectivamente, en la consolidación de una atención psiquiátrica comprometida con la desinstitucionalización. Esta posibilidad se manifiesta a partir del comprometimiento con la funcionalidad del paisajismo en la dinámica de la salud mental. Así, desde la vertiente terapéutica, se entiende la importancia de involucrar en el proyecto un sistema de elementos, aspectos y composiciones vegetales que visan acoger, abrigar e interactuar de manera positiva y sanadora con el usuario. Ya desde la vertiente naturalista, a partir de una mirada ecosistémica, el enfoque está en mejorar la calidad ambiental a partir de la recuperación de ambientes degradados – que requiere el cultivo de especies nativas y la defensa de la biodiversidad -, lo que impacta directamente en el confort bioclimático, bienestar y manutención de paisajes personales.

Como resultado del estudio de caso sobre el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) - que posibilitó evaluar, conocer y caracterizar esta importante institución de la historia psiquiátrica sudamericano – se observa que la consolidación del hospital en el periodo histórico de institucionalización de la locura no impide que, hoy en día, el mismo trace caminos reformistas, en acorde a las normativas actuales de la Reforma Psiquiátrica. En este sentido, las propuestas presentes en su estatuto y reglamentos internos, que proponen estrategias de humanización, y el comprometimiento de los profesionales, es una evidencia de que la desinstitucionalización es un camino posible. Sin embargo, la subutilización de sus espacios, evidenciada por ejemplo en el bloqueo del potencial paisajístico que el terreno ofrece y en el enfoque en mejorías concentrado en los sectores de hospitalización, debe ser resuelta a fin de lograr ambientes menos endurecidos por el hospitalocentrismo y más adaptados a la práctica terapéutica.

Pensando en eso, el Proyecto Bulevar Nativo, una propuesta paisajística para el Jardín Principal del HDPUV, se consolida como producto final de la investigación y propone el cultivo de comunidades vegetales nativas del Bosque Seco Tropical en un diseño orgánico y fluido que se integra a las áreas construidas del hospital y aflora la funcionalidad de sus áreas vedes. Pensando en el cumplimiento ecológico y en la humanización del hospital, el proyecto busca actuar de manera reformista en la experiencia del usuario, ofreciendo espacios y condiciones capaces de transformar el paisaje de la locura, a partir del enfoque en la recuperación integral.

Por fin, es válido comentar sobre las limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación. El abordaje del tema psiquiátrico a partir de otras disciplinas, como la arquitectura y el paisajismo, adentra un vasto campo de temas sensibles; íntimamente involucrados, por ejemplo, al análisis de los ambientes, dinámicas e historiales médicos de un estudio de caso, por ejemplo. Por eso, se requiere cuidado y cautela al adentrar estos campos. Además, la escasez de estudios que relacionan el paisajismo directamente con el contexto psiquiátrico es otro limitante. La baja incidencia de posibilidades teóricas y prácticas para la implantación de áreas verdes y vegetación específica en la dinámica psiquiátrica se vuelve perceptible. Por fin, el abordaje deficiente del potencial terapéutico y paisajístico de las especies vegetales nativas del Bosque Seco tropical es otro desafío, que frena el proceso de profundización de las recomendaciones y lineamientos para proyectos de paisajismo. Estas cuestiones, asociadas a una organización de tiempo y metodología más funcionales, que es un punto que tuvo que evolucionar a lo largo del desarrollo de esta investigación, puede servir como recomendación para la eficiencia de estudios futuros que aborden estas temáticas.

14. Bibliografía

Abbud, B. (2010). *Criando paisagens: guia de trabalho em arquitetura paisagística.* São Paulo: Editora Senac São Paulo. 4ª edição. ISBN: 857359487X

Acuerdo 016 de 2018 [Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle]. *Por medio del cual se adopta el estatuto interno del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle empresa social del estado.* 19 de diciembre de 2018.

Acuerdo 0373 de 2014 [Concejo de Santiago de Cali]. *Por medio del cual se adopta la revisión ordinaria de contenido de largo plazo del Plan de Ordenamiento Territorial del Municipio de Santiago de Cali.* 31 de diciembre de 2014.

