

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**FACULTAD DE INGENIERIA CIVIL, ARQUITECTURA Y GEOTECNIA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

**TESIS**

**“CENTRO DE SALUD COMUNITARIO PARA EL  
TRATAMIENTO, RECUPERACIÓN Y  
REINSERCIÓN DE PACIENTES CON  
TRANSTORNO MENTAL EN LA  
PROVINCIA DE TACNA”**

**TOMO I**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. GIULIANA AMPARO CAMONES VILCA**

**Para optar el Título de:**

**ARQUITECTA**

**TACNA – PERÚ**

**2016**

## JURADOS



---

ARQ. INÉS DEL CARMEN JIMÉNEZ GARCÍA  
Presidenta



---

ARQ. CARLOS IVÁN SALAMANCA OVIEDO  
Secretario



---

ARQ. MARCELA HAYDEE LAZO LA TORRE  
Vocal



---

ARQ. ROSA LUZ GOMEZ MAYDANA  
Directora de Tesis

## CONTENIDO

RESUMEN		
ABSTRACT		
INTRODUCCIÓN	1	
<b>CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES</b>		
1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
	1.2.1 Problema principal	8
1.3	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.4	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.5	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.6	OBJETIVOS	9
	1.6.1 Objetivo General	9
	1.6.2 Objetivos Específicos	10
1.7	HIPÓTESIS	10
1.8	VARIABLES	11
	1.8.1 Variables Independientes	11
	1.8.2 Variables Dependientes	11
	1.8.3 Indicadores	12
1.9	MATRIZ DE CONSISTENCIA	13
1.10	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	14
	1.10.1 Tipo de Investigación	14
	1.10.2 Instrumentos de Investigación	14
	1.10.3 Método de Investigación	14

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1	MARCO HISTÓRICO	15
	2.1.1 Evolución del tratamiento de desórdenes mentales	15
	2.1.2 Tipologías – Aportaciones – Innovaciones Arquitectónicas	23
2.2	BASES TEÓRICAS	41
	2.2.1 Base Teórica	41
	2.2.2 Terminología	47
2.3	MARCO REFERENCIAL	58
	2.3.1 Antecedentes de Investigación	58
	2.3.2 Referencia de estudios y Contraposiciones (Latinoamérica)	60
2.4	NORMATIVIDAD	64
	2.4.1 Base Legal	64
	2.4.2 Normas Técnicas	68
	2.4.3 Normas MINSA	68
	2.4.3 Normas MINEDU	69

## **CAPITULO III: MARCO REAL**

3.1	ESQUEMA METODOLÓGICO	70
3.2	DIAGNOSTICO SITUACIONAL	72
	3.2.1 Situación actual de la salud mental en el Perú	72
	3.2.2 Situación actual de la salud mental en Región Tacna	77
	3.2.3 Diagnóstico	90
3.3	SELECCIÓN DEL TERRENO	95
	3.3.1 Criterios determinantes en la selección de terreno	95
	3.3.2 selección del terreno	100
3.4	ANÁLISIS DE SITIO	104

3.4.1	Ubicación y localización del Ámbito	104
3.4.2	Análisis medio Ambiente Natural	107
3.4.3	Análisis Espacial	112
3.4.4	Análisis de Usuario	123
3.5	CONCLUSIÓN: ASPECTOS DETERMINANTES	130
3.6	IDENTIFICACIÓN DE CRITERIOS DE DISEÑO	132
3.6.1	Aspecto Funcional	132
3.6.2	Aspecto Técnico	133
3.6.3	Aspecto de Estético	134

## **CAPITULO IV: PROPUESTA ARQUITECTÓNICA**

4.1	OBJETIVOS FUNCIONALES	136
4.2	ANALISIS PROGRAMATICO	139
4.2.1	Análisis Cualitativo y Cuantitativo	139
4.2.2	Síntesis Programática	143
4.2.3	Cuadro Resumen de áreas	143
4.3	CONCEPCIÓN ARQUITECTÓNICA	144
4.3.1	Zonificación	144
4.3.2	Partido	146
4.3.3	Geometrización	147
4.4	PROYECTO ARQUITECTÓNICO	148
4.4.1	Memoria descriptiva	148
4.4.1.1	Generalidades	148
4.4.1.2	Objetivos	148
4.4.1.3	Ubicación geográfica	149
4.4.1.4	Datos del terreno	149
4.4.1.5	Descripción del proyecto	150

4.4.1.6	Vías y Accesos	151
4.4.1.7	Descripción de ambientes arquitectónicos	151
4.4.1.8	Presupuesto y costos	159
4.4.1.9	Financiamiento	160
4.4.1.10	Etapabilidad	160
4.4.1.11	Observaciones	161
4.5	DESARROLLO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO	162
4.5.1	Planos de Arquitectura	162
4.5.2	Detalles	164
4.5.3	Vistas	164

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	CONCLUSIONES	166
5.2	RECOMENDACIONES	168
	BIBLIOGRAFÍA	169
	ANEXOS	171

## **RESUMEN**

La presente tesis tiene como objetivo diseñar un centro de salud comunitario para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental, ante la carencia de espacios físicos acordes a los cambios actuales en el modelo de atención de pacientes con trastorno mental y en la legislación vigente.

La metodología que se utilizó corresponde al método de investigación aplicada, para la solución del problema específico, bajo el sustento de los conocimientos adquiridos y las teorías existentes.

Posteriormente se realizó un análisis de la problemática, de la aptitud del emplazamiento propuesto, identificándose los criterios que darán forma al proyecto.

Se concluye del proyecto, como un aporte positivo e innovador en el campo de los servicios a la salud.

## **ABSTRACT**

This thesis aims to design a community health center for treatment, recovery, and rehabilitation of patients with mental disorder , in the absence of physical spaces in line with the current changes in the model of care for patients with mental disorder and legislation valid.

The methodology used corresponds to the method applied research for solving the specific problem, under the support of the knowledge acquired and existing theories.

Subsequently, an analysis of the problem, fitness proposed site, identifying the criteria that will shape the project was completed.

We conclude the project as a positive and innovative contribution in the field of health services

## INTRODUCCIÓN

*La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS<sup>1</sup>: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».*

Dependiendo del contexto local actual en el que nos desarrollemos, a los acontecimientos cotidianos de violencia que se observa en diferentes niveles, verbal o física, la falta de valores, los casos de disfunción familiar, inseguridad, así como el factor económico, etc; corremos el riesgo en algún momento determinado de vivir situaciones difíciles o de crisis. Algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor; por nombrar algunos grupos vulnerables podemos decir por ejemplo familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o abandono, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas

---

<sup>1</sup> O.M.S. Organización Mundial de la Salud.

sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, personas expuestas a conflictos o desastres naturales<sup>2</sup>.

La prioridad sobre la salud física somática, es un ejemplo del escepticismo que se tiene a las afecciones psíquicas, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables; como los jóvenes desempleados o situaciones inquietantes como el empobrecimiento, el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación. La comunidad médica, los avances científicos (farmacológicos) y académicos, evoluciona como las sociedades y tratan de dar solución a estos problemas actuales con nuevos enfoques en el tratamiento y terapia.

Es en este contexto las políticas y legislación de los estados preocupados en el tema cambia, para acoger y afrontar esta problemática global. Nuestro país no es ajeno a esto, y en el año 2012 se implementa nuestra legislación mediante la Ley 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, así mismo en el año 2015 se

---

<sup>2</sup> Salud mental y trastornos mentales: Determinantes y consecuencias en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020. Biblioteca de la OMS.

aprueba su reglamento con el Decreto Supremo N° 033-2015-SA, asegurando la salud psíquica de nuestro país.

En Tacna se reproduce la problemática descrita anteriormente, en nuestra rutina diaria, en las noticias, en internet, en la calles, se hacen notar los casos que de alguna manera tiene un fondo común, la alteración de la salud mental en mayor o menor grado de la persona, de la comunidad, de las sociedades.

En el caso de nuestra ciudad prevalencia de estados o episodios depresivos, de ansiedad o deseos de morir son los más comunes y presenta índices relativamente altos (promedio de 20%) en comparación con otros departamentos, afectando a la población adulta y adolescente. En el caso de las mujeres la violencia de género ha incrementado teniendo desenlaces fatales.

Es en estas circunstancias (política, sociales, ambientales) que esta investigación da la oportunidad de afrontar mediante un hecho tangible, aprovechando los recursos aprendidos y potenciándolos mediante el diseño de los espacios, la arquitectura es el ámbito esencial en el que vive y se desarrolla el ser humano, y de acuerdo a la manera de encauzarla puede propiciar un aporte positivo a la sociedad, es como una responsabilidad que tenemos. Por tal motivo y al ser los espacios que habitamos de influencia decisiva en nuestras experiencias cotidianas,

sociales, emocionales y, por qué no decirlo, terapéuticas; está en nosotros que tenemos las herramientas, el compromiso.

*“Entender que una simple flor puede significar tanto para el progreso de un paciente de cáncer como una serie de drogas tóxicas, es la esencia de todo el diseño” – Porter, D. (1973).*

## **CAPITULO I**

### **ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

A partir de la década de los años 60 y en vista de las nuevas investigaciones académicas, descubrimientos farmacológicos y del tratamiento a los pacientes con problemas de salud mental, se empieza a gestar poco a poco una transformación en el enfoque anacrónico y desfasado que se venía dando hasta ese entonces, en relación al tema de la salud mental. Es así que transcurrido el tiempo, en la actualidad se viene desarrollando la reforma de salud mental con un enfoque globalizado, es decir los gobiernos de todo el mundo han puesto interés en el tema, modificando y/o implementando su Legislación. Esta reforma da una nueva perspectiva orientada al tratamiento y recuperación de pacientes que presentan trastornos mentales. Nuestro país no es ajeno a estos cambios y acorde a esta tendencia, acoge esta reforma y afronta el problema de la salud mental en la población peruana, implementando su legislación y planes de salud, centrándose en dar tanta importancia a la salud mental como a la salud física ya que

forma parte de la salud integral de la persona y no se convierta en un problema que afecte la salud pública<sup>3</sup>.

En el caso de Tacna la prevalencia de estados o episodios depresivos, de ansiedad o deseos de morir son los más comunes en la población (20,2% en adultos, 5,3 % en adolescentes y 23 % en mujeres) y altos en comparación con otras regiones. Sin embargo un porcentaje no son atendidos por falta de información, así mismo al no ser evidente el padecimiento por su naturaleza Psicosomática, nos encontramos ante una población aparentemente sana, sin ningún padecimiento, subestimando el trastorno; esto contribuye negativamente a la reserva del afectado para exponer el problema y pedir ayuda. Las consecuencias de la falta de acceso de la población, especialmente, de la población adolescente y de mujeres se traducen en el incremento de la cronicidad y en la generación de discapacidades más severas y graves, algunas que pueden traer consecuencias fatales.

En el caso especial de las mujeres la violencia de genero impacta de manera negativa en su identidad y bienestar, en Tacna se registró una prevalencia anual de trastorno clínico de salud

---

<sup>3</sup> LEY 29889 promulgada en junio 2012, Ley General de Salud y Garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

mental de 23%, que se caracterizan por maltrato de la pareja, abuso psicológico o abandono de la pareja.

