

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA



FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
ARQUITECTURA

“CENTRO ESPECIALIZADO EN LA REHABILITACIÓN
MENTAL PARA MEJORAR LA INTEGRACIÓN
PACIENTE – COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE TACNA”

PRESENTADO POR:

BACH. ARQ. RAFAEL GONZALO PEZO CALLE

ASESOR:

ARQ. RAÚL ALDO GAMBETTA MONTALVO

TACNA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor desmedido y dedicación ininterrumpida.

A mi esposa, por su amor constante y su sonrisa que se desdibuja en mi vida.

Y a todos los que me aportaron alegrías.

AGRADECIMIENTO

A todos, con los que compartí y fueron parte de mi crecimiento hasta este punto del recorrido. Gracias.

RESUMEN

Este trabajo de investigación plantea la problemática de la salud mental desde una perspectiva arquitectónica y, como a su vez, esta demuestra un rol importante para la eficaz reinserción de los pacientes hacia a la comunidad. El objetivo principal a desarrollar es el proyecto arquitectónico del “Centro especializado en la rehabilitación mental para mejorar la integración paciente – comunidad en la ciudad de Tacna”.

Se inicia con la recopilación de datos e información desde un enfoque histórico, conceptual y contextual con el fin de conocer y responder de manera óptima la problemática que se va viendo en la Región de Tacna sobre la atención, rehabilitación y la reinserción de los pacientes que padecen algún tipo de trastorno mental. Estos datos nos permitirán crear un diagnóstico situacional, calcular el radio de influencia del centro especializado en la rehabilitación mental, y proporcionar una tipología arquitectónica denominada Modelo comunitario, cuyo concepto influirá en la concepción del diseño arquitectónico y en como el espacio construido influirá en el comportamiento y psiquis del paciente.

La situación sobre la salud mental no viene siendo atendida de manera completa y adecuada en nuestra comunidad, ya que las medidas son obsoletas y no es posible abastecer la demanda de la Región de Tacna. Por lo tanto, es de necesidad contar con dicha infraestructura, creando así ambientes óptimos y adecuados para la inclusión y participación de la comunidad y la familia.

PALABRAS CLAVES: Reinserción / Inclusión / Modelo comunitario.

ABSTRACT

This research work presents the issue of mental health from an architectural perspective and demonstrates how important its role is in the effective reintegration of patients into the community. The main objective is to develop the architectural project of the "Center specialized in mental rehabilitation to improve patient-community integration in the city of Tacna".

It begins with the collection of data and information from a historical, conceptual and contextual perspective, in order to know and respond optimally to the problems that are being seen in the Region of Tacna regarding the care, rehabilitation and reintegration of patients suffering from some type of mental disorder. These data will allow us to create a situational diagnosis, calculate the radius of influence of the center specialized in mental rehabilitation, and provide an architectural typology called the COMMUNITY MODEL, which concept will influence the conception of architectural design and how the built space will influence the behavior and psyche of the patient.

The mental health situation has not been fully and adequately addressed in our community, since the measures are obsolete and it is not possible to supply the demand of the Region of Tacna. Therefore, It is necessary to have such infrastructure, thus creating optimal and adequate environments for the inclusion and participation of the community and family.

Keywords : Reintegration/inclusión/ Community Model.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la salud mental es un concepto totalmente sobreestimado e infravalorado a pesar de ser el eje central de como el ser humano va percibir y actuar en el mundo o sociedad que lo rodea. El correcto equilibrio de la salud mental dará como resultado; afrontar todas las tensiones normales de la vida, trabajar de manera eficaz y productiva, y sobre todo contribuir a la comunidad de forma eficiente creando así un desarrollo óptimo en el individuo y la sociedad.

Pero la variación de aquel equilibrio crea en el individuo un sinfín de alteraciones partiendo desde angustias, estados de ánimos cambiantes, obsesiones y alucinaciones, y todo esto interfiere en la capacidad de disfrute de la vida diaria y disminución para las relaciones interpersonales. Estas alteraciones son producidas por un acelerado ritmo de vida, altas exigencias académicas, laborales, sociales, factores ambientales y biológicos, además de un entorno físico construido cada vez más amenazantes y menos humanizado.

Las terapias destinadas a estos pacientes en un inicio partían desde las torturas, aislamientos, métodos invasivos y todo esto era refugiado en una arquitectura de modelo custodial, que incapacitaba, reducía y perpetuaba al paciente para toda la vida. Hoy día todos estos métodos han cambiado se da inicio a terapias ocupacionales donde se les refuerzas las actividades diarias, terapias grupales e individuales que por medio catarsis y exposición se liberan de recuerdos que alteran su mente, terapias familiares donde las propias familias y la sociedad se sensibilizan y concientizan sobre la importancia de la salud mental. Todos estos programas estarán acompañados y emplazados en una arquitectura que toma criterios del modelo comunitario siendo concebido como una herramienta terapéutica con el fin de facilitar la reinserción y recuperación del paciente hacia la comunidad.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 , Esquema geográfico de la localización del departamento y provincia de Tacna.	18
Ilustración 2 , Rueda de prensa, día mundial de la salud mental 10 de octubre.	21
Ilustración 3 , Hospital de día de salud mental y adicciones alberga la consultoría ambulatoria.	22
Ilustración 4 , Área de internamiento de corta estadía.....	22
Ilustración 5 , Fachada principal del centro de rehabilitación de salud mental “San Ramón”.....	23
Ilustración 6 , Aislamiento del centro mental San Ramón con el área urbana	25
Ilustración 7 , Vista del área de hospitalización de corta estadía, confina al paciente por medio de rejas y tapas de madera	25
Ilustración 8 , Sala de espera del Hospital de día y adicciones, único eje articulador quita privacidad al paciente.	26
Ilustración 9 , Vista del centro de rehabilitación “San Ramón” el confinamiento y aislamiento trae consigo un estigma social para el paciente.....	26
Ilustración 10 , Dormitorios de internamiento del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima-Perú.....	27
Ilustración 11 , Área de internamiento del centro psiquiátrico Friedrichshafen - Alemania	27
Ilustración 12 , Tratamiento exterior del centro ambulatorio de salud mental San Lázaro, Ecuador	27
Ilustración 13 , Tratamiento exterior, del hospital de día del hospital Hipólito Unanue, Tacna	27
Ilustración 14 , Esquema metodológico – Fuente propia	32
Ilustración 15 , Representación de la extracción de la piedra de la locura.....	37
Ilustración 16 , Fotografía de un manicomio.....	37
Ilustración 17 , Tratamiento grupal.....	37
Ilustración 18 , Ruinas del Asclepeion de Cos. Grecia	47
Ilustración 19 , Maqueta virtual mostrando la ubicación de los espacios.....	48
Ilustración 20 , Fachada principal del Hospital de Bethlem – Inglaterra.....	49
Ilustración 21 , Elevación y planta de distribución del Hospital Bethlem.....	50
Ilustración 22 , Vista frontal del Asilo del norte, Michigan – EE.UU.	50
Ilustración 23 , Planimetría de distribución del Asilo del norte, Michigan – EE.UU.	51
Ilustración 24 , Diseño interior del Panóptico.....	51
Ilustración 25 , Hospital psiquiátrico de New York.....	52
Ilustración 26 , Hospital Víctor Larco Herrera - Lima	56
Ilustración 27 , Hospital Hermilano Valdizan – Lima.....	56
Ilustración 28 , Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”	56
Ilustración 29 , Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima.....	59
Ilustración 30 , Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins. Lima.....	59
Ilustración 31 , Esquema de localización.....	61
Ilustración 32 , Esquema de circulación	62
Ilustración 33 , Esquema de planta de distribución de pabellones.....	62
Ilustración 34 , Vista del ingreso principal desde la Av. Nicolás de Ayllon.	62

Ilustración 35 , Esquema de localización.....	63
Ilustración 36 , Esquema espacial de todo el instituto	63
Ilustración 37 , Esquema espacial del área de hospitalización	64
Ilustración 38 , Descripción de tipos de pacientes.....	66
Ilustración 39 , Ciclo de impulsos del Trastorno obsesivo – compulsivo.....	70
Ilustración 40 , Realización de terapias grupales.	72
Ilustración 41 , Hospital Psiquiátrico Helsingor - Dinamarca.....	75
Ilustración 42 , Hospital Larco Herrera – Lima, Perú	75
Ilustración 43 , Elementos pivotantes o celosías movibles	76
Ilustración 44 , Mamparas o puertas corredizas, conexión directa al jardín.....	76
Ilustración 45 , Hospital Psiquiátrico Helsingor – Dinamarca.....	77
Ilustración 46 , Esquema de una rampa de acceso.....	77
Ilustración 47 , Imagen de las viviendas de corta estadía - Hospital Psiquiátrico Kronstad, Noruega.....	78
Ilustración 48 , Hospital Psiquiátrico Kronstad - Noruega.....	79
Ilustración 49 , Ayuntamiento de Mollet del Vallés, Barcelona.....	80
Ilustración 50 , Jardín de plantas aromáticas.	80
Ilustración 51 , Hospital Psiquiátrico Elsinor – Dinamarca.....	81
Ilustración 52 , Vista cenital del Hospital psiquiátrico Elsingor.....	82
Ilustración 53 , Puente, conecta ambos hospitales.....	83
Ilustración 54 , Esquema de sección del Hospital	83
Ilustración 55 , Esquema de ingresos	83
Ilustración 56 , Esquema de distribución, Primer nivel.	84
Ilustración 57 , Esquema de distribución, Segundo nivel.....	84
Ilustración 58 , Espacio colectivo	85
Ilustración 59 , Vista del centro de rehabilitación desde el patio interior.....	85
Ilustración 60 , Esquema de composición	86
Ilustración 61 , Vista del Centro de rehabilitación desde la calle.	86
Ilustración 62 , Vista del centro de rehabilitación desde el patio interior.....	86
Ilustración 63 , Vista del centro de rehabilitación desde la calle.	87
Ilustración 64 , Esquema de sección del centro.	87
Ilustración 65 , Esquema de áreas.....	87
Ilustración 66 , Vista al área de internamiento desde el patio interior.....	88
Ilustración 67 , Recepción al centro de día.....	88
Ilustración 68 , Plano de distribución primer nivel.....	88
Ilustración 69 , Plano de distribución nivel azotea	89
Ilustración 70 , Esquema de distribución de los programas.....	89
Ilustración 71 , Vista del pasillo, primer nivel.....	89
Ilustración 72 , Vista del Hospital psiquiátrico desde la calle.....	90
Ilustración 73 , Elevación frontal desde la calle Ambato.....	90
Ilustración 74 , Vista exterior del galpón.....	90
Ilustración 75 , Vista antes de la intervención.....	91
Ilustración 76 , Vista después de la intervención.....	91
Ilustración 78 , Vista del antes de los galpones.....	91
Ilustración 77 , Vista después de la intervención.....	91
Ilustración 79 , Vista interior de la celosía.	92
Ilustración 80 , Proceso esquemático de la intervención arquitectónica.....	92
Ilustración 81 , Planta de distribución del primer nivel.....	93

Ilustración 82 , Planta de distribución del segundo nivel.	93
Ilustración 83 , Planta de distribución del tercer nivel.	93
Ilustración 84 , Vista externa del Hospital de día y adicciones	98
Ilustración 85 , Vista externa del Internamiento de corta estadía.	98
Ilustración 86 , Distribución de la fuerza laboral. Fuente: Ministerio de trabajo.....	100
Ilustración 87 , Distanciamiento entre equipamiento para la salud mental.....	101
Ilustración 88 , emplazamiento del área de rehabilitación y tratamiento de la salud mental.....	101
Ilustración 89 , Vista del ingreso principal al Hospital de día.	102
Ilustración 90 , Vista del frontal del Hospital de día.	102
Ilustración 91 , Administración.	102
Ilustración 92 , Sala de espera – Pasillo.....	102
Ilustración 93 , Área de sesiones.	103
Ilustración 94 , Consultorio.....	103
Ilustración 95 , Vista externa de área de internamiento de corta estadía.....	104
Ilustración 96 , Vista de ventanas de las habitaciones.	104
Ilustración 97 , Esquema de la localización de terreno.....	118
Ilustración 98 , Fotografía tomada desde la Av. Basadre y Forero. Área sombreada representa el terreno.....	119
Ilustración 99 , Esquema de retiros reforzando vinculo paciente – comunidad.....	119
Ilustración 100 , Ubicación y colindancias del terreno.	120
Ilustración 101 , Plano de topográfico del terreno.	120
Ilustración 102 , Ejemplifica el aprovechamiento de pendientes. Lugar: Pabellón La Tejerona, España.	121
Ilustración 103 , Esquema de localización.....	121
Ilustración 104 , Vista de la calle Los Álamos.	122
Ilustración 105 , Vista de la Av. Basadre y Forero.....	122
Ilustración 106 , Vista del terreno de la propuesta arquitectónica.....	123
Ilustración 107 , Vista satelital del terreno de la propuesta arquitectónica.....	123
Ilustración 108 , Esquema de terrazas jardines.....	124
Ilustración 109 , Esquema de asolamiento del terreno en la propuesta arquitectónica.	125
Ilustración 110 , Esquema de ventilación del terreno en la propuesta arquitectónica.	126
Ilustración 111 , Esquema de vías vehiculares del terreno en la propuesta arquitectónica.	127
Ilustración 112 , Sección vial de la Av. Basadre y Forero.....	127
Ilustración 113 , Sección vial de la calle Los Álamos.....	127
Ilustración 114 , Plano de zonificación y equipamiento. Fuente: Plan de Desarrollo Urbano 2014 – 2023.	128
Ilustración 115 , Plan general de usos de suelo. Fuente: Plan de Desarrollo Urbano 2014 – 2023.	128
Ilustración 116 , Vista del perfil urbano desde la Av. Basadre y Forero.....	129
Ilustración 117 , Vista del perfil urbano desde la calle Los Álamos.....	129
Ilustración 118 , Esquema de flujos peatonales y vehiculares del terreno en la propuesta arquitectónica.	130
Ilustración 119 , Diagrama general del primer nivel.....	131
Ilustración 120 , Diagrama de sub-zona centro de día.	131

Ilustración 121 , Diagrama de sub-zona consultoría externa.....	131
Ilustración 122 , Diagrama de sub-zona de internamiento de corta estadía.	131
Ilustración 123 , Diagrama de sub-zona de emergencia.....	131
Ilustración 124 , Diagrama de sub-zona de servicios complementarios (área de encuentro 02).....	132
Ilustración 125 , Diagrama de sub-zona de servicios complementarios (área de encuentro 01).....	132
Ilustración 126 , Diagrama de zona de recreación.	132
Ilustración 127 , Diagrama de sub-zona residencia.....	132
Ilustración 128 , Diagrama general del segundo nivel	132
Ilustración 129 , Diagrama de sub-zona administración.	132
Ilustración 130 , Diagrama de sub-zona centro de día.	132
Ilustración 131 , Diagrama de sub-zona de jardines terapéuticos.....	132
Ilustración 132 , Diagrama de sub-zona internamiento de corta estada.	132
Ilustración 133 , Organigrama: General, sub-zona de emergencia y sub-zona de consultoría externa.	133
Ilustración 134 , Organigrama: Sub-zona complementarias 01 y 02, sub-zona centro día y sub-zona de residencia.	134
Ilustración 135 , Organigrama: Sub-zona de internamiento de corta estadía, zona general del segundo nivel, sub-zona de jardines terapéuticos, sub-zona de administración.....	135
Ilustración 136 , Organigrama: sub-zona de centro de día, sub-zona de residencia de primer nivel y segundo nivel.....	136
Ilustración 137 , Flujograma: General, sub-zona de emergencia y sub-zona complementarias.	137
Ilustración 138 , Flujograma: sub-zona de centro día, sub-zona de residencia y sub-zona de internamiento de corta estadía.	138
Ilustración 139 , Proceso de curación del paciente.....	139
Ilustración 140 , Proceso de conceptualización.....	140
Ilustración 141 , Idea rectora.	140
Ilustración 142 , Proceso de conceptualización del proyecto.....	140
Ilustración 143 , Emplazamiento del proyecto en el terreno.	141
Ilustración 144 , Emplazamiento volumétrico.	142

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1 , Porcentaje de población adulta con al menos una discapacidad o inhabilidad – Fuente: INSM “HD – HN”	54
Grafico 2 , Actitudes frente a personas con Trastornos mentales – Fuente: INSM “HD – HN”	54
Grafico 3 , Atención Por Medio De Emergencias 2015 – Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”	57
Grafico 4 , Según Motivo De Atención 2012 - Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”	57
Grafico 5 , Atención por consultoría externa – Fuente: Fuente: Hospital Hermiliano Valdizan – Lima.	58
Grafico 6 , Atención por medio de emergencia – Fuente: Hospital Hermiliano Valdizan – Lima.....	58
Grafico 7 , Rehabilitación en salud mental basada en comunidad – Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima.....	59
Grafico 8 , Población Femenina y Masculina. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. boletín Especial N°18 y N°22.	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 , Perspectiva mágica - religiosa	38
Tabla 2 , Perspectiva cristiana.....	40
Tabla 3 , Perspectiva humanista	44
Tabla 4 , Perspectiva comunitaria.....	44
Tabla 5 , comparativa del modelo comunitario con el tradicional	46
Tabla 6 , Población total proyectada al 2027 - Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú.....	94
Tabla 7 , Grupo de Edades Quincenales al 2027. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población.	95
Tabla 8 , Población objetiva y proyectada. Elaboración: Propia.....	96
Tabla 9 , Principales trastornos mentales registrados en el Hospital Hipólito Unanue, área del Hospital de día y adicciones. Fuente: Archivo del Hospital de día y adicciones.	97
Tabla 10 , Tipos de Población identificada. Elaboración propia,	98
Tabla 11 , Listado de vegetación para la propuesta arquitectónica.....	124
Tabla 12 , Listado de vegetación para la propuesta arquitectónica.....	125
Tabla 13 , Cuadro de áreas.	144

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	12
ÍNDICE DE TABLAS.....	13
ÍNDICE.....	14
I. CAPITULO: GENERALIDADES	16
1.1. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	18
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.2.1. JUSTIFICACIÓN	24
1.2.2. IMPORTANCIA	28
1.3. OBJETIVOS	29
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	29
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	30
1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	30
1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA	30
1.5. SELECCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	30
1.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	30
1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	30
1.6. METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	31
1.6.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	31
1.6.2. INSTRUMENTOS TÉCNICO – CIENTÍFICO	31
1.6.3. INSTRUMENTOS AUXILIARES	31
1.6.4. ESQUEMA DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	32
II. CAPITULO: MARCO TEÓRICO	33
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	34
2.1.1. HISTORIA DE LA SALUD MENTAL	34
2.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MENTAL.....	34
2.1.3. FACTORES DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS MENTALES CONDUCTUALES.....	35
2.1.4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO	37
2.1.5. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA TIPOLOGÍA ARQUITECTÓNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL.....	46

2.1.6. ESTADO SITUACIONAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ.....	53
2.2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES.....	65
2.2.1. PRECISIONES CONCEPTUALES	65
2.2.2. BASES Y ENFOQUES TEÓRICOS.....	75
2.3. ANTECEDENTES CONTEXTUALES	82
2.3.1. EXPERIENCIAS CONFIABLES.....	82
2.3.2. ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO DE TACNA	93
III. CAPITULO: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA.....	116
3.1. ANÁLISIS PROYECTUAL	117
3.1.1 DEFINICIÓN DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN LA REHABILITACIÓN MENTAL PARA MEJORAR LA INTEGRACIÓN PACIENTE – COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE TACNA.	117
3.2. ANÁLISIS DE TERRENO	117
3.2.1. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE TERRENO	117
3.2.2. ASPECTO FÍSICO AMBIENTAL	118
3.2.3. ASPECTOS URBANOS – AMBIENTALES.....	127
3.3. ESTUDIO DE LA PROPUESTA.....	131
3.3.1. ESTUDIO DE ORGANIZACIÓN	131
3.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	146
3.4.1. CONCLUSIONES.....	146
3.4.2. RECOMENDACIONES.....	147
3.5. BIBLIOGRAFÍA.....	148

I. CAPITULO: GENERALIDADES

DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

SELECCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES
MEDIOLOGIA, INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1.1. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio se encuentra ubicado en el departamento de Tacna, el mismo que está ubicado en el extremo sur del Perú, limita por el oeste con el océano Pacífico, por el este limita con el país de Bolivia, por el noreste con el departamento de Puno, el noroeste con el departamento de Moquegua y por el sur con la República de Chile.

La región de Tacna políticamente está conformada por 04 provincias (Jorge Basadre G, Tarata, Candarave y Tacna) y estando compuesto por 27 distritos. Contando con una extensión de 16 033,77 mil kilómetros cuadrados y una población de 329 332 habitantes de acuerdo con el último censo del 2017. ¹

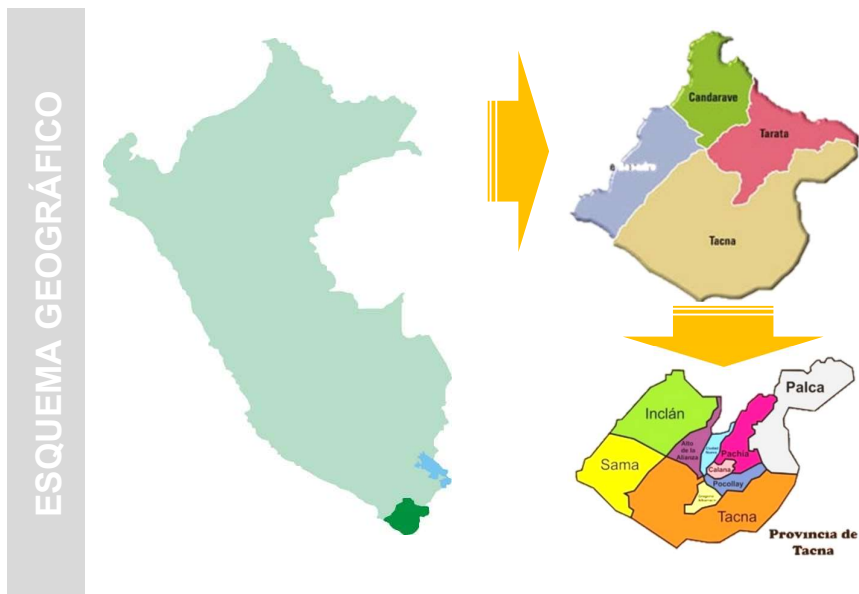


Ilustración 1, Esquema geográfico de la localización del departamento y provincia de Tacna.

La provincia de Tacna se divide en 10 distritos: Tacna, Alto de la Alianza, Calana, Ciudad Nueva, Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, Inclán, Pachía, Palca, Pocollay y Sama contando con una extensión de 8 204,10 km².

Los distritos de Tacna albergan un área urbana de 4,245 has. Lo que determina una densidad bruta de 54 hab. /ha. Para la ciudad de Tacna y un promedio de 4.82 a 3.90 habitantes por vivienda.

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Censos nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades indígenas*. Lima.

El área de estudio de esta investigación abarca desde un Marco Regional, debido a la necesidad de construir una infraestructura dedicada a la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental para la población, corresponde a la alternativa de solución a una problemática actual.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el desarrollo de los problemas de salud mental influye negativamente en muchos aspectos sobre la condición de vida del individuo afectando en su psique (afectos, sentimientos, valores, pensamientos, temores y otros.) y no solo eso también llegando afectar al entorno sociocultural (familia, trabajo, demandas de la realidad, roles sociales, responsabilidad, tareas cotidianas, etc.).

Sin embargo, a pesar del rol fundamental que brinda la salud mental para el bienestar y correcto desarrollo de los individuos y la comunidad, “en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física. Muy al contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono. En parte, como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales y un desfase terapéutico cada vez mayor”.²

Según estudios desarrollados por La Organización Mundial de Salud (OMS) reporta las siguientes cifras:

- “450 millones de personas padecen un trastorno mental o de comportamiento, lo que representa al menos a un miembro de una de cada cuatro familias y sólo una pequeña minoría recibe siquiera el tratamiento más elemental”
- “Que 1 de cada 4 personas padece un trastorno mental en alguna fase de su vida”
- “Aproximadamente el 20% de los/as niños/as y adolescentes del mundo tienen trastornos mentales graves”
- “Uno de los trastornos mentales más graves, la esquizofrenia afecta a 1 de cada 100 personas en todo el mundo.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Informe sobre la salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas

- “Se proyecta que en el 2020 la depresión será la segunda causa mayor de incapacidad en el mundo después de las enfermedades cardíacas, además de ser la primera causa de discapacidad en el mundo”
- “En 20 años, la depresión se convertirá en la enfermedad que más padecerán los seres humanos, superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares.”
- “Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad.”

Estos datos van cada vez en aumento debido a que la población está expuesta a condiciones extremas desde los ámbitos sociales, económicos y culturales tales como la pobreza, la inequidad, la exclusión social y la discriminación por motivos de raza, género, discapacidad, entre otras; así como las diversas formas de violencia, desde la familiar hasta la política, son factores determinantes que inciden en la salud mental de las personas. Asimismo, la exposición a eventos como las crisis económicas o políticas, la migración, el desplazamiento forzado por razones económicas o de seguridad, las crisis y transformaciones en la cultura; además del uso excesivo y constante de alguna tipo de droga, son detonantes y condiciones decisivas en la aparición de los trastornos mentales y problemas psicosociales en el individuo y comunidad.³

En el contexto nacional, se hacen los siguientes estudios epidemiológicos del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman estos hallazgos en el Perú:

- La prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional es de 33,7% (9 510 397 personas), lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos en algún momento de su vida presentará algún problema de salud mental.⁴
- Los principales problemas identificados en el Perú son los trastornos ansiosos y depresivos, observándose altas tasas de prevalencia. La depresión clínica es el trastorno psiquiátrico más frecuente, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso/ dependencia de alcohol.⁵

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Informe sobre la salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas

⁴ FAVIO VEGA GALDÓS, 2017 - Situación, Avances Y Perspectivas En La Atención A Personas Con Discapacidad Por Trastornos Mentales En El Perú – instituto nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi - <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>

⁵ Órgano oficial del instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. (2020). Anales de salud mental. Volumen XXVI. Nro. 1. Lima.

- El 80% de las personas, es decir 8 de cada 10 personas con un trastorno mental no reciben tratamiento adecuado, las razones de ello incluyen: dificultades de acceso, oferta, disponibilidad de recursos, estigma y otros factores
- Las personas con TMG, (Trastorno mental grave) población de interés fundamental de la rehabilitación en salud mental y que representa el 0,5% de la población a nivel nacional (141 000 personas), son las que menos posibilidades de acceso tienen a la inclusión social y reinserción sociolaboral.⁶

En el contexto local según el director de la regional de Salud de Tacna, Claudio Ramírez Atencio:

- El 40% de la población de Tacna sufre de alguna patología de salud mental, precisando que la mayoría de las personas no se da cuenta que tiene un trastorno además de no solo afectar a la misma persona sino también a su entorno familiar y laboral.⁷
- Además comento: “...que de acuerdo a las normas internacionales deben desaparecer los centros de enclaustramiento de pacientes, por tal motivo, añadió que con el tiempo casi nadie debería ir al centro de salud mental “San Ramón” ubicado en Calana, indicó que los pacientes deben estar más cerca de sus hogares , de su familia y sus seres queridos”.⁸



Ilustración 2, Rueda de prensa, día mundial de la salud mental 10 de octubre.

⁶ FAVIO VEGA GALDÓS, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – instituto nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi - <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>

⁷ DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TACNA – 2016, 40% Población de Tacna sufre de alguna patología salud mental – MINSA, <http://www.tacna.minsa.gob.pe/portal/index.php/2016/10/31/40-poblacion-en-tacna-sufre-de-alguna-patologia-salud-mental/>

⁸ id

La región de Tacna cuenta con dos centros destinados a brindar estos servicios de prevención, atención, rehabilitación y reinserción de los pacientes. Estos centros no presentan una arquitectura amable y accesible para los usuarios en muchos casos terminan aislándolos o haciendo más lento el proceso de recuperación. A continuación, se describen las dos infraestructuras:

- **HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE**, brinda tres tipos de servicios:

El hospital de día de salud mental y adicciones, donde el paciente por más 8 horas diarias exceptuando los sábados y domingos residirá, proporcionándole un seguimiento profesional, por medio de terapias individuales, grupales, ocupacionales y familiares logrando así una correcta reintegración a la sociedad. Comprometiendo al paciente, familiares y comunidad en su completa reinserción.