Acuerdo 0396 de 2016 [Concejo de Santiago de Cali]. *Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2016 – 2019: Cali progresa contigo.* 15 de agosto de 2016.

Alcaldía de Santiago de Cali. (2014a). Geografía de Cali. https://www.cali.gov.co/informatica/publicaciones/106104/geografia_de_cali/

Alcaldía de Santiago de Cali. (2014b). *Mapa de Jerarquización Vial.* Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Subdirección de POT y Servicios Públicos.

Alcaldía de Santiago de Cali. (2015a). *Mapa de Densidad Arbórea en Cali, censo 2015.* Infraestructura de Datos Espaciales de Santiago de Cali [IDESC]. https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/MapSeries/index.html?appid=9b50167b694f4e83bbeb20cd9bc977d6

Alcaldía de Santiago de Cali. (2015b). *Mapa de Ruido en Santiago de Cali 2015.* Infraestructura de Datos Espaciales de Santiago de Cali [IDESC]. https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/MapSeries/index.html?appid=352ae70c3bd841ee96c58b7a69824a74

Alcaldía de Santiago de Cali. (2017a). *Ficha de caracterización socio-económica de los barrios de Santiago de Cali: Alférez Real.*

Alcaldía de Santiago de Cali. (2017b). *Plan Integral De Movilidad Urbana: PIMU - Visión 2028*. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Subdirección de Planificación del Territorio. Equipo de Planeación de la Movilidad Sostenible.

Alcaldía de Santiago de Cali. (2018). *Estratificación Socioeconómica de Santiago de Cali* [Web page]. Retrieved from https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/107322/estratificacion-socioeconomica-de-santiago-de-cali/

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020a). *Mapa interactivo: Consulta de Usos del Suelo.* Departamento Administrativo de Planeación (DAP). https://usodelsuelo.cali.gov.co/

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020b). Mapa interactivo: Educaciones Educativas Oficiales de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación (DAP). https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=a0f8c50f15014f31b322eb297294d55b

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020c). Mapa interactivo: Equipamentos de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación

(DAP). https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=b54d62bde67045d4aca7659bb095ff6b

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020d). Mapa interactivo: Estratificación Socioeconómica en Cali. https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=bedead1f5a804d0a8b7595d9cbe7d124

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020e). Mapa interactivo: Patrimonio e Infraestructura Cultural. Departamento Administrativo de Planeación (DAP). https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=79002781bef341ea92bf0a481474c867

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020e). Plan de Desarrollo 2020-2023: Navarro. ISBN: 978-958-56061-5-9.

Alonso, J., Arcos, M., Solano, J., Llanos, R. & Gallego, A. (2007). Una mirada descriptiva a las comunas de Cali.

Amarante, P. D. C. & Torre, E.H.G. (2001). *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, Brasil.

Amparo, P. H. & Carvalho, Sonia M. (2006). Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2006, v. 9, n. 1 [Accesado 23 Febrero 2022], p. 126-137. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006001010>. ISSN 1984-0381. https://doi.org/10.1590/1415-47142006001010.

Bagnati, M. (2019). *Jardim de Cura: um recurso para os espaços abertos de instituição especializada na reabilitação de dependentes químicos.* (Tesis de Doctorado en Arquitectura). Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Banca de Desarrollo Territorial [Findeter]. (2019). *Valle del Cauca: Ruta del Desarrollo Sostenible.* Bogotá: Rocío Celemín Pedraza Editora de Publicaciones.

Bernal, L. A., Pérez G. A. & Bernal, D. P. (2018). *Salud mental en Colombia. Un análisis crítico*. Ces Medicina, 32(2), 129–140. http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf

Bonilla, A. & Narváez,L. (2017). *Justicia Ambiental Arbórea en Santiago de Cali*. Santiago de Cali: Universidad Del Valle.

Botton, A. (2006). *The Architecture of Happiness* (1st ed.). Pantheon Books.

Borrero, L. (1975). *La flora y el espacio publico. Árboles, palmas y altas gramíneas.* Cespedesia: Boletín científico del Departamento del Valle del Cauca, Colombia. Vol. IV. Nº 14. Cali, Colombia.