De otro lado, grupos vulnerables (niños expuestos al maltrato, abandono o que sufren acoso escolar, poblaciones indígenas, las personas de edad avanzada, personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales), que por su propia naturaleza son vulnerables, no desarrollan ni adquieren habilidades para el autocuidado para prevenir los problemas psicosociales y fomentar su propia salud mental. Finalmente, disminuye la productividad, aumentan los costes sociales resultando en una pérdida del capital humano y social acentuando la exclusión social.<sup>4</sup>

Es en este contexto, que en nuestra región, se hace evidente la ausencia de espacios orientados al servicio y atención de pacientes con trastorno mental que adopta el nuevo modelo en comunidad, descartando el modelo anacrónico y radical de aislamiento que hasta ahora se venía dando y desestigmatizando el problema de salud mental. Hoy en día las instituciones existentes en Tacna Centro de Rehabilitación de Salud mental San Ramón en Calana y el pabellón de Psiquiatría y Salud Mental en el Hospital Hipólito Unanue,

---

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Salud Mental – EEMSM - 2002; EESMSP - 2003; EESMSLP - 2004; EESMF - 2005; EESMCP - 2006; ESMLR - 2007; EESMSR - 2008; EEESMTA.

mantienen el enfoque convencional, no responden a las necesidades actuales enmarcadas en el contexto y legislación antes mencionado.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.2.1. Problema principal**

¿De qué manera la propuesta de un Centro de Salud Comunitario en la provincia de Tacna influye en el desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de los pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna en atención a la Ley 29889, ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental?.

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Ante la implementación de la legislación del estado y el surgimiento de nuevo modelo de atención para los pacientes con trastorno metal en Tacna, se hace evidente la carencia de espacios físicos acordes a estos cambios e infraestructura adecuada para los servicios en ***“El tratamiento, recuperación y reinserción del paciente con trastorno mental”***; motivo por el cual se propone proyectar un ***Centro de Salud Comunitario*** con instalaciones que

ofrezcan las condiciones hacia la prestación del servicio eficiente y de calidad, en la provincia de Tacna.

#### **1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

No se cuenta con información actualizada con respecto a datos estadísticos e indicadores de salud mental a nivel de la provincia de Tacna.

#### **1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

La propuesta y su materialización tienen alcance de Impacto provincial ya que el **Centro de Salud Comunitario** ayudará a mejorar la salud mental de los pacientes de la provincia de Tacna.

#### **1.6. OBJETIVOS**

##### **1.6.1. Objetivo General**

“Diseñar un Centro de Salud Comunitario que contribuya al desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna, en atención a la Ley 29889, ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.”

### **1.6.2. Objetivos Específicos**

- Acoger el modelo comunitario en el tratamiento mediante la implantación de terapia, talleres que maximice sus capacidades físicas y mentales.
- Humanización y calidad de ambientes hospitalarios para lograr el ambiente acogedor que se requieren y pueden constituirse en elementos facilitadores en la conducta del paciente.
- Inserción del hecho arquitectónico a la comunidad en busca de la desestigmatización, no al aislamiento y aceptación del tratamiento a los trastornos mentales por medio del acceso al servicio.
- Prescindir de conceptos rígidos hospitalarios, en busca de una arquitectura acogedora con tendencia a lo doméstico y purista en zonas de residencia, centrándose en lo esencial y estructural.

### **1.7. HIPÓTESIS**

El diseño de un Centro de Salud Comunitario contribuye al desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de

Tacna, en atención a la Ley 29889, ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

## **1.8. VARIABLES**

### **1.8.1. Variable Independiente**

Centro de Salud Comunitario.

### **1.8.2. Variable Dependiente**

Tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental.

### 1.8.3. Indicadores

Tabla 1: Operacionalización de variables para identificación de indicadores, valores.

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA/VALOR	TÉCNICA
<b>Independiente</b>  Centro de Salud Comunitario en la provincia de Tacna	Funcionabilidad espacial	Eficiente/regular/deficiente	Análisis técnico documentario.
	Ubicación y accesibilidad	Óptima /media /mala	
	Requerimiento de Áreas	Eficiente/regular/deficiente	
	Cumplimiento del requerimiento de acuerdo a la Normatividad	Total /parcial /nula	
	Iluminación y ventilación	Óptima /media /mala	
<b>Dependiente</b>  Tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes	Inclusión	Alta / media /baja	Análisis técnico documentario.
	Descentralización	Eficiente/regular/deficiente	
	Accesibilidad igualitaria	Alta/media /baja	
	Inserción	Eficiente/regular/deficiente	

*Fuente: Elaboración propia*

## 1.9. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Tabla 2: Matriz de consistencia

TITULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
Centro de Salud Comunitario para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con transtorno mental en la provincia Tacna	¿De qué manera la propuesta de un Centro de Salud Comunitario en la Provincia de Tacna influencia en el desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de los pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna, en atención a la Ley 29889, ley que Garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental?.	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>“Diseñar un Centro de Salud Comunitario que contribuya al desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna, en atención a la Ley 29889, ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.”</p>	El diseño de un Centro de Salud Comunitario contribuye al desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna, en atención a la Ley 29889, ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.	<p><b>Variable Independiente</b> Centro de Salud Comunitario.</p> <p><b>Variable Dependiente</b> Tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes.</p>

Fuente: Elaboración propia

## **1.10. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Diseño no experimental, transversal-causal

### **1.10.1. Tipo investigación:**

Investigación aplicada

### **1.10.2. Instrumentos de investigación**

Los instrumentos servirán para dar confiabilidad y verificar a la valides de los datos investigados, sus medios son los siguientes:

- Encuesta electrónica
- Entrevista a profesionales de las disciplinas.
- Fichas, planos, mapas, imagen satelital.
- Archivo fotográfico.

### **1.10.3. Método de investigación**

Método deductivo

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 MARCO HISTÓRICO**

##### **2.1.1. Evolución del tratamiento de desórdenes mentales**

###### **La Antigüedad**

La idea de desorden mental tiene origen muy antiguo, se puede observar en Mesopotamia (4000 años a.c.) en tablillas grabadas que poseían una concepción sobrenatural de la enfermedad; ésta se considera un castigo divino impuesto por diferentes demonios tras la ruptura de algo prohibido. Así mismo la revolución médica desarrollada por la civilización griega a través de personajes como Hipócrates, el padre de la medicina, alcanzará también a las enfermedades mentales. Platón ya había subrayado la importancia de la entrevista clínica como herramienta diagnóstica. En este mismo orden el desarrollo del teatro (la tragedia griega) y su función de

*catarsis* ponen el primer jalón de un método de tratamiento psicológico fundado en el simbolismo.

Llegada la edad media, autores afirman que la enfermedad mental retornó a la categoría de posesión diabólica. La epilepsia, por ejemplo, ha sido confundida con la posesión diabólica, desde la cultura faraónica egipcia, pasando por la Edad Media y hasta nuestros días. Hay que destacar a la cultura árabe, con la creación de la primera institución de acogida para locos conocido en Bagdad, en el año 792 *Dayr Hizquil*, "casa para locos", durante la dinastía Omeya. Se encuentran otros asilos para locos en El Cairo (873), Damasco (800).

En el renacimiento la influencia de la religión, resquebrajada en otros ámbitos del conocimiento, apuntala su poder sobre el campo de la locura. En el *Malleus Maleficarum*, (el martirio de las brujas), se define a la enfermedad mental como una forma de brujería o posesión demoníaca cuyo tratamiento pasaba por la tortura o la hoguera para "liberar" el alma del enfermo.

Es a partir de esta etapa que se puede distinguir tres fases importantes o revoluciones en el tratamiento de la

enfermedad mental; se puede observar su desarrollo y evolución de acuerdo al contexto social, cultural, incluso político y como la comunidad médica acorde al contexto, realiza aportes y descubrimientos académicos que influyen en el enfoque, manera, forma de tratamiento y este a la vez en los espacios que habitan: Claustro, asistencialismo, tortura, vejaciones e intervención quirúrgica, farmacología son algunas características, lo que se traduce también en el tipo de establecimiento donde se desarrollaban las actividades (ver en tipologías).

**1era Revolución Psiquiátrica;** a partir del siglo XIII, en Inglaterra, en Bedlam (uno de los primeros sanatorio mental) acogían a pacientes con trastorno mental severo “locos”, y posteriormente en algunas ciudades europeas, hubo fundaciones civiles y religiosas para la tutela, por ejemplo en la Corona de Aragón, el hospital general de la Santa Creu (Barcelona-1401) recibió a personas con desorden mental. Esta acogida no tenía ninguna implicación terapéutica, solo se desplazaba la responsabilidad de la tutela legal del “enfermo” de una persona física (habitualmente un pariente), a una persona jurídica (la fundación hospitalaria), como una forma de

aislamiento y confinamiento. En este contexto, el aporte de *Juan Luis Vives*, humanista, filósofo y pedagogo español (padre de la psicología) autor del tratado de *anima et vita* en 1538, niega categóricamente el origen sobrenatural de la locura, apoyado por médicos y humanistas oponiéndose a los métodos de tortura como ser quemados en la hoguera con la idea de brujería, licantropía, alquimia mezclados con estados delirantes o epilepsia. Es así que se reivindica el origen médico de la locura.

Es importante señalar que en 1567 Bernardino Álvarez, inaugura el primer sanatorio mental en México, que compartía las características de la época.

***2da Revolución Psiquiátrica;*** a partir del siglo XVIII, el médico francés *Philippe Pinel* (primer gran psiquiatra, 1745 - 1826) cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales. Pinel fue nombrado en plena Revolución Francesa, Director Médico del Asilo de La Bicêtre. Durante su cargo liberó a los enfermos mentales de las cadenas con las que eran reducidos y confinados (existen pruebas de que eran encadenados o atados como una forma de control). En su "*Tratado de la locura*" clasificó las enfermedades

mentales, propuso la creación de un cuerpo especializado de médicos dedicados a la atención de los "alienados", consiguiendo gran importancia.

Ya durante el siglo XIX se observan avances más rigurosos con respecto al sistema nervioso y estudio del cerebro, dadas las condiciones que anteceden, en el siglo XX va forjándose un nuevo concepto de enfermedad mental, más ligado a una concepción orgánica, biológica o genética (Eugen Bleuler a él se deben los términos de esquizofrenia y autismo). Los entendidos de la época basaban sus observaciones no ya en los pacientes situados en el medio social, sino en las colecciones de especímenes humanos clasificados en los manicomios morales. Hasta este punto se pensaba que no se podía hacer nada por el enfermo en el campo de la rehabilitación llegando a actitudes de rechazo, discriminación e incluso agravio.<sup>5</sup>

**3ra Revolución Psiquiátrica;** durante los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, merced a los trabajos de escucha atenta de lo que el paciente psiquiátrico tiene que contar, *Sigmund Freud* neurólogo (1856-1939), llamado padre

---

<sup>5</sup> Enciclopedia libre Wikipédia - Historia de la Psiquiatría - 2015

del Psicoanálisis, intenta comprender al enfermo mental, aporta la noción del inconsciente, descubriendo que detrás de la mente humana existen mecanismos no evidentes, o conscientes capaces de generar alteraciones psiquiátricas. Por otro lado el Dr. *Walter Freeman* despunta con un método innovador la lobotomía (premio Nobel 1949), técnica que consiste en seccionar el lóbulo frontal del cerebro para conseguir calmar la excitación de los enfermos psicóticos. “La lobotomía del picahielo” fue una técnica usual, que consistía en introducir una especie de picahielos por el parpado hasta el cerebro, era ambulatoria, no requería de internamiento y de bajo costo se convirtió en una práctica usual de la época.