Consultoría ambulatoria, brinda un servicio especializado con referencia al diagnóstico y seguimiento de pacientes a través de consultas breves, terapias individuales y familiares.



Ilustración 3, Hospital de día de salud mental y adicciones alberga la consultoría ambulatoria.

Área de internamiento de corta estadía, destinado albergar por cortos periodos a pacientes que han sufrido algún episodio complejo en el deterioro de salud mental.



Ilustración 4, Área de internamiento de corta estadía.

- **CENTRO DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL “SAN RAMÓN”** Actualmente este centro no acepta más pacientes debido que ha sido observado por la OPS (Organización Panamericana De Salud) y la OMS (Organización De Salud Mundial) por albergar criterios de aislamiento y marginación. Debido a su ubicación.

“... a desplazar la atención de salud mental de los hospitales psiquiátricos a la atención comunitaria, con el objeto de integrar la salud mental en la atención primaria y trasladar las unidades de hospitalización para pacientes agudos a los hospitales generales; ...”⁹

Según la organización mundial de salud (OMS) y la Dirección General de Psiquiatría la tendencia es que desaparezcan este tipo de centros, por proyectar un modelo custodial.



Ilustración 5, Fachada principal del centro de rehabilitación de salud mental “San Ramón”.

Una evaluación y análisis del panorama actual en nuestra región, evidencia la deficiencia en los siguientes puntos:

- Las áreas destinadas para el tratamiento en la enfermedad mental están separadas y marginadas por el resto de la medicina y la atención médica, caso ocurente en el hospital de día y adicciones.
- Una arquitectura que da una sensación de confinamiento al paciente por medio de su aislamiento, caso del centro de rehabilitación de salud mental “San Ramón”

⁹ La Organización Panamericana de la Salud. (2010). Apoyo a la Ejecución de las Políticas de Salud Mental en las Américas: Washington, D.C: Biblioteca Sede OPS.

- La arquitectura en ambos centros carece de premisas de diseño que proporcionen seguridad y confort al paciente creando sensación de encierro y abandono por parte de la sociedad.
- No cuentan con área de esparcimiento o ejes articuladores externos haciendo difícil una comunicación social entre paciente, familia y terapeuta.
- Modelo de hospitalización e internamiento, presenta premisas confinamiento, encierro y en mal estado.

Como conclusión los criterios espaciales presentes de ambos centros pueden llegar a producir efectos iatrogénicos en los pacientes, perpetuando o volviendo crónico el trastorno mental.

1.2.1. JUSTIFICACIÓN

Por ese motivo el presente trabajo de investigación se desarrolla con el propósito de poder enfocar la creciente problemática de salud mental en la región de Tacna. Dando el apoyo necesario a la población de riesgo por medio de una intervención rápida a través de la atención profesional siendo acompañado por la familia y la comunidad.

La intervención precoz es fundamental para evitar que la enfermedad alcance plenas dimensiones, controlar los síntomas y mejorar los resultados. Cuanto antes se instaure un tratamiento apropiado, mejor será el pronóstico.¹⁰

Es por esto que se plantea desarrollar una propuesta arquitectónica capaz de dar soporte a la población afectada con una adecuada proyección entre la relación de su configuración espacial y tomando la premisa del modelo comunitario (espacios de recreación activa y pasiva con integración para el paciente, con sus familiares y comunidad). Además, un correcto emplazamiento permitirá a la comunidad integrarse en la recuperación del paciente.

El trabajo de cooperación con las familias para reducir las recaídas se ha visto siempre no como un sustituto, sino como un complemento de la

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001 – Informe sobre la salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

medicación de mantenimiento. De hecho, está demostrado que la terapia familiar añadida a la medicación antipsicótica es más eficaz que la medicación por sí sola para prevenir las recaídas en la esquizofrenia.¹¹

Teniendo la existencia en nuestra localidad de 02 centros de rehabilitación (Centro de Rehabilitación de Salud Mental San Ramón, Hospital Hipólito Unanue) que no cumple con criterios de funcionalidad actuales, además no se dan abasto con la demanda en la ciudad, están acompañados de premisas de diseño obsoletas.

Se identifican tres tipos de barreras¹² que propician un atraso en el tratamiento del usuario:

- Barrera arquitectónica, se relaciona con el diseño, construcción del entorno físico y de su ubicación.



Ilustración 6, Aislamiento del centro mental San Ramón con el área urbana



Ilustración 7, Vista del área de hospitalización de corta estadía, confina al paciente por medio de rejas y tapas de madera

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001 – Informe sobre la salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

¹² Bregaglio, R., Olivera, J., & Acuña, E. (2012). Los derechos de las personas con discapacidad mental. manual para aplicar la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en los centros de salud mental del Perú. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Barreras comunicacionales, el diseño y las prácticas en el modo de comunicarnos.

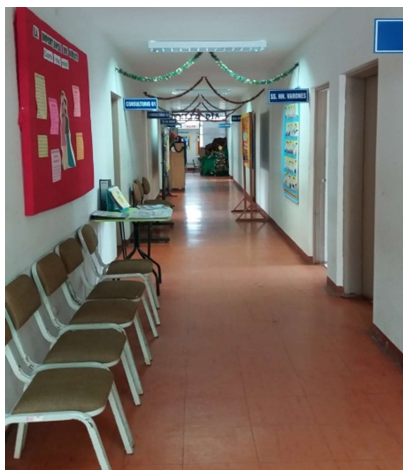


Ilustración 8, Sala de espera del Hospital de día y adicciones, único eje articulador quita privacidad al paciente.

- Barreras actitudinales, aquellas que se plasman en acciones derivadas de prejuicios e ignorancia.



Ilustración 9, Vista del centro de rehabilitación "San Ramón" el confinamiento y aislamiento trae consigo un estigma social para el paciente

Estas barreras forman impedimentos en la rehabilitación y reinserción del paciente hacia la comunidad. Siendo estas reflejadas en los centros de nuestra localidad

Es por esto que estos centros que brindar servicios de prevención, diagnóstico, rehabilitación y reinserción que presentan una tipología arquitectónica institucional y aislada de la comunidad no son más una

solución para la problemática que se quiere captar. El encierro, aislamiento y estimación que estos representan han hecho de aquella tipología sea un modelo caduco.



Ilustración 10, Dormitorios de internamiento del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima-Perú

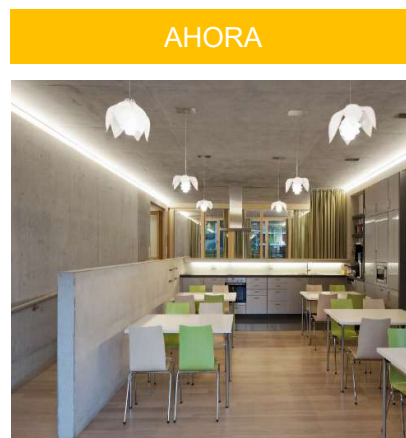


Ilustración 11, Área de internamiento del centro psiquiátrico Friedrichshafen - Alemania



Ilustración 13, Tratamiento exterior, del hospital de día del hospital Hipólito Unanue, Tacna



Ilustración 12, Tratamiento exterior del centro ambulatorio de salud mental San Lázaro, Ecuador

“La amplia experiencia acumulada demuestra que la hospitalización prolongada en grandes instituciones, con personal escaso, interactúa con el proceso esquizofrénico para producir un síndrome de colapso social más devastador que la enfermedad misma”¹³

“La arquitectura es capaz de influenciar profundamente sobre el comportamiento del habitante, es posible convertirla en la fuerza modeladora, rehabilitadora e integradora idónea para influir en la

¹³ Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A. «Salud Mental en el Mundo», Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Editado por la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, 1997.

recuperación y manejo de las enfermedades mentales. Puede contribuir a ayudar a potenciar las nuevas tendencias en tratamiento y rehabilitación psiquiátrico, generando un actuar complementario entre el espacio modelador y la terapia, repercutiendo en forma integral en el actuar, pensar y sociabilizar del enfermo”.¹⁴

“El objetivo es integrar la arquitectura en la terapia del paciente. La noción de “bien-estar” está ligada directamente a la calidad del espacio que rodea al paciente, una búsqueda que intenta disminuir su angustia y su sufrimiento”.¹⁵

Según estudios publicados por el Center of Health Design: “La influencia positiva del espacio... En la recuperación de los pacientes, demuestran también puede reducir costos de tratamiento, disminuyendo el tiempo de permanencia, reduciendo el uso de medicamentos compensatorios, bajando los tiempos de trabajo de enfermería por paciente, aumentando el ánimo de los prestadores de servicio en torno al paciente y reduciendo los costos necesarios para entrenamiento y reclutamiento de personal debido a su mayor vínculo y compromiso con la institución”

1.2.2. IMPORTANCIA

El presente estudio nos permite tener un conocimiento de la situación actual que se encuentran las infraestructuras que brindan el servicio de divulgación y mejoramiento en la salud mental, nos permite proponer un proyecto que cubra las necesidades que viene siendo desatendidas en la Región de Tacna; contribuyendo al cuidado y valoración de las personas que desarrollan una alteración mental; en este contexto la investigación es importante por las siguientes razones:

- Aportará la oportunidad de integración de toda la comunidad sin algún tipo de prejuicio, a través de una correcta participación por parte de la sociedad; charlas, terapias grupales y otros. Con el fin de buscar concientización y sensibilización.

¹⁴ Cordero Briceño, M. (2009). HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO (Título). Universidad de Chile Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

¹⁵ El espectador, 2013 - Víctor Castro, el colombiano que diseña hospitales en Francia – cromos El espectador, http://cromos.elespectador.com/jscroll_view_entity/node/3513/full

- Por qué las cifras de posibilidad de que sufras de algún trastorno mental va en aumento.
- Mejorar la calidad de vida de un grupo poblacional que está siendo desatendido en la Región de Tacna.
- Se tendrá un registro real de los causantes, prevalencias y detonantes de algún trastorno mental.
- Dar una alternativa de solución óptima y adecuada a la persona que está sufriendo o sufrirá algún trastorno mental.
- Eliminar el estigma de que personas con algunos trastornos mental son, “peligrosos” o “desadaptados sociales”

1.3. OBJETIVOS

1.3.1.OBJETIVO GENERAL

Diseñar una infraestructura de un centro especializado en la rehabilitación mental con una tipología de modelo comunitario, generando probabilidades de convivencia comunitaria y su reinserción en la ciudad de Tacna.

1.3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Establecer una adecuada accesibilidad a las personas que padezcan trastornos mentales o corren el riesgo de padecerlos con el fin de llegar a la gran mayoría de la población de Tacna.
- B. Lograr espacios acordes a las nuevas terapias sobre la rehabilitación de la salud mental y además de poder influir en la positivamente en el impacto de la enfermedad mental en los pacientes, sus familias y la comunidad.
- C. Establecer una integración arquitectónica con el entorno.
- D. Establecer un área de esparcimiento, descanso y socialización con un adecuado diseño paisajístico para los distintos tipos de paciente.

1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Centro especializado en la rehabilitación basado en el modelo comunitario asegura la integración y el bienestar de la salud mental de los pacientes a la sociedad en la región de Tacna.

1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- A. El enfoque comunitario permitirá que el usuario no abandone o se separe del seno familiar y su comunidad.
- B. El confort perceptual mitigara y aminorara los trastornos mentales.

1.5. SELECCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

1.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

CENTRO ESPECIALIZADO

1.5.1.1. INDICADORES INDEPENDIENTES

- Infraestructura diseñada a personas con una alteración mental ya sea su grado de intensidad.
- Tipología arquitectónica, modelo comunitario.

1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

REHABILITACIÓN
SALUD MENTAL

1.5.2.1. INDICADORES DEPENDIENTES

- Índice de la oferta y demanda por parte de la población afectada por una alteración mental.
- Población beneficiaria y aceptación del servicio.
- Participación integral por parte de la sociedad

1.6. METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

A. DESCRIPTIVA

Se realiza la descripción de la situación de la infraestructura para la rehabilitación de salud mental, este método nos permitirá identificar la relación que existe entre las variables.

“La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”.

B. ANALÍTICA

Permitirá establecer hipótesis, conclusiones y recomendaciones, del impacto que logrará tener el desarrollo de este proyecto de tesis para un servicio de calidad para el usuario.

“Se refiere a la proposición de hipótesis que se quiere comprobar, el análisis se hace a fin de obtener conclusiones y recomendaciones, que aportaran información precisa y clara para llevar a cabo la propuesta del tema de investigación”.

C. PROPOSITIVA

El fin de la Investigación es concluir con la formulación y desarrollo del proyecto arquitectónico siguiendo con la metodología establecida.

1.6.2. INSTRUMENTOS TÉCNICO – CIENTÍFICO

Documentación como normatividad, bibliografía, usuarios, categorías, especialidades entre otros para esta investigación.

1.6.3. INSTRUMENTOS AUXILIARES

- Recopilación de datos.
- Tomas de fotografías.
- Entrevistas.

1.6.4. ESQUEMA DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN



Ilustración 14, Esquema metodológico – Fuente propia

II. CAPITULO: MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

ANTECEDENTES CONTEXTUALES

ANTECEDENTES NORMATIVOS

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.1.1. HISTORIA DE LA SALUD MENTAL

El término de salud mental, fue acuñado en 1948, para el primer congreso internacional de salud mental en Londres dando como concepto el siguiente:

“La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico”

2.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MENTAL

La salud mental, más que un estado de bienestar, son momentos sujetos a fluctuaciones de factores emocionales, intelectuales, y psicológicos, que estarán regidos por los desafíos diarios - ya sea tomando decisiones, lidiando y adaptándose a situaciones difíciles.

Estos momentos estarán marcados muy especialmente por el relativismo cultural y temporal, ya que esta creará la línea divisoria entre lo “normal” y lo “anormal”; lo que cada individuo entiende por salud mental no será lo mismo para otras culturas o sociedades ni para los de años anteriores o venideros.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental, la salud mental tiene que ver con:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos.
- Cómo nos sentimos con los demás.
- En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

Cuando la salud mental muestra algún tipo de alteración y la persona afectada se angustia de forma intensa y/o interfieren en su vida diaria, se consideran enfermedades mentales o trastornos de salud mental evidenciados por la disminución de habilidades para las relaciones

interpersonales (discapacidad psicosocial), la capacidad de disfrutar de la vida diaria, la capacidad de desarrollar nuevas habilidades estas alteraciones se podrán clasificar en:

- **Carácter momentáneo** (trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos).
- **Carácter intercurrente** (trastornos por conductas adictivas, trastornos de personalidad, estrés post traumático, trastorno bipolar).
- **Carácter permanente** (crónica) como es el caso de los denominados Trastornos Mentales Graves.¹⁶

2.1.3. FACTORES DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS MENTALES CONDUCTUALES¹⁷

El origen y la evolución de algún trastorno mental y del comportamiento van a estar determinados por varios factores. A continuación, se detallará los siguientes factores:

2.1.3.1. FACTORES FÍSICOS

A. ENFERMEDADES FÍSICAS GRAVES

Los individuos afectados por enfermedades muy discapacitantes o potencialmente mortales sufre consecuencias psicológicas debido a una intensa estigmatización y discriminación que van soportando y contribuyen al estrés psicológico que origina ansiedad y depresión. Además, que sus familias se ven afectadas.

B. FACTORES DE USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Es la coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias, comúnmente denominada comorbilidad o patología dual.

¹⁶ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, Avances Y Perspectivas En La Atención A Personas Con Discapacidad Por Trastornos Mentales En El Perú – Instituto Nacional De Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS) – informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas – Suiza, Ginebra – Editorial OMS

C. FACTORES FAMILIARES Y AMBIENTALES

Los estudios indican que todos los acontecimientos significativos de la vida actúan como factores estresantes y que, al sucederse de forma rápida, predisponen al individuo a los trastornos mentales.

2.1.3.2. FACTORES BIOLÓGICOS

A. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA¹⁸

Es sabido que el riesgo de padecer una enfermedad mental está incrementado en quienes tienen familiares con patología psiquiátrica.

B. EDAD

La prevalencia de algunos trastornos mentales tiende a aumentar con la edad. Entre ellos predomina la depresión, frecuente en la población anciana. Ocasionado por el abandono y aislamiento.

2.1.3.3. FACTORES PSICOLÓGICOS

La psicología ha demostrado que algunos tipos de trastornos mentales y del comportamiento, como la ansiedad y la depresión, pueden ser consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante.

2.1.3.4. FACTORES SOCIALES

A. POBREZA.

La evolución de las alteraciones mentales estará determinada por la situación socioeconómica del individuo.

B. CONFLICTOS Y DESASTRES

Los conflictos, en particular las guerras y la agitación social, y los desastres afectan a gran número de personas y ocasionan problemas mentales. Se estima que hay en el mundo unos 50 millones de refugiados o desplazados internos.

¹⁸ MARIA I. QUIROGA DE MICHELENA, 2001 – Genética de las enfermedades mentales, Revista de Neuro-psiquiatría del Perú - http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v64_n3/genetica.htm

El diagnóstico más frecuente es el de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que a menudo se acompaña de depresión o ansiedad.

2.1.4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO

En el contexto histórico, los seres humanos desde un inicio siempre han querido darle un significado a las cosas que perciben. Estos significados estarán explicados por la autoridad imperante en aquel determinado tiempo y espacio.

Es así que cada cultura o sociedad crea sus propias líneas divisorias entre lo “normal” y “anormal” estos límites definen la trasgresión, que se da en formas tales como: lo ilegal, criminal, revolucionario, anormal.



Ilustración 15,
Representación de la
extracción de la piedra de la
locura



Ilustración 16, Fotografía
de un manicomio



Ilustración 17, Tratamiento
grupal

A continuación, se mostrará distintas perspectivas acompañados de cuadros que refleja la visión que se tenía de la salud mental de acuerdo al tiempo y espacio que le corresponde.

2.1.4.1. PERSPECTIVA MÁGICA - RELIGIOSA.

Comprenderá el desarrollo de las grandes culturas y como la perspectiva sobre la salud mental iba variando:

CIV. ANTIGUAS Y ÉPOCAS	DESCRIPCIÓN		
	ORIGEN	TRATAMIENTO	EQUIPAMIENTO
MESOPOT. 4.000 – 538 a. C	Concepción sobrenatural, castigo divino impuesto por demonios tras la ruptura de algún tabú.	El sacerdote, identifica al demonio (pecado, impureza moral) y eran tratados con métodos mágicos-religiosos	Templos o al aire libre.
EGIPTO 3150 a. C	Concepción física (originada en el cerebro, identifican la histeria) o castigo impuesto por los dioses	Terapias de incubación de sueños, ocupacionales, danzas, pintura, además caminatas en los jardines.	Templos donde estimulaban a pacientes con el fin de entretenerse con actividades recreativas.
	DATOS DESTACADOS. Primeros en reconocer al cerebro como "localización de las funciones mentales"		
GRECIA 1200 a. C – 146 a.C	Enfermedad sagrada y concepción física, establece los 04 humores, exceso o disminución origina la enfermedad. Variaciones climáticas trae alteraciones mentales.	Emplearon 03 tipos de tratamientos: la inducción del sueño, interpretación de los sueños, y el dialogo con el paciente.	Templos conformados: templo principal, tholos, abaton, teatro, estadio, gimnasio y posadas. Pasaban por ritos de purificación luego una inducción de sueño, el dios le indicaba que tratamiento seguir
	DATOS DESTACADOS. Se inicia la interpretación naturalista, siendo los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, HIPÓCRATES , establece los 04 humores. Además de ubicar al cerebro como la parte de sentir, pensar y soñar. Fue el primero en clasificar enfermedades; epilepsia, manía, paranoia, delirio toxico, fobias e histeria.		
ROMA 27 a.C al 1453 d.C	Siguen directrices de griegos, pasiones y deseos insatisfechos traen la locura. Además de atenuante en la imputación de responsabilidades	Terapias de griegos. Se inicia los confinamientos y procedimientos restrictivos (hambre, cadenas y grilletes. Torturas y exorcismos por la iglesia	Xenodoquios, lugar de reposo para enfermos físicos o mentales y administrado por sacerdotes. También se mantuvo en el ámbito doméstico.
	DATOS DESTACADOS, GALENO , considera al cerebro el centro de las sensaciones y movimientos. ASCLEPIADES , influencia ambiental de la locura se opone a tratamiento inhumano y al encierro. Se divide las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos (lesiones cráneo encefálicas, alcohol), y mentales (temores, desengaños amorosos). La iglesia toma el poder y decide imponer a las enfermedades mentales como posesiones demoniacas.		

Tabla 1, Perspectiva mágica - religiosa

2.1.4.2. PERSPECTIVA CRISTIANA

En esta etapa existe una involución bien marcada debido a una gran decadencia intelectual de la sociedad occidental. Dejando a la iglesia como ente autoritario y único para establecer lo “bueno” y “malo”, “normal” y “anormal”, lo “loco” y “sano” es por eso que las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas y la demonología (ciencia) debía estudiar los signos o estigmas de la posesión demoníaca.

La muerte pasa hacer un “tratamiento” de salvación para la pobre alma. Pero desde el siglo XIII al XVI. Suceden una serie de enfermedades y epidemias que recaen sobre poblaciones enteras produciendo un cambio de visión, el hombre deja de creer que estos males eran producidos por los pecados y decide buscar nuevas soluciones. Esto da inicio a una pérdida de poder por parte de la iglesia, que viene con un cambio de paradigma que la “cura” no solo depende de Dios sino también de los hombres. Se le ve al cuerpo como portador del mal y para controlar esto se decide que los portadores (los enfermos, pobres, ladrones, locos, asesinos y otros) sean apartados para que no alteren la vida normal de los demás, entonces la reclusión tomara un papel importante. Así se empieza a vislumbrar la época del “gran encierro” que mencionaba Michel Foucault.

CIV. ANTIGUAS Y ÉPOCAS	DESCRIPCIÓN		
	ORIGEN	TRATAMIENTO	EQUIPAMIENTO
EDAD MEDIA S. V d. C – S. XV	Involución del concepto, posesiones demoniacas. vincularlo con algún crimen, mostraba externamente su tormento mental	La iglesia toma el control. Torturas, fuego, ayunos, aislamientos, la muerte y otros.	Monasterios, cárceles, mazmorras y lugares detención. Todos estos espacios fueron de tipo carcelario
	DATOS DESTACADOS. La Iglesia excluyó a la ciencia se inicia la demonología, la acusación de brujería cayó sobre los que padecían alguna enfermedad mental, estas personas se les expulsaba de los recintos, se les prohibía la entrada de sitios públicos		
RENACIMIENTO S. XV – S. XVI	Visión demoniaca. Se tiende a tipificar la sintomatología psiquiátrica como simbolismo de la herejía. Detonante de algún crimen y causadas por demonios negando cualquier	Todo individuo que presente algo “anormal” era torturado o quemado, tomado como acto de piedad “liberación del alma” S. XV, se crean internados que adoctrinan	Primeros centros que acogen enfermos mentales hospitales Con criterios de cárceles. Se reutiliza edificios antiguos, creando

	explicación natural de las mismas.	a los pacientes en una vida religiosa mezclada con un atención hacia el pobre,	lugares de confinamiento
	DATOS DESTACADOS. Promesa de un nuevo espíritu humanismo y conocimiento, pero se convirtió en el capítulo más nefasto de la historia para la salud mental (martillo de las brujas). Con el tiempo los lugares destinados para los enfermos mentales (cárceles, mazmorras), también lo ocuparían los pobres, desocupados, ladrones, mozos de correccional y los insensatos, su "espacio natural".		

Tabla 2, Perspectiva cristiana

2.1.4.3. PERSPECTIVA HUMANISTA:

Hacia el S. XVII, los patrones sociales cambian, las epidemias cesan y el miedo decrece. El hombre empieza a ser valorado por su fuerza de trabajo y el mal ya no está en él, está afuera, es externo.

El conocimiento médico y científico va en aumento. Pero la condición de los enfermos mentales paso de generar una visión de miedo y actos de herejía a tener una perspectiva de desprecio y burla.

"... Al final del siglo XVIII, la situación de los enfermos mentales era en casi toda Europa espantosa ... Se contrata a veces a energúmenos, radicalmente inadaptados, que no habrían podido emplear en ninguna otra parte ...se proponía incluso por razones económicas emplear antiguos prisioneros como enfermeros para los alienados"¹⁹

La situación en el S XIX no cambia sustancialmente, el tratamiento como el encierro, encadenamiento y tortura se extiende por todo Europa, se crean hospitales, asilos y manicomios con características de cárceles donde se le restringe cualquier indicio de libertad al paciente. Este es ingresado para nunca salir, es abandonado y olvidado por toda la sociedad

¹⁹ Emil Kraepelin. (2002). Cien años de psiquiatría. España: asoc. Esp. Neuropsiquiatría.

Se crean una variedad de movimientos y tratamientos como alternativa al modelo establecido:

A. TRATAMIENTO MORAL

El tratamiento moral significó sobretodo un cambio en la concepción misma de la enfermedad mental, que se oponía a la visión anterior del loco como un ser absolutamente irracional con quien resultaba imposible la comunicación, y que debía por lo tanto ser reducido a la animalidad.²⁰

“... Se había devuelto al insano su rango de sujeto al restablecer con él un diálogo durante mucho tiempo interrumpido ...”²¹

La arquitectura paso a tener un rol importante ya que, por medio de una correcta funcionalidad, contando con espacios abiertos a la vida del mundo exterior y una morfología que no presente sensación de confinamiento e inseguridad, de la mano de una adecuada orientación solar y ventilación, se empieza a visualizar a la arquitectura como un herramienta terapéutica y rehabilitadora.

Se empieza a implementar trabajos físicos y manuales, rompiendo así las cadenas generando un mayor desarrollo moral y una mejor disciplina. Postula las siguientes pautas:

- La sociedad tiene obligación de ayudar a las personas con demencia mental.
- Enfoque del tratamiento: existencia de capacidad de autodeterminación (propia conducta).
- Enfoque arquitectónico: la importancia de los espacios que albergara los pacientes.
- La terapia ambiental: para establecer los hábitos de vida.

²⁰ Stucchi-Portocarrero, S. (2015). El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. *Revista De Neuro-Psiquiatría, N° Vol. 03(N° 03)*.

²¹ Postel, J., & Quérel, C. (1983). *Nueva historia de la psiquiatría* (2nd ed.). Paris: Editions Privat.

B. PSIQUIATRÍA

En el siglo XIX, se da inicio a la creación de hospitales psiquiátricos (celdas de aislamientos), brindando tratamientos morales y tratamiento controversiales, incluyendo la inducción artificial de convulsiones (por medio de electroshock, insulina y otras drogas) o cercenando porciones del cerebro (lobotomía o leucotomía).

C. LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Las deficiencias surgidas en el hospital psiquiátrico, como el aislamiento social. Promovido por un internamiento de una larga estadía del paciente, implicaba paulatinamente daños a su comportamiento físico y emocional:

DISMINUCIÓN:

- Del contacto con la sociedad e incluso de su familia.
- De prácticas interpersonales y afectivas.
- Espacios de participación.
- De identidad, al no contar con un espacio propio que le permita identificarse y reencontrarse.

AUMENTA
→

La distancia física, emocional y social de la persona, que lejos de ayudar en su recuperación lo aísla cada vez más.

Esto dio origen a las premisas de este movimiento:

- Prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos.
- Reinserción de los pacientes institucionalizados a la comunidad.
- Orientar a los establecimientos y el mantenimiento de sistemas de apoyos comunitarios para que los pacientes con trastorno mentales leves no lleguen a ser institucionalizados o internados.

D. LA ANTI PSIQUIATRÍA

Tiene como objetivo de rechazar los tratamientos controversiales e invasivos:

- El trato dado en hospitales y psiquiátricos, tratamientos invasivos (electroshock, lobotomías), fuertes tratamientos farmacológicos y deplorables condiciones de vida dentro del psiquiátrico (encierro en celdas).
- Se critica el poder de las compañías farmacéuticas.
- Se critica al núcleo familiar, por los conflictos y tensiones que surgen en ella, haciendo pasar en mayor o menor medida situaciones que podrían afectar al individuo por el resto de su vida.