Bourdieu, P. (2002). *Disposición estética y competencia artística*. Lápiz: Revista Internacional Del Arte, No 187-188, 58–67.

Bourdieu, P. (2010). El Sentido Social Del Gusto. Elementos para una sociología de la cultura. Recerca: Revista De Pensament I anàlisi, [en línea], 2014, n.º 14, pp. 139-43, https://raco.cat/index.php/RecercaPensamentAnalisi/article/view/278408 [Consulta: Consulta: 26-01-2022].

Bridges, B. & Osterhoudt, S. (2021). Landscapes and Memory. 10.1093/acrefore/9780190854584.013.304.

Cabrera, A. (2012). *Valle del Cauca: un estudio en torno a su sociedad y medio ambiente.* Colección: Ciencias Sociales. Cali: Universidad del Valle. ISBN: 9789587650334

Castañeda, W. (2015). Diagnóstico y mejoramiento del comportamiento térmico y la ventilación en viviendas de interés social en Cali con medios pasivos.

Catino, F. (2009). *Arquitectura psicología espacio e individuo.* Revista AUS, 12–17. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281723479003

Centro Nacional de Consultoría [CNC]. (2019). Documento Integrado de Implementación del Mapeo Exprés de Industrias Culturales y Creativas en Cali: caracterización, análisis sectorial y priorización.

Colegio de Arquitectos de Cataluña [COAC] & Universitat Politècnica de Catalunya [Barcelona-Tech]. (s.f.). *Parque Botánico Río Medellín.* Bienal Internacional de Paisaje de Barcelona. https://landscape.coac.net/parques-del-rio-medellin

Constantino, N. (2010). *Jardins educativos e terapêuticos como fatores de qualidade de vida urbana.* Anais do Pluris 2010, 4o Congresso para o Planeamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável. Faro, Algarve, Portugal.

Constantino, N. & Mattos, K. (2015). *Jardins Terapêuticos: Humanização de espaços livres em áreas hospitalares.* Projetar 2015. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Cooper, D. (1974). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidós.

Corraliza, J. A., & Aragonés, J. I. (2002). *Psicología ambiental e intervención psicosocial*. Intervención Psicosocial, 11, 3–271.

Corrêa, R. (2019). *Revegetação.* Reabilita - Pós-Graduação lato sensu em Reabilitação Ambiental Sustentável Arquitetônica e Urbanística. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de Brasília. Mimeo. Fevereiro de 2019 a agosto de 2020.

Delgado, A. & Parra, D. (2008). *Árboles del Bosque Seco Tropical en el área del Parque Recreativo y Zoológico Piscilago-Nilo Cundinamarca.* Proyecto: Caracterización de la vegetación y reforestación con árboles nativos del Bosque Seco Tropical en el área del Parque Recreativo y Zoológico Piscilago (Nilo, Cundinamarca) como una alternativa para la conservación de especies de fauna y flora silvestre. Bogotá: Universidad Autónoma de Colombia.

Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente [DAGMA]. (2009). Agenda Ambiental: Comuna 18. República de Colombia. Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente. Santiago de Cali.

Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente [DAGMA]. (2019a). *Plan de Coberturas Vegetales de Santiago de Cali - "Legitimando el arbolado urbano".* República de Colombia. Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente. Santiago de Cali.

Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente [DAGMA]. (2019b). *Plan de Gestión Ambiental de Cali PGAC.* República de Colombia. Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente. Santiago de Cali.

Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente [DAGMA]. (2019c). *Avances del Plan de Coberturas de Santiago De Cali.* República de Colombia. Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente. Santiago de Cali.

Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2008). *Evaluación de la estratificación socio-económica como instrumento de clasificación de los usuarios y herramienta de asignación de subsidios y contribuciones a los servicios públicos domiciliários.*

Dias, A. & Anjos, M. (2017). Projetar sentidos: a arquitetura e a manifestação sensorial. Simpósio de Sustentabilidade e Contemporaneidade nas Ciências Sociais. Toledo, Paraná, Brasil.