Hasta aquí ante los cambios sociales en el mundo, la era industrial, tecnológica y la 2da guerra mundial, se busca una activa modificación de la enfermedad, se busca la causa de la incapacidad para poder contrarrestarla, para el control y la “cura” del paciente. Dadas las condiciones descritas, se crean las primeras unidades de rehabilitación (Gran Bretaña 1950), cambiando las actividades en manicomios y psiquiátricos.

Como resultado de esto y otras influencias *como la corriente antipsiquiátrica* se aprecia el declive de los hospitales

psiquiátricos (Estados Unidos y Gran Bretaña) dando lugar a nuevas concepciones que tratan de reducir la brecha entre el hospital psiquiátrico y la comunidad con la reubicación de pacientes incapacitados en esta última, es decir la sociabilización. No obstante, se realizaron trabajos de investigación que apreciaron los pobres resultados obtenidos ante estas premisas (Griffihs, 1974; Steven, 1973; Wing, 1972). Se constató que las personas con enfermedad mental crónica y severa raramente logran un nivel de adaptación psicosocial pleno. Se cuestionó la idea de que la rehabilitación psiquiátrica era un proceso de cambio de capacidades. Se planteó en términos de proceso de acomodación, intentando conseguir para estas personas un nivel de funcionamiento lo más semejante al normal y de casi independencia (valerse por ellos mismos), se presta atención mayor a los grupos sociales.

### ***La Antipsiquiatría, Desinstitucionalización y la Farmacología***

En la segunda mitad del siglo XX surge la antipsiquiatría (David Cooper 1967) como respuesta y protesta a los mecanismo que usaba la psiquiatría, que funcionaba con un sistema de centros de reclusión y casi tortura, uno de estos el

“tratamiento de Choque”: electroshock, baños fríos, calientes, barbitúricos, comas insulínicos, uso de camisas de fuerza, la implementación de la técnica quirúrgica de la lobotomía y finalmente la separación como la exclusión social. Tras un largo período de desencuentro la psiquiatría oficial y la antipsiquiatría confluyeron en una corriente psiquiátrica que se desentendió de la mayor parte de los tratamientos criticados por esta última (actualmente sólo persisten unas indicaciones muy limitadas para el electroshock), e incorporar a los enfermos mentales en ambientes sociales más integradores y menos aislantes. Este fenómeno, conocido como "desinstitucionalización" ha llevado al cierre masivo de los antiguos manicomios en países occidentales desde la década de los setenta hasta la actualidad.

Aquí es importante mencionar en este proceso la aparición del movimiento psicofarmacológico, en especial los antipsicóticos (Dr. Heinz Lehmann) de algún modo reemplazó los métodos “ortodoxos” y revolucionó los tratamientos logrando avances importantes. No obstante existe cierta polémica en relación a el boom de empresas farmacéuticas, de vitaminas y

alimentos, según los críticos no han encontrado evidencias de mejora (efecto placebo) y si efectos secundarios

### ***La aparición del Modelo Comunitario***

Actualmente existe una fuerte actividad académica, con la aparición de la psicofarmacología y el desarrollo de vertientes como el psicoanálisis, conductismo, cura de sueño; se hacen estudios sobre las terapias de grupos, de trabajo y se suman técnicas dramáticas, musicales y arte-terapia. Se critica al manicomio como lugar de encierro y abandono y se busca transformarlo en una institución terapéutica. A mediados de los años 60, nace la Psiquiatría Comunitaria, la cual busca centrar su interés en las poblaciones más que en los individuos, atendiendo por igual a los factores sociales, culturales, psicológicos y físicos causantes del desorden mental al ser igual de determinantes en la generación del trastorno.

#### **2.1.2. Tipologías – Aportaciones e Innovaciones Arquitectónicas**

Se puede observar que similar a la evolución al tratamiento, se efectuó una evolución histórica en los espacios de atención a los pacientes mentales, donde se diferencian tres etapas:

- (1) Los orígenes, en la antigüedad: 1era Revolución Psiquiátrica.
- (2) Evolución y renovación: 2da Revolución Psiquiátrica.
- (3) Tendencia contemporánea: 3era Revolución Psiquiátrica.

**Los orígenes, en la antigüedad: *1era Revolución Psiquiátrica.***

Concebidos en un inicio como un lugar de asilo (a partir del siglo XIII), los espacios concebidos retenían allí a los pacientes, con los cuidados básicos para su supervivencia, estos se consideraban casos incurables, los espacios eran cerrados, cercados a escalas monumentales, a modo de reclusorio, se conoce por crónicas de casos de pacientes que eran encadenados. Estos centros se desarrollaron anexos a hospitales, o eran creados por personas como grupos civiles o religiosos en parajes alejados, equiparándose a los sanatorios para enfermos de tifus o tuberculosis.



Figura 1: Espacio anexo al Hospital vista en planta del nivel inferior de Hospital de la Santa Cruz (“Santa Creu” en Catalán) Barcelona -1401.

*Fuente: deartesethistoria.wordpress.com – Historia de la Psiquiatría.*

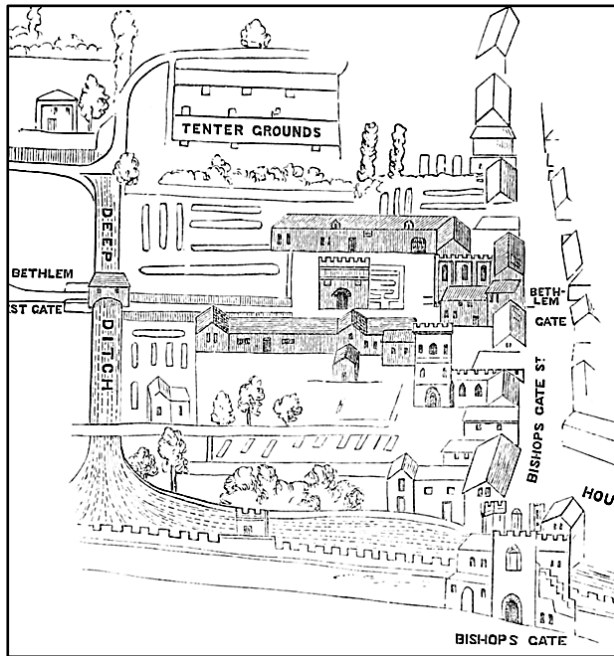


Figura 2: Plano del Hospital Real de Bethlem (London 1274-1676), uno de los primeros asilos públicos de enfermos mentales.

Fuente: *en.m.wikipedia.org – Bethlem Psychiatric Hospital.*



Figura 3: Acuarela del Hospital Real de Bethlem (London 1274-1676)

Fuente: *arts.brightar.ac.uk.*

Bethlem era un edificio abierto para que sus habitantes vaguen alrededor de sus confines y posiblemente en todo la zona en que se encuentra el Hospital. Bethlem expandió nuevos bloques configurándose como tipo colonia, con una capacidad para 100 reclusos.

### **Evolución y Renovación: *2da Revolución Psiquiátrica;***

En esta etapa, siglo XVIII, se puede observar diferentes tipologías, como una forma de evolución en el desarrollo de los espacios, a partir de aquí se va modificando la disposición y adicionando espacios para el desarrollo de actividades, en busca del emplazamiento más óptimo, funcional y de control; toman el nombre de sanatorios y asilos. Las tipologías comparten características similares a los hospitales generales, ya que en ambos casos son para la atención y hospitalización de pacientes, pero lo que hace la diferencia es la situación, es decir la ubicación en parajes alejados y continúa la modalidad de reclusión.

### **Planta Tipo Radial**

La Planta Radial dispuso las largas alas en forma radial hacia el exterior desde un punto central, lo que refleja el estilo

de las cárceles de la época. Este estilo fue considerado inhumano incluso en su tiempo debido a la falta de luz natural, la circulación del aire y el espacio para ventilar pabellones, sin embargo fue una forma de edificación utilizada en determinado tiempo, no tuvo mucha popularidad.

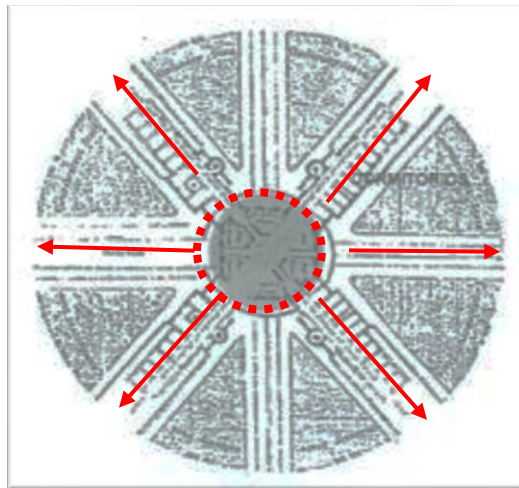


Figura 4: Hospital Psiquiátrico, Asilo para locos de Glasgow 1810

Fuente: [quadralectics.wordpress.com](http://quadralectics.wordpress.com)

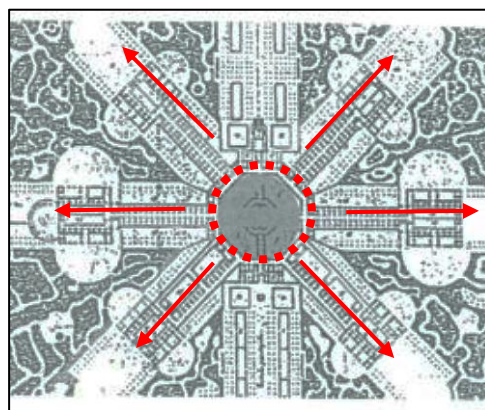


Figura 5: Hospital Psiquiátrico, Asilo para locos 1935 (Monrobert)

Fuente: [quadralectics.wordpress.com](http://quadralectics.wordpress.com)

El Corredor era un estilo alargado de asilo, diseño utilizado principalmente entre 1830 y 1890; que se presenta con el bloque de administración en la parte central con salas que flanquean a cada lado. Esto permitió la fácil separación de género y también ayudó en la facilidad de comunicación en todo el asilo. Esta distribución varía a lo largo de su vida útil, algunos edificios como la Casa de piedra cuenta con las salas, extraída del corredor principal y siguieron un diseño lineal. Otros, como *el Sanatorio St. Johns* no siguieron un corredor lineal de este tipo y en su lugar se extienden alrededor de los servicios centrales.