EDAD	DESCRIPCIÓN		
	ORIGEN	TRATAMIENTO	EQUIPAMIENTO
EDAD MODERNA S. XVII – S. XIX	<p>Dos situaciones; una rodeada del mal, originada por una deficiencia en el cerebro.</p> <p>La otra se limita a la observación y la descripción de los hechos (psiquiatría científica). Dando que cada trastorno mental es por herencia y factores ambientales.</p>	<p>El encierro, torturas, experimentos (vomitivos, daños cutáneos, quemaduras, baños de agua fría) y representaciones en público; detener de ideas “anormales”.</p> <p>Final S. XIII se inicia una nueva labor “tratamiento moral”, pasaran años para que se use S. XIX, encierro y encadenados en fosas oscuras.</p> <p>“Domesticación” por látigos y castigos corporales, camisa de fuerza, inmoviliza al paciente</p> <p>Terapia ocupacional, “arte” de curar a través de trabajos penosos.</p> <p>Tratamiento moral, los pacientes pasan a ser considerados seres humanos tratamiento médico digno.</p>	<p>Se crean los hospitales – industriales, donde cada interno es una herramienta de producción, asilos encerrando a cualquier persona que vagara sola.</p> <p>Se crean hospitales con tipologías de pabellones, radiales y bloque</p>
	<p>DATOS DESTACADOS, PHILIPPE PINEL, la psiquiatría científica, cambia la actitud de la sociedad, dando un trato justo y humanitario, liberándolos. Clasificando en 04 tipos (manía, melancolía, idiocia y demencia). Criterios no llegan hacer tan expandidos después de años. Arquitectura asume un doble papel; transformador del individuo y marginador. En esta etapa se empieza una metodología terapéutica, provocando una reflexión hacia el beneficio del interno.</p>		
SIGLO XX	<p>La salud mental está ligada al medio que el</p>	<p>El internamiento manicomio” donde existirán terapias invasivas (lobotomía,</p>	<p>Se agregan nuevos ambientes para terapias</p>

	<p>individuo se desenvuelve. Se observa que hay que comprender al paciente y los significados asociados a él.</p>	<p>electroshock y otras) y otros considerarán el bienestar. La existencia de fármacos El psicoanálisis, escuchar al enfermo y comprenderlo. Terapia ocupacional saludable.</p>	<p>nuevas, reducción de la población hospitalizada.</p>
<p>DATOS DESTACADOS Las condiciones humanas fueron mejorando junto con la modernizando de nuevos criterios en los viejos hospitales. Se intenta cambiar el modelo tradicional y abre las posibilidades a la rehabilitación y reintegración a la sociedad (antipsiquiatría). Se crea una ley en la que prohíbe los internamientos involuntarios (Franco Basaglia)</p>			

Tabla 3, Perspectiva humanista

2.1.4.4. PERSPECTIVA COMUNITARIA

Busca centrar su interés en como la comunidad puede brindar un soporte y apoyo a la población de riesgo, atendiendo por igual los factores sociales, culturales, psicológicos y físicos causantes de la enfermedad.

TIEMPO	DESCRIPCIÓN		
	ORIGEN	TRATAMIENTO	EQUIPAMIENTO
SIGLO XXI	<p>Se establece que la salud mental estará influenciada por factores biológicos (hereditaria, golpes) y sociales (el entorno donde nos desarrollamos)</p>	<p>Siguen existiendo tratamientos invasivos pero a su vez se desarrolla la psicofarmacología, el psicoanálisis, conductivismo y se da la importancia de las terapias grupales, además de técnicas dramáticas e interacción con el medio que los rodea</p>	<p>Surgen cambios institucionales se opta por un concepto puertas abiertas, creando una tipología donde la sociedad es parte de la rehabilitación y la reinserción de estas personas.</p>
	<p>DATOS DESTACADOS, Nace la Psiquiatría Comunitaria, su interés en las poblaciones más que en los individuos.</p>		

Tabla 4, Perspectiva comunitaria

El modelo o enfoque comunitario marca un hito, genera un cambio de paradigma en todo lo que se conocía sobre el tratamiento y la rehabilitación del paciente dando la alternativa de curar o poder controlar su alteración, con el objetivo de recuperar la independencia por parte del individuo.

La atención comunitaria busca la habilitación de las personas con trastornos mentales y conductuales. En la práctica, el enfoque comunitario implica desarrollar una amplia gama de servicios de ámbito local. El objetivo es asegurar que algunas de las funciones protectoras del centro psiquiátrico sean íntegramente asumidas por la familia y comunidad, e impedir que se perpetúen los aspectos negativos y custodiales de las instituciones. Como enfoque, la atención comunitaria significa lo siguiente:

- Los servicios estarán localizados cerca del hogar.
- Los diagnósticos, intervenciones, tratamientos y asistencias serán personalizadas.
- Servicios coordinados entre los profesionales de salud mental con la familia y comunidad.
- Se prioriza los servicios ambulatorios antes que los internamientos.

A continuación, se detalla las dimensiones y propiedades del modelo tradicional y modelo comunitario:

	MODELO TRADICIONAL	MODELO COMUNITARIO
RÉGIMEN DE INTERNACIONES	La internación está sometida al mayor control del paciente, enclaustrando, sometiendo y anulando su voluntad. Tomando como prioridad el distanciamiento del internado hacia la comunidad	Las internaciones son de corta estadía, su ingreso será de forma voluntaria y acompañado con un fundamentado desarrollado por profesionales,
ALTAS, EGRESOS Y DERIVACIONES	Escaso número de altas, las derivaciones se hallan condicionadas por el número de camas disponibles más que por un criterio de atención sanitaria.	Se propone una acción más decidida para favorecer las altas y/o egresos, efectuando las derivaciones que fueren necesarias para garantizar la calidad de atención.
TRABAJO INTERDISCIPLINARIO	Se establece de hecho la incorporación de diversas disciplinas, pero de forma obligada y que no proporciona ningún beneficio a la salud mental. Subsiste la hegemonía del médico psiquiatra en la toma de decisiones.	Se coordina el trabajo de equipo en salud mental, e incluso se incorpora la participación de miembros de la comunidad, o familiares. Se propone la horizontalidad de las profesiones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	No incluyen al paciente en las tomas de decisiones para las distintas prestaciones asistenciales que le brinden un beneficio o información.	Se incluye el criterio de promover el consentimiento informado para dotar de legitimidad a las prestaciones que se le brindan al paciente.
---------------------------------	---	--

Tabla 5, comparativa del modelo comunitario con el tradicional

Además, marca unos criterios de asistencias que necesita una persona que padece de algún trastorno mental se vuelve clave para una reinserción óptima:

- Diagnostico e intervención precoz.
- Continuidad de la asistencia.
- Cooperación con los pacientes y las familias.
- Participación de la comunidad local.
- Integración en la red de atención primaria de salud.

2.1.5.EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA TIPOLOGÍA ARQUITECTÓNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL.

2.1.5.1. GRECIA.

Los templos de Asclepeion, consagrados al dios Asclepio, estaban destinados a la curación de la salud (física y mental), aparecen en Grecia en el S. VI a.C, y se esparcieron por Grecia, llegando algunas a Egipto y Roma,

El templo era un conglomerado de edificios e instalaciones donde albergaban:

- Un templo principal, donde se encontraba la estatua del dios.
- Un Tholos, edificio circular se hallaba un estanque o manantial.
- El abaton, sala donde se dormían los enfermos para que se produjese la curación. Donde se informaban de todos los sueños o visiones al sacerdote quien prescribía con un tratamiento adecuada por un proceso de interpretaciones.
- Además, espacios como; teatros, estadio, gimnasio y posadas.

Todos estos espacios eran para el disfrute, diagnóstico y rehabilitación del paciente, además no había ningún tipo de separación o exclusión del paciente.



Ilustración 18, Ruinas del Asclepeion de Cos. Grecia

2.1.5.2. ROMA.

Los *Xenodoquios*, estaban en manos monásticas, muchos de estos se emplazaron a lado de los monasterios o iglesias. Esta infraestructura tenía dos objetivos de recibir a peregrinos o viajeros, además de dar cuidado médico al enfermo.

Infraestructura de forma simétrica conformada por una nave central de doble altura de múltiples funciones: ingreso principal, eje central, limitante y de convergencia de los 02 pabellones, además de ser una basílica cristiana, emplazando un tema religioso como ente salvador y rehabilitador para la salud.

Cada pabellón contaba con un tipo de función específico, la primera destinada a albergar y cuidar de manera temporal a una variedad de enfermos siendo estos cuidados por sacerdotes, el segundo como dormitorios de los peregrinos o viajeros.



Ilustración 19, Maqueta virtual mostrando la ubicación de los espacios

2.1.5.3. EDAD MEDIA

Comprende desde el S V al XV. La edad más cruel de la historia, donde la única autoridad competente para la “salvación del alma”, era la iglesia, es así que se crean las mazmorras o cárceles emplazadas dentro de monasterios o a sus colindancias; siendo configuradas como interminables galerías subterráneas conformadas por celdas.

- El Hospital-Patio, cuyo antecedente son los claustros de los conventos y los monasterios de donde surgen los patios claustrales. El patio era un espacio especial que hacía que todo el hospital viva o gire en torno a él.
- El Hospital-Cruz inspirado en las iglesias basilicales en forma de cruz. Aparecen como enfermerías dentro de los conventos, erigidos a la gloria de Dios, pero con otra función: ser un espacio de preparación para la otra vida, un espacio de transición y conversión para alcanzar la “cura”.

Estos eran lugares de encierro y tortura con el fin de infundir el mayor terror a los individuos (personas con alteraciones mentales, ladrones, herejes, vagabundos, asesinos, toda persona que estuviera en contra de la cultura imperante.)

2.1.5.4. RENACIMIENTO

El espíritu humanista da lugar a la proliferación de hospitales y asilos para enfermos mentales en gran parte del mundo, se dan los primeros estudios académicos concernientes a estas enfermedades.



Ilustración 20. Fachada principal del Hospital de Bethlem – Inglaterra

El más importante de ellos fue el Hospital Bethlem, en Londres, Inglaterra. El cual comenzaría a recibir enfermos mentales entre 1403 a 1407. Paso por muchas reparaciones, hasta que en 1676 se reinauguró con la mitad de pacientes menos de la cantidad máxima que puede albergar.

La infraestructura está articulada por un gran eje articulador, un pasillo de 359 metros que atraviesa todo el pabellón que conecta a todas las celdas de los internos. Este elemento es proyectado con la intención de exhibir públicamente la vida interior del hospital.

Las personas internadas eran sometidas a las más deplorables condiciones, malnutrición, aislamiento, ha terapias de encierro e invasivas siendo encadenados por largo periodo.

“entrar en la locura era comprometerse en un viaje sin regreso, bajo un régimen institucional violento, se obligaba a los enfermos a permanecer en reductos insalubres e indignos para cualquiera”²²

²² Emil Kraepelin. (2002). Cien años de psiquiatría. España: asoc. Esp. Neuropsiquiatría.

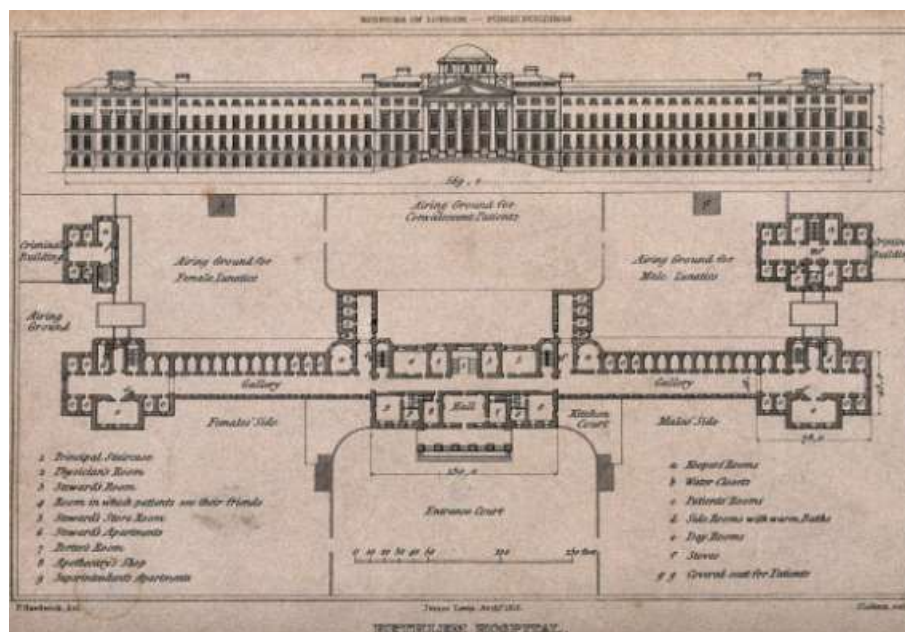


Ilustración 21, Elevación y planta de distribución del Hospital Bethlem.

2.1.5.5. EDAD CONTEMPORÁNEA S. XIX.

Se continúa manteniendo el modelo tipo pabellón en los asilos y hospitales psiquiátricos con la diferencia de que los pacientes son separados en diferentes pabellones de acuerdo a su enfermedad y grado de esta, facilitando la vigilancia por parte del personal médico.



Ilustración 22, Vista frontal del Asilo del norte, Michigan – EE.UU.

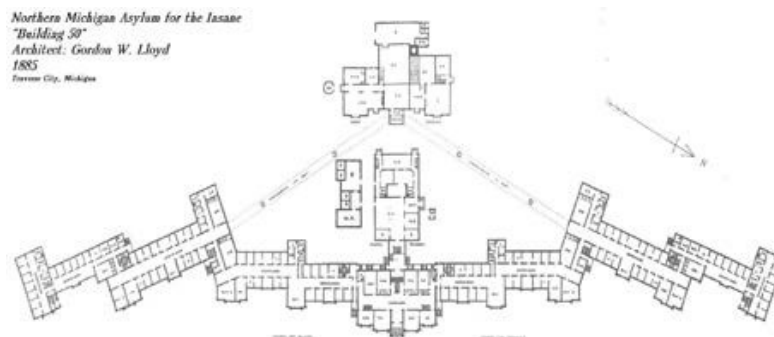


Ilustración 23, Planimetría de distribución del Asilo del norte, Michigan – EE.UU.

La circulación se dará por medio de corredores largos con una escala monumental creando una sensación de intimidación. Empieza a ver ciertos cambios como la creación de espacios al aire libre permitiendo una interacción entre paciente – paciente y paciente – doctor.

Se propone el diseño tipo radial, desarrollado por Antoine Petit en 1774, llamado panóptico, para albergar pacientes con alguna enfermedad mental. Esta arquitectura se desarrolla a través de una organización radial, las celdas estarían al perímetro formando un anillo que estarían abiertos hacia el interior del patio, en el medio del diámetro se alza la torre de vigilancia, y esta misma tiene visual para todas las celdas.

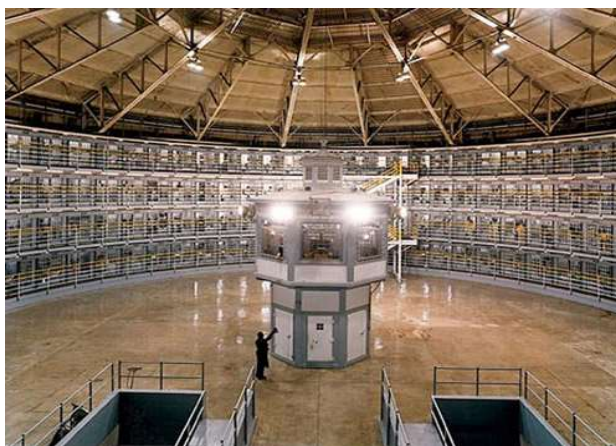


Ilustración 24, Diseño interior del Panóptico.

A mediados del siglo XX, estas condiciones humanas fueron mejorando junto con la modernizando los viejos hospitales, reduce la población hospitalizada para facilitar al proceso de rehabilitación creando un modelo más ambulatorio y como objetivos principales de la modernización se encontraban la eliminación del modelo de panóptico, reducción de dimensiones, creación de nuevos ambientes de terapia, zonas abiertas, grandes patios, etc.²³



CON EL FIN DE BUSCAR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Se intenta cambiar el modelo tradicional por el modelo comunitario que abre las posibilidades a la rehabilitación y reintegración a la sociedad y el cual permite tratar a los pacientes respetando sus condiciones y derechos humanos.²⁴



Ilustración 25, Hospital psiquiátrico de New York

²³ Marietán, H. (2004). Historia de la psiquiatría. Revista Argentina De Clínica Neuropsiquiátrica, (Vol 11, N°04).

²⁴ Baker, A., Llewelyn, R., & Sivadon, P. (1963). Servicios psiquiátricos y arquitectura. *Organización Mundial De La Salud*.

2.1.6. ESTADO SITUACIONAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ

En el Perú, la situación y los conceptos de la psiquiatría han ido evolucionando a lo largo de los años desde “locura” y “manicomio” hacia “salud mental” y “hospital psiquiátrico”, esto se debe al cambio en las estrategias y metodología que se han ido transformando, convirtiéndose en atenciones más humanitarias, modernas y tomando en cuenta la participación de la comunidad.

Desde fines de los años setenta se ha planteado que la Salud Mental es una problemática de la Salud Pública y exige una visión interdisciplinar y multisectorial por parte del Estado. Programas de prevención y promoción de la Salud Mental. Nacen las primeras propuestas comunitarias con el fin de reducir la carga económica de las enfermedades, prevenir su incidencia y elevar el nivel de salud mental y desarrollo de las personas.

“La influencia de la Psiquiatría Social y Comunitaria modifica la conceptualización sobre salud mental. Así, se la considera como cultura asimilada en el contexto socio-familiar que conduce a la persona a un particular estilo cognoscitivo de interpretar la realidad y enfrentar la vida, y a generar conductas individuales y colectivas vinculadas al desarrollo y a la productividad.”²⁵

De acuerdo a los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental (EESM) que desarrolla el INSM “HD-HN” (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”) desde el año 2002, la presencia de al menos alguna discapacidad o inhabilidad en la población general es en promedio del 14%, fluctuando entre 8,3% en las ciudades de la Sierra Rural hasta 26.5% en Lima y Callao²⁶

²⁵ Consejo Nacional de Salud 2004, Título lineamientos para la acción en salud mental – Lima, Perú. Ed. Ministerio de salud.

²⁶ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

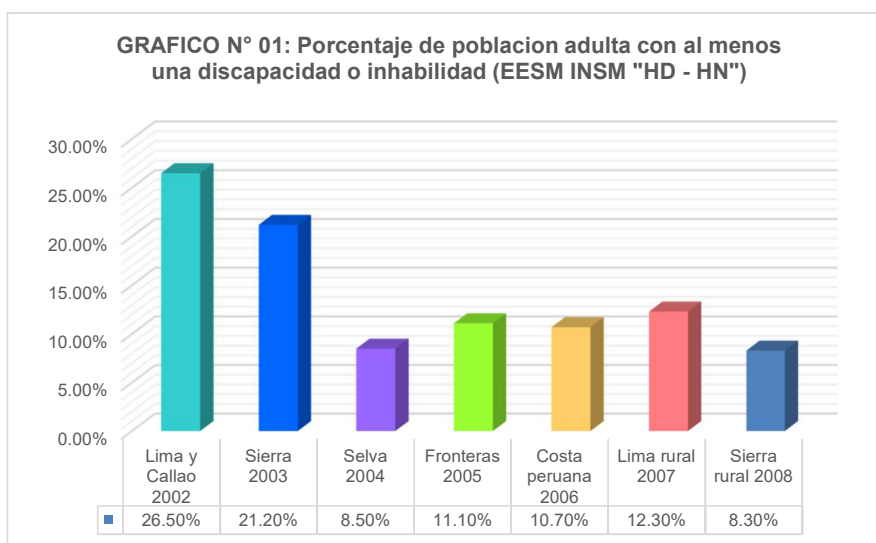


Grafico 1, Porcentaje de población adulta con al menos una discapacidad o inhabilidad – Fuente: INSM “HD – HN”

En cuanto a las actitudes hacia la persona con trastorno mental, se ha encontrado que la aceptación hacia ellas varía desde un 13.3% en ciudades de la sierra rural hasta 35,1% en ciudades de la costa peruana; la actitud de ayuda hacia ellas estuvo presente desde un 42,8% de personas en ciudades de la costa peruana hasta el 58,7% en ciudades de la sierra rural. Las actitudes de alejamiento fueron reportadas por 14,8% de la población, de indiferencia por 4,3% y el rechazo explícito por 1,8% a nivel nacional.²⁷

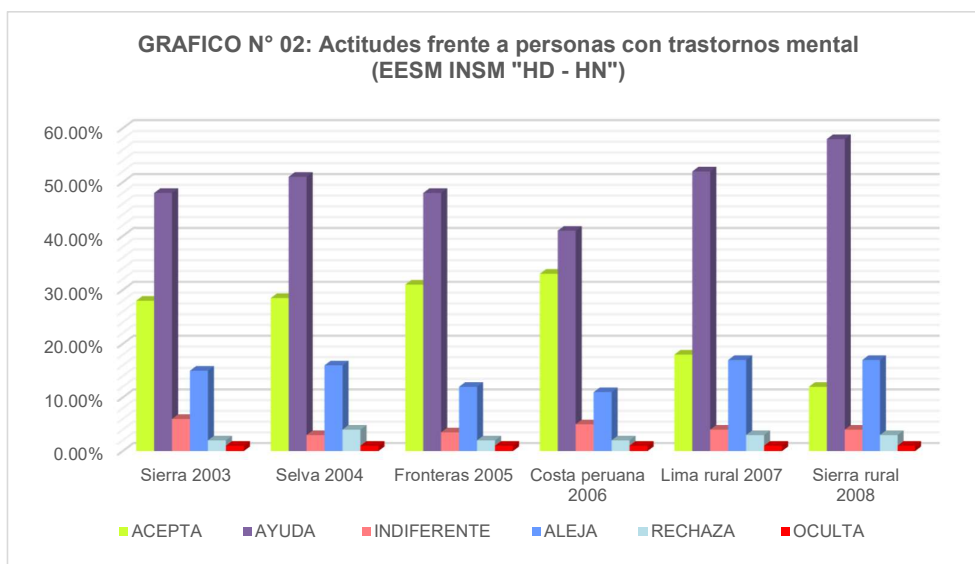


Grafico 2, Actitudes frente a personas con Trastornos mentales – Fuente: INSM “HD – HN”

²⁷ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

Estas cifras nos muestran que al menos 1 de cada 7 peruanos (3 950 907 personas) tendría algún tipo de discapacidad que dificultaría su desempeño personal, familiar, académico, laboral y/o social. En lo referente a la discapacidad específica por trastornos mentales, se encuentra que la prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional que es de 33,7% (9 510 397 personas), lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos en algún momento de su vida presentará algún problema de salud mental. Si se examina la prevalencia actual de cualquier trastorno mental, esta cifra es de 17,6%. A pesar de ser tan frecuente, la brecha del tratamiento o proporción de personas que necesitando atención no la reciben es de 80%, es decir 8 de cada 10 personas con un trastorno mental no reciben tratamiento adecuado. Las razones de ello incluyen dificultades de acceso, oferta, disponibilidad de recursos, estigma y otros factores relacionados, que hacen más complicado su afronte y recuperación con el consecuente aumento de situaciones de discapacidad para dichas personas.²⁸

Las personas con TMG, (trastornos mentales graves) que incluyen a la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y otras psicosis crónicas, incluidas las de causas orgánicas, la población que representa es de 0,5% de la población a nivel nacional (141 000 personas), son las que menos posibilidades de acceso tienen a la inclusión social y reinserción sociolaboral. Son las más estigmatizadas y discriminadas en la sociedad y en las organizaciones civiles (incluidas las que trabajan discapacidad, pues éstas usualmente se enfocan en la ayuda a las personas con discapacidad psicomotora, sensorial o intelectual). De manera similar, el estigma también se percibe en organizaciones municipales, educativas y aún en los servicios de salud en general, que se evidencia por la ausencia un sistema de atención en salud mental que privilegie la atención primaria con capacidad resolutoria frente a estos problemas. Es decir, faltan recursos que hagan posible que las personas con trastorno mental tengan cerca de su domicilio centros y personal de salud capacitado para atender sus demandas de tratamiento, además faltan también centros de atención comunitarios de salud mental con personal especializado que resuelva los casos que no respondan al tratamiento o requieran técnicas y/o intervenciones

²⁸ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

terapéuticas no disponibles en la atención primaria, dejando a los hospitales generales el nivel de mayor complejidad de atención para casos de emergencia y hospitalización breve, como es la experiencia en otros países de la región que han realizado un proceso de reforma en su atención de salud mental²⁹.

En nuestro país las disponibilidades de servicios de rehabilitación para personas con trastornos mentales son escasos, intramurales, concentrados en Lima y con capacidad de atención reducida (grupos terapéuticos ambulatorios de 25 a 75 usuarios). El Ministerio de Salud (MINSA) cuenta sólo tres centros especializados a nivel nacional con personal multidisciplinario capacitado en rehabilitación psiquiátrica para personas con trastornos mentales graves, medianos y leves:



Ilustración 27, Hospital Hermiliano Valdizan – Lima.



Ilustración 26, Hospital Víctor Larco Herrera - Lima



Ilustración 28, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

²⁹ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

Los datos presentados muestran la cantidad de atenciones en los siguientes centros, Hospital Hermiliano Valdizan y el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

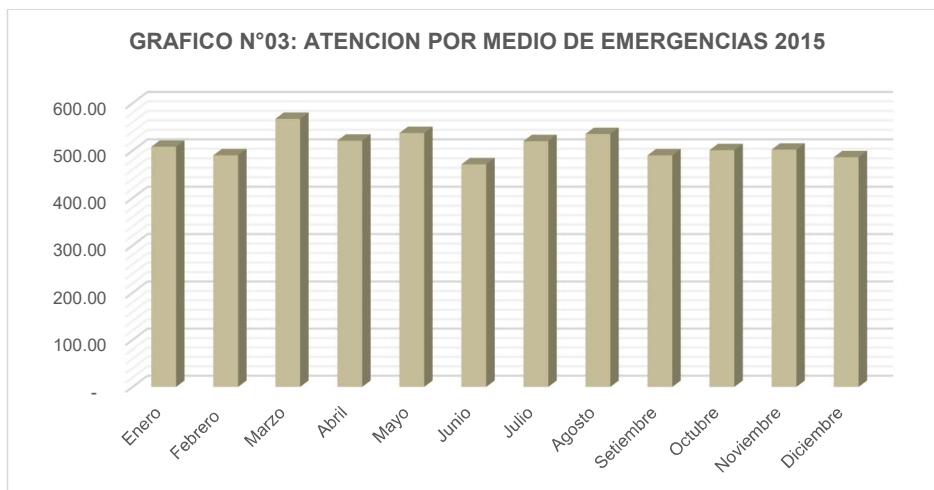


Grafico 3, Atención Por Medio De Emergencias 2015 – Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

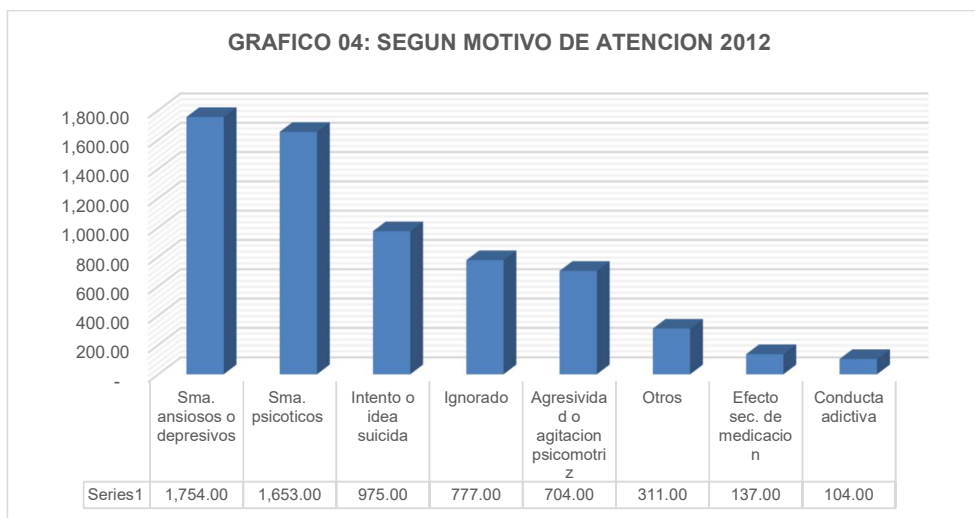


Grafico 4, Según Motivo De Atención 2012 - Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

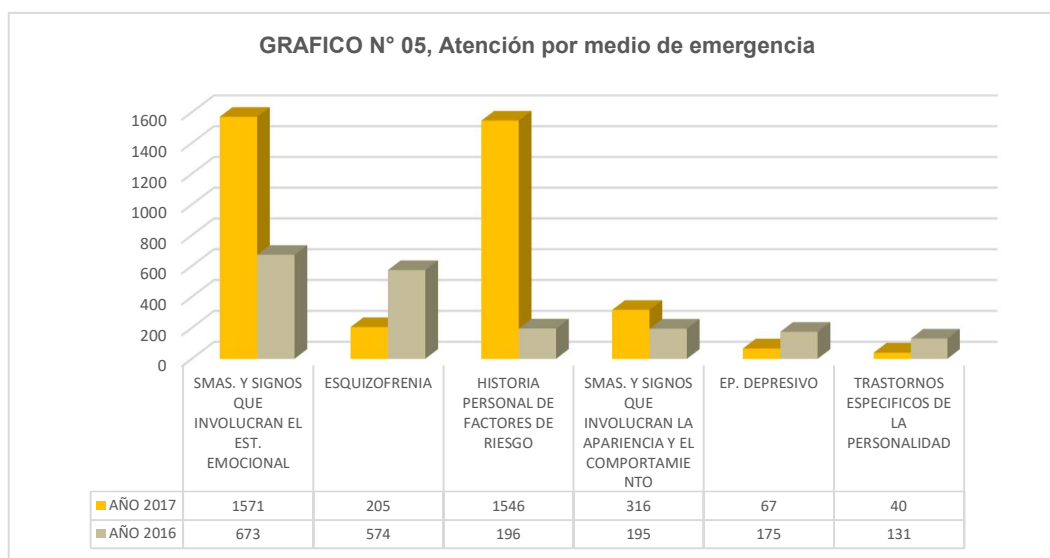


Gráfico 6, Atención por medio de emergencia – Fuente: Hospital Hermiliano Valdizan – Lima.