Díaz, J. (2016). *Angelus novus. Paul Klee y Walter Benjamin. Del arte a la filosofia*. Nexus, 196+. https://link.gale.com/apps/doc/A500499794/IFME?u=univalle&sid=bookmark-IFME&xid=32d09591

Dobbert, L. (2010). *Áreas verdes hospitalares - Percepção e Conforto.* (Tesis de Mestrado en Ciencia, Recursos florestais com opção de Conservação de Ecossistemas Florestais). Escola Superior de Agricultura, Piracicaba, São Paulo, Brasil.

Enjunto, M. R. & Querol, X. (2021). *Binomio naturaleza-salud urbana; pasado, presente y futuro.* Revista de Salud Ambiental. 2021; 21(1):47-55.

Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica.* Editora Perspectiva. São Paulo, São Paulo, Brasil.

García, V. (2012). *Diseño paisajístico en el trópico: Consideraciones para el caso colombiano.* Universidad del Valle. https://www-digitaliapublishing-com.bd.univalle.edu.co/a/70097

García, V., Cáceres, C., & Peña, M. (2016). *Confort ambiental: en escuelas públicas de Cali.* Universidad del Valle. https://www-digitaliapublishing-com.bd.univalle.edu.co/a/44084

Gobbi, M., Rola, S., & Santos, M. (2017). *Jardins terapêuticos: a qualidade ambiental e social para a comunidade local.* Anais Do SEPAS, I Seminário Da Paisagem Urbana e Sustentabilidade. Universidade Federal Do Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

Gomes, E. & Gagliardi, M. (2017). Seminário leitura de imagens: a epistemologia de Nise da Solveira. Rio de Janeiro: Hólos. ISBN: 9788560239009

Guilhon, V. (2009). *Urbanização e vegetação: requalificação urbana em cidades de climas distintos.* 46th Ifla World Congress, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Henriques, E., Soares, A. & Azambuja, S. (2017). *Os espaços abandonados na cidade: alternativas aos modelos convencionais de recuperação da paisagem urbana.* Estudos de paisagem. Lisboa: Instituto de História Contemporânea da Faculdade de Ciências Socias e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Hitchmough, J. & Dunnett, N. (2004). *Introduction to naturalistic planting in urban landscapes.* The Dynamic Landscape.

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2017a). *Manual de Calidad.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2017b). *Protocolo de Atención Hospital Día.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2017c). *Informe de gestión: Rendición de cuentas públicas vigencia 2017.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2017d). *Ingreso del Paciente. Proceso: Hospitalización.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2019). *Informe de gestión: Rendición de cuentas publicas vigencia 2019.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2020a). *Estudios previos contratación mayor A 10 SMMLV y menor A 200 SMMLV.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2020b). *Mapa de Procesos.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2020c). *Informe: Rendición de cuentas 2020.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2020d). *Humanización de la Atención.* Revista Bienestar Mental Edición nº 1.

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2021a). *Nuestra Historia.* https://www.psiquiatricocali.gov.co/index.php/pages/about-us

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2021b). *Perfil Epidemiológico HDPUV año 2020.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (2021c). *Ruta de Atención: Urgencias.*

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle [HDPUV]. (s.f.). *Triage: Servicio de urgencias.*

Hurtado, S. (2019). *Paisajes Urbanos: Autores contemporáneos.* Cali: Programa Editorial Universidad del Valle. DOI: 10.25100/peu.348.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación [ICONTEC]. (2013). Norma Técnica Colombiana (NTC 6047): Accesibilidad al medio físico. Espacios de servicio al ciudadano en la administración pública. Requisitos. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa%20Nacional%20del%20Servicio%20al%20Ciudadano/NTC6047.pdf

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales [IDEAM]. (2001). *El medio ambiente en Colombia.* ISBN 958-95850-94.

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales [IDEAM]. (2014). *Atlas de radiación solar, ultravioleta y ozono de Colombia.* Grupo de Climatología y Agrometeorología Subdirección de Meteorología – IDEAM.

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales [IDEAM]. (2015). *Mapa de Velocidad del viento más probable a 10 metros de altura (m/s).* Subdirección de Meteorología. Grupo de modelamiento de tiempo y clima.

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales [IDEAM]. (2017). *Mapa de ecosistemas continentales, costeros y marinos de Colombia versión 2.1.* Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental. Grupo de Suelos y Tierras.