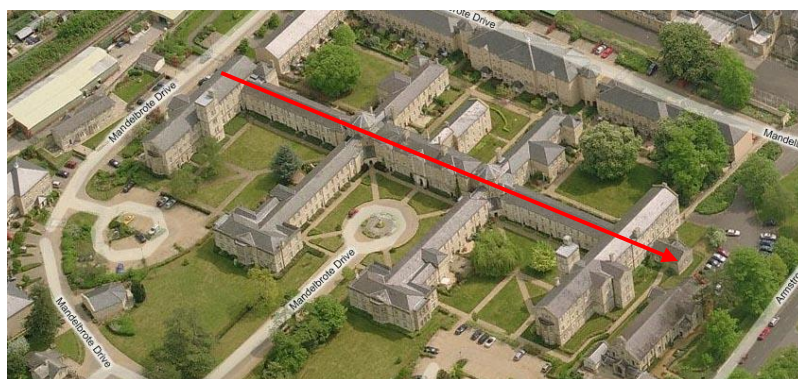


Figura 6: Asilo Littlemore, Oxford 1840

Fuente: [www.workhouses.org.uk](http://www.workhouses.org.uk)

## **Planta Tipo Pabellón**

El Pabellón tenía la configuración adosada de bloques. Había tres tipos principales de la disposición pabellón, que eran:

- **Pabellón Estándar**

Su configuración consistía en el pabellón tipo corredor lineal largo que se extiende a ambos lados del bloque de administración, los bloques del barrio se orientan perpendiculares a este pasillo y unidos en sus extremos.

- **Pabellón Dual**

El Pabellón doble o dual consistía en los bloques de administración y servicios, flanqueado por largos corredores. Este diseño fue pensado para hacer la segregación de casos difíciles y fáciles; sin embargo, debido al gran tamaño su operación fue difícil.

- **Pabellón radial**

Similar a los anteriores, se adiciona un pasillo semicircular de conexión, con los bloques en el exterior y los servicios en el centro.



Figura 7: Pabellón Estándar: Lancaster Moor Annexe,  
Lancaster

*Fuente: [www.workhouses.org.uk](http://www.workhouses.org.uk)*

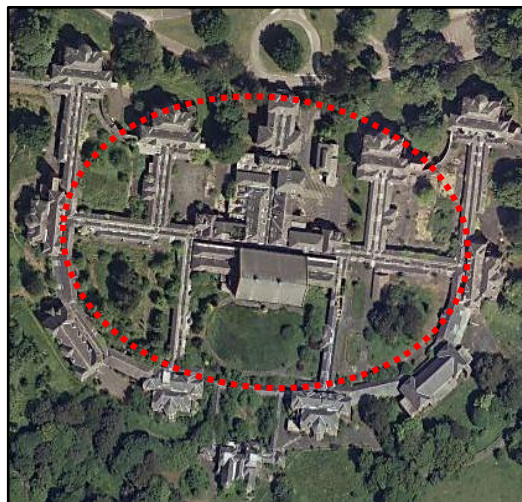


Figura 8: Pabellón Radial; St Luke's, Whittingham Hospital

*Fuente: [www.workhouses.org.uk](http://www.workhouses.org.uk)*

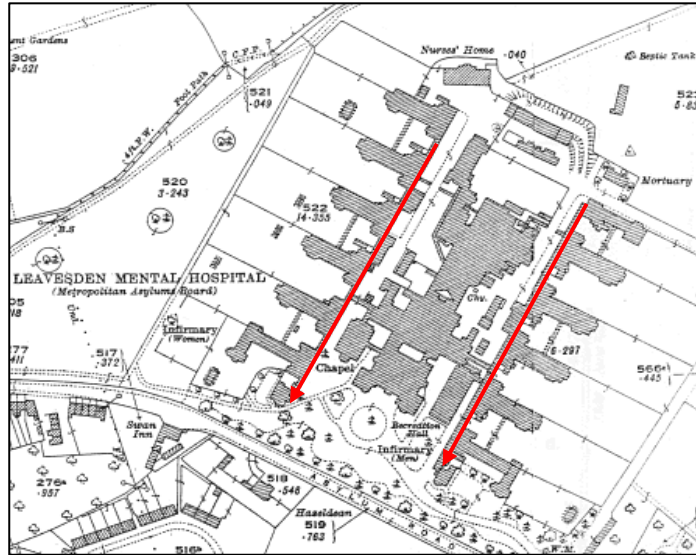


Figura 9: Pabellón dual Leavesden Asilo, 1923

Fuente: [www.workhouses.org.uk](http://www.workhouses.org.uk)

### Planta Escalonada - Compacta.

Revolucionó el diseño y construcción de asilos en todo el Reino Unido, ya que era el tipo más viable; Su diseño mantiene los largos pasillos, pero más compacto elimina los pasillos innecesarios y son más cortos; los servicios seguían siendo fundamentales, centrales en el asilo, tenía calidad espacial y de iluminación, que era importante para el régimen de la Salud Mental.

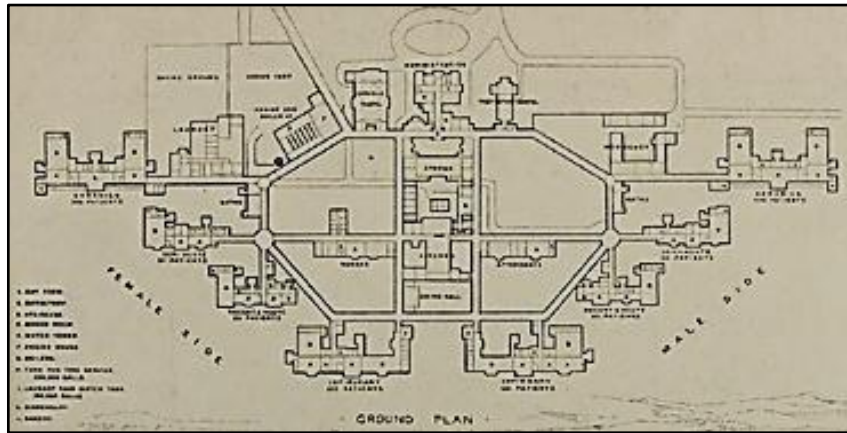


Figura 10: Plano del Hospital Asilo Portlane (Dublin 1900).

Fuente: [www.workhouses.org.uk](http://www.workhouses.org.uk)

Había dos tipos de plan compacto, uno donde las salas estaban lejos de los pasillos como bloques tipo pabellones.

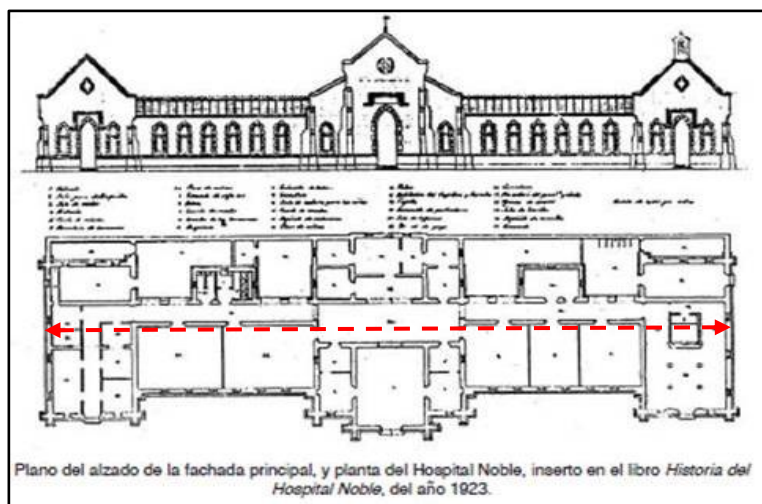


Figura 11: Plano del alzado de la fachada principal del Hospital Noble

Fuente: [www.workhouses.org.uk](http://www.workhouses.org.uk)

La otra era donde las salas estaban todas unidas, formando un todo esto permitió que el personal se mueva muy rápido a través de los edificios.

### **Planta tipo Colonia.**

Consta de bloques que se dispersan alrededor del asilo sin el largo pasillo tradicional para conectarlos; los edificios de administración y servicios todavía se colocaron en el centro del complejo; fueron considerados los más humanizados eran propicios para un tratamiento menos restrictivo, por surgir en una época pre-farmacológica pronto se vieron saturados por la excesiva derivación de personas afectadas. Eran de menor magnitud.

- **Tendencia Contemporánea: *3ra Revolución Psiquiátrica***

De las tipologías antes mencionadas continuaron en esta etapa la del tipo pabellón y compacta, los asilos se convirtieron en manicomios, centros psiquiátricos y más adelante en centros de salud mental (1980), la configuración de espacios mantuvo en esencia la tipología de pabellón; con un pasillo de circulación y bloques, la distribución horizontal se convirtió en más compacta para mayor control y el tipo pabellón aprovechaba iluminación, ventilación y visuales. Fue evolucionando al bloque con varios niveles dando paso a la circulación vertical por medio de la innovación del ascensor.



Figura 12: Hospital Psiquiátrico en Helsingor (Dinamarca 2004)

Fuente: *Estudymore* - <http://studymore.org.uk/asyar.htm>.

### **Clínica de Salud Mental Lou Ruvo en Las Vegas.**

Otro ejemplo notable de la evolución del centro de salud mental contemporáneo es *La Clínica de Salud Mental Lou Ruvo en Las Vegas*, si bien a primera impresión la obra del Arq. Frank Gehry se presenta como una visión dramática y llamativa de lo que puede ser un centro de salud mental, responde a la ubicación en el Newton Boulevard de las Vegas (ubicada en el Estado de Nevada en EEUU) y la lectura de los espacios interiores responde a lo mismo; dos sectores o zonas principales del edificio, separado por un corredor que marca la oposición de uno con el otro.



Figura 13: Creación de un entorno que no evoque un ambiente médico, creación de espacios acogedores, funcionales y de limpieza estructural.

Fuente: Archdaily - [www.archdaily.pe](http://www.archdaily.pe)

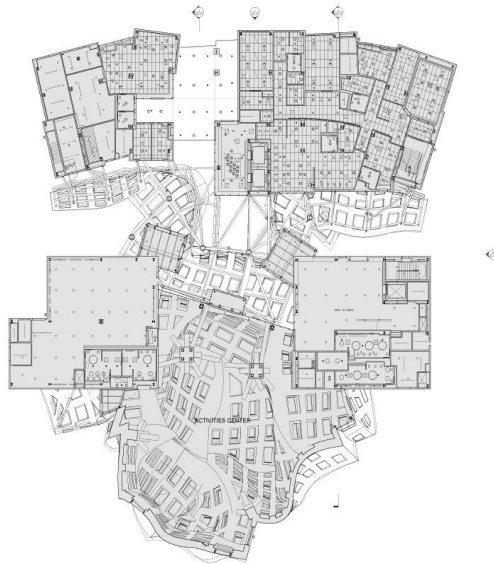


Figura 14: Plano del primer piso de la Clínica de Salud Mental Lou Ruvo en Las Vegas.

Fuente: Archdaily - [www.archdaily.pe](http://www.archdaily.pe)

### **Modelo Comunitario y Centro de Día.**

*El modelo comunitario, así como el Centro de día,* evolucionan como una tipología del centro de salud mental donde se realizan actividades para la atención de usuarios con trastornos de salud mental y psiquiatría pero con carácter ambulatorio y trata de romper con el esquema institucional hospitalario de estancia prolongada. Este modelo no pierde la esencia técnica, funcional y le da mayor énfasis a lo psicosocial que está directamente relaciona con la sencillez, calidez de

espacios y diseño de espacios abiertos. Los servicios incluyen todas las intervenciones de un centro de salud mental así como espacios dirigidos a la promoción, prevención y la reinserción social.