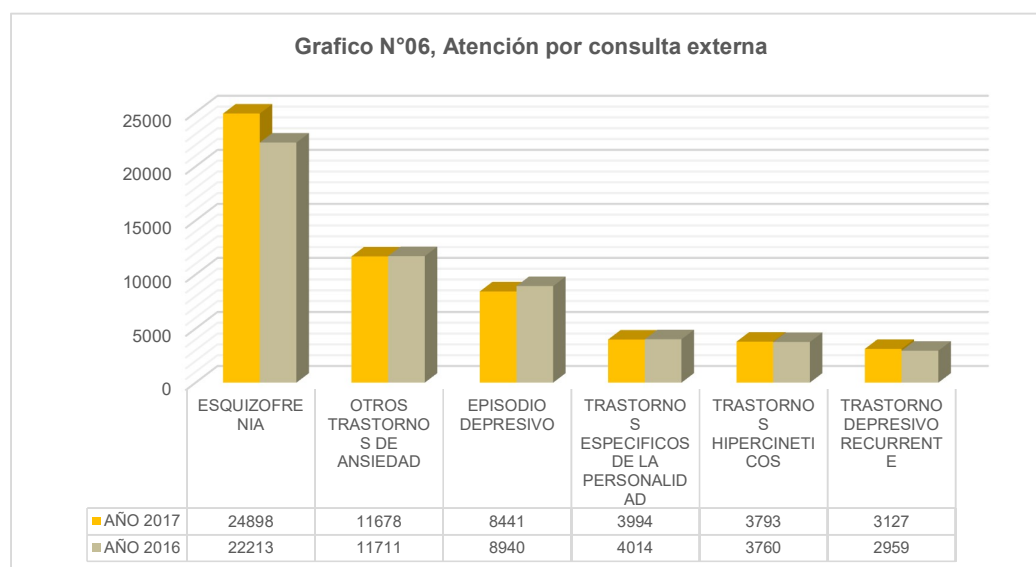


Gráfico 5, Atención por consultoría externa – Fuente: Fuente: Hospital Hermiliano Valdizan – Lima.

El gráfico N°05, atención por medio de emergencia, presenta un incremento de un 233% en enfermedades que implican algún síntoma que alteren el estado emocional un caso parecido se observa en las columnas de historia personal de factores de riesgo, situaciones que exceden las capacidades emocionales del usuario.

El gráfico N°06, atención por medio de consultoría externa identifica que la esquizofrenia representa la mayor demanda por parte del área usuaria, presenta un incremento de atenciones moderado.

En el Seguro Social (Es SALUD), en los Hospitales G. Almenara y E. Rebagliati existen servicios de Rehabilitación para personas con TMG y Hospital de día para personas con trastornos ansioso depresivos y trastornos de personalidad bajo el modelo de terapias interpersonales y vivenciales.³⁰



Ilustración 30, Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins. Lima.



Ilustración 29, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima

Frente a esta realidad y con un enfoque integral de redes y fortalecimiento del primer nivel de atención, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” desde el año 2009 está ejecutando proyectos de Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad (RSMBC)

GRAFICO N°03, REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL BASADA EN COMUNIDAD - NIVEL ESPECIALIZADO

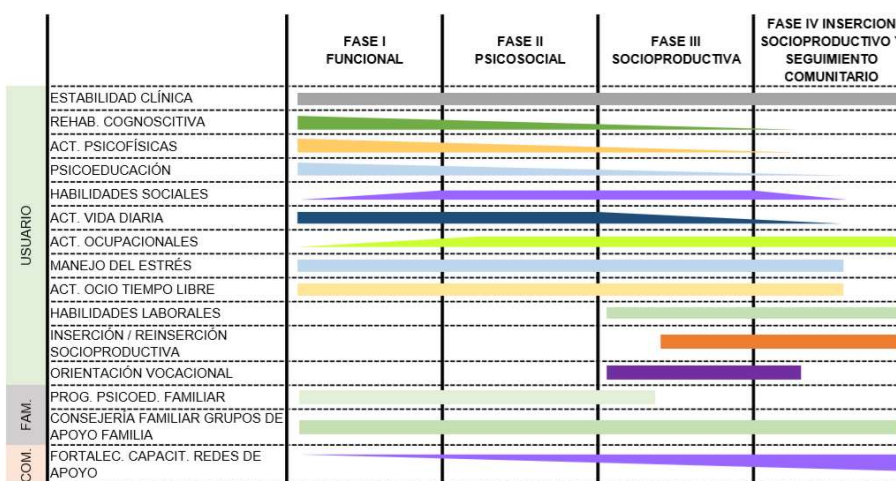


Grafico 7, Rehabilitación en salud mental basada en comunidad – Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima

³⁰ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

Este proyecto, de Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad (RSMBC), Consiste en la recuperación del paciente por medio de una variedad de actividades que serán trabajadas dentro de un marco de cuatro fases, reflejando su avance de rehabilitación. No solo se enfocará en el paciente o usuario, sino que la familia y comunidad se le brindará consejería y fortalecimiento para dar un soporte al paciente. Se describe las cuatro fases:³¹

- Fase 01, funcional. Desarrolla y estimula en el usuario las capacidades funcionales para establecer un desempeño cognoscitivo y de comunicación elemental que le permite su independencia y un adecuado desempeño psicomotor, alineamiento corporal y conducta ocupacional básica.
- Fase 02, Psicosocial. Desarrolla o rehabilita habilidades interpersonales y de vida independiente al máximo nivel de acuerdo al grado de afectación por el trastorno mental, a través de la potenciación del funcionamiento social e instrumental y del fortalecimiento de las redes de apoyo necesarias para mantenerse en su entorno inmediato.
- Fase 03, Socioproductiva. Favorece la adquisición o recuperación de las competencias necesarias para el funcionamiento ocupacional adecuado dentro de su comunidad mediante programas estructurados e individualizados.
- Fase 04, Inserción socioproductiva y seguimiento comunitario. Desarrolla procesos de sensibilización comunitaria y apoyo en los procesos socio familiares de inserción laboral, trabajo protegido, autoempleo y mantenimiento en el mercado laboral comunitario.

³¹ Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

2.1.6.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

A. HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Localizado en el cono este de Lima Metropolitana, distrito de Santa María, entre la intersección de la Carretera Central con Av. La Cultura. Su emplazamiento en medio de dos vías principales permitirá una fácil accesibilidad a la población de riesgo.



Ilustración 31, Esquema de localización.

El hospital hasta la fecha da servicios especializados en Psiquiatría y Salud mental (Consulta Externa, Hospitalización, y emergencia). Abarcando las etapas de promoción, tratamiento, rehabilitación y reinserción.

El complejo está compuesto por una variedad de pabellones de dos niveles que presentan un desfase entre ellos, clasificados por usos y articulados por un eje central que parte desde el ingreso principal y llega hasta la parte posterior que presenta el área de servicio. Además de identificar ejes secundarios que se ramifican del eje central en torno a extensas áreas verdes.



Ilustración 32, Esquema de circulación



Ilustración 33, Esquema de planta de distribución de pabellones

Los pabellones presentan una planta típica simétrica, contiene un eje articulador que se extiende por toda la infraestructura distribuyendo a cada uno de los espacios. El pasillo contendrá una iluminación cenital por medio de claraboyas.



Ilustración 34, Vista del ingreso principal desde la Av. Nicolás de Ayllon.

B. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DELGADO - NOGUCHI

Está emplazado en la intersección de la calle Eloy Espinoza y la Av. Juan Vicente Nicolini. Su emplazamiento en medio de dos vías principales permitirá una fácil accesibilidad a la población de riesgo.



Ilustración 35, Esquema de localización.

Cuenta con 01 acceso peatonal principal, que está ubicado en la Calle Eloy Espinoza. Presenta un retiro de más de 3 ML

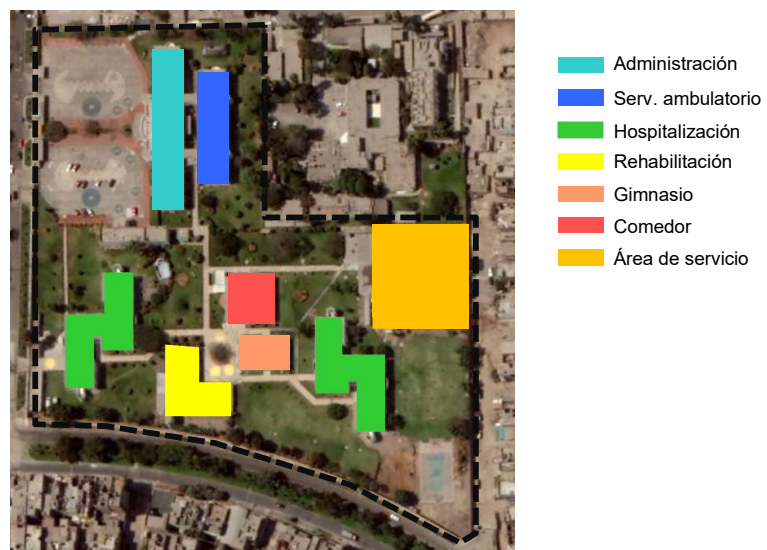


Ilustración 36, Esquema espacial de todo el instituto

Podemos resaltar en los planos esquemáticos la importancia que se le da al espacio libre y de ocio, rodean a cada infraestructura existente permitiendo que los pacientes deambulen libremente por el área libre del centro

Las infraestructuras estarán libres de obstáculos proporcionando una correcta iluminación y ventilación además de crear una variedad de vistas. Lo que no se percibe claramente es un eje articulador que permita distribuirnos de manera intuitiva por todo el instituto.

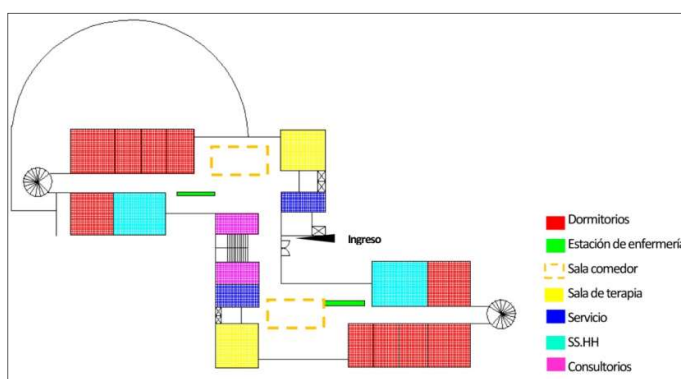


Ilustración 37, Esquema espacial del área de hospitalización

La imagen muestra la planta típica del pabellón de hospitalización, se puede observar que cuenta con espacios especiales para la terapia de pacientes, consultorios estación de enfermería, dormitorios con vistas hacia el exterior, salas comedor como espacio principal de encuentro de los pacientes y los núcleos de circulación están a una distancia máxima de 25 metros.

2.2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Parte de las investigaciones es detallar información, conceptos y bases teóricas relacionados directa o indirectamente con nuestra tesis; respaldadas por autores que hayan investigado acerca de nuestro tema, con la finalidad de puntualizar y comprender lo que se busca es dar validez a nuestra investigación.

2.2.1. PRECISIONES CONCEPTUALES

2.2.1.1. SALUD MENTAL

Según la OMS: “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

Según en el Informe Salud mental en el Mundo³², se plantea que la salud mental está relacionada con las fuerzas sociales a través de la economía familiar y comunitaria, el ambiente y los recursos con los cuales cuenta la persona; por eso, la pobreza y el estancamiento económico, el hambre, la desnutrición, el hacinamiento urbano, la explotación sexual, el desempleo, las condiciones inadecuadas de trabajo, entre otros, pueden menoscabar la salud mental. En tal sentido, la salud mental es también una cuestión de bienestar económico y político.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La salud mental está relacionada con el despliegue de las diversas capacidades o factores humanos (emociones) en los diferentes momentos de la vida. Está asociada a la posibilidad de disfrutar y derivar satisfacción de las cosas que hacemos, sean grandes o

³² Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A. «Salud Mental en el Mundo», Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Editado por la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, 1997.

pequeñas. Supone construir y desarrollar vínculos activos, transformadores de la realidad, que nos permitan atender nuestras necesidades y responsabilizarnos por nuestro propio bienestar psíquico y el de los demás. Es también la habilidad de conocer las capacidades, limitaciones y cómo estas interactúan con las determinantes sociales, económicas y culturales ³³

La siguiente ilustración presenta como se identifica y clasifica los diferentes tipos de usuarios que presenta algún riesgo a la salud mental:



Ilustración 38, Descripción de tipos de pacientes

2.2.1.2. REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

Según el Instituto Nacional De Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”:³⁴

Es un proceso cuya meta es ayudar a las personas que han desarrollado trastornos mentales, a tener y mantener una

³³ Vega, Marisol; Valz Gen, Viviana; Rivera, Miryam y Moya, Adriana (2005). Salud Mental: Tarea Compartida. Publicaciones en Salud. Lima: Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud

³⁴ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", <http://www.inism.gob.pe/departamentos/rehabilitacion/presentacion.html>

participación activa dentro de su familia y comunidad, mejorando su forma de relacionarse con los otros llegando a ser productivo y sintiéndose mejor consigo mismo.

Estarán desarrolladas para las personas que han desarrollado trastornos mentales o emocionales y como consecuencia de ello tienen dificultades para funcionar en tres o más aspectos básicos de su vida cotidiana: higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, aprendizaje y tiempo libre lo cual disminuye o impide el desarrollo de la propia independencia económica.

Brindándoles apoyo en:

- Para el control de la medicación.
- Para su aseo e higiene personal.
- Para el mantenimiento actividades de su casa.
- Para el manejo adecuado del dinero.
- Para el movilizarse en medios de transporte masivo
- Para su independencia personal.
- Para el logro de una vida productiva.
- Para mantener relaciones familiares y sociales cordiales

2.2.1.3. ATENCIÓN INTEGRAL.

Según el Ministerio de Salud (MINSA):³⁵

La idea de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro.

Basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable

³⁵ Ministerio de Salud. (2005). Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud. Lima.

2.2.1.4. TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES

Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental:³⁶

Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más etapas de la vida.

A. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Actualmente hay dos sistemas ampliamente establecidos para la clasificación de los trastornos mentales:

- Clasificación internacional de Enfermedades (CIE - 10), creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

Se utilizara la clasificación del CIE – 10³⁷ debido a que el Perú es miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de Salud, es un organismo que pertenece a este. Además de ser la más usada en los tratamientos. A continuación, se describe los trastornos que más padece la población del Perú.

- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas**

³⁶ Z_Enfermedad mental – Avifes https://avifes.org/z_enfermedad-mental/

³⁷ Dr. Pedro García Parajuá, Dra. Mónica Magariños López, 1994 – guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Ed. Medica Panamericana.

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos.

- **Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.**

Esquizofrenia, trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Trastorno esquizotípico, caracterizado por episodios recurrentes de un trastorno del estado de ánimo incluyendo distorsión de la realidad alternados o simultáneos con episodios maniacos o depresivos.

- **Trastornos Del Humor (Afectivos)**

Son estados que sobrepasan los límites de la normalidad en el umbral de la tristeza y de la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Se encuentran clasificados como:

- Episodio maniaco
- Trastorno bipolar
- Trastorno depresión recurrente
- Trastorno de humor (afectivos) persistente
- Otros trastornos del humor (afectivos)

Episodio de depresión, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Se categorizan en leves, moderados, graves con o sin síntomas psicóticos

- **Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión). A continuación, se describe las más frecuentes:

Trastornos de ansiedad fóbica, situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos peligrosos. Estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados causa temor. Su gravedad varía desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico.

Otros trastornos de ansiedad, no se limita a ninguna situación ambiental en particular. Puede presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

Trastornos obsesivo - compulsivo, Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales y acciones que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo. Suelen ser siempre desagradables o carentes de sentido y el que los padece suele intentar.



Ilustración 39, Ciclo de impulsos del Trastorno obsesivo – compulsivo.

2.2.1.5. TRATAMIENTO.

A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existe un gran número de fármacos psicoactivos, sustancia química al introducirse por cualquier vía ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso, basados en la manipulación química de la neurotransmisión cerebral. Logrando modificar la conducta, la cognición y las emociones.

B. TRATAMIENTO DE PSICOTERAPIA

También llamada, “Terapia hablada”, se basa en la suposición de que la clave para la curación del sufrimiento individual está dentro de la persona, y que puede ser facilitada a través de una relación de confianza y apoyo con el psicoterapeuta. Al crear un ambiente de empatía y aceptación, con frecuencia el terapeuta es capaz de ayudar al paciente a identificar la fuente de sus problemas y a considerar alternativas para afrontarlos por medio de cambios en sus actitudes y conductas. Cuenta con los siguientes tipos de terapias:

- **Psicoterapia de apoyo**, se basa en el establecimiento de una relación empática y de apoyo entre el sujeto y el terapeuta. Este tipo de relación estimula la expresión de sentimientos por parte del sujeto de manera que el terapeuta puede proporcionarle ayuda para la resolución de sus problemas.
- **Psicoanálisis**, consiste en que el sujeto tendido en un diván en el consultorio del terapeuta, trata de verbalizar cuanto le pasa por la cabeza. Esta práctica se denomina asociación libre. El enfoque se centra en su mayor parte en comprender cómo ciertos patrones de relaciones personales del pasado se repiten en el presente.
- **Terapia conductual**, la base teórica es la teoría del aprendizaje, según la cual las alteraciones de la conducta son consecuencia de un aprendizaje incorrecto. La terapia conductual implica cierto número de intervenciones que tienen por objetivo ayudar al sujeto a desaprender conductas mal adaptadas en tanto que aprende otras que sí son adaptadas.

C. TERAPIAS OCUPACIONALES

Según la Organización Mundial de Salud: “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamientos y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

Para poder realizar cualquier actividad (ocupación), la persona tiene que tener la oportunidad de participar en ella, por tanto, el terapeuta ocupacional también interviene para promover, abogar y facilitar la participación social de la persona considerando su entorno y su cultura.

D. TERAPIAS GRUPALES

Centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse sus problemas en contexto grupal, ayuda a resolver las dificultades emocionales y estimula el desarrollo personal de los participantes por medio de la retroalimentación de los otros y el estímulo para experimentar conductas sanas, primero dentro del grupo y luego en el mundo real.



Ilustración 40, Realización de terapias grupales.

2.2.1.6. CENTRO ESPECIALIZADO

Es una infraestructura organizado en espacios y servicios básicos que permite llevar a cabo actividades humanas en un espacio

geográfico determinado. Estos elementos están interconectados formando un sistema de apoyo para la sociedad proveyendo servicios que aumentan la calidad de vida de un grupo de personas.

2.2.1.7. HOSPITAL O CENTRO DE DÍA

El Hospital o Centro de Día es un recurso sanitario de asistencia complementaria integrada en la red de salud mental orientado a promover la contención, la rehabilitación y la reinserción sociocomunitaria de los pacientes que padecen algún trastorno mental grave, ofreciendo una atención menos restrictiva que la atención hospitalaria pero más intensa que la atención ambulatoria con una estancia parcial de seis a ocho horas durante el lapso necesario para lograr la estabilización clínica, por medio de diferentes actividades:

- Valorización y supervisión médica.
- Intervención social.
- Terapia física, psicológica y ocupacional.
- Alimentación.
- Recreación.
- Educación al paciente y su familia.

Y acompañado de una atención y seguimiento al paciente, este logra poder rehabilitarse y es derivado al servicio de salud mental ambulatorio más cercano al domicilio del usuario correspondiente.

2.2.1.8. INTERNAMIENTO U HOSPITALIZACIÓN

Destinado a brindar el servicio de internamiento u hospitalización al paciente que padezca algún trastorno con problemas de salud mental que requiera una atención constante y prolongada, el periodo mayor de internamiento será de 45 días. Las premisas que consideran para un correcto internamiento son:³⁸

- El internamiento u hospitalización forma parte del proceso de cuidado continuo de la salud.

³⁸ Ministerio de Salud (MINSU). (2015). *Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental*. Lima.

- Requiere el consentimiento informado libre y voluntario del paciente, o de su representante legal, cuando corresponda.
- Se realiza cuando brinda mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria.
- Se prolonga el tiempo estrictamente necesario para la estabilización clínica, 45 días como máximo.
- Se lleva a cabo en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente.
- Al momento del alta médica, debe asegurarse la continuidad de cuidados de la salud ambulatorios que requiere cada caso.

2.2.1.9. HOGARES Y RESIDENCIAS PROTEGIDAS

- Son servicios médicos de apoyo que brindan áreas de residencias transitorias, alternativos a la familia, para personas con algún grado de discapacidad de causa mental que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de su familia.
- Los hogares protegidos se orientan a pacientes en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar suficiente.
- Las residencias protegidas, se orientan a pacientes clínicamente estables, en condiciones de alta hospitalaria, pero con secuelas discapacitantes, pero que aún requieren cuidados por las secuelas discapacitantes.
- Los hogares y residencias protegidas dependen de la red de salud correspondiente y coordinan, según el estado del paciente con problemas de salud mental en tratamiento, con la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, la Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones del hospital general local, con el Centro de Salud Mental Comunitario y con los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

2.2.2. BASES Y ENFOQUES TEÓRICOS

2.2.2.1. ARQUITECTURA PARA CENTRO DE SALUD: ASPECTO GENERALES ³⁹

El diseño de cualquier tipo de establecimiento de salud, desde las unidades básicas de salud hasta los hospitales de mayor complejidad, requiere que se tomen en consideración un conjunto de lineamientos y especificaciones técnicas que aseguren condiciones óptimas para la operación y seguridad de la edificación. Consideraciones de diseño hospitalario

A. SEGURIDAD:

Proveer a los pacientes con un ambiente cálido no institucional, a fin de disminuir el miedo y afianzar su confianza. El ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones. Por ejemplo, al momento de seleccionar los acabados, debe tomarse en consideración que no hay necesidad de crear todos los ambientes asépticos dando prioridad al mantenimiento, por el contrario, debe procurarse la utilización de acabados que produzcan un ambiente acorde con un programa orientado a dar soporte y minimizar la alienación de los pacientes.



Ilustración 42, Hospital Larco Herrera – Lima, Perú



Ilustración 41, Hospital Psiquiátrico Helsingor - Dinamarca

³⁹ Sonia Cedrés de Bello, 2000 - HUMANIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS AMBIENTES HOSPITALARIOS – Revista de la facultad de medicina, vol. N 23.

B. FLEXIBILIDAD

En el diseño para cambios futuros. A pesar de las técnicas de tratamiento de los pacientes tienen una tendencia a continuar, los espacios planificados hoy serán modificados dentro de 10 a 15 años. Así pues, lo más adecuado es que los espacios construidos en el presente sean lo más flexibles y modulares como sea posible. Los equipos utilizados hoy en día son muy voluminosos y pesados, la tendencia de los avances tecnológicos es de simplificar cada vez más dichos equipos.



Ilustración 44, Mamparas o puertas corredizas, conexión directa al jardín



Ilustración 43, Elementos pivotantes o celosías móviles

Por tal motivo los espacios presentaran características multiusos, con elementos que permitan la flexibilidad permitiendo un agrandamiento de las áreas o logrando una conexión directa hacia los jardines.

C. FUNCIONALIDAD:

Organizar los espacios con el fin de proveer máxima eficiencia funcional. Esto puede ser alcanzado principalmente en la planificación de las circulaciones, minimizando conflictos de la circulación de pacientes y del personal, haciendo las circulaciones directas con un sistema claro de orientación, y de flujo continuo evitando situaciones áreas a fin de usarlas a un alto nivel de ocupación y a la vez evitando largos períodos de espera y áreas recargadas de pacientes. Los espacios y las actividades deben organizarse de manera de evitar largas distancias y circulaciones para los pacientes y el personal, lo

cual reduce el tiempo de traslado de un lugar a otro y se traduce en eficiencia.

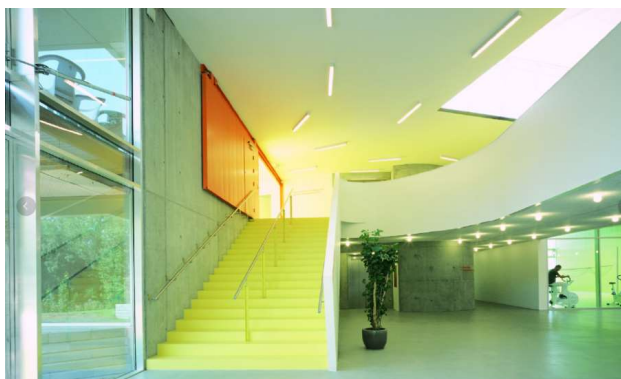


Ilustración 45, Hospital Psiquiátrico Helsingor – Dinamarca.

D. PRIVACIDAD

La privacidad es una consideración primordial en el diseño de los ambientes conductivos a la práctica de la Medicina. El ambiente físico como el tamaño de los espacios debe proveer adecuados niveles de privacidad. Son necesarios espacios personalizados donde las familias puedan esperar juntas con un mínimo contacto con los otros pacientes, pero también es conveniente tener espacios que insinúen cierta sociabilidad y estimulen el contacto personal.

E. ACCESIBILIDAD

El diseño de la edificación debe reflejar consideración por la accesibilidad de pacientes en sillas de ruedas, con muletas o en camillas en todas las áreas de pacientes.

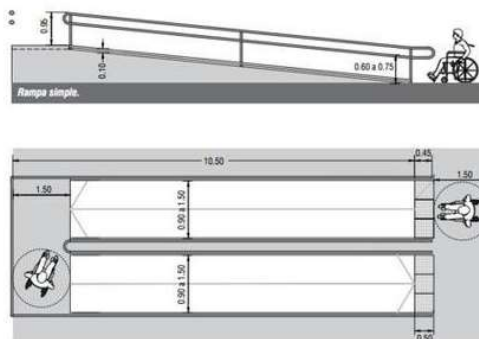


Ilustración 46, Esquema de una rampa de acceso.

F. CONFORT

Es otro criterio fundamental en el diseño de clínicas donde los pacientes deben hacer largas y repetidas visitas; este aspecto se refiere principalmente al equipamiento, mobiliario y acondicionamiento ambiental.

El aspecto más resaltante y al que se le da más importancia en los criterios a considerar en un hospital es la experiencia del paciente dentro del hecho arquitectónico y cómo mejorar su paso por el mismo. El hospital debe estar diseñado a favor del usuario, acortando distancias, propiciándole un ambiente confortable, accesible, seguro y fácil de identificar.



Ilustración 47, Imagen de las viviendas de corta estadía - Hospital Psiquiátrico Kronstad, Noruega.