Kircher, W. Messer, U., Fenzl, J., Heins, M. & Dunnett, N. (2021). Optimizing the Visual Quality and Cost Effectiveness of Perennial Plantings by Randomly Mixed Combinations - Application Approaches for Planting Design.

Kowaltowski, D. (1989). *Arquitetura e Humanização*. Revista Projeto 126, 129-132.

La Farge, A. & Darke, R. (2022). High line [Online image]. Oudolf. https://oudolf.com/garden/highline

Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* 23 de diciembre de 1993. D.O. No.41148.

Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.* 21 de enero de 2013. D.O. No. 48680.

López, C. (2010). Paisajismo e identidad. Arte español. Estudios Geográficos, 71(269), 505–543. https://doi.org/10.3989/estgeogr.201017

Mackerron, G. & Mourato, S. (2013). *Happiness is Greater in Natural Environments.* Global Environmental Change. Global environmental change. ISSN 0959-3780. DOI: 10.1016/j.gloenvcha.2013.03.010

Madrid, J. C., & Parada, T. (2018). *Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea.* Política y Sociedad, 55(2), 559-574. https://doi.org/10.5209/POSO.57277

Magnaghi. (2011). El proyecto local: hacia una conciencia del lugar (1ª ed. en Arquitectonics.). UPC.

Martínez, D. (2019). “Los locos” vallecaucanos en el periódico el Relator, 1940-1960.

Medeiros, L. (2004). *Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos especialistas.* (Tesis de Mestrado del Programa de Posgrado en Psicología). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Melo, W. (2009). Nise da Silveira e o Campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. Mnemosine, 5 : 30-52.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. [DAPE]. (2005). Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.* OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [DAPE]. (2013). Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación. (2021). *Ficha País: Republica de Colombia.* Dirección General de Comunicación, Diplomacia Pública y Redes. Oficina de información diplomática.

Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003*. Cali, Colombia. ISBN: 9583373702

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Organización internacional para las migraciones. *Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá, Colombia. ISBN: 9789588903200

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Portafolio de Servicios: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.* Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Impreso en 12 de abril de 2021.

Muñoz, L. F., Muñoz, C. X. & Restrepo, J. M. (2020). La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. Avances en Psicología Latinoamericana, 38(3), 117-135. Epub March 14, 2021.https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547

Museu de Imagens do Inconsciente. (2017). *Histórico*. http://mii2.hospedagemdesites.ws/#chegando/1

Nogué, J. (2007). *La construcción social del paisaje.* Biblioteca Nueva. https://www-digitaliapublishing-com.bd.univalle.edu.co/a/17011.

Obiols, J. (1973). Psiquiatría y antipsiquiatría. Barcelona: Salvat.

Oliveira, W. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. História, Ciências, Saúde – Manguinhos [online]. 2011, v. 18, n. 1 [Acessado 23 Fevereiro 2022] , pp. 141-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100009>. Epub 01 Jun 2011. ISSN 1678-4758. https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100009.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1999). *Guías para el ruido urbano.* Cluster of Sustainable Development and Healthy Environment (SDE) Department of the Protection of the Human Environment (PHE) Occupational and Environment Health (OEH).

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra, Suiza. ISBN: 9243562576

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS.* Ginebra, Suiza. ISBN 92 4 3562827

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. ISBN 978 92 890 5356 3.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Oudolf, P. & Kingsbury, N. (2013). *Planting: A New Perspective.* Editorial Timber Press. Portland, OR, United States of America.

Pallasmaa, J. (2011). Os olhos da pele: a arquitetura e os sentidos. Porto Alegre: Bookman.

Parra, C. (2015). Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Creación e institucionalización 1940-1965. Universidad del Valle.

Pearson, D. G. & Craig, T. (2014). *"The great outdoors? Exploring the mental health benefits of natural environments"*. Frontiers in Psychology, vol. 5, p. 1178, 2014.

Pereira, E. R. (2019). *Saúde mental: um campo em construção.* Atena Editora. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. ISBN 978-85-7247-596-9

Resolución 1146 de 2018 [Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle]. *Por la cual se hace la declaración de los derechos y deberes del paciente del Hospital Departamental psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.* 13 de diciembre de 2018.