Figura 15: Centro Comunitario de Salud Mental - Hospital Dandenong, diseño del Arquitecto Whitefield McQueen Irwin Alsop (Australia)

*Fuente: [www.arq.com.mx](http://www.arq.com.mx)*



Figura 16: Centro de Día del centro Estatal de Referencia para personas con trastorno mental. Arq. Alberto Peñín Llobell, Pablo Peñín Llobell, Alberto Peñín Ibáñez. (Valencia; España)

*Fuente: [www.archdaily.pe](http://www.archdaily.pe)*

## **Residencias protegidas y Hogares Protegidos.**

*Las residencias protegidas son:* instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, muestran grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería. Estos espacios de estancia prolongada se caracterizan por contar con las habitaciones necesarias para albergar a un número máximo de 12 residentes, los que dispondrán de dormitorios que resguarden sus condiciones de privacidad e individualidad. Debe poseer además, espacios para la recreación y uso del tiempo libre, así como áreas verdes suficientes, debe estar anexo a servicios de salud mental que provean los soportes de atención en cuanto a tratamiento, rehabilitación y de emergencia en caso de descompensación de los usuarios.<sup>6</sup>

A diferencia de los hogares protegidos estos son para personas con discapacidad de causa psíquica leve moderada, que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias, tienden a ser de estancia no prolongada. Deben garantizar una dinámica de

---

<sup>6</sup> Norma técnica de residencias protegidas (2006 - MINSAL- Chile)

funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establecen en cualquier grupo humano adulto que habita una residencia común, De este modo, debe tender a favorecer su autonomía y reinserción. De acuerdo a lo verificado en las normas técnicas de otras legislaciones tomadas como referencia ya que no se cuenta actualmente con una, la disposición de ambientes es el típico de una vivienda común; dormitorio con servicios higiénicos (no más de 2 usuarios), estar, cocina, comedor, patio, a este se adiciona un espacio para el cuidador que brinda asistencia es ciertos horas del día y ocasionalmente nocturna recuerdo a la necesidad. En todo caso, esta organización debe ser flexible e ir adaptándose a las variaciones en las necesidades de cuidados de los residentes.

El presente trabajo toma la tipología de centro de salud comunitario con unidades de atención y rehabilitación adicionando espacios de hogares protegidos, los cuales está presente su implementación según en la Ley 29889 y su reglamento (2015), de la cual no se cuenta aún con documentos técnicos que correspondan al modelo, en tal sentido se trató de enmarcar en normas técnicas de otras

legislación como referencia, en este caso la de Chile, que se vio conveniente al ser más cercano a nuestra realidad.

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **2.2.1. Base teórica**

#### **Modelo de atención comunitario**

La superación del modelo aislar dio origen a modelos de atención basados en la comunidad que tiende a evitar la desvinculación de los pacientes de su entorno cotidiano, tanto en el ámbito familiar, como laboral y/o comunitario. Sobre la base de estas experiencias y las desarrolladas en los últimos años la OMS llevo adelante una revisión de 11 estudios<sup>7</sup> que comparan las mismas variables y evidencian que los modelos de atención basados en comunidad tienen mejores resultado que los basados en el internamiento, en:

- Mejoramiento de sintomatología en pacientes (8 de 9 estudios)
- Ajuste psicosocial (8 de 9 estudios)
- Prevención de recaídas (7 de 7 estudios),

---

<sup>7</sup> Braunt et al. 1981; Conway et al 1994.

- Disminución de las estancias en hospitalización (2 de 2 estudios)
- Satisfacción usuaria (7 de 7 estudios)
- Disminución en la farmacología de pacientes (3 de 4 estudios).
- Consecución de empleo (6 de 6 estudios)
- Disminución de carga familiar (2 de 2 estudios).

La perspectiva comunitaria ha ampliado notablemente y positivamente el campo de la acción en la psiquiatría, en medida que focaliza su análisis por el psiquismo del sujeto en relación con el mundo social al que pertenece y con el que interactúa en el quehacer diario. Esto implica incorporar en el trabajo asistencial, todos aquellos factores que, en esa relación, intervienen directa o indirectamente en sus procesos psíquicos.

De otra parte la perspectiva comunitaria amplía su preocupación más allá de las enfermedades mentales propiamente tales, incorporando una preocupación creciente por la salud de manera integral, lo que implica la promoción de todas aquellas condiciones que desde el mundo social del

sujeto contribuyen a su protección, así como control de situaciones de riesgo<sup>8</sup>.

Se pueden diferenciar 3 perfiles básicos: clínico, epidemiológico y social. Clínico porque brinda atención médica con acciones curativas y rehabilitadoras para los sujetos enfermos; epidemiológico porque aplica como estrategia de trabajo ese método para lograr el diagnóstico de salud con el que se detectan grupos de riesgo, evaluando no solo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar es decir de salud mental. El perfil social está dado porque considera en la solución de esos problemas a la comunidad, participa activamente sin perder el vínculo con el paciente.

Entre sus principios básicos se encuentran:

- Atención integral y continuada,
- Diagnóstico comunitario y evaluación de las necesidades sociales de la salud mental,
- La coordinación intersectorial, y
- Participación social

---

<sup>8</sup> Norma General Técnica N° 106, para la implementación y funcionamiento de centros de salud comunitaria. MINSAL – Chile 2008.

### **Movimiento de la Salud Mental Comunitaria**

Se caracteriza por la ampliación y el desarrollo de las metas de rehabilitación, incluyendo nuevos conceptos que se convierten en premisas básicas: el ajuste vocacional, interpersonal y residencial. Cambios en la dirección de la atención (más allá de las capacidades o incapacidades del paciente) se orientan a las intervenciones hacia las exigencias que establece el ambiente, el contexto y los apoyos que éste puede prestar en la rehabilitación. La accesibilidad de los servicios, su visión de conjunto y la extensión del tratamiento son elementos de la ideología de salud mental comunitaria consistentes con los conceptos de rehabilitación moderna.

### **Reforma de la Salud Mental.**

Son una serie de transformaciones y nuevo enfoque a la enfermedad y tratamiento de pacientes con trastorno mental, a raíz de las nuevas luces e investigaciones en el tema y en Latinoamérica a partir de la declaración de Caracas (1990) que nace de una conferencia organizada por la OMS. Propone cambios en la legislación de las naciones. Esta reforma sienta

sus bases en la tercera fase histórica que sufre el estudio de la salud mental y las enfermedades de índole mental, se caracteriza por el intento de modificar la incapacidad y contrarrestarla, potenciando otras capacidades del individuo. Durante los años 50 se constató una gran preocupación institucional y profesional por los enfermos mentales, realizándose trabajos experimentales para evaluar los efectos del manicomio en las capacidades de los pacientes y creándose, por ejemplo en Gran Bretaña, Unidades de Rehabilitación Social para definir el trabajo más idóneo posible a los desempleados por neurosis. Se comenzaron a establecer cambios en los ambientes y dinámicas manicomiales para superar el modelo tradicional

### **Teoría Open Door**

El método Open Door para tratamiento de pacientes con trastorno mental tiene su antecedente y complemento directo en las experiencias del "No Restraint" que se pusieron en práctica en asilos de Inglaterra (Dr. Conolly: *movimiento del non-restraint*) a principios del siglo XIX. Como su nombre en inglés lo indica "sin opresión, sin coerción" era la nueva

forma de tratar a los enfermos. El destierro de los chalecos de fuerza y otro tipo de ataduras, la medicación con sedantes del sistema nervioso, el cambio en la conducta de los guardianes y la actividad manual en pequeños talleres y huertas fueron las bases de esta resolución.

La comprobación principal del Sistema Open Door consistía en que la necesidad y el deseo de libertad permanecía vivo en la mayor parte de los enfermos mentales. Derechos humanos y tratamiento científico comenzaron a ser las bases de la atención psiquiátrica: la libertad era obtenida gradualmente, en la medida que el enfermo podía integrarse y responder a un tratamiento basado en el trabajo. La idea básica era considerar la salud en contraposición a la enfermedad, como la capacidad que tiene la persona para ocupar el lugar que le corresponde en las relaciones sociales y asumir funciones institucionalizadas. El tratamiento transcurre a través de la correspondencia entre la maduración de la personalidad y la capacidad del individuo de establecer relaciones de reciprocidad entre su mundo y él; al modelar el mundo, se modela a sí mismo.

### 2.2.2. Terminología

**Palabras clave:** *Centro de Salud Mental Comunitario / Trastorno Mental / Salud Mental / desestigmatización / Arquitectura Terapéutica / Humanización.*

- **Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC):** Es un establecimiento de salud en las que se realizan actividades para la atención de usuarios con problemas y trastornos de salud mental y psiquiatría de carácter ambulatorio, que atiende a una población territorialmente definida. Estos servicios incluyen todas las intervenciones sanitarias de la salud pública: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Está conformado por un médico psiquiatra, enfermera especializada, psicólogo, asistente social, terapeuta ocupacional y personal técnico capacitado.
- **Trastorno Mental:** se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco, se debe destacar que una enfermedad de tipo mental es la que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los

procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. Los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (neurológico, orden genético), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto. Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. Los mencionados en primer lugar alteran la percepción que el individuo tiene en torno a sí mismo y el grado de aprobación del Yo. Más allá de esto, no representan una distorsión del plano real ni provocan aislamientos importantes de la vida social. Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir delirios, dificultades de carácter afectivo y relacional o alucinaciones. Por lo general, estos están determinados por razones orgánicas. La definición de trastorno mental ha sufrido variaciones con el paso del tiempo. Hasta 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluía a la homosexualidad y la transexualidad

en su listado. Clasifica a los citados trastornos mentales en nueve categorías:

- Del comportamiento y de la personalidad, como inestabilidad emocional, el trastorno paranoide o esquizoide, el trastorno ansioso de la personalidad,
- Esquizotípicos. Entre ellos se encuentran la psicosis o la esquizofrenia,
- Sintomáticos y orgánicos, como por ejemplo el delirium,
- Neuróticos. como la amnesia, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la neurastenia o la agarofobia,
- Del comportamiento en la infancia y adolescencia, como los trastornos de conducta, los tics, la tartamudez, la enuresis o el mutismo selectivo,
- Trastornos por consumo de psicotrópicos: síndrome de abstinencia, intoxicación alcohol, síndrome de dependencia,
- Del humor o afectivos, como la distimia, el trastorno bipolar o el episodio depresivo, entre otros,
- Trastornos mentales producidos por disfunciones de tipo fisiológico. Hace referencia a los de tipo alimentario como la anorexia o la bulimia, a los de origen biológico como la

eyaculación precoz o a los motivados por el sueño como el terror nocturno, el insomnio o el sonambulismo, y

- Retraso mental: como la afasia, autismo, disfasia.

Por otra parte, la salud mental es definida como el bienestar absoluto a nivel psíquico y social, mientras que un trastorno mental implica la pérdida de dicho bienestar por motivos de distinta índole.

- **Salud Mental:** 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 establecer adecuadas relaciones interpersonales. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».
- **Salud Mental comunitaria:** La salud mental comunitaria consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección

y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación y el proceso vivido durante el conflicto armado interno. Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad. La salud mental comunitaria aborda los problemas de salud mental de una manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades. Desde allí, se plantean propuestas de intervención que se orienten a la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales que se identifican como fragmentada.