2.2.2.2. EL JARDÍN COMO UNA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA: IMPORTANCIA DE LOS ESPACIOS EXTERIORES⁴⁰

Entre los años 1950 a 1990 se pierde completamente el concepto del valor terapéutico de la naturaleza en la mayor parte de los hospitales occidentales.

Sin embargo, en los siglos pasados y hasta antes de 1950, los jardines en los hospitales fueron considerados fundamentales en la recuperación del enfermo. Que pudiese disfrutar del buen aire, del sol y de las propiedades de sanación de algunas plantas siempre fueron elementos importantes.

⁴⁰ Mulé, C. (2015). Jardines terapéuticos. *Consensus*, 20(2), 139-155. doi:10.33539/consensus.2015.v20n2.412



Ilustración 48, Hospital Psiquiátrico Kronstad - Noruega

Según el psiquiatra David G. Cooper:

El hospital tiene que ser abierto, no encajado entre altas paredes. El jardín tiene que estar directamente conectado con el hospital o al límite muy cerca de él. Porque la vista de las flores y los escenarios alegres vigorizan al paciente, la vista del jardín los alienta a querer caminar. El jardín de un hospital debe tener todo lo necesario que incentive una vida saludable. Te debe ayudar a olvidar la debilidad y las preocupaciones y fomentar una actitud positiva. Haciendo grupo con muchas plantas para fortalecer los aromas. El canto de los pájaros que encuentran reparo en los árboles alentarnos con su canto regocijando nuestro corazón.

Según el médico y arquitecto paisajista Stephen Mitrione:

Un jardín terapéutico puede proporcionar alivio de la angustia psicológica causada por una enfermedad, pero no curar la misma.

Los beneficios que trae:

- ✓ Reducir el estrés ayudando al cuerpo a encontrar su propio equilibrio.
- ✓ Reducir el dolor.
- ✓ Reducir la depresión, especialmente si incentiva el movimiento.
- ✓ Mejorar la calidad de vida en los enfermos crónicos o terminales.
- ✓ Ayudar al paciente a evocar sus propios recursos de sanación.
- ✓ Ayudar al paciente a aceptar su condición de incurable.
- ✓ Crear un ambiente adecuado donde el paciente pueda realizar terapias físicas, hortícolas, etc.

- ✓ Ser un espacio donde el personal pueda descansar en sus pausas laborales y desestresarse, con un aumento en la producción y la calidad del servicio.
- ✓ Disminuir el costo en algunas categorías de hospitalizados, reduciendo el tiempo de hospitalización y el uso de analgésico.
- ✓ Ser un espacio donde se puedan reunir o encontrar los pacientes con sus familiares en un ambiente menos institucional que un hospital.



Ilustración 49, Ayuntamiento de Mollet del Vallés, Barcelona.



Ilustración 50, Jardín de plantas aromáticas.

2.2.2.3. TEORÍA DEL CONFORT PERCEPTUAL⁴¹

Es referido a aquellos aspectos que tienen una relación con la comodidad y calidad de la permanencia en los establecimientos de salud, de pacientes y del personal. Aspectos que se han visto incentivados por los avances tecnológicos, utilización de criterios novedosos en la arquitectura (iluminación, color, temperatura, ventilación, formas).

A. ESTÍMULOS SANADORES:

Investigaciones en el área del comportamiento, han documentado que los espacios o lugares con características “sanadoras” pueden disminuir el nivel de estrés de las personas. Un espacio que permita calma, aliviar y tranquilizar a las personas, requiere de la introducción de elementos positivos, como vistas a la naturaleza, obras de arte, acuarios y plantas. Los estímulos que se reciben desde el exterior,

⁴¹ Canales Cifuentes, C. (2008). Arquitectura Hospitalaria Hospitales de Niños en Santiago: “de la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura sanatoria”. *Revista Electrónica DU&P. Diseño Urbano Y Paisaje De La Universidad Central De Chile, Volumen V(N°13)*.

tienen efectos directos sobre el estado de ánimo. En el ámbito de sensaciones visuales, se ha comprobado que el efecto del sol es estimulante de la glándula pineal, situada en la base del cerebro y detonadora de un nivel más activo de respuestas, así se explica lo estimulante que es la luz solar y su importancia en el desarrollo arquitectónico de cualquier tipo de proyecto.



Ilustración 51, Hospital Psiquiátrico Elsinor – Dinamarca.

B. VARIACIÓN TEMPORAL DE LOS PARÁMETROS DE CONFORT

Las respuestas de ocupantes de un ambiente, a los parámetros ambientales, pueden ser mucho más dispares de lo que los estudios convencionales de confort establecen. Entre los factores psicológicos a considerar en el diseño ambiental, es importante la variación temporal de los parámetros lumínicos, térmicos y del aire. Sea por la necesidad psicológica de cambio de la percepción o por factores fisiológicos involucrados en dicha percepción, las energías naturales admiten márgenes de confort mucho más amplios que los ambientes estáticos artificiales. La posibilidad de control, de las características del propio ambiente por parte de los usuarios, está ligada con la sensación de claustrofobia en ambientes cerrados, que se agudiza con elementos como colores cálidos, altas temperaturas, sonidos graves, alto nivel de ruido, etc.

2.3. ANTECEDENTES CONTEXTUALES

2.3.1. EXPERIENCIAS CONFIABLES

2.3.1.1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HELSINGOR



Ilustración 52, Vista cenital del Hospital psiquiátrico Helsingor

DATOS GENERALES:

Arquitecto: Bjarke Ingels Group

Área Construida: 6.000 m²

Terminado: 2006

Ubicación: Dinamarca

A. FORMA.

El hospital está concebido a partir del diseño de un copo de nieve. Cada brazo representa un pabellón, existen 04, estos están emplazados de forma asimétrica, se distribuyen en distintas direcciones y en longitudes que varían según la importancia de la zona. Permitiendo generar vistas privilegiadas para los ambientes que necesiten como habitaciones y área de terapias. Estos pabellones se interceptan en un punto central, hall principal, un nodo de distribución para todo el hospital.

El hospital está desarrollado en dos niveles que está marcado por la severidad de la salud mental del tipo de usuario. Además, que cuenta con una conexión directa hacia el hospital principal por medio de un puente



Ilustración 53, Puente, conecta ambos hospitales

A continuación, se detalla un esquema formal del hospital, donde el nivel representa la severidad del trastorno mental del usuario y como estos son articulados por áreas de apoyo, área de esparcimiento.

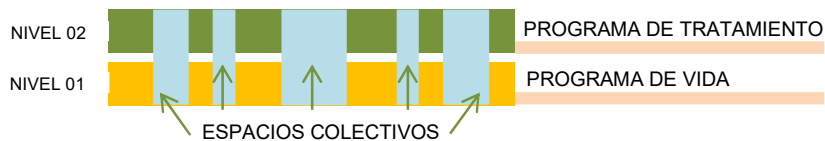


Ilustración 54, Esquema de sección del Hospital

B. FUNCIÓN.

El hospital psiquiátrico presenta cuatro accesos: 02 son vehiculares, 02 es peatonales.

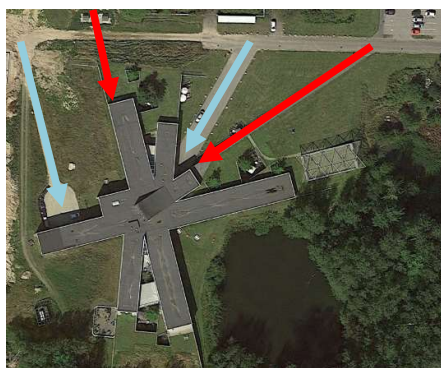


Ilustración 55, Esquema de ingresos



El hospital psiquiátrico se organiza en dos programas principales:

- Un programa de vida, conformado por los espacios destinados a la residencia (internamiento), y todos los espacios de refuerzo (área de consultas, áreas de terapias, gimnasio, sala de trabajo, áreas de esparcimiento social ya sea en área libre y cerrada). Todas estas áreas estarán emplazadas en el primer nivel, primando a cada espacio vistas hacia el exterior que lo rodea (lago y colinas).



Ilustración 56, Esquema de distribución, Primer nivel.

- Un programa de tratamiento público, estará conformada por las consultas ambulatorias y el departamento de psiquiatría se reúnen alrededor de la llegada. Las unidades individuales las oficinas y área de tratamiento a un lado y las áreas de espera al otro lado.



Ilustración 57, Esquema de distribución, Segundo nivel

Así mismo, se proyecta “espacios colectivos”, pequeños patios de área libre o cerrada que se envuelto por los pabellones



Ilustración 58, Espacio colectivo

El edificio cumple con las necesidades de la metodología de psiquiatría moderna, para cumplir el concepto principal de diseño fue necesario eliminar los estereotipos clínicos como el vestíbulo de un hospital tradicional, pasillos sin ventanas, habitaciones a ambos lados de un corredor.

2.3.1.2. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



Ilustración 59, Vista del centro de rehabilitación desde el patio interior

DATOS GENERALES

Arquitecto: Otxotorena Arquitectos

Área construida: 16,657.00 m²

Terminado: 2014

Ubicación: Alicante, España

A. FORMA

El centro de rehabilitación psicosocial. Se plantea en una distribución de tres bandas; el jardín interior que proporciona privacidad y sosiego para los usuarios que se internan o trabajan en el centro, un volumen construido de dos plantas más azotea que

alberga y organiza todas las diversas áreas del programa y cuenta con un retiro amplio que permite generar un patio donde se desarrollen actividades con la comunidad.

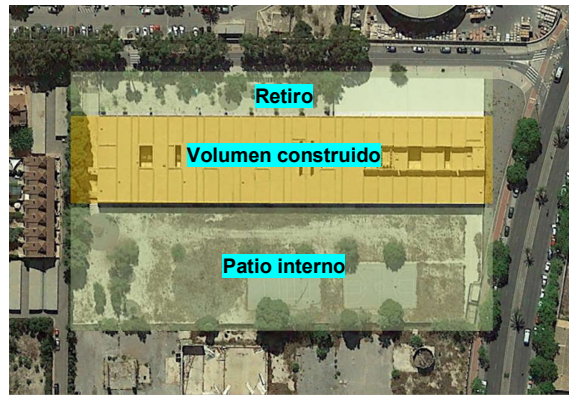


Ilustración 60, Esquema de composición

Se enfatiza la conservación del mayor espacio libre posible creando así dos áreas libres destinadas a diferentes actividades y tipos de usuario. (uno hacia el uso público y el otro de uso exclusivo al edificio).



Ilustración 61, Vista del Centro de rehabilitación desde la calle.



Ilustración 62, Vista del centro de rehabilitación desde el patio interior.



Ilustración 63, Vista del centro de rehabilitación desde la calle.



Ilustración 64, Esquema de sección del centro.

El volumen está coronado con un cerramiento de madera, cubriendo de los vientos fuertes el área de la azotea y los jardines interiores.

B. FUNCIÓN

El centro de rehabilitación psiquiátrico está emplazado en una intersección, contando con dos accesos: uno peatonal y uno vehicular.



Ilustración 65, Esquema de áreas.

- Presenta un área de internamiento de corta estadía, emplazada a lado derecho del centro, sus vistas están orientadas hacia el patio interior. Cuenta con un sistema de lamas verticales móviles

que controla el asoleamiento y la privacidad de la fachada a la calle.



Ilustración 66, Vista al área de internamiento desde el patio interior.

- Un centro de día destinado a personas con grave deterioro de sus capacidades funcionales y su entorno social, en que se desarrollan durante un lapso de día donde se brindan programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre, en régimen abierto.



Ilustración 67, Recepción al centro de día.

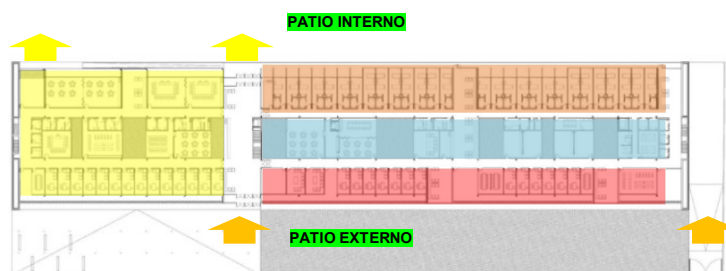








Ilustración 68, Plano de distribución primer nivel.

LEYENDA – PRIMER NIVEL

- | | |
|--|---|
|  Centro de día |  Área de recreación |
|  Área de residencia |  Área de consultas y oficinas |
|  Accesos de ingreso (peatonal, vehicular) |  Accesos para el patio interno |

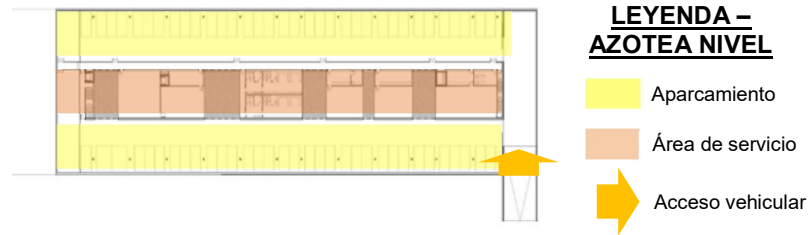


Ilustración 69, Plano de distribución nivel azotea

El primer nivel cuenta con dos ejes articuladores paralelos en línea recta que se extienden por toda la infraestructura permitiendo un fácil acceso hacia todos los programas.

- Programa de internamiento de corta estadía emplazado en el lado superior.
- Programa de consultas o centro de día, localizado en la parte inferior
- Programa de esparcimiento o recreación ubicado en el lado medio, brinda una barrera entre los programas descritos anteriormente.



Ilustración 70, Esquema de distribución de los programas.



Ilustración 71, Vista del pasillo, primer nivel

2.3.1.3. HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA SAN LORENZO



Ilustración 72, Vista del Hospital psiquiátrico desde la calle.

DATOS GENERALES

Arquitectos: Daniel Moreno Flores y Jorge Andrade

Área construida: 1,800.00 m²

Terminado: 2013

Ubicación: Quito / Ecuador

Este proyecto se concibe con la intervención arquitectónica de bienes pertenecientes a la época colonial y republicana.



Ilustración 73, Elevación frontal desde la calle Ambato.

La infraestructura nueva se emplazó dentro de una arquitectura antigua, originando una restauración del inmueble.

- Gran parte de la construcción del interior se demolió, debido a que la materia prima empleada se encontraba deteriorada, la calidad de su ejecución presentaba defectos y tiempo había deteriorado la infraestructura. Lo decide mantenerse y restaurar son los muros perimetrales y sus espacios colindantes.



Ilustración 74, Vista exterior del galpón.

- Se conservaron ciertos materiales, los elementos estructurales de madera como columnas y vigas tuvieron un proceso de restauración, pasaron a formar parte de las zonas de laboratorio. Las puertas y ventanas se desmontaron y fueron restauradas.



Ilustración 75, Vista antes de la intervención.



Ilustración 76, Vista después de la intervención.

- Se identifica que lo más importante hacia la ciudad es el perfil superior de la cubierta del galpón, al estar en un nivel más alto, demostraba su carácter público. La forma del cerramiento superior que disponía el galpón fue revalorizada en la nueva arquitectura con el fin de dar continuidad a la imagen del pasado, su forma inclinada fue mantenida con ciertos cambios y los materiales pretendiendo generar una atmósfera de las cubiertas anteriores.



Ilustración 77, Vista del antes de los galpones.



Ilustración 78, Vista después de la intervención.

- Antes de la intervención el área del galpón contaba con una disposición de ladrillos que permitía el juego de luz y sombra

se toma esta premisa para actualizar el diseño y desarrollar una celosía de madera que no solo proteja de la luz directa sino también que brinden privacidad a los espacios donde se ubicara esto.



Ilustración 79, Vista interior de la celosía.

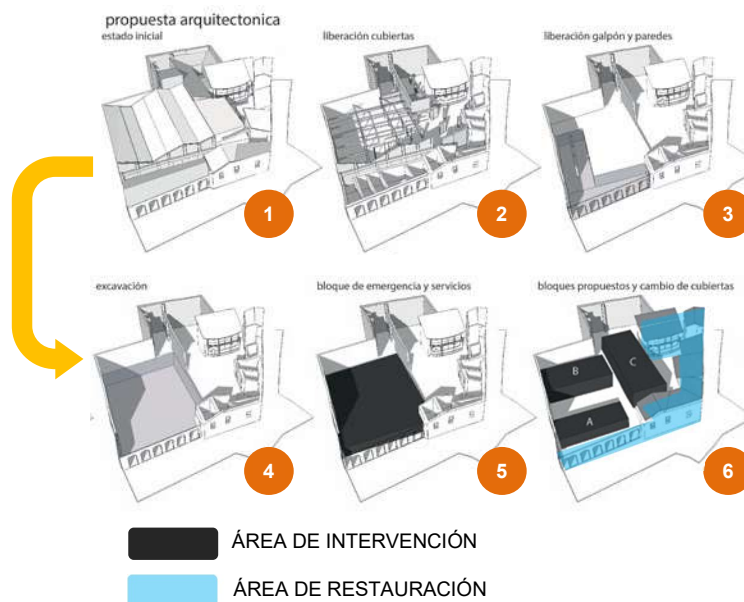


Ilustración 80, Proceso esquemático de la intervención arquitectónica.

Los servicios que brinda el hospital psiquiátrico son los siguientes:

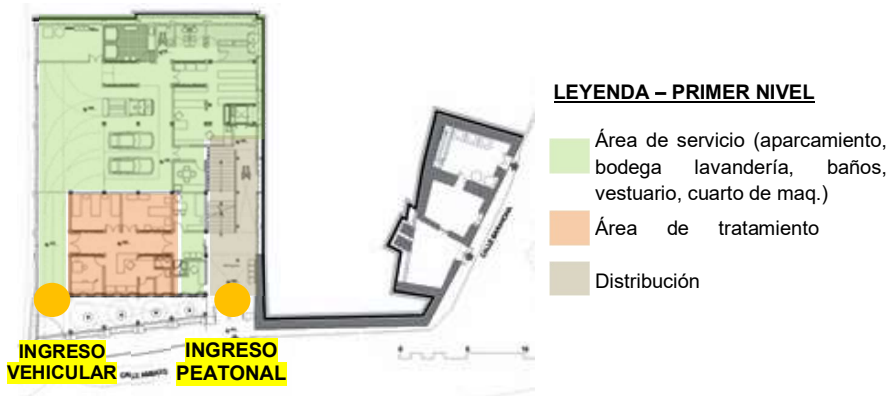


Ilustración 81, Planta de distribución del primer nivel.

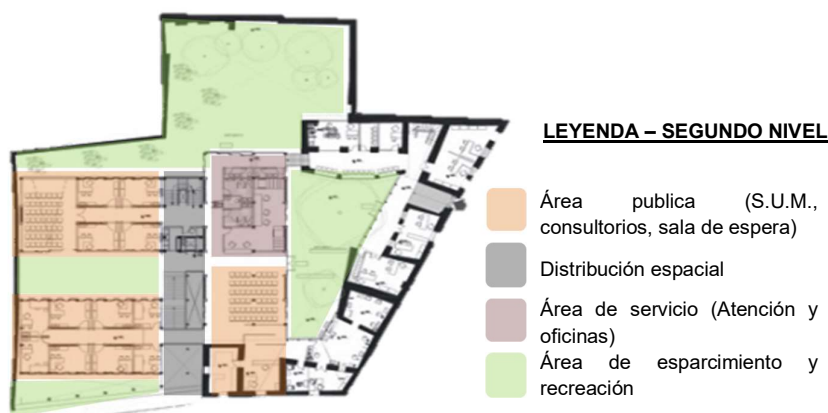


Ilustración 82, Planta de distribución del segundo nivel.

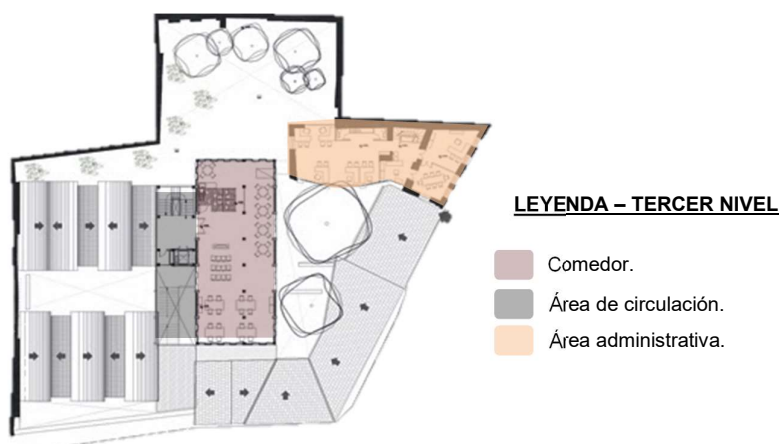


Ilustración 83, Planta de distribución del tercer nivel.

2.3.2. ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO DE TACNA

2.3.2.1. ASPECTO POBLACIONAL DE TACNA SOCIAL

La región TACNA en el año 2016 cuenta con 346 013 habitantes según las estimaciones del INEI basadas con el índice de crecimiento proyectado, contando desde el 2007 por esta misma institución. Se encuentra entre las 5 regiones menos pobladas del Perú, pero registra una tasa de crecimiento anual de 2.0, la cuarta más alta del país.

TABLA DE POBLACIÓN PROYECTADA EN TACNA AL 2027				
PROVINCIA	2014	2015	2016	2027
TARATA	7,828	7,745	-	-
JORGE BASADRE	9,234	9,034	-	-
CANDARAVE	8,210	8,095	-	-
TACNA	312,311	316,013	-	-
DEP. TACNA	337,583	341,838	346,013	383,589

Tabla 6, Población total proyectada al 2027 - Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú.

A. POR EDAD

La distribución de la población según grupos de edades se aprecia en la tabla dónde encontramos que el mayor grupo de población se encuentra en el rango de los 20 a 24 años seguido de la población de 15 a 19 años de edad, sin embargo, el grupo de edades a las que va dirigido este estudio se encuentra entre los desde los 15 a 74 años llegando a una suma de 252,357 personas, según el censo del 2016 que en relación al total de habitantes representa un 72.93% de la población. Según el censo proyectual demográfico 2027 el grupo de edad entre los 15 y 74 años llega a la suma de 288,092 de habitantes esto representa un total de 75.10% de la población.

TABLA POR EDAD DEL DEPARTAMENTO DE TACNA					
INDICADOR	2013	2014	2015	2016	2027
0 - 4	28,682	28,450	28,258	28,099	27,601
5 - 9	29,303	29,406	29,427	29,337	28,032
10-14	29,119	29,235	29,354	29,501	29,131
15-19	29,525	29,717	29,888	30,033	31,376
20-24	29,945	29,956	30,016	30,141	31,968
25-29	29,863	29,822	29,796	29,772	31,102
30-34	29,480	29,373	29,314	29,293	29,549
35-39	27,239	27,996	28,525	28,769	28,778
40-44	23,369	23,710	24,171	24,833	28,108
45-49	20,584	21,119	21,609	22,007	27,158
50-54	16,590	17,341	18,032	18,664	22,766
55-59	12,604	13,141	13,726	14,385	20,105
60-64	9,562	10,026	10,498	10,968	16,452
65-69	6,887	7,224	7,583	7,967	12,080
70-74	4,758	5,003	5,259	5,525	8,650
75-79	3,099	3,244	3,403	3,578	5,667
80 a más	2,667	2,820	2,979	3,141	5,066

15 – 74 años – Población de estudio	240,406	244,428	248,417	252,357	288,092
-------------------------------------	---------	---------	---------	----------------	----------------

Tabla 7. Grupo de Edades Quincenales al 2027. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población.

Si se aplica a estos datos la prevalencia obtenida por el censo realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi 1:3 van a sufrir alguna alteración en su vida, nos proporcionada el siguiente cuadro:

En lo referente a la discapacidad específica por trastornos mentales, se encuentra que la prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional que es de 33,7%, 9 510 397 personas, lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos en

algún momento de su vida presentará algún problema de salud mental.⁴²

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROYECTADA		
DESCRIPCIÓN	NRO. HAB. 2016	NRO. HAB. 2027
Total de individuos	252,357	288,092
Individuos con algún trastorno mental, 1:3.	84,119	96,030

Tabla 8, Población objetiva y proyectada. Elaboración: Propia

Estos datos nos proporcionan que actualmente 84,119 persona sufre de algún trastorno mental y para el 2027, la población afectada llegara a ser 96,030 personas que necesitaran ser atendidas en nuestra región.

B. POR GENERO

Según la población estimada a servir nos dicen que existe una población femenina 125,179 y una población masculina de 127,178 dentro del año 2016.

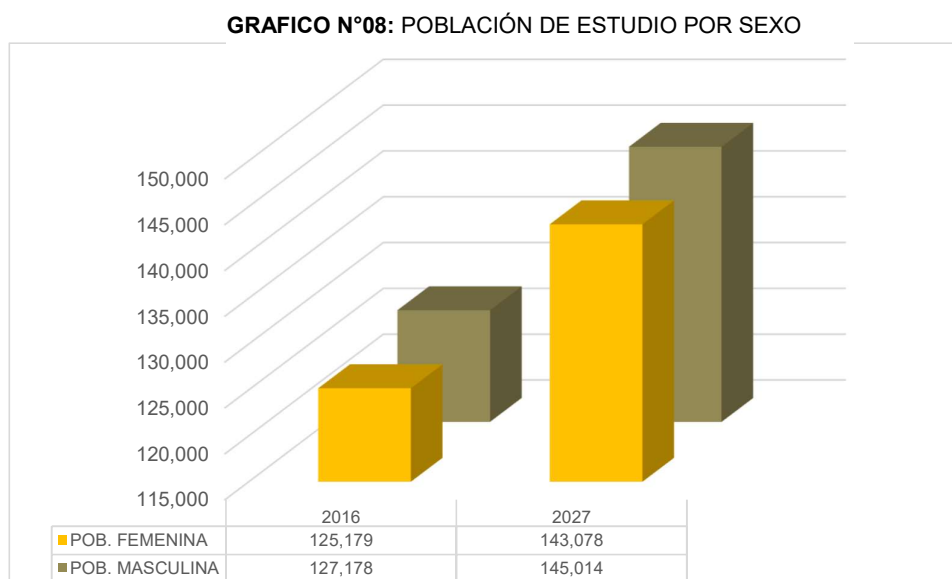


Gráfico 8, Población Femenina y Masculina. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. boletín Especial N°18 y N°22.

⁴² Favio Vega Galdós, 2017 - Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú – Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

C. LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES REGISTRADOS EN EL SERVICIO DE SALUD PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE DÍA – HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE.

Se identifica el siguiente cuadro resumen sobre los 10 primeros trastornos mentales diagnosticados e intervenidos dentro del Hospital de día y adicciones del Hospital Hipólito Unanue. Teniendo como principal trastorno mental la esquizofrenia Paranoide, debido a que su detonante es producido por variables factores, desde un aislamiento social, impresión fuerte o inducido por el abuso de sustancias, provocando una patología dual.

La capacidad de soporte de la infraestructura es limitada, esto provoca una tardía atención e intervención, las citas son dadas mucho después del momento que el usuario presenta y necesita alguna atención a su salud mental, algunas de estas citas terminan siendo abandonadas.

10 PRIMEROS TRASTORNOS MENTALES REGISTRADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA HIPÓLITO UNANUE			
CIE	DESCRIPCIÓN	TOTAL	%
F200	Esquizofrenia Paranoide	970	31.49
F411	Trastorno de Ansiedad Generalizada	197	6.40
F412	Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión	194	6.30
F331	Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Moderado Presente	162	5.26
F321	Episodio Depresivo Moderado	148	4.81
F122	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de Cannabinoides, Síndrome de abstinencia	109	3.54
F420	Predominio de Pensamientos o Rumiaciones Obsesivas	75	2.44
F700	Retraso Mental Leve, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo	75	2.44
F102	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de Alcohol, Síndrome de Dependencia	73	2.37
F710	Retraso Mental Moderado, Deterioro del Comportamiento Nulo o Mínimo	72	2.34
	Otras	1005	32.63
TOTAL	TOTAL	3080	100

Tabla 9, Principales trastornos mentales registrados en el Hospital Hipólito Unanue, área del Hospital de día y adicciones. Fuente: Archivo del Hospital de día y adicciones.



Ilustración 84, Vista externa del Hospital de día y adicciones



Ilustración 85, Vista externa del Internamiento de corta estadía.

D. DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

La población de estudio está determinada por la edad, se toma el grupo de habitantes que cuentan entre los 15 a 74 años esto nos proporciona la cantidad de 252,357 personas. Según la incidencia de 1 de cada 3 personas sufrirán algún trastorno mental nos da como resultado la población afectada de 84,119 personas y el 50% de este tipo de población será la población objetivo, 42,059 personas.

DESCRIPCIÓN	NRO. HAB. 2016	PORCENTAJE
POBLACIÓN DE ESTUDIO (15 – 74 AÑOS)	252,357	100%
POBLACIÓN AFECTADA	84,119	33.33%
POBLACIÓN NO AFECTADA	168,238	77.77%
POBLACIÓN OBJETIVO	42,059	50% de Población Afectada

Tabla 10, Tipos de Población identificada. Elaboración propia,

2.3.2.2. ASPECTO ECONÓMICO

La economía de la región Tacna mantiene entre sus máximos campos como la minería (cobre y molibdeno) y la agricultura (aceitunas, uvas, orégano) y, según un reporte del 2013 elaborado por el BCR (Banco Central de Reserva), la pobreza monetaria (la capacidad de las personas para satisfacer una canasta mínima de consumo) pasó de 43,3% en el 2004 a 16,6% en el 2011.

Además, según el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), Tacna es una de las regiones con mejor desarrollo humano (puesto 6 entre 24 regiones). Sin embargo, sigue habiendo muchos tropiezos en el desarrollo de una estrategia regional.

a. TURISMO Y SALUD

Por su condición de frontera Tacna recibe un gran flujo de turistas, se calcula un estimado de 20 mil por día, lo que implica que al año ingresen 400 millones de dólares por concepto del turismo, que en un 95 por ciento lideran los chilenos. Los turistas chilenos han copado la oferta de hoteles en el centro de la ciudad lo que ha llevado a atraer inversiones en el campo hotelero de cadenas mucho más grandes.

Uno de los más grandes atractivos para el turista chileno junto con el comercio es la Salud, debido a que la oferta en Tacna se presenta a mucho menor costo que en su país, esto hace que realicen específicamente lo que se conoce como turismo de salud, siendo esta también una gran posibilidad para el Centro especializado en la rehabilitación mental aportar en la economía ya que debido a su proyección única se constituirá como el más importante en la zona sur del Perú y el norte de Chile, atrayendo personas interesadas en el diagnóstico o tratamiento de los usuarios, al igual que profesionales y voluntariado extranjero.

b. PEA Población Económicamente Activa

La región Tacna se ha caracterizado por el gran dinamismo y desarrollo que presentan las actividades de **comercio y servicios**, debido a su ubicación estratégica en una **zona**

fronteriza y el importante flujo turístico nacional y extranjero. La PEA ocupada en la región de Tacna se estima en 134 mil 065 personas, donde el 44,0% trabaja en la **rama servicio**, constituyéndose así en el sector más importante en cuanto a su capacidad de generación de empleo.

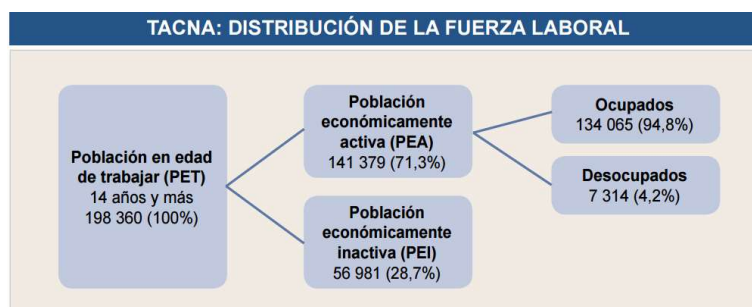


Ilustración 86, Distribución de la fuerza laboral. Fuente: Ministerio de trabajo.

2.3.2.3. ASPECTO URBANO - AMBIENTAL

En la ciudad de Tacna se puede identificar 02 equipamientos destinados para la rehabilitación de la salud mental. Ambos presentan limitaciones para poder solventar de manera adecuada y optima las atenciones y tratamientos, además uno de ellos, El Centro de Salud Mental San Ramón, se encuentra observado por la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS).

- El director de salud de la ciudad de Tacna indico: "...que de acuerdo a las normas internacionales deben desaparecer los centros de enclaustramiento de pacientes, por tal motivo, añadió que con el tiempo casi nadie debería ir al centro de salud mental "San Ramón" ubicado en Calana, indicó que los pacientes deben estar más cerca de sus hogares , de su familia y sus seres queridos".⁴³

⁴³ DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TACNA – 2016, 40% Población de Tacna sufre de alguna patología salud mental – MINSA, <http://www.tacna.minsa.gob.pe/portal/index.php/2016/10/31/40-poblacion-en-tacna-sufre-de-alguna-patologia-salud-mental/>

A continuación, se muestra una imagen satelital de las dos únicas infraestructuras que brindan la atención en el diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de la salud mental, entre ellos existen un distanciamiento aproximado de 12 km.







Ilustración 87, Distanciamiento entre equipamiento para la salud mental.

- El equipamiento de salud, El Hospital Hipólito Unanue, localizado en el distrito de Tacna. Cuenta con el área de rehabilitación y tratamiento de la salud mental, en este se ejecutan dos modalidades:



Ilustración 88, emplazamiento del área de rehabilitación y tratamiento de la salud mental.

LEYENDA

- | | |
|--|---|
| 1. Límite del hospital Hipólito Unanue |  |
| 2. Área de rehabilitación y tratamiento de la salud mental |  |
| 3. Hospital de día y adicciones |  |
| 4. Internamiento de corta estadía |  |

El hospital de día y adicciones se crea en el 2015 como un programa piloto con el fin de dar respuesta a la atención primaria sobre la salud mental, fue acondicionado para poder diagnosticar y atender los casos como trastornos mentales leves y moderados.



Ilustración 89, Vista del ingreso principal al Hospital de día.



Ilustración 90, Vista del frontal del Hospital de día.

Cuenta con un solo ingreso principal, un solo pasillo que hace de sala de espera y único eje articulador que va distribuir a las oficinas, servicios higiénicos, consultorios, área de sesiones y comedor.



Ilustración 92, Sala de espera – Pasillo.

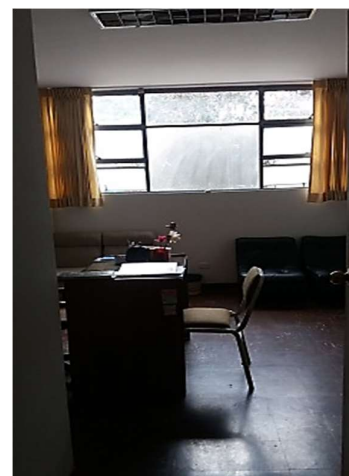


Ilustración 91, Administración.



Ilustración 93, Área de sesiones.



Ilustración 94, Consultorio.

El Hospital de día tendrá el objetivo de brindar 02 tipos de modalidad individual en los consultorios y modalidad grupal en áreas de sesiones:

Modalidad o terapia individual, el usuario ingresa y se le elabora un plan de tratamiento (diagnostico), citando al paciente quincenalmente o mensuales con el fin de seguir su tratamiento.

Modalidad o terapia grupal, se aborda de lunes a viernes, se trabaja con 03 grupos: Grupos psicosis, grupo de adicciones, grupo de trastornos de ansiedad.

Las estrategias que se toman para poder potenciar al usuario en su mejoría son: prevención de recaídas, control de emociones, desarrollo de habilidades sociales, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial.

Internamiento de corta estadía, cuenta con un número limitado de pacientes, debido a su escasa área y limitada infraestructura, solo reciben a dos grupos: Grupo de psicosis y grupo de adicciones.

Cuenta con un solo ingreso principal, por medio de un pasillo se distribuye a las habitaciones de los pacientes, estas presentan ventanas trabadas y rejas metálicas interiores, las vistas están direccionadas al jardín que no cuenta con diseño paisajista apropiado. Todos estos elementos crean una sensación de abandono y encierro para el paciente, esto repercute en la recuperación y reinserción del paciente.



Ilustración 95, Vista externa de área de internamiento de corta estadía



Ilustración 96, Vista de ventanas de las habitaciones.

2.3.2.4. ANTECEDENTES NORMATIVOS

Los siguientes dispositivos legales vigentes, que se explicaran a continuación nos permitirá desarrollar con criterios y parámetros adecuados una arquitectura accesible, viable y funcional. Siendo posible la elaboración del proyecto dentro del marco legal y humano.

A. REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, se dará mayor énfasis a la normal A.120, debido a que una discapacidad física suele estar acompañada con un trastorno mental. Es por eso que la arquitectura proyectada tendrá como prioridad la completa accesibilidad por parte de todo tipo de usuario.

A.120 – ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Artículo 4.- Se deberán crear ambientes y rutas accesibles que permitan el desplazamiento y la atención de las personas con discapacidad, en las mismas condiciones que el público en general. Las disposiciones de esta Norma se aplican para dichos ambientes y rutas accesibles.

Artículo 5.- En las áreas de acceso a las edificaciones deberá cumplirse lo siguiente:

- a. Los pisos de los accesos deberán estar fijos y tener una superficie con materiales antideslizantes.
- b. Los pasos y contrapasos de las gradas de escaleras, tendrán dimensiones uniformes.
- c. El radio del redondeo de los cantos de las gradas no será mayor de 13mm.
- d. Los cambios de nivel hasta de 6mm, pueden ser verticales y sin tratamiento de bordes.
- e. entre 6mm y 13mm deberán ser biselados, con una pendiente no mayor de 1:2, y los superiores a 13mm deberán ser resueltos mediante rampas.
- f. Las rejillas de ventilación de ambientes bajo el piso y que se encuentren al nivel de tránsito de las personas, deberán

resolverse con materiales cuyo espaciamiento impida el paso de una esfera de 15 mm.

Artículo 6.- En los ingresos y circulaciones de uso público deberá cumplirse lo siguiente:

- a. El ingreso a la edificación deberá ser accesible desde la acera correspondiente. En caso de existir diferencia de nivel, además de la escalera de acceso debe existir una rampa.
- b. En las edificaciones nuevas, el ingreso principal será necesariamente accesible, entendiéndose como tal al utilizado por el público en general. En las edificaciones existentes cuyas instalaciones se adapten a la presente Norma, por lo menos uno de sus ingresos deberá ser accesible.
- c. Los pasadizos de ancho menor a 1.50 m deberán contar con espacios de giro de una silla de ruedas de 1.50 m x 1.50 m, cada 25 m. En pasadizos con longitudes menores debe existir un espacio de giro. Artículo 7.- Las circulaciones de uso público deberán permitir el tránsito de personas en sillas de ruedas.

Artículo 8.- Las dimensiones y características de puertas y mamparas deberán cumplir lo siguiente:

- a. El ancho mínimo del vano con una hoja de puerta será de 0.90 mts.
- b. De utilizarse puertas giratorias o similares, deberá preverse otra que permita el acceso de las personas en sillas de ruedas.
- c. El espacio libre mínimo entre dos puertas batientes consecutivas abiertas será de 1.20m.

Artículo 9.- Las condiciones de diseño de rampas son las siguientes:

- a. El ancho libre mínimo de una rampa será de 90cm. entre los muros que la limitan y deberá mantener los siguientes rangos de pendientes máximas:
Diferencias de nivel de hasta 0.25 mts. 12% de pendiente
Diferencias de nivel de 0.26 hasta 0.75 mts 10% de pendiente

Diferencias de nivel de 0.76 hasta 1.20 mts 8% de pendiente

Diferencias de nivel de 1.21 hasta 1.80 mts 6% de pendiente

Diferencias de nivel de 1.81 hasta 2.00 mts 4% de pendiente

Diferencias de nivel mayores 2% de pendiente

- b. Los descansos entre tramos de rampa consecutivos, y los espacios horizontales de llegada, tendrán una longitud mínima de 1.20m medida sobre el eje de la rampa.
- c. En el caso de tramos paralelos, el descanso abarcará ambos tramos más el ojo o muro intermedio, y su profundidad mínima será de 1.20m.

Artículo 10.- Las rampas de longitud mayor de 3.00m, así como las escaleras, deberán tener parapetos o barandas en los lados libres y pasamanos en los lados confinados por paredes y deberán cumplir lo siguiente:

- a. Los pasamanos de las rampas y escaleras, ya sean sobre parapetos o barandas, o adosados a paredes, estarán a una altura de 80 cm., medida verticalmente desde la rampa o el borde de los pasos, según sea el caso.
- b. La sección de los pasamanos será uniforme y permitirá una fácil y segura sujeción; debiendo los pasamanos adosados a paredes mantener una separación mínima de 3.5 cm. con la superficie de las mismas.
- c. Los pasamanos serán continuos, incluyendo los descansos intermedios, interrumpidos en caso de accesos o puertas y se prolongarán horizontalmente sobre los planos horizontales de arranque y entrega, y sobre los descansos, salvo el caso de los tramos de pasamanos adyacentes al ojo de la escalera que podrán mantener continuidad.
- d. Los bordes de un piso transitable, abiertos o vidriados hacia un plano inferior con una diferencia de nivel mayor de 30 cm., deberán estar provistos de parapetos o barandas de seguridad con una altura no menor de 80 cm. Las barandas llevarán un elemento corrido horizontal de protección a 15 cm. sobre el nivel del piso, o un sardinel de la misma dimensión.

Artículo 12.- El mobiliario de las zonas de atención cumplirá con los siguientes requisitos:

- a. Se habilitará por lo menos una ventanilla de atención al público con un ancho de 80 cm. y una altura máxima de 80cm.
- b. Los asientos para espera tendrán una altura no mayor de 45cm y una profundidad no menor a 50 cm.
- c. Los interruptores y timbres de llamada, deberán estar a una altura máxima de 1.35 mts.
- d. Se deberán incorporar señales visuales luminosas al sistema de alarma de la edificación.

Artículo 14.- En las edificaciones cuyo número de ocupantes demande servicios higiénicos en los que se requiera un número de aparatos igual o mayor a tres, deberá existir al menos un aparato de cada tipo para personas con discapacidad, el mismo que deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a. Lavatorios

- Los lavatorios deben instalarse adosados a la pared o empotrados en un tablero individualmente.
- El distanciamiento entre lavatorios será de 90cm entre ejes.
- Deberá existir un espacio libre de 75cm x 1.20 m al frente del lavatorio para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.
- Se instalará con el borde externo superior o, de ser empotrado, con la superficie superior del tablero a 85cm del suelo.
- El espacio inferior quedará libre de obstáculos, con excepción del desagüe, y tendrá una altura de 75cm desde el piso hasta el borde inferior del mandil o fondo del tablero de ser el caso. La trampa del desagüe se instalará lo más cerca al fondo del lavatorio que permita su instalación, y el tubo de bajada será empotrado. No deberá existir ninguna superficie abrasiva ni aristas filosas debajo del lavatorio.
- Se instalará grifería con comando electrónico o mecánica de botón, con mecanismo de cierre automático que permita que el

caño permanezca abierto, por lo menos, 10 segundos. En su defecto, la grifería podrá ser de aleta.

b. Inodoros

- El cubículo para inodoro tendrá dimensiones mínimas de 1.50m por 2m, con una puerta de ancho no menor de 90cm y barras de apoyo tubulares adecuadamente instaladas.
- Los inodoros se instalarán con la tapa del asiento entre 45 y 50cm sobre el nivel del piso.
- La papelerera deberá ubicarse de modo que permita su fácil uso. No deberá utilizarse dispensadores que controlen el suministro.

c. Urinarios

- Los urinarios serán del tipo pesebre o colgados de la pared. Estarán provistos de un borde proyectado hacia el frente a no más de 40 cm de altura sobre el piso.
- Deberá existir un espacio libre de 75cm por 1.20m al frente del urinario para permitir la aproximación de una persona en silla de ruedas.
- Deberán instalarse barras de apoyos tubulares verticales, en ambos lados del urinario y a 30cm de su eje, fijados en la pared posterior.
- Se podrán instalar separadores, siempre que el espacio libre entre ellos sea mayor de 75 cm.

d. Accesorios

- Los toalleros, jaboneras, papeleras y secadores de mano deberán colocarse a una altura entre 50 cm. y 1m.
- Las barras de apoyo, en general, deberán ser antideslizantes, tener un diámetro exterior entre 3cm y 4cm., y estar separadas de la pared por una distancia entre 3.5cm y 4cm.
- Las barras de apoyo, asientos y cualquier otro accesorio, así como la superficie de las paredes adyacentes, deberán estar libres de elementos abrasivos y/o filosos.
- Se colocarán ganchos de 12cm de longitud para colgar muletas, a 1.60m de altura, en ambos lados de los lavatorios y urinarios,

así como en los cubículos de inodoros y en las paredes adyacentes a las tinas y duchas.

- Los espejos se instalarán en la parte superior de los lavatorios a una altura no mayor de 1m del piso y con una inclinación de 10°. No se permitirá la colocación de espejos en otros lugares.

Artículo 15.- Los estacionamientos de uso público deberán cumplir las siguientes condiciones:

- a. Se reservará espacios de estacionamiento para los vehículos que transportan o son conducidos por personas con discapacidad, en proporción a la cantidad total de espacios dentro del predio, de acuerdo con el siguiente cuadro:
 - De 0 a 5 estacionamientos ninguno
 - De 6 a 20 estacionamientos 01
 - De 21 a 50 estacionamientos 02
 - De 51 a 400 estacionamientos 02 por cada 50
 - Más de 400 estacionamientos 16 más 1 por cada 100 adicionales
- b. Los estacionamientos accesibles se ubicarán lo más cerca que sea posible a algún ingreso accesible a la edificación, de preferencia en el mismo nivel que éste; debiendo acondicionarse una ruta accesible entre dichos espacios e ingreso. De desarrollarse la ruta accesible al frente de espacios de estacionamiento, se deberá prever la colocación de topes para las llantas, con el fin de que los vehículos, al estacionarse, no invadan esa ruta.
- c. Las dimensiones mínimas de los espacios de estacionamiento accesibles, serán de 3.80 m x 5.00 m.
- d. Los espacios de estacionamiento accesibles estarán identificados mediante avisos individuales en el piso y, además, un aviso adicional soportado por poste o colgado, según sea el caso, que permita identificar, a distancia, la zona de estacionamientos accesibles.

B. REGLAMENTO DE LA LEY N° 29889, LEY QUE MODIFICA EL ARTICULO 11 DE LA LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD, Y GARANTIZA LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

El presente reglamento nos obliga a adoptar la atención comunitaria como idea rectora en el desarrollo del proyecto por medio de premisas como: la accesibilidad, nos brinda una óptima llegada a la población de riesgo; participación de la comunidad, el vínculo de la familia y sociedad nunca es interrumpido; internamiento y hospitalización voluntario.

ARTICULO 3.- Definiciones y acrónimos.

14. SALUD MENTAL, es un proceso dinámico, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva.

Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de auto-cuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición -propia y ajena- de ser sujetos de derecho.

16. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO, condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere el presente Reglamento, se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

17. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO, acciones propias de la medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y de otras profesiones relacionadas según sea procedente, dirigidas por un médico tratante y

que tengan por objeto producir la recuperación o mejoría, adaptación y/o habilitación de una persona con trastorno mental y del comportamiento

Artículo 4.- Derecho a acceder a los servicios de salud mental:

- a. Ser atendido por su problema de salud mental en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio, protegiéndose la vinculación con su entorno familiar, comunitario y social.
- d. A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o recuperar su salud, según lo requiera, garantizando su acceso en forma oportuna, continua, integral y digna.
- e. A servicios de internamiento u hospitalización como recurso terapéutico de carácter excepcional.
- f. A no ser discriminado o estigmatizado por tener o padecer, de manera permanente o transitoria, un trastorno mental o del comportamiento.
- g. A recibir efectiva rehabilitación, inserción y reinserción familiar, laboral y comunitaria, en los servicios comunitarios de salud mental y de rehabilitación psicosocial y/o laboral

Artículo 5.- De la conformación de redes de atención de personas con problemas de salud mental, la clasificación de los establecimientos será las siguientes:

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN INTERNAMIENTO:

Establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializado con servicios de atención de salud mental. Centros de salud mental comunitarios.

Establecimientos de salud con internamiento:

- Unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales.
- Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales.

Servicios médicos de apoyo:

- Hogares protegidos.
- Residencias protegidas

- Centros de rehabilitación psicosocial
- Centros de rehabilitación laboral

Artículo 15.- Del internamiento u hospitalización

- a. El internamiento u hospitalización forma parte del proceso de cuidado continuo de la salud.
- b. Requiere el consentimiento informado libre y voluntario del paciente, o de su representante legal, cuando corresponda.
- c. Se realiza cuando brinda mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria.
- d. Se prolonga el tiempo estrictamente necesario para la estabilización clínica.
- e. Se lleva a cabo en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente.
- f. Al momento de la alta médica, debe asegurarse la continuidad de cuidados de la salud ambulatorios que requiere cada caso.

Artículo 23.- Del modelo atención comunitario.

1. Prioriza la promoción y protección de la salud mental y la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidad.
2. Promueve la participación de la comunidad organizada, a través de las asociaciones de personas afectadas por problemas de salud mental y sus familiares, así como de organizaciones sociales de base comprometidas en el proceso de identificación de necesidades, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local.
5. Promueve un entorno familiar saludable para las personas usuarias, a través de la propia familia y su comunidad, o de su incorporación en hogares o residencias protegidas, en caso de no contar con familia
7. Promueve la atención integral: Bio-psico-social, con equipos multidisciplinarios y abordajes interdisciplinarios.
8. Impulsa la reinserción socio-laboral en función a la articulación de los recursos intersectoriales y de la propia comunidad.

Artículo 24. De la participación social y comunitaria.

- a. Las agrupaciones de familiares y de usuarios, así como las organizaciones sociales de base se incorporan en redes locales,

regionales y/o nacionales que les permita participar organizadamente en la formulación e implementación de políticas y planes y la vigilancia comunitaria en sus ámbitos correspondientes.

- b. Las agrupaciones de familiares y de personas usuarias de servicios de salud mental o de organizaciones aliadas facilitan el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, así como la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes. Estas agrupaciones se orientan a ser una instancia de autoayuda y reciben el apoyo del Gobierno Regional y de la Dirección Regional de Salud, o quien haga sus veces, de acuerdo a su lugar de residencia.

C. LEY N° 9848 “PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL” – ARGENTINA

La siguiente ley busca proponer, promover los derechos del paciente y como este debe estar totalmente informado en todo momento del tratamiento terapéutico que llevara acabado, además de ir acompañado de programas y establecimientos de apoyo.

Esta ley tiene como ámbito la Provincia de Córdoba – Argentina, propone promover y garantizar la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas:

Servicios de salud mental en hospitales generales con y sin internación.

- Atención domiciliaria en salud mental en la comunidad.
- Servicios de emergencia en salud mental.
- Centros de salud mental en la comunidad.
- hospitales de día.
- centros de día.
- Casas de medio camino.
- Talleres protegidos.
- Talleres artístico culturales.
- Programas de seguimiento de pacientes.
- Acompañamiento terapéutico.
- Abordaje y acompañamiento familiar.

Se considera a la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo podrá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios

terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

Se **prioriza el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares**, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que, por razones terapéuticas debidamente fundadas, lo establezca el equipo de salud interviniente.

Artículo 11.- Derechos del paciente. Todas las personas con padecimiento mental tienen derecho a:

- A. No ser discriminadas por ninguna causa y bajo ninguna circunstancia, en particular por motivos relacionados directa o indirectamente con su patología.
- B. Ser informadas sobre el tratamiento terapéutico que recibirán y sus características.
- C. Ser tratadas con la alternativa terapéutica menos restrictiva de su autonomía y libertad.
- D. Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento, dentro de sus posibilidades.
- E. Acceder a su historia clínica por sí o con el concurso de su representante legal convencional.
- F. Ser acompañadas durante las etapas de tratamiento por familiares o allegados.
- G. Acceder a los psicofármacos necesarios para su tratamiento.
- H. No ser objeto de investigaciones o tratamientos experimentales sin su consentimiento y bajo los términos de la legislación vigente en la materia.
- I. Recibir una justa compensación por tareas, servicios o producción de bienes a ser comercializados en el marco de dispositivos de rehabilitación.

III. CAPITULO: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

ANÁLISIS PROYECTUAL

ANÁLISIS DEL TERRENO

ESTUDIO DE LA PROPUESTA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. ANÁLISIS PROYECTUAL

3.1.1 DEFINICIÓN DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN LA REHABILITACIÓN MENTAL PARA MEJORAR LA INTEGRACIÓN PACIENTE – COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE TACNA.

El centro especializado en la rehabilitación mental para mejorar la integración paciente – comunidad en la ciudad de Tacna es una institución que albergara un equipo multidisciplinario que se enfocara en múltiples tareas como la promoción y prevención a través de charlas, consultorías ambulatorias, centro de día donde se desarrollaran les terapias y tratamientos adecuados para su fácil reinserción y conocimiento de sus problemas y área de internamiento de corta estadía que proporcionara alojamiento de los pacientes con trastornos mental grave y todo esto estará marcada con un modelo comunitario donde las familias y comunidades será los pilares para una rápida reinserción.

- **MISIÓN**

El centro especializado tiene como misión brindar el servicio de promocionar y prevenir del cuidado de la salud mental, además del control, tratamiento y rehabilitación de algún trastorno mental a través de una atención especializada tomando en cuenta el modelo comunitario.

- **VISIÓN**

Por su ubicación estratégica y un diseño vanguardista con un enfoque comunitario se orientará hacia el liderazgo en la atención especializada en Salud Mental de acuerdo a los estándares de calidad.

3.2. ANÁLISIS DE TERRENO

3.2.1. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE TERRENO

- a. El proyecto estará emplazado dentro del área urbana, para mantener el vínculo paciente - comunidad.
- b. Proporcionar una óptima accesibilidad tanto vehicular y peatonal, de tal manera que garanticen un fluido ingreso al centro especializado.
- c. Identificar zonas donde exista la menor contaminación acústicas.
- d. Estar integrado con la red de transporte urbano.

- e. Emplazar en una zona donde existan instituciones que puedan complementar al centro especializado.
- f. Prescindir de terrenos arenosos, pantanosos, arcillosos, limosos, antiguo y/o presencia de residuos orgánicos o rellenos sanitarios.
- g. Un suelo rico en nutrientes para un correcto cultivo de árboles y vegetación.
- h. Disponibilidad de servicios básicos:
 - Abastecimiento de agua potable adecuada en cantidad y calidad.
 - Disponibilidad de desagüe y drenaje de aguas pluviales.
 - Energía eléctrica
 - Comunicación y red telefónica

3.2.2. ASPECTO FÍSICO AMBIENTAL

3.2.2.1. UBICACIÓN

El terreno seleccionado se encuentra ubicado en el distrito de Tacna ubicado a 2.03 km al este del centro de la ciudad. emplazado cerca en el límite con Pocolay, en la intersección de la Av. Basadre y Forero con la calle los Álamos. Cuenta con una zonificación de zona agrícola y para poder desarrollar el proyecto se solicitará un cambio de uso al servicio público complementario – Salud.

Departamento : Tacna
Provincia : Tacna
Distrito : Tacna



Ilustración 97, Esquema de la localización de terreno.

LEYENDA

	Vía transversal
	Vía longitudinal
	Terreno

El sector en donde estará emplazado el proyecto actualmente se encuentra en un nivel de consolidación urbano – rural, mostrando aun un paisaje rustico.



Ilustración 98, Fotografía tomada desde la Av. Basadre y Forero. Área sombreada representa el terreno.

PREMISAS DE DISEÑO

- Por estar emplazado en una esquina se priorizará crear espacios urbanos donde puedan cohabitar los usuarios con la comunidad.
- Desarrollar criterios ecológicos donde la flora juegue un papel importante debido a lo rico de nutrientes del suelo.



Ilustración 99, Esquema de retiros reforzando vínculo paciente – comunidad.

3.2.2.2. LIMITES

El área de terreno tiene una superficie de 13,999.06 M², con un perímetro de 475.98 ML y contando con los siguientes linderos:

- POR EL NORTE** : Av. Basadre y Forero en línea quebrada de 05 tramos: 18.36, 14.15, 22.81, 19.25, 43.69 mt.
- POR EL SUR** : Propiedad de Terceros en línea recta de 01 tramo: 130.38 mt.
- POR EL OESTE** : Calle Los Álamos en línea quebrada de 01 tramo: 130.00 mt.
- POR EL ESTE** : Propiedad de Terceros en línea recta de 01 tramo de 97.34 mt.