Resolución 2358 de 1998 [Ministerio de Salud]. *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.* 18 de junio de 1990.

Resolución 236 de 2020 [Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle]. *Por la cual se adopta la política del sistema integrado de gestión del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.* 21 de abril de 2020.

Resolución 284 de 2020 [Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle]. *Por la cual se actualiza la política de humanización de la atención del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., se conforma el comité de humanización de la atención y se dictan otras disposiciones.* 4 de junio de 2020.

Resolución 5521 de 2013 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). 27 de diciembre de 2013.

Rocha, M. (2010). *Humanização do edifício hospitalar: análise dos hospitais da rede Sarah Kubitschek de João Filgueiras Lima (Lelé)* [Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo]. http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/291

Rodríguez, J. A., Hernández, J. P., & Medina, D. S. (2015). *Polifarmacia y prescripcion de medicamentos no apropiados en ancianos. Revista Médica Risaralda*, 21(2), 52–57. http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/viewFile/12451/8111

Romero, M. & Sales, G. (2016). *Tecnologia e sustentabilidade para a humanização dos edificios de saúde. Registro do curso de capacitação em arquitetura e engenharia aplicado à área de saúde, hemoterapia e hematología.* Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Brasilia, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Rosselli, H. (2009). in Memoriam: *Terapias Psiquiátricas En Colombia Antes De La Era Psicofarmacológica*. Psimonart, 2(1), 111–121.

Sá, N. L. (2012). *Alterações climáticas e saúde urbana.* Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica e da Saúde, 8(15). Recuperado de https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19740

Salcedo, J. (2019). *La administración de la salud mental en Cali: cambio institucional en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1970.* In Criterio Libre (Vol. 17, Issue 30, pp. 191–212). https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2019v17n30.5799

Secretaria de Atenção à Saúde [DAPE]. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.* Ministério da Saúde do Brasi. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Secretaria de Atenção à Saúde [DAPE]. (2013). *Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de*

construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Silveira, N. (1986). *Os inumeráveis estados do ser.* Catálogo da exposição: Os inumeráveis estados do ser - 1986, p. 6. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/inumeraveis_estado_ser.pdf.>.

Simonic, T. (2003). *Preference and perceived naturalness in visual perception of naturalistic landscapes.* Zbornik Biotehniške Fakultete, Univerze v Ljubljani, Kmetijstvo. 81-2. 369-387.

Siqueira, M. (2016). *Jardins de Cerrado: Potencial paisagístico da savana brasileira.* Revista CAU/UCB.Disponível em <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/CAU/article/view/7065/4384>

Soares, H. (2017). *A humanização de ambientes voltados à cura: a luz, a cor e a vegetação.* Graduación en Arquitectura y Urbanismo. Centro Universitario de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

Soto, J., López-Lena, M. & Chiapas, J. (2016). *Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental.* Interamerican Journal of Psychology. 50. 204-214.

Superintendencia de notariado y registro la guarda de la fe publica. (1979). *Certificado de tradición de matrícula inmobiliaria.* Oficina de instrumentos públicos de Cali. Impreso el 16 de septiembre de 2019.

Stigsdotter, U., & Grahn, P. (2003). Experiencing a garden: A healing garden for people suffering from burnout diseases. Journal of Therapeutic Horticulture, 14(December 2017), 38–49.

Taylor, K. (2007). Landscape and Memory: cultural landscapes, intangible values and some thoughts on Asia. Identity, 2007, 1–14. http://openarchive.icomos.org/139/

Thuillier J. (1981). *El nuevo rostro de la locura.* Barcelona: Planeta. ISBN 84-320-4721-x

Vasconcelos, R. (2004). Humanização De Ambientes Hospitalares: Características Arquitetônicas Responsáveis Pela Integração Interior / Exterior. In Universidade Federal De Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo.

Vieceli, A. (2014). *Lugares da loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença.* (Tesis de Maestría del Programa de Pesquisa y Posgrado en Arquitectura). Universidad Federal del Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Yücel, G. (2013). *Hospital Outdoor Landscape Design.* M. Özyavuz (ed.), Advances in Landscape Architecture, InTech.