- **Salud Pública:** es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de

especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas. El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemio-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud). Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades. Debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al

depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

- **Discapacidad de Causa Psíquica:** Disminución de la función psíquica. Es cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía/deficiencia) para llevar a cabo una actividad determinada. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
- **Arquitectura Terapéutica:** es la forma como los ambientes afectan positivamente en la recuperación de pacientes, activando el potencial espiritual de la persona a través de medios físicos, como un buen diseño, para crear múltiples vías para su expresión. Si le reconocemos a la arquitectura valores de lenguaje, es por lo que debemos reconocerle su carácter persuasivo y psicológico, que no solo denuncian la función, sino también estimulan y en cierta forma inducen.

- **Humanización:** desde el punto de vista del diseño son todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud. Esto significa que el usuario está en el centro de cada decisión de diseño, no solo como un productor de requerimientos funcionales, sino como una expresión de los valores humanos que deben ser considerados.
- **Desestigmatización:** es la realización de cambios sociales que permitan una mayor participación y una reintegración en los distintos ámbitos comunitarios de las personas que sufren enfermedades o trastornos mentales; la definición para estas personas marginadas de funciones socialmente útiles y culturalmente valoradas; la ampliación de las redes familiares y comunitarias; la revalorización del contacto con las personas que sufren enfermedades mentales, y el aprendizaje a partir de sus experiencias. En un contexto microsocial, la desestigmatización de la enfermedad mental implica el desarrollo de prácticas o costumbres en la vida cotidiana que faciliten este proceso: el abordaje más holístico de la enfermedad, las capacidades y las

necesidades; el optimismo terapéutico; el fortalecimiento de los aspectos positivos; la participación de las familias y el desarrollo de una red de apoyo.

- **Participación Comunitaria:** Proceso mediante el cual la persona y familias se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y a las de su comunidad adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y al del grupo, contribuyendo consciente y constructivamente en el proceso de su desarrollo.
- **Hogares Protegidos:** son instancias residenciales alternativas, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias. Deben garantizar una dinámica de funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establecen en cualquier grupo humano de adultos que habitan una residencia común, es decir, fomentar la participación (promoviendo la expresión de afectos, ideas y opiniones), el respeto, la tolerancia y las relaciones afectivas. Su objetivo es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad

que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de las habilidades que se relacionan con su desempeño en el hogar. De este modo, el Hogar Protegido debe tender a favorecer su autonomía. De acuerdo al grado de cuidados requeridos por los residentes, los Hogares Protegidos contarán con los siguientes tipos de apoyo:

- Apoyo permanente las 24 horas del día, el cuidador permanece en el Hogar las 24 horas, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y administración de medicamentos,
- Apoyo nocturno, donde el cuidador permanece en el Hogar durante la noche, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos,
- Apoyo algunas horas al día, donde el cuidador apoya aquellos aspectos más débiles de los residentes en horarios establecidos de común acuerdo, y

- Apoyo algunas horas a la semana, donde el cuidador supervisa a los residentes en horarios y aspectos establecidos de común acuerdo.

En todo caso, esta organización debe ser flexible e ir adaptándose a las variaciones en las necesidades de cuidados de los residentes.

- **Residencias Protegidas:** La Residencia Protegida es una instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería. En este sentido se diferencia de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial.
- **Hospital Psiquiátrico:** Establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas que cuenta con internamiento (aloja a las personas en sus establecimientos). Habitualmente funcionan como hospitales monovalentes. Derivan históricamente de los manicomios. Usualmente cuentan con la mayoría de los servicios médicos

de un hospital general además de servicios profesionales específicos para tratar enfermedades mentales:

Médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros especializados, laboratorios especializados, neurología, medicina interna, farmacia, electroshock.

## 2.3 MARCO REFERENCIAL

### 2.3.1. Antecedentes de investigación

A nivel Universitario se seleccionó como antecedentes de investigación referidos al tema de salud mental diferentes enfoques, pero que obedecen a la misma esencia:

- **Hospital de DÍA Psiquiátrico** de la Arq. Macarena Cordero Briceño - Proyecto de Título 2009 - Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

Este proyecto se desarrolla en la ciudad de Santiago de Chile y obedece a la concepción de una comunidad terapéutica o un centro de rehabilitación, dejando de lado la imagen del hospital psiquiátrico, pretende proyectar la antítesis de la arquitectura psiquiátrica preexistente, rompiendo este modelo con el objetivo de dar paso a una imagen comunitaria.

- **Centro Psiquiátrico** del Arq. Jorge Cheng Lo - Proyecto de Titulación Profesional 2001 - Universidad Nacional de Ciencias Aplicadas, Facultad de Arquitectura.

Concibe centro de atención psiquiátrica como un lugar inserto en la ciudad. La propuesta es una nueva manera de entender el espacio psiquiátrico y de componerlo tomando en cuenta, de manera creativa y cuidadosa, los requerimientos actuales de las enfermedades psiquiátricas.

- **Centro integral de salud mental** de la Arq. Luz Vega Cueva - examen Profesional 2013 - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad De Ingeniería Civil, Arquitectura Y Geotecnia.

Trata de desestigmatizar el modelo de aislamiento, centrándose en la atención humanitaria de los pacientes con trastorno crónico y agudo dándoles una mejor calidad de vida.

- **Arquitectura Terapéutica** del Arq. John Alexander Acosta Ávila – monografía para optar el título profesional de Arquitecto año 2014 – Universidad Católica

*de Colombia, Facultad de Diseño, Programa de Arquitectura.*

Busca potencializar y adaptar a las necesidades reales de sus usuarios, mitigando los desórdenes y patologías psiquiátricas, por medio de espacios terapéuticos y de esparcimiento para prevenir y concientizar a las personas de la importancia de su salud mental.

### **2.3.2. Referencia de estudios y contraposiciones (Latinoamérica).**

Estudios de resultados obtenidos “Modelo de Atención Comunitario” aplicado en Latinoamérica, se tomó en consideración estos estudios en medida que podrían influir y dar respaldo a la investigación.

#### **Informe sobre Sistema de Salud Mental en Chile (2007):**

Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Esta publicación es realizada por el Ministerio de Salud de Chile, con la colaboración de OPS/OMS, a través de la representación en Chile, la Oficina Regional para América y el

Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS central.

El propósito de esta evaluación es mejorar los servicios de salud mental y disponer de información para la formulación de políticas y planes, además de la determinación de una línea base para monitorear posteriormente los cambios que se generen. Este estudio es también útil para monitorear el progreso de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría iniciado en el año 2000 en el país de Chile<sup>9</sup>. La información fue recogida durante el año 2005 utilizando los ítems sugeridos por el instrumento WHO-AIMS de la OMS (el sistema de medida utilizado fue el método estadístico).

**Artículo publicado sobre el Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.** *Este estudio es realizado por Alberto Minolettil (Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental, Santiago, Chile); Alessandra Zaccariall (Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago, Chile).*

---

<sup>9</sup> El plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (chile - 2000) implementa el nuevo Modelo de Atención Comunitaria.

En el artículo se describe el modelo de atención de Salud Mental y Psiquiatría aplicado en el sistema público de salud de Chile, se analizan las principales dificultades encontradas y los logros obtenidos en los 10 años que lleva ese plan en funcionamiento y se hacen recomendaciones para perfeccionarlo.

Aquí la importancia de la experiencia chilena en contraste con la nueva ley y planes de nuestro país, donde se empieza a exponer y acoger las nuevas tendencias.

**Artículo sobre efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud.** *Artículo del Arq. Cedrés de Bello, Sonia. (2000) Revista de la Facultad de Medicina, 23(1), 19-23.*

En este artículo se discuten los efectos del ambiente físico, sobre la salud y satisfacción de los usuarios de los ambientes hospitalarios, así como también la percepción del ambiente y sus efectos tranquilizadores y terapéuticos en los pacientes. Se señalan algunos criterios de diseño, como son seguridad y privacidad, que contribuyen a humanizar el ambiente físico, promover la salvaguarda y elevar la dignidad

de cada persona como usuario de un establecimiento de salud. Se presenta la calidad de la edificación como una respuesta a los requerimientos de los usuarios.

### **La influencia de la arquitectura en la recuperación del paciente**

*Artículo del Augusto Guelli. (2011) Revista Escala Arquitectura latinoamericana.*

Trata de la influencia positiva del espacio en la recuperación de los pacientes, significado de una mayor satisfacción del paciente y un mejor índice de calidad percibido por los usuarios. Junto con estos resultados, los estudios demuestran que esta influencia 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.

## 2.4 NORMATIVIDAD

### 2.4.1. Base Legal

#### **La Constitución Política del Perú:**

Título I - Capítulo II - Artículo 7: Derecho a la Salud: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y comunidad así como el de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.*

- **Ley 26842**, Ley General de Salud. (Publicada: 20/julio/ 1997):

Artículo 11: *“Toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado.”*

- **Ley 29889**, ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. (Publicada: 24/junio/ 2012):

Tiene por objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención.

- **Reglamento de la Ley 29889** (Publicada: 6/octubre/2015):

Bajo el Decreto Supremo N° 033-2015-SA se aprueba el 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, que consta de cinco (5) títulos, veintisiete (27) artículos, dos (2) disposiciones complementarias transitorias y una (1) disposición complementaria final.

- **Declaración de Caracas - 1990**

Adoptada el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la OMS.

Las organizaciones, autoridades de salud, profesionales, reunidos para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud. Notando:

1. Que la atención psiquiátrica no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, participativa, integral y preventiva.
2. Que el hospital psiquiátrico obstaculiza el logro de los objetivos:
  - a) Aísla al enfermo de su medio y genera mayor discapacidad social
  - b) Crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo.
  - c) Imparte una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando: Que la atención primaria de salud es la estrategia adoptada por la OMS. Declaran:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención primaria de Salud y en los marcos de los sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos

alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

2. Esta reestructuración implica la revisión del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben salvaguardar los derechos humanos y civiles, estar basado en criterios racionales y adecuados.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
  - a) Asegurar respeto de derechos humanos y civiles de enfermos mentales
  - b) Promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.
5. La capacitación del recurso humano en salud mental debe apuntar a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria.
6. Las organizaciones se comprometan a desarrollar programas que promuevan esta reestructuración y la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

- **Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización.**

Establece que la salud pública es una de las *competencias exclusivas* de los gobiernos regionales y una competencia compartida de los gobiernos locales.

#### **2.4.2. Normas técnicas.**

- **Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE)**

En el Reglamento Nacional de Edificaciones en el Título III Edificaciones, Sección III-1 Arquitectura, Norma A-050 Salud indica lo referente a los aspectos generales y condiciones de habitabilidad y funcionabilidad para el diseño de establecimientos de salud.

Sección III-2 Estructuras, Norma E-030 Diseño Sismo Resistente.

- **Sistema Nacional de Equipamiento SISNE**

#### **2.4.3. Normas MINSA**

- **R.M. 075-2004/MINSA “Lineamientos para la acción en salud mental”**

Se aprobaron 9 lineamientos que establecen las pautas para la gestión y rectoría en salud mental

- **R.M. 943-2006/MINSA Plan nacional de salud mental 2006**

Documento técnico que define los objetivos y actividades a nivel sectorial y multisectorial en la materia. En el Objetivo General 4: establece “Promover la equidad en la atención de salud mental (...) dando atención diferenciada a las poblaciones vulnerables.

- **D.S. N° 013-2006-SA**, que aprueba el “Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”.