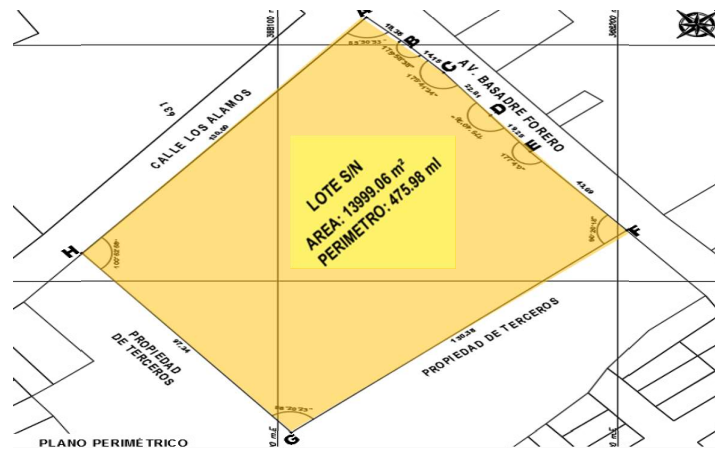


Ilustración 100, Ubicación y colindancias del terreno.

3.2.2.3. TOPOGRAFÍA

El terreno cuenta con una pendiente moderada del 4% en el sentido de la Calle Los Álamos (suroeste – noreste), a pesar de no ser una pendiente muy pronunciada se buscará aprovecharla para generar niveles en la arquitectura propuesta.

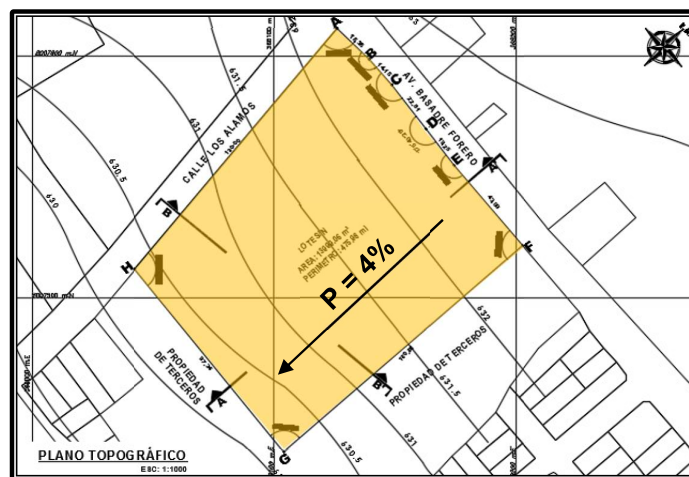


Ilustración 101, Plano de topográfico del terreno.

PREMISAS DE DISEÑO

- La pendiente moderada contribuirá a generar diversidad y ritmo en los espacios exteriores a través de rampas amplias, además de buscar accesibilidad total para todo tipo de usuario.



Ilustración 102, Ejemplifica el aprovechamiento de pendientes.
Lugar: Pabellón La Tejerona, España.

3.2.2.4. MORFOLOGÍA

El terreno de forma irregular, colinda con dos vías que lo configuran, la vía principal que es la Av. Basadre y Forero y la vía secundaria Calle Los Álamos, se emplazara en un área donde está empezando la consolidación de zona residencial. Contará con múltiples ingresos siendo el principal, en la calle Los Álamos debido a la escasa actividad automovilística.



Ilustración 103, Esquema de localización.

LEYENDA

	Vía transversal
	Vía longitudinal
	Ingreso principal



Ilustración 104, Vista de la calle Los Álamos.



Ilustración 105, Vista de la Av. Basadre y Forero.

PREMISAS DE DISEÑO

- ✓ El ingreso principal se desarrollará por la calle Los Álamos por la seguridad que brinda el escaso movimiento vehicular.
- ✓ Los volúmenes propuestos estarán alineados hacia la calle por donde es propone el ingreso principal.
- ✓ Los accesos se ubicarán estratégicamente, por tipo de usuario y tipo de urgencia.

3.2.2.5. CAPACIDAD PORTANTE

El suelo del terreno presenta Grava arenosa superficial y a una mayor profundidad muestra un depósito de suelo natural con arena de granulometría mediana que da firmeza al suelo que consta con una capacidad portante de 2.5 a 3 kg/cm² totalmente apta para la construcción de un equipamiento de la magnitud del Centro.



Ilustración 106, Vista del terreno de la propuesta arquitectónica.

3.2.2.6. VEGETACIÓN

El terreno se ubica en una isla rustica, área donde recién se está iniciando a consolidar un entorno urbano, además de no existir un claro tratamiento urbano, el área de estudio cuenta con una diversa vegetación y un suelo rico en nutrientes debido al continuo crecimiento de área verde, esto permite ser un espacio propicio para la colocación de vegetación aromática u ornamental.



Ilustración 107, Vista satelital del terreno de la propuesta arquitectónica.

PREMISAS DE DISEÑO

- Utilización de plantas aromáticas y medicinales considerando el fácil mantenimiento, estarán emplazadas en los jardines terapéuticos y las áreas de recreación exterior.
- Creación de terrazas jardines.



Ilustración 108, Esquema de terrazas jardines.

LISTADO DE VEGETACIÓN PROPUESTA	
IMAGEN	DESCRIPCIÓN
	HIPÉRICO (Hypericum Perforatum) , Es una especie herbácea que crece abundantemente en forma silvestre. Las propiedades de esta hierba que más han atraído a los investigadores se vinculan con su uso tradicional para el tratamiento de la depresión leve a moderada y la ansiedad. ⁴⁴
	AMAPOLA (Papaver Somniferum) , una planta que necesita abundante luminosidad y buena temperatura para desarrollarse. La amapola contiene un tipo de principio activo llamado alcaloides responsables de proporcionarle una acción sedante. Está indicada en caso de ansiedad e insomnio.
	VALERIANA (Valeriana officinales) , Tiene un efecto espasmolítico, hipotensor y sedante y está indicada en dolores y trastornos relacionados con el sistema nervioso (estrés, migrañas, etc.), palpitaciones y desórdenes gástricos de origen nervioso. Además de aliviar síntomas de angustia, emotividad o tristeza, así como el nerviosismo. A la vez que ayuda a estabilizar el ritmo cardíaco. ⁴⁵
	MANZANILLA (Chamaemelum nobile) , es una planta herbácea perenne de uso ornamental, aromática y medicinal. Su uso disminuye la depresión produce efectos relajantes disminuyendo los síntomas psicossomáticos, como las preocupaciones y pensamientos alterados ⁴⁶ .

Tabla 11, Listado de vegetación para la propuesta arquitectónica.

⁴⁴ Fegert JM, Kölch M, Zito JM, Glaeske G, Janhsen K (2006). «Antidepressant use in children and adolescents in Germany». *J Child Adolesc Psychopharmacol* **16** (1-2): 197-206.

⁴⁵ Inma D. Alonso, 2017 - Valeriana, tranquilizante natural -.webconsultas, URL: <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/plantas-medicinales/valeriana-tranquilizante-natural-4737>

⁴⁶ Uljis Rivero, 2015 - Ansiedad: Propiedades De La Manzanilla – trastornos de ansiedad, URL: <https://trastornosdeansiedad.wordpress.com/2013/09/02/ansiedad-propiedades-de-la-manzanilla/>

LISTADO DE VEGETACIÓN PROPUESTA	
IMAGEN	DESCRIPCIÓN
	MOLLE JAMAQUINO (<i>Schinus molle</i>) , Su tronco retorcido llega a tener entre los 5 y 10 mts. de altura de altura, es una especie tolerante a la sequía y a las altas temperaturas, longeva, resistente y perenne.
	FICUS (<i>Ficus drupácea</i>) , Requiere es una temperatura constante (18-20 °C); luz: por lo general precisan buena iluminación, aunque no les gusta la radiación solar directa; en lugares fríos puede estar sometido a la luz solar todo el día.
	CANDELABRO (<i>Browningia candelaris</i>) , Crecimiento bastante lento, es una especie de fácil cultivo necesita una temperatura de cultivo de 18 a 20°C, que en invierno no descienda por debajo de los 8 o 10°C.
	MORA (<i>Muehlenbeckia hastulata</i>) , Arbusto trepador y ramificado, Crece en climas templados y fríos con una temperatura promedio de 25°C y una temperatura baja promedio de 16°C. Además de contar con reserva de agua y el exceso sea evacuado fácilmente.

Tabla 12, Listado de vegetación para la propuesta arquitectónica.

3.2.2.7. ASOLAMIENTO

La incidencia solar que se da en el terreno seleccionado son considerables, lo que otorga un clima confortable y propicio para crear un entorno óptimo con la naturaleza el terreno al estar orientado al noreste cuenta con incidencia directa hacia el proyecto tanto de mañana y tarde. Además de no existir edificios que puedan obstaculizar el correcto asolamiento e iluminación.

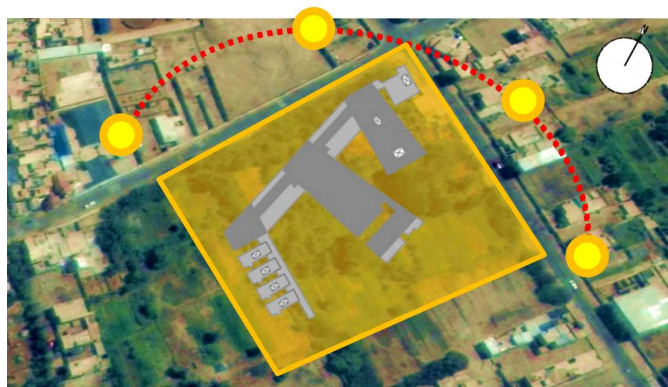


Ilustración 109, Esquema de asolamiento del terreno en la propuesta arquitectónica.

PREMISAS DE DISEÑO

- Para poder eliminar el resplandor solar se utilizará vidrios de control solar que permitirá mejorar el confort visual.
- Los bloques principales estarán separados por áreas que tengan la función de plazas internas articuladoras.
- Se utilizarán celosías como dispositivos de control solar.
- Se optará por luz natural cenital a fin de iluminar pasillos y áreas de espera.
- Se utilizarán barreras naturales para controlar la incidencia solar.

3.2.2.8. VIENTOS

Los vientos en la zona son medianamente moderados, tienen una amplia preponderancia de Suroeste hacia Noreste, con una fuerza máxima registrada durante los últimos años de 10 m/seg. Y teniendo como velocidad promedio de 3m/seg. Este aspecto nos brindara confort perceptual dentro del proyecto otorgando una renovación del aire interno, además de otorgar un acondicionamiento térmico en la infraestructura.



Ilustración 110, Esquema de ventilación del terreno en la propuesta arquitectónica.

PREMISAS DE DISEÑO

- La separación de volúmenes permitirá el ingreso y salida del viento (ventilación cruzada).
- Los vanos se desarrollarán teniendo cuenta el criterio anterior.
- predominara espacios que necesiten una constante renovación de aire, estos estarán emplazados hacia el exterior.

- Barreras naturales de abundante follaje para proteger de vientos fuertes y polvo.

3.2.3. ASPECTOS URBANOS – AMBIENTALES.

3.2.3.1. ACCESOS Y VÍAS.

El terreno está emplazado en la intersección de la Av. Basadre y Forero con la calle Los Álamos, el ingreso principal se proyecta por la vía secundaria aprovechando la poca afluencia vehicular y el ruido, además cuenta con cajas de estacionamientos.



Ilustración 111, Esquema de vías vehiculares del terreno en la propuesta arquitectónica.

A continuación, se detallará las secciones viales que limitan con el área de estudio:

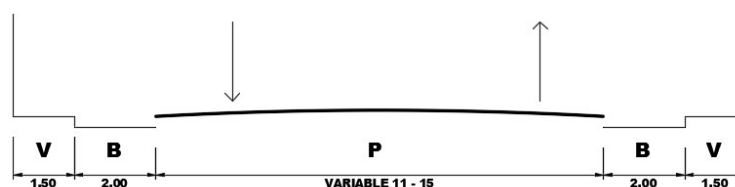


Ilustración 112, Sección vial de la Av. Basadre y Forero.

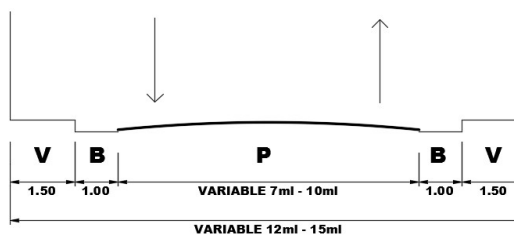


Ilustración 113, Sección vial de la calle Los Álamos.

PREMISAS DE DISEÑO

- El proyecto contara con retiros hacia las vías creando espacios donde cohabiten los usuarios y la comunidad.

3.2.3.2. PERFIL URBANO

El terreno la propuesta presenta un uso de suelo agrícola (ZA), su área circúndate está en un proceso de urbanización, mostrando un perfil de viviendas de 1 a 2 niveles acompañado con terrenos eriazos.

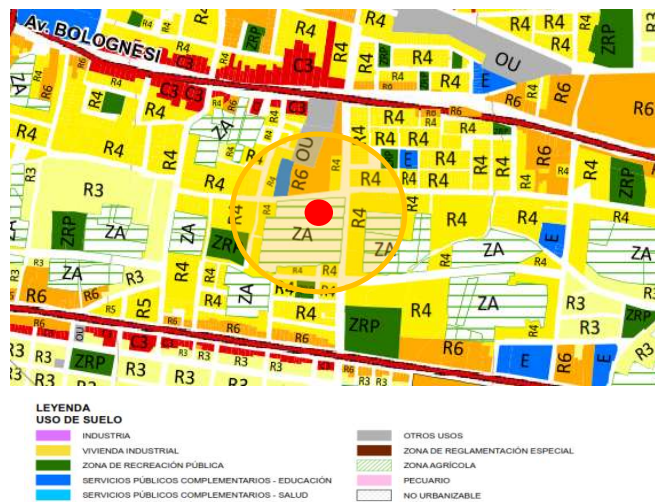


Ilustración 114, Plano de zonificación y equipamiento. Fuente: Plan de Desarrollo Urbano 2014 – 2023.

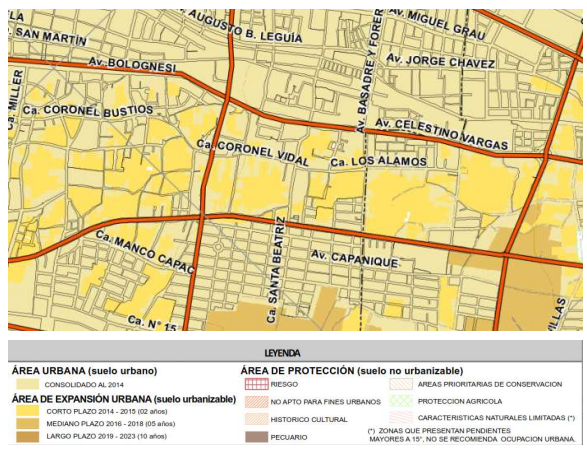


Ilustración 115, Plan general de usos de suelo. Fuente: Plan de Desarrollo Urbano 2014 – 2023.

El área de estudio se considera como ZA (zona agrícola) pero a medida que pase el tiempo se optará el cambio de zonificación será

una demanda, debido a que se proyecta como área de expansión urbana según el Plan de Desarrollo Urbano Tacna 2014 – 2023. El perfil urbano comprenderá terrenos erizos y viviendas de dos niveles de altura: como se observa las siguientes fotografías:



Ilustración 116, Vista del perfil urbano desde la Av. Basadre y Forero.



Ilustración 117, Vista del perfil urbano desde la calle Los Álamos.

3.2.3.3. FLUJOS

El área de estudio presenta accesos por ambas vías, calle Los Álamos y la Av. Basadre y Forero, contando con ingresos de carácter vehicular y peatonal. A continuación, se detalla tipo de ingreso:

A. Flujo peatonal

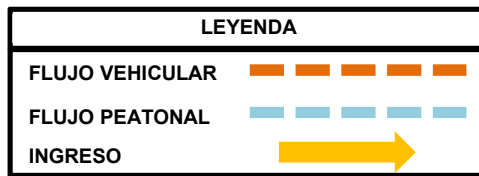
Se dará por ambas vías con la diferencia que una será de carácter público (calles Los Álamos) y la otra será para el personal que laborara en el centro especializado (Av. Basadre y Forero); además en el interior contara con ejes articuladores que permiten una fluida accesibilidad hacia todo el centro.

B. Flujo vehicular

Estos flujos se darán por ambas vías, por la calle Los Álamos se llegará por medio de una bolsa de estacionamiento a fin de crear una accesibilidad rápida y fluida sin alterar el tránsito y en la Av. Basadre y Forero contará con un estacionamiento de servicio.



Ilustración 118, Esquema de flujos peatonales y vehiculares del terreno en la propuesta arquitectónica.



3.3. ESTUDIO DE LA PROPUESTA

3.3.1. ESTUDIO DE ORGANIZACIÓN

3.3.1.1. DIAGRAMAS DE INTERRELACIONES

Diagrama general del Centro Especializado en la Rehabilitación Mental.



Ilustración 119, Diagrama general del primer nivel.

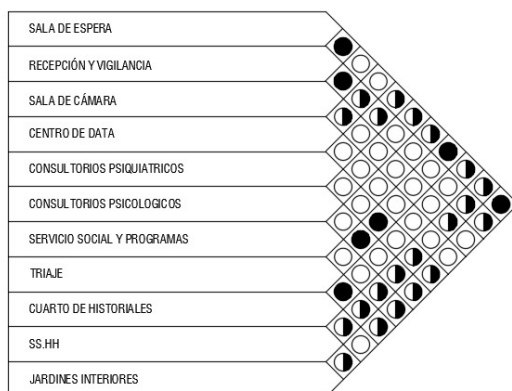


Ilustración 121, Diagrama de sub-zona consultoría externa.

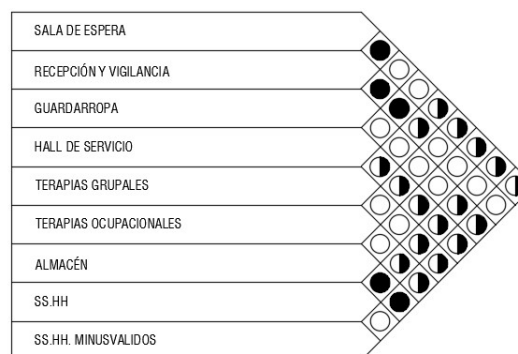


Ilustración 120, Diagrama de sub-zona centro de día.



Ilustración 122, Diagrama de sub-zona de internamiento de corta estadía.



Ilustración 123, Diagrama de sub-zona de emergencia.

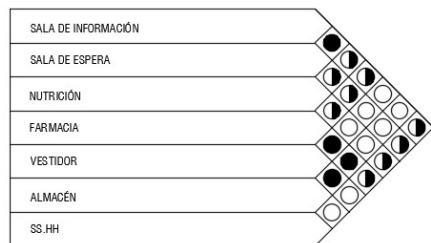


Ilustración 125, Diagrama de sub-zona de servicios complementarios (área de encuentro 01).

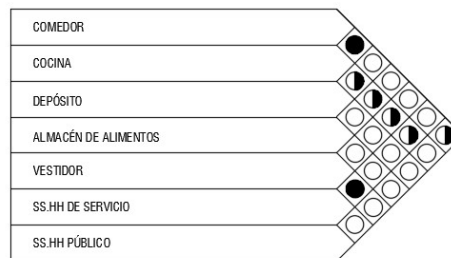


Ilustración 124, Diagrama de sub-zona de servicios complementarios (área de encuentro 02).

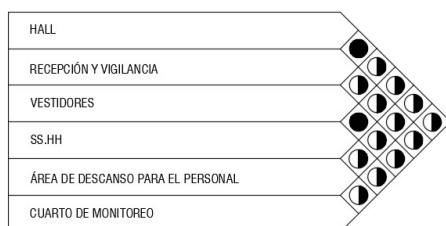


Ilustración 127, Diagrama de sub-zona residencia.

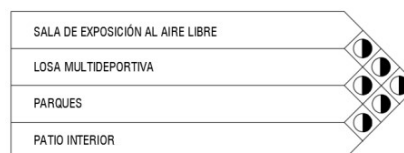


Ilustración 126, Diagrama de zona de recreación.

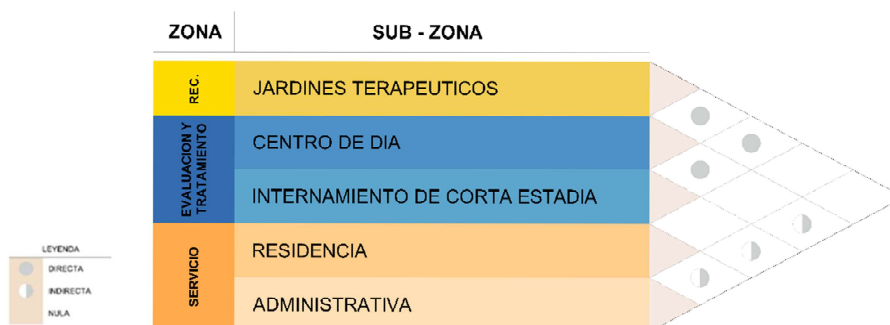


Ilustración 128, Diagrama general del segundo nivel

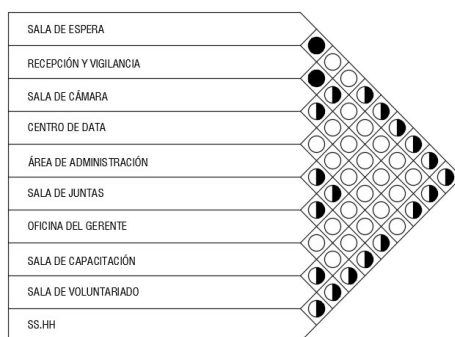


Ilustración 129, Diagrama de sub-zona administración.

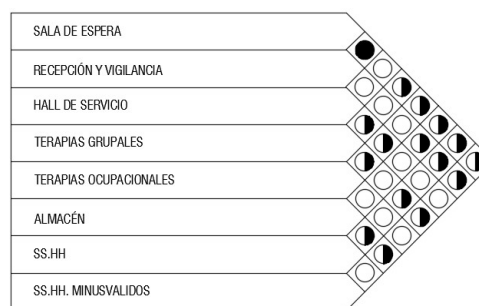


Ilustración 130, Diagrama de sub-zona centro de día.

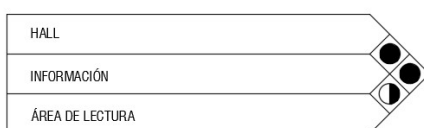


Ilustración 132, Diagrama de sub-zona internamiento de corta estada.

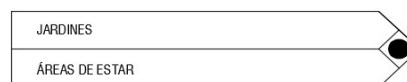


Ilustración 131, Diagrama de sub-zona de jardines terapéuticos.

3.3.1.2. ORGANIGRAMAS.

Se plantea una organización a partir de cuatro ingresos uno principal, para emergencia, para la zona de internamiento de corta estadía y uno solo de servicio.

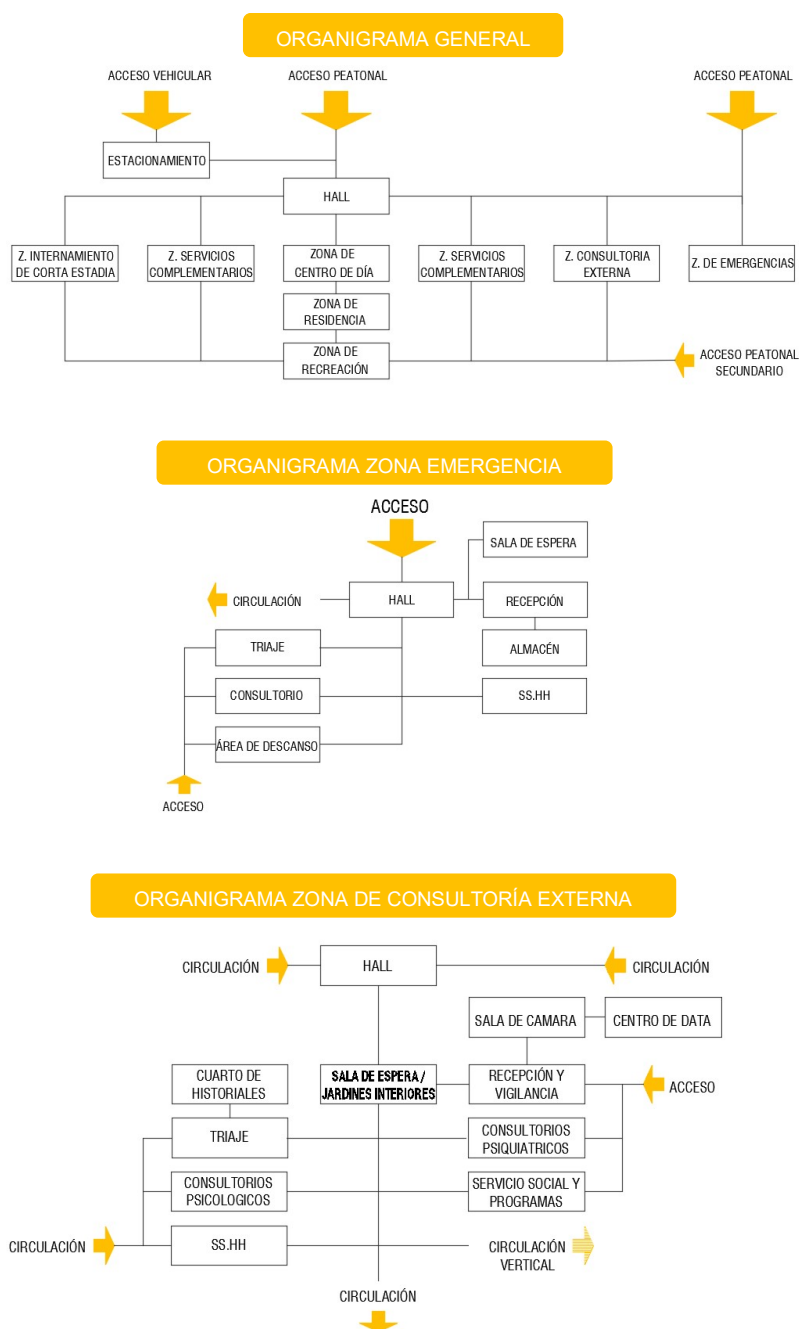


Ilustración 133. Organigrama: General, sub-zona de emergencia y sub-zona de consultoría externa.