- **R.M. N° 482-96-SA/DM**, que aprueba las “Normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria”.

- **R.M. N° 072-1999-SA/DM**, que aprueba las “Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud.”

- **Norma Técnica – NT 021-MINSA/DGSPV** “Categorías de los establecimientos de salud “(2004).

**2.4.4. Normas MINEDU.**

“Normas técnicas para el diseño de locales de educación básica especial y programas de intervención temprana” - 2006

## **CAPITULO III**

### **MARCO REAL**

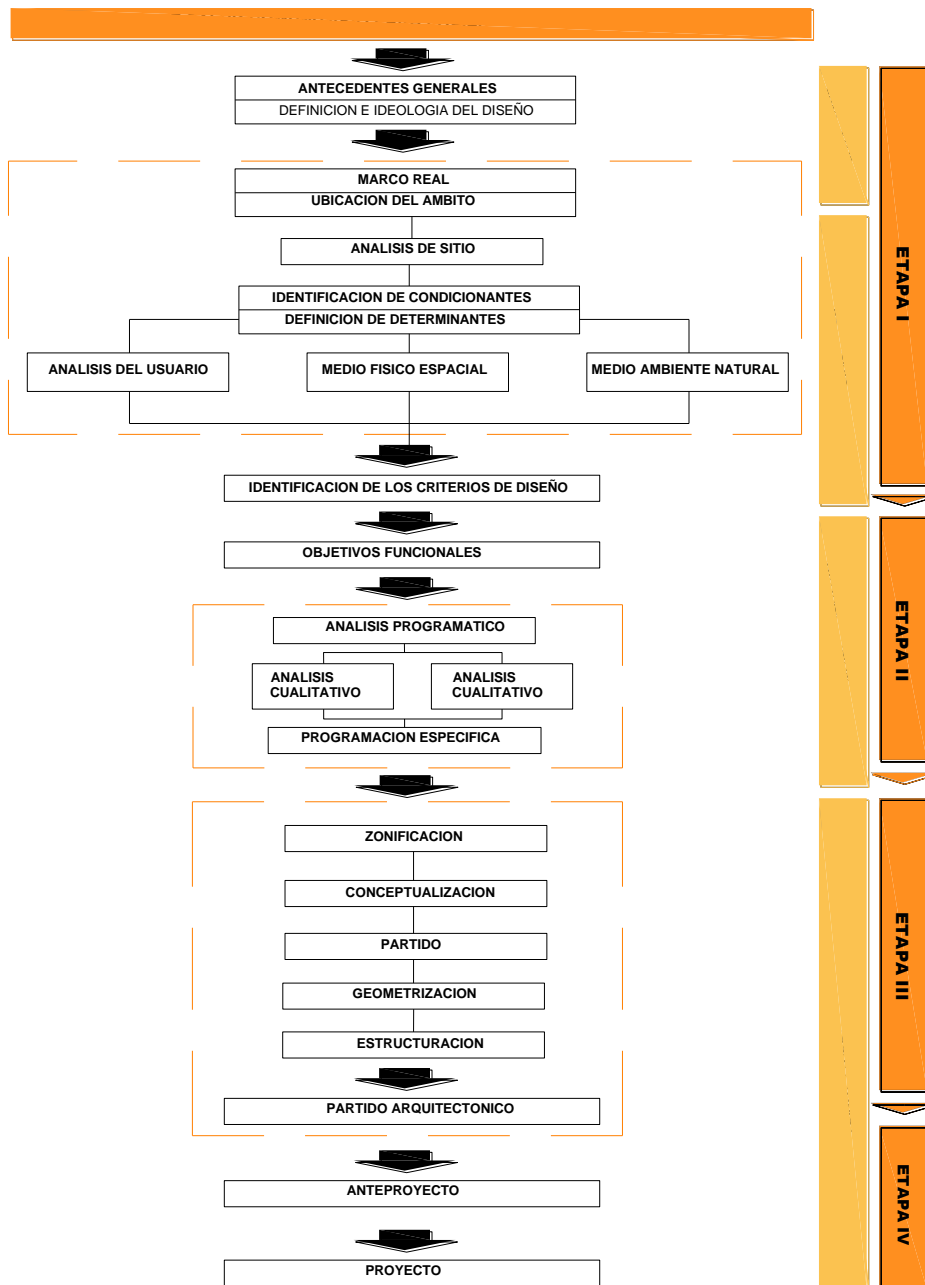
#### **3.1 ESQUEMA METODOLÓGICO**

En la figura 17 se aprecia las etapas de la metodología de trabajo en el desarrollo del Centro de Salud Comunitaria para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental.

Etapa I: Aspectos generales y análisis situacional.

Etapa II: Programación arquitectónica.

Etapa III y IV: Respuesta arquitectónica.



FUENTE : ELABORACION PROPIA

## **3.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL**

### **3.2.1. Situación actual de la salud mental en el Perú**

#### **a) Reforma de la salud mental en el Perú.**

En junio del año 2012 se promulga la *Ley 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”, con esta medida se impulsa un proceso de reforma de la atención de salud mental con el fin de implementar un modelo de atención comunitario y representa un esfuerzo del estado por cambiar y aportar nuevos enfoques de solución dirigidos a la reforma de la atención de la Salud Mental en el Perú y acorde a las nuevas tendencias de tratamiento. Dicha ley así como el Plan Nacional de salud Mental (2006) señalan entre otras cosas, los objetivos y las estrategias que se deben seguir y asume el estado hacia acciones que mejoren el bienestar y la salud mental de la población. Estas reformas, hacen hincapié en el *enfoque comunitario* de los problemas de salud mental así como nuevos métodos de tratamiento, fundadas en los últimos avances científicos.

En octubre del 2015 se aprueba el reglamento de la Ley 29889, tiene como objetivo garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud.

Asimismo que los pacientes accedan a servicios de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención.

Este dispositivo legal incorpora servicios y una red asistencial en todo el país. En ese sentido, dispone que la atención de las personas se efectúe obligatoriamente desde el primer nivel de atención, con servicios de atención de salud mental que cuenten con un equipo de especialistas en psicología y psiquiatría.

**b) Infraestructura hospitalaria.**

Los servicios hospitalarios referente al tema de salud mental en el país se encuentra bajo el régimen del MINSA y de EsSalud que brindan asistencia básica en los centros

hospitalarios, así mismo existen tres centros especializados ubicados en la ciudad de Lima, con personal multidisciplinario capacitado en rehabilitación psiquiátrica.

- El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”
- El Hospital Víctor Larco Herrera
- El Hospital Hermilio Valdizán

La atención psiquiátrica y de salud mental continúa principalmente centralizados en los hospitales psiquiátricos. El 75% de las camas se encuentran en estos centros de Lima: Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizán e INSM “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, concentrando además la mayor parte del presupuesto para salud mental.

Son 23 servicios de psiquiatría en hospitales generales del MINSA (7 en Lima y 16 en otras 10 regiones del país), 5 de estos se encuentran en regiones afectadas por la violencia política y cuentan con personal para atención comunitaria, mientras que en 8 regiones aún no hay ningún tipo de servicio especializado. Solo 5 regiones del país (La

Libertad, Arequipa, Ica, Junín y Tacna) cuentan con servicios de hospitalización.

- **Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi**

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” es un competencia, Órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, encargado de la investigación, docencia y atención especializada en el campo de la salud mental a través de sus Direcciones Ejecutivas de Niños y Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores, Adicciones y Salud Colectiva y de sus Departamentos de Emergencia y Rehabilitación. Cuenta con dos pabellones para hospitalización que albergan alrededor de 200 camas hospitalarias entre ambos pabellones. El área central está diseñada bajo la tipología de pabellones, creando así espacios abiertos con áreas libres las cuales son utilizadas como áreas de ocio para los pacientes con trastorno mental.

- **Hospital Víctor Larco Herrera**

El 1 de Enero de 1918 se inauguró en la ciudad de Lima, el Hospital “Víctor Larco Herrera”. El Hospital

recibió, en su inauguración, a los pacientes del antiguo Hospicio de la Misericordia (Manicomio del Cercado) que albergaba, desde 1859, a los enfermos mentales, luego de que fueran trasladados de los antiguos servicios custódiales, también llamadas “Loquerías”, que existieron en siglos pasados como anexos de los Hospitales Generales de San Andrés (varones) y Santa Ana (mujeres).

- **Hospital Hermilio Valdizán**

El servicio de Psicología abre sus puertas a la comunidad brindando apoyo psicológico a las personas con problemas de esta naturaleza desde el 28 de septiembre de 1978. El hospital cuenta actualmente con un departamento de terapia familiar, donde familias y parejas acuden a resolver sus problemas de convivencia, también posee una división destinada a velar por la mejora de la calidad de vida de niños y adolescentes.

### 3.2.2. Situación actual de la salud mental en la región Tacna

#### a) Situación de la salud mental en la población de Tacna

##### Salud mental en la población Adulta

En el estudio epidemiológico de salud mental en ciudades de frontera, realizado en Tacna (2005) se encontró que la prevalencia anual de algún trastorno psiquiátrico (proporción de la población adulta que en un año sufre de un trastorno mental) es de 20,2%, cifra por encima del promedio en comparación con otras ciudades.

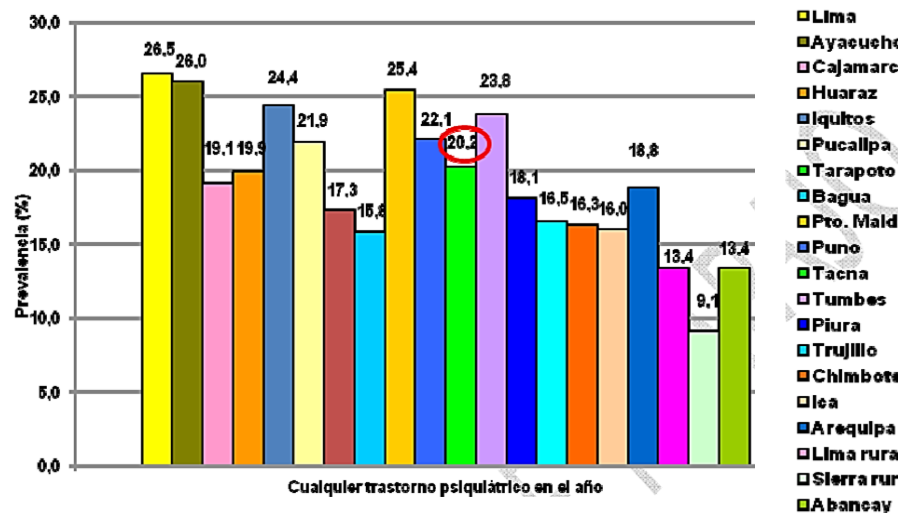


Figura 18: Prevalencia anual de algún trastorno psiquiátrico según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural y Abancay según ciudad.

Fuente: INSM - EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EEESMTA.

Los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia anual son los trastornos de ansiedad (10,1%) y los depresivos (6,5%), los deseos de morir (10,7%), el intento suicida (3,3%), el abuso y dependencia de alcohol (6,2%).

### Salud mental en la población adolescente

En el caso de la población adolescente el estudio muestra la prevalencia actual, (proporción de casos existentes en el momento del estudio) de los principales trastornos. Aquellos que más afectan a los adolescentes son: los trastornos depresivos, la fobia social, las conductas problemáticas como consecuencia del abuso del alcohol y los trastornos de ansiedad generalizada.