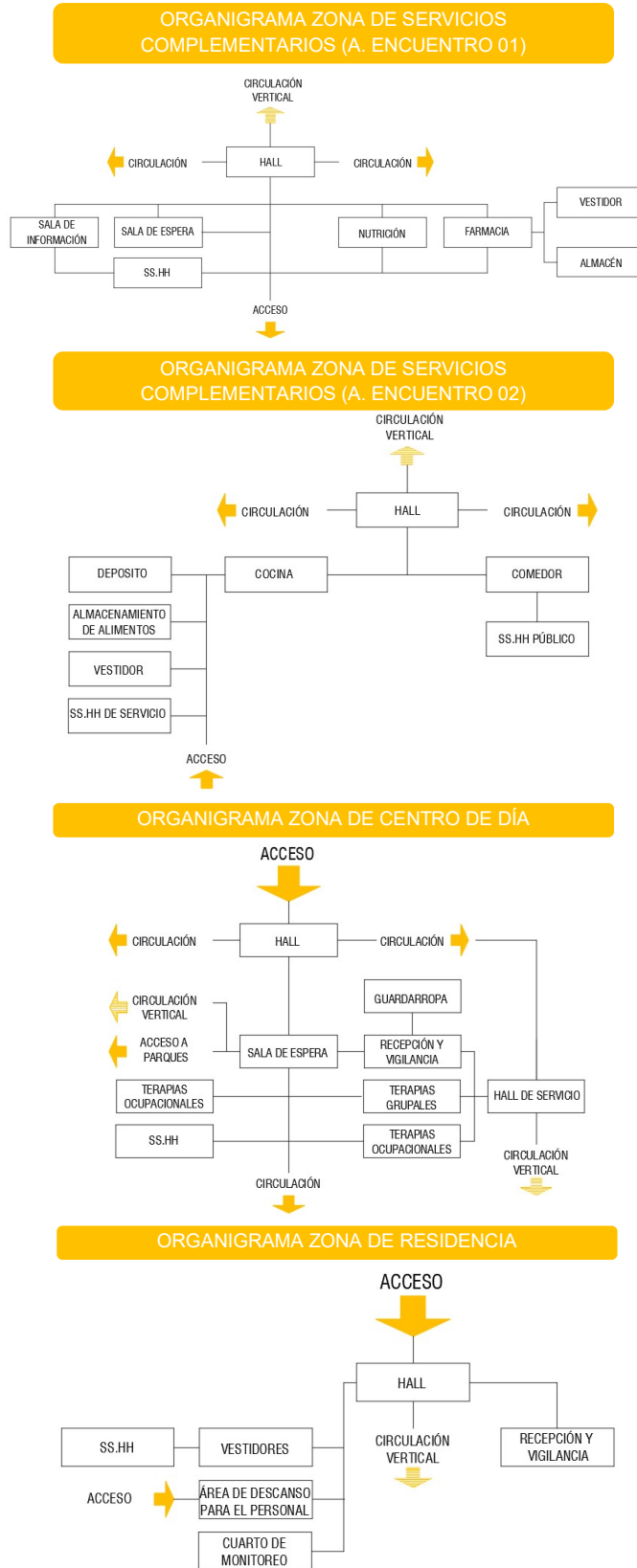
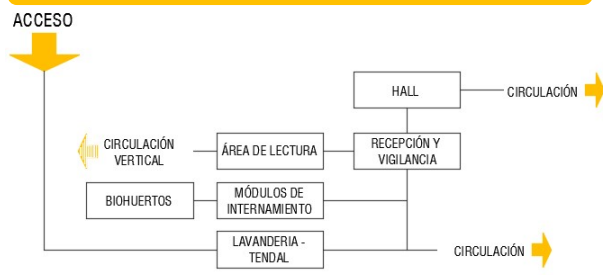
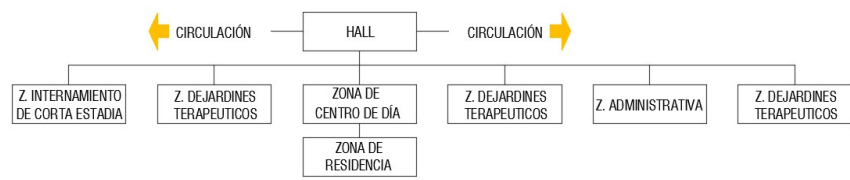


Ilustración 134, Organigrama: Sub-zona complementarias 01 y 02, sub-zona centro día y sub-zona de residencia.

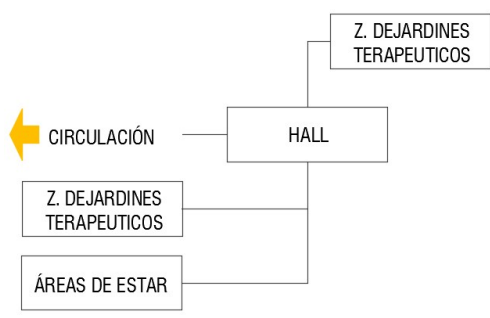
ORGANIGRAMA ZONA DE INTERNAMIENTO CORTA ESTADÍA



ORGANIGRAMA ZONA GENERAL 2DO NIVEL



ORGANIGRAMA ZONA DE JARDINES TERAPÉUTICO

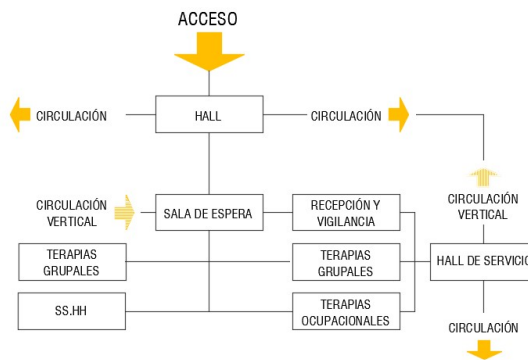


ORGANIGRAMA ZONA DE ADMINISTRACIÓN



Ilustración 135. Organigrama: Sub-zona de internamiento de corta estadía, zona general del segundo nivel, sub-zona de jardines terapéuticos, sub-zona de administración.

ORGANIGRAMA ZONA DE CENTRO DE DÍA



ORGANIGRAMA ZONA DE RESIDENCIA PRIMER NIVEL



ORGANIGRAMA ZONA DE RESIDENCIA SEGUNDO NIVEL

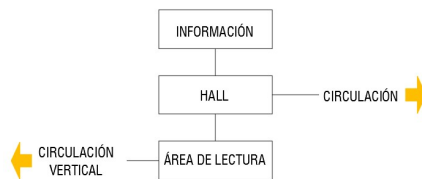


Ilustración 136, Organigrama: sub-zona de centro de día, sub-zona de residencia de primer nivel y segundo nivel.

3.3.1.3. FLUJOGRAMA

Se plantean tres tipos de flujos en el proyecto, flujo público desde los accesos determinados, flujo interno (usuario - paciente), flujo de servicio.

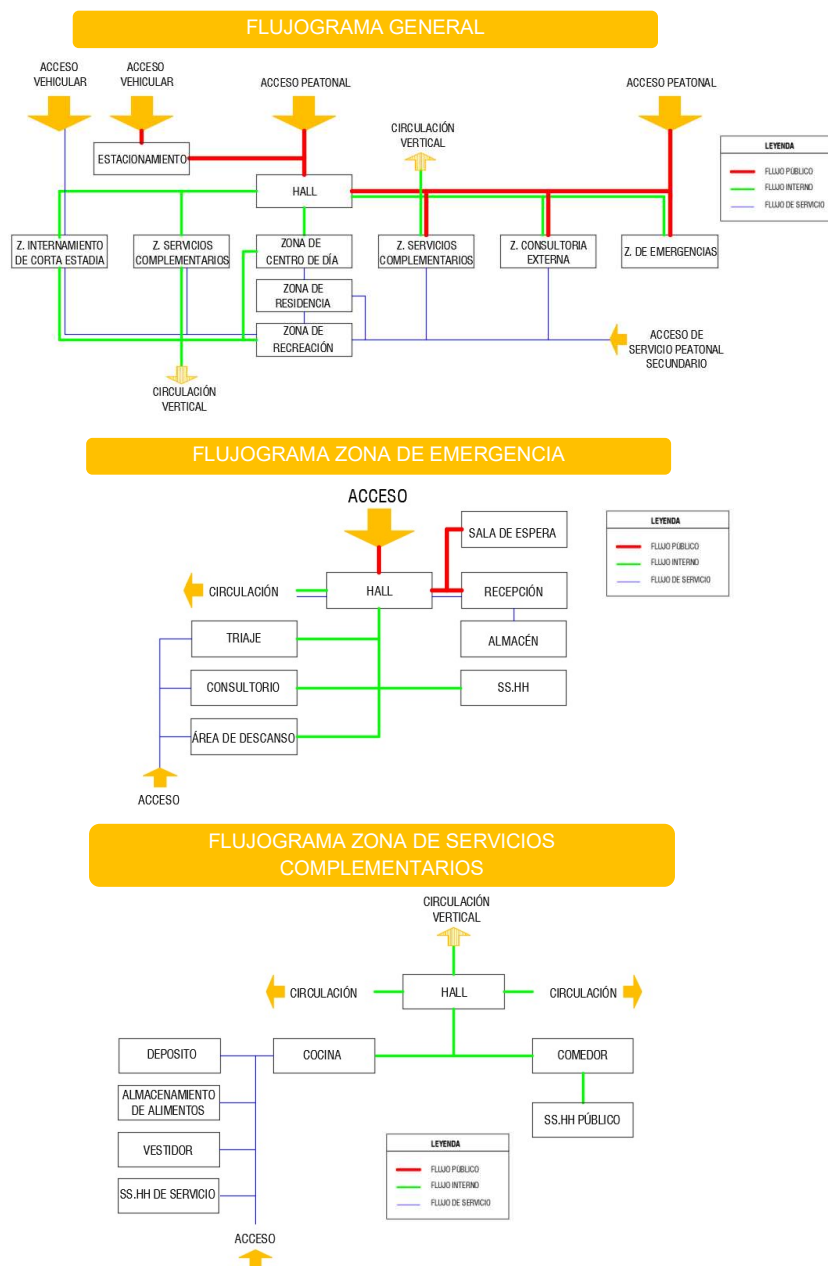
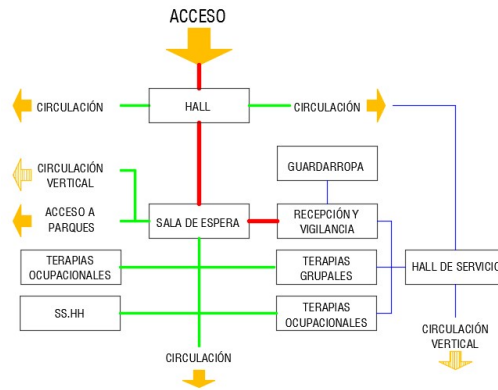
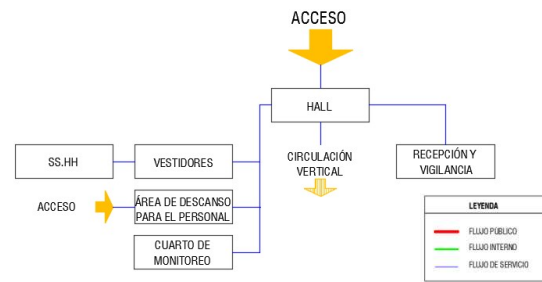


Ilustración 137, Flujograma: General, sub-zona de emergencia y sub-zona complementarias.

FLUJOGRAMA ZONA CENTRO DE DÍA



FLUJOGRAMA ZONA DE RESIDENCIA



FLUJOGRAMA ZONA DE INTERNAMIENTO DE CORTA ESTADÍA

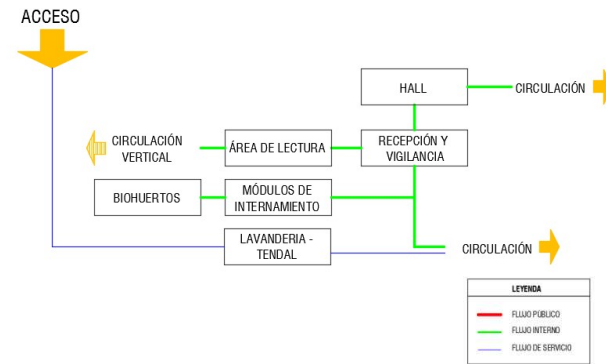


Ilustración 138, Flujoograma: sub-zona de centro día, sub-zona de residencia y sub-zona de internamiento de corta estadía.

3.3.1.4. CONCEPTUALIZACIÓN.

Las personas que están expuestas a factores biológicos y factores ambientales que escapan de la normalidad, tienden a originar una alteración mental, desde ese momento su percepción de disfrute, tranquilidad y aceptación son opacadas por estas.

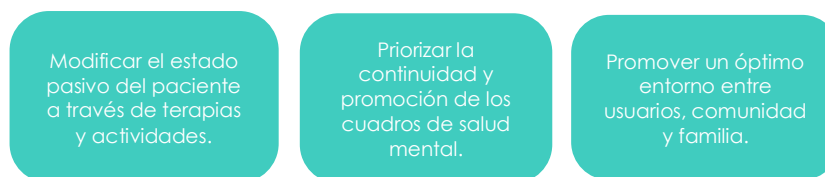
Es por esto que el proceso de curación se clasifica en:



Ilustración 139, Proceso de curación del paciente.

La idea conceptual parte de la importancia de la situación que el tipo de usuario se encuentra, teniendo como objetivo final de buscar **LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.**

A través de una infraestructura que tome criterios del modelo comunitario:



Es por esto que el proyectar un eje articulador genera un proceso de transición entre estos programas, permitiendo al usuario la facultad de compartir y adueñarse de la infraestructura.



Ilustración 140, Proceso de conceptualización.

A. IDEA RECTORA

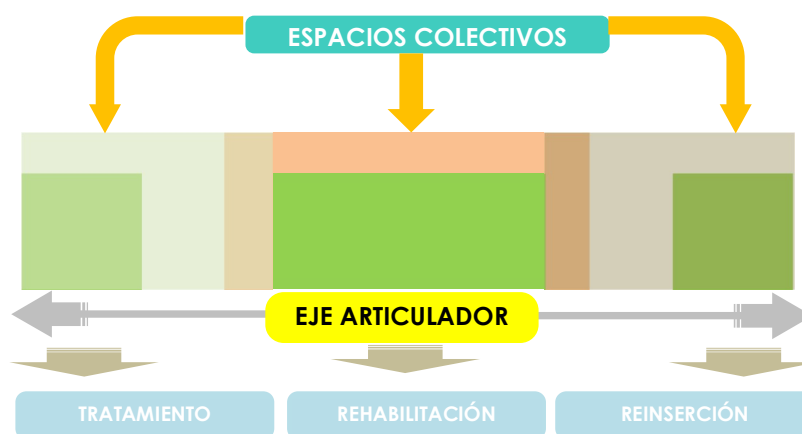
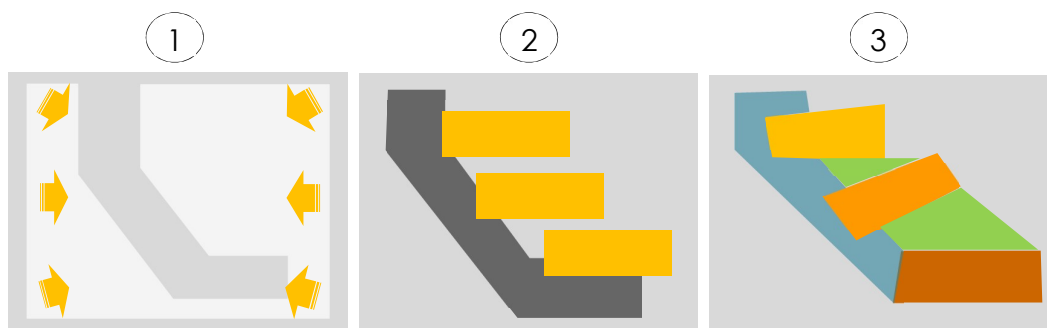


Ilustración 141, Idea rectora.

A. PROCESO DE FORMACIÓN DE PARTIDO ARQUITECTÓNICO



Se separa el volumen de los límites del terreno, para reducir la sensación de encierro.

Se emplaza las áreas destinadas para el tratamiento, rehabilitación y re inserción.

Se gira cada área para ofrecer mejores parámetros de confort.

Ilustración 142, Proceso de conceptualización del proyecto.

LEYENDA

- CONS. AMBULATORIA
- CENTRO DE DÍA
- INTERNAMIENTO DE CORTA ESTADÍA
- EJE ARTICULADOR
- ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO



Ilustración 143, Emplazamiento del proyecto en el terreno.

3.3.1.5. ZONIFICACIÓN

A. SÍNTESIS DE ZONIFICACIÓN.

– **Zona de emergencia.**

Brindará la atención de personas que estén pasando por una situación de emergencia por alguna alteración en su salud mental, por ejemplo, mucha agresividad, ideación suicida, ansiedad excesiva, comportamientos perturbadores, consumo incontrolable de drogas o efectos secundarios de medicación.

– **Zona de consultoría ambulatoria.**

Brindará atención especializada en la rehabilitación psiquiátrica integral y psicoterapia a los pacientes que estén afectados en su desempeño biopsicosocial. Además, albergará espacios donde se capaciten a familiares y voluntarios.

– **Zona administrativa.**

Brinda los servicios de información sobre la infraestructura, además tendrá la función de que el centro funcione sin carencias.

– **Zona de centro de día.**

Brindará atención especializada diaria a personas que sufren de algún trastorno mental siendo monitoreados a través de terapias grupales y ocupacionales.

– **Zona de internamiento de corta estadía.**

Brindará un internamiento monitoreado de corta estadía albergara 4 módulos de vivienda donde 3 pacientes por vivienda se alojarán por un máximo de 60 días según el reglamento de salud mental 29889, desarrollando capacidades que ha perdido como: Higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, aprendizaje y tiempo libre.

– **Zona complementaria (área de encuentro).**

Brindará espacios de apoyo y refuerzo a los pacientes: como comedor, farmacia, área de apoyo, jardines terapéuticos y entre otros.

Según las zonas planteadas en la programación arquitectónica y la afinidad de función, se han agrupado en siguientes principales zonas, según se muestra en el siguiente gráfico:

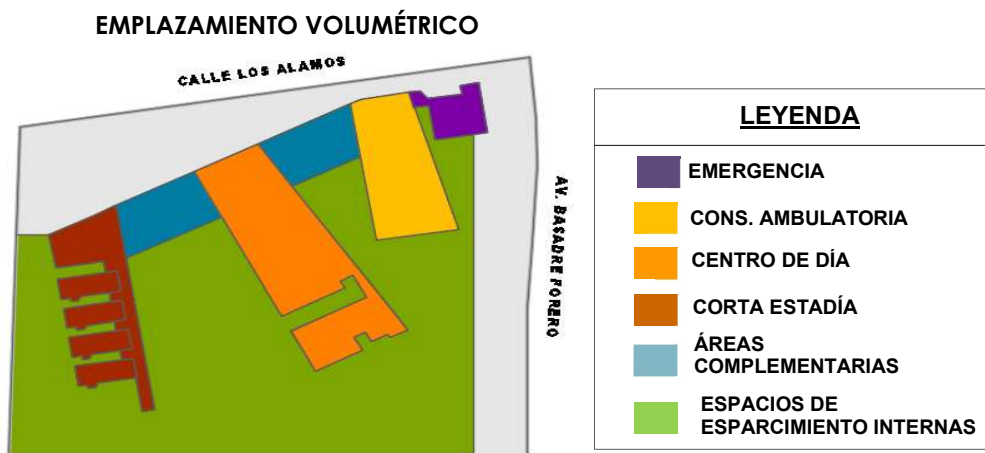


Ilustración 144, Emplazamiento volumétrico.

CUADRO DE ÁREAS PARA EL CENTRO ESPECIALIZADO EN LA REHABILITACIÓN DE LA SALUD MENTAL								
	SUB-ZONA	ESPACIO	SUB-ESPACIO	UNIDADES	ÁREA	PARCIAL	TOTAL	
CENTRO ESPECIALIZADO EN LA REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL	ÁREA DE ADMINISTRACIÓN	ATENCIÓN	RECEPCIÓN	1.00	1.50	1.50	37.50	
			SECRETARIA	1.00	3.00	3.00		
			SALA DE ESPERA	1.00	18.00	18.00		
			SERVICIOS HIGIÉNICOS (COMPARTIDOS)	1.00	3.00	3.00		
			ADMINISTRACIÓN	1.00	12.00	12.00		
		OFICINAS	DIRECTOR GENERAL	1.00	12.00	12.00	132.00	
			ÁREA DE PERSONAL	1.00	36.00	36.00		
			ÁREA DE CONTABILIDAD	1.00	30.00	30.00		
			ÁREA DE LOGÍSTICA	1.00	30.00	30.00		
			SALA DE REUNIONES	1.00	24.00	24.00		
		COMPLEMENTARIOS	CAFETERÍA	1.00	60.00	60.00	81.00	
			SERVICIOS HIGIÉNICOS	2.00	3.00	6.00		
			ESTAR	1.00	15.00	15.00		
		ÁREA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	CONSULTORÍA AMBULATORIA	RECEPCIÓN Y CONTROL	1.00	3.00	3.00	376.20
				ARCHIVO DE HISTORIAS	1.00	30.00	30.00	
	CAJA			1.00	5.00	5.00		
	SALA DE ESPERA			1.00	54.00	54.00		
	TRIAJE			1.00	15.00	15.00		
	C. DE PSICOLOGÍA			3.00	15.00	45.00		
	C. DE PSIQUIATRÍA			3.00	21.00	63.00		
C. TERAPIA FAMILIAR	3.00			21.00	63.00			
SERVICIO SOCIAL Y PROGRAMAS	1.00			21.00	21.00			
PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL	1.00			40.00	40.00			
SERVICIOS HIGIÉNICOS	2.00			15.00	30.00			
CUARTO DE LIMPIEZA	1.00			3.60	3.60			
DEPOSITO DE RESIDUOS	1.00			3.60	3.60			
CENTRO DE DÍA	VESTÍBULO			1	15.00	15.00	691.00	
	SALA DE ESPERA		1	60.00	60.00			
	ÁREA DE CAMILLAS Y SILLAS DE RUEDA		1	10.00	10.00			
	SALA DE TERAPIA PSIQUIÁTRICA INDIVIDUAL		6	21.00	126.00			
	SALA DE TERAPIA PSIQUIÁTRICA GRUPAL		5	36.00	180.00			
	SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL		5	60.00	300.00			
ENCUENTRO Y ESPARCIMIENTO	GIMNASIO		1	120.00	120.00	561.00		
	BIBLIOTECA	1	120.00	120.00				

		COMEDOR	1	105.00	105.00	
		SUM (SALA DE USOS MÚLTIPLES)	1	120.00	120.00	
		ESPACIOS COLECTIVOS	4	24.00	96.00	
	COMPLEMENTARIOS	COCINA	1	18.00	18.00	
		SERVICIOS HIGIÉNICOS	2	21.00	42.00	60.00
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA	HOGARES PROTEGIDOS		4	81.00	324.00	324.00

Tabla 13, Cuadro de áreas.

3.3.1.6. DESARROLLO DEL ANTEPROYECTO (TOMO II)

- A. Plano de localización.**
- B. Plano de perimétrico, plataforma y topográfico.**
- C. Plano de trazado**
- D. Planimetría general.**
- E. Plantas por niveles.**
- F. Cortes del conjunto.**
- G. Elevaciones de conjunto.**
- H. Plano de techo.**

3.3.1.7. DESARROLLO DEL PROYECTO (TOMO II)

- A. Desarrollo de la unidad seleccionada.**
- B. Plantas: Primer, segundo y otros niveles.**
- C. Plano de cortes.**
- D. Plano de elevaciones.**
- E. Plano de techos.**
- F. Plano de detalles constructivos y arquitectónicos.**
- G. Imágenes 3D.**
- H. Maqueta.**

3.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.4.1. CONCLUSIONES

- PRIMERO. Se logra identificar a la comunidad a servir sobre esta se determina la ubicación óptima y accesible a ella. Porque como hemos analizados “EL NUEVO ESPACIO”, que brinda prevención, rehabilitación y reinserción debe estar emplazado dentro de la comunidad, dejando atrás la separación y marginación de infraestructuras como estas.
- SEGUNDO. Se logra definir factores espaciales, formales y funcionales que afectan en la rapidez de su recuperación de las personas que sufren de alguna alteración. Por lo tanto, responden a las necesidades de los diferentes tipos de usuarios, a su vez creando espacios donde predominen la integración paciente – comunidad.
- TERCERO. El proyecto repercute en su entorno, a través de espacios libres entre la zona del proyecto y las demás áreas colindantes enriqueciendo de cierta forma el espacio urbano a través de vistas alegres y espacios donde cohabiten los usuarios y la comunidad.
- CUARTO. La distribución espacial del centro especializado está pensada para permitir una experiencia rehabilitadora a través de espacios confortables que se relacionen con el exterior.
- QUINTO. Se procura que las diversas zonas al aire libre estén alcance y accesibles a todo tipo de usuario creando áreas que permitan la interacción con la comunidad.

3.4.2.RECOMENDACIONES

- Se recomienda seguir con estudios de como la arquitectura juega un papel importante en la rehabilitación y reinserción de personas que sufren de algún trastorno mental y la creación de espacios donde puedan cohabitar de manera armónica el paciente – comunidad.
- Se recomienda conocer la realidad más cercana sobre este tema, involucrándose en el desarrollo de vida y tratamiento de las personas de esta condición.

3.5. BIBLIOGRAFÍA

- **Organización mundial de salud, OMS (2001)** – Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas – Suiza, Ginebra – Editorial OMS
- **Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI (2017)**. Censos nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades indígenas.
- **Favio Vega Galdós, (2017)** – “Situación, Avances Y Perspectivas En La Atención A Personas Con Discapacidad Por Trastornos Mentales En El Perú – instituto nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” - <http://www.inism.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>.
- **Instituto Nacional de Salud Mental Órgano oficial del instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, IN SM HD-HN (2010)**, Anales de salud mental. Volumen XXVI. Nro. 1. Lima.
- **Dirección Regional de Salud de Tacna, DIRESA (2016)**, 40% Población de Tacna sufre de alguna patología salud mental – MINSA, <http://www.tacna.minsa.gob.pe/portal/index.php/2016/10/31/40-poblacion-en-tacna-sufre-de-alguna-patologia-salud-mental/>.
- **Bregaglio, R., Olivera, J., & Acuña, E. (2012)**. “Los derechos de las personas con discapacidad mental. manual para aplicar la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en los centros de salud mental del Perú.”
- **Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A. (1997)**, «Salud Mental en el Mundo», Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Editado por la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, 1997.
- **Cordero Briceño, M. (2009)**. “Hospital de día psiquiátrico - Título”, Universidad de Chile Facultad de Arquitectura y Urbanismo.
- **El espectador, 2013** - Víctor Castro, El colombiano que diseña hospitales en Francia – cromos El espectador, http://cromos.elespectador.com/jscroll_view_entity/node/3513/full.
- **Maria I. Quiroga de Michelena, (2001)** – “Genética de las enfermedades mentales, Revista de Neuro-psiquiatría del Perú” - http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v64_n3/genetica.htm.
- **Emil Kraepelin. (2002)**. “Cien años de psiquiatría”. España: asoc. Esp. Neuropsiquiatría.

- **Stucchi-Portocarrero, S. (2015).** “El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú”. Revista De Neuro-Psiquiatría, N° Vol. 03(N° 03).
- **Postel, J., & Quérel, C. (1983).** “Nueva historia de la psiquiatría” (2nd ed.). Paris: Editions Privat.
- **Marietán, H. (2004).** “Historia de la psiquiatría”. Revista Argentina De Clínica Neuropsiquiátrica, (Vol 11, N°04).
- **Baker, A., Llewelyn, R., & Sivadon, P. (1963).** “Servicios psiquiátricos y arquitectura”. Organización Mundial De La Salud.
- **Consejo Nacional de Salud (2004),** “Titulo lineamientos para la acción en salud mental” – Lima, Perú. Ed. Ministerio de salud.
- **Ministerio de Salud. MINSA (2005).** “Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud”. Lima.
- **Ministerio de Salud. MINSA (2015).** “Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental”. Lima.
- **Vega, Marisol; Valz Gen, Viviana; Rivera, Miryam y Moya, Adriana (2005).** “Salud Mental: Tarea Compartida. Publicaciones en Salud”. Lima: Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud.
- **Dr. Pedro García Parajuá, Dra. Mónica Magariños López, (1994)** – Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Ed. Medica Panamericana.
- **Sonia Cedrés de Bello, (2000)** – “Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios” – Revista de la facultad de medicina, vol. N 23.
- **Mulé, C. (2015).** “Jardines terapéuticos. Consensus”, 20(2), 139-155. doi:10.33539/consensus.2015.v20n2.412.
- **Canales Cifuentes, C. (2008).** “Arquitectura Hospitalaria Hospitales de Niños en Santiago: de la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura sanatoria”. Revista Electrónica DU&P. Diseño Urbano Y Paisaje De La Universidad Central De Chile, Volumen V(N°13).
- **Fegert JM, Kölich M, Zito JM, Glaeske G, Janhsen K (2006).** «Antidepressant use in children and adolescents in Germany». J Child Adolesc Psychopharmacol 16 (1-2): 197-206.
- **Inma D. Alonso (2017)** - Valeriana, tranquilizante natural - .webconsultas, URL: <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/plantas-edicinales/valeriana-tranquilizante-natural-4737>.
- **Ulisis Rivero, 2015** - Ansiedad: Propiedades De La Manzanilla – trastornos de ansiedad
URL:

<https://trastornosdeansiedad.wordpress.com/2013/09/02/ansiedad-propiedades-de-la-manzanilla/>.

- **Rocío del Carmen Choque Jeri (2014)**, “Relación entre configuración espacial con base en la teoría open door y el confort perceptual en el diseño de un hospital de salud mental para la ciudad de Trujillo – Titulo.”, Universidad Privada del Norte.
- **Luis Miguel Luque Dongo (2014)**, “Centro de salud mental comunitario en Chosica - Titulo”, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.