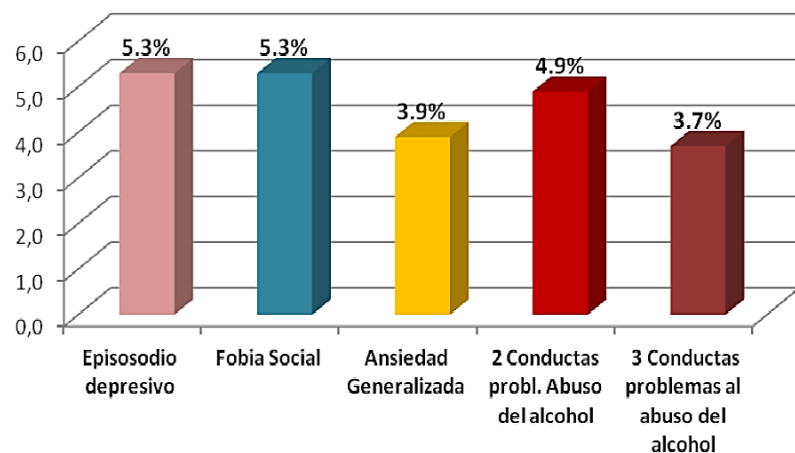


Figura 19: Prevalencia Actual de los Principales Trastornos Mentales En La Población Adolescente Región Tacna – 2005.

Fuente: INSM. EESM – 2005.

En el caso del episodio depresivo en adolescentes las cifras son mayores al promedio en comparación a otras ciudades en las que se realizó el estudio.

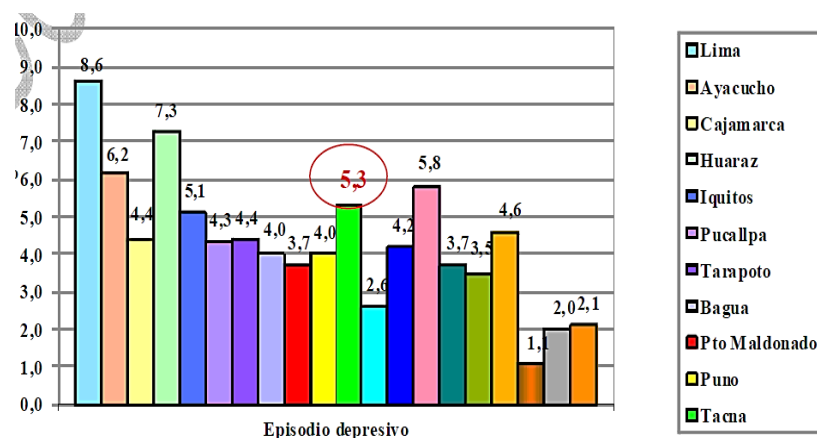


Figura 20: Prevalencia actual de episodio depresivo en adolescentes según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima rural, Sierra rural y Trapecio Andino, según ciudad.

*Fuente: INSM - EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EEESMTA.*

Así también en el caso de fobia social en adolescentes las cifras son mayores al promedio en comparación a otras ciudades en las que se realizó el estudio.

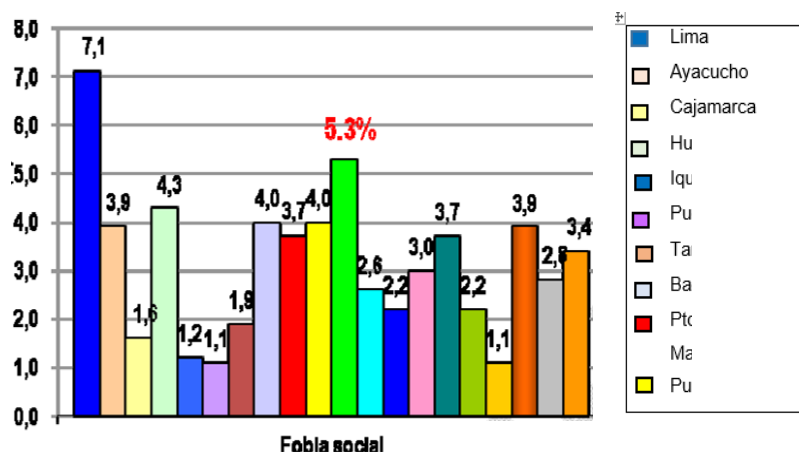


Figura 21: Prevalencia fobia social en adolescentes según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima rural, Sierra rural y Trapecio Andino, según ciudad.

Fuente: INSM - EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EEESMTA.

### Salud mental en la Mujer

Se toma en consideración el caso de la mujer al ser actualmente más propensa a casos de violencia, discriminación y feminicidio. El estudio muestra la prevalencia de vida del trastorno clínico de salud mental en mujeres unidas es del 38,7% y la prevalencia anual del 23,0%. El algún momento de sus vida el 18, 5% ha presentado depresión, el 12,5% ansiedad, el 12,1% estrés post traumático.

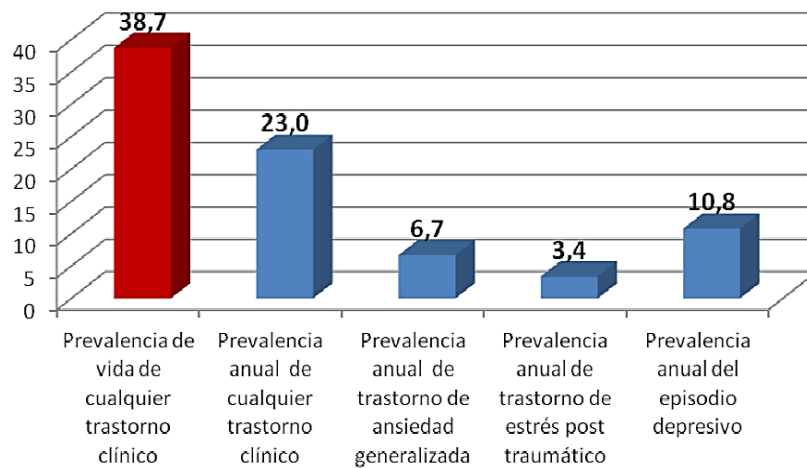


Figura 22: Trastornos Clínicos de Salud Mental según Prevalencia Anual en la población de mujeres en la ciudad de Tacna – 2005.

*Fuente: INSM. EESM – 2005.*

La violencia contra la mujer en la relación de pareja es uno de los principales problemas de las mujeres. A nivel regional el año 2013 en el sistema HIS de la Oficina de Estadística e Informática de la DIRESA Tacna se registraron 1041 casos tipificados como violencia familiar; cifra 20,56% mayor que lo registrado en el año 2012 (827 casos). La tasa de incidencia anual fue igual a 3,12 por 1000 habitantes.

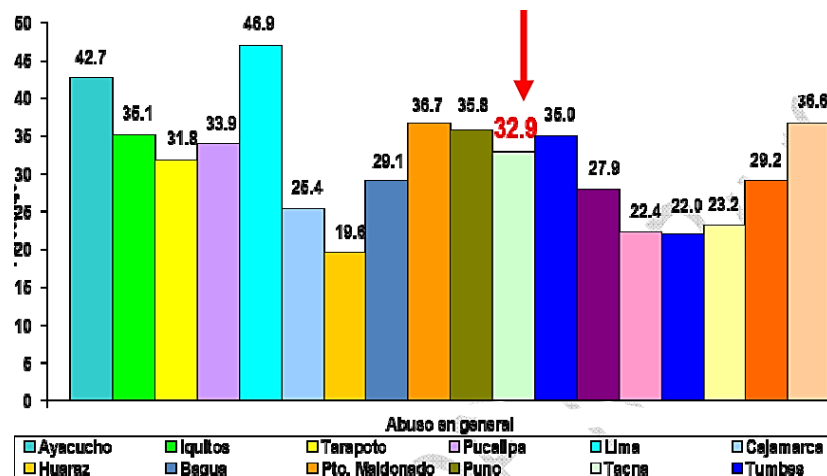


Figura 23: Prevalencia anual de cualquier abuso o maltrato en general, a la mujer por parte de la pareja actual.

Fuente: INSM - EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EEESMTA.

Entre las principales causas de violencia familiar, encontramos en primer lugar: los problemas en la relacionados pareja (41,6%), seguido del abuso psicológico (21,04%) y la negligencia y abandono por esposo o pareja en lugar no especificado (19,60%), quienes agrupan el 80% del total de casos.

Tabla 3: Violencia Familiar según género Región de Salud Tacna, 2013

DESCRIPCIÓN	CASOS	%	Tasas x 1000
1 Problemas relación pareja esposos	434	41,69	1,30
2 Abuso Psicológico	219	21,04	0,66
3 Negligencia y abandono por esposo o pareja en lugar no especificado	204	19,60	0,61
4 Riesgo de abuso físico y/o emocional y/o sexual	68	6,53	0,20
5 Negligencia o Abandono	56	5,38	0,17
6 Otros síndromes de maltrato forma mixta	23	2,21	0,07
7 Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja en lugar no especificado	16	1,54	0,05
8 Abuso Sexual	14	1,34	0,04
9 Agresión con fuerza corporal en lugar no especificado	6	0,58	0,02
10 Agresión sexual con fuerza corporal en lugar no especificado	1	0,10	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>1041</b>	<b>100%</b>	<b>3,12</b>

Fuente: OITE - DEEPI / RST.

#### b) Infraestructura sanitaria

En Tacna en encontramos 2 establecimientos enfocados a la salud mental:

- ❖ **El Hospital Hipólito Unanue** cuenta con un Servicio de Psiquiatría con 30 camas de hospitalización como unidad orgánica que depende del Departamento de

Medicina, el número de pacientes es 15; cuenta con un director, 2 médicos y 2 psicólogos. Depende del Ministerio de Salud (MINSA)

- ❖ **El Centro de Rehabilitación de Salud Mental “San Ramon”** Inaugurado el año 2009 (Calana), cuenta con 38 camas para hospitalización psiquiátrica que funciona como albergue de 19 personas institucionalizadas entre 1 a 50 años, provenientes del antiguo Hospital San Ramón de Tacna, depende administrativamente de Hospital Hipólito Unanue.

Asimismo se cuenta con Centro de Atención para Consumidores y Dependientes de Sustancias Psicoactivas denominado Módulo CADES como parte de las intervenciones que promueve DEVIDA en alianza estratégica con el Gobierno Regional de Tacna.

Así mismo es importante mencionar a los establecimientos de salud que brindan el servicio de Psicología, es decir no internamiento:

- ❖ En la región existen 174 establecimientos de salud. 72 establecimientos pertenecen al Ministerio Salud,

03 a EsSalud de Tacna, 01 a las Fuerzas Policiales, 01 a las Fuerzas Militares y 97 a entidades privadas.

- ❖ La Dirección Regional de Salud de Tacna cuenta una Red de Salud y con 9 Micro Redes, que incluyen a los 17 centros y 54 puestos de salud.

Tabla 4: Tipos de Establecimientos

<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO</b>				
<b>Sector</b>	<b>Hospital / Clínica</b>	<b>Centro de Salud/ Centro Médico</b>	<b>Puesto de Salud/ Consultorios</b>	<b>Total</b>
<b>Ministerio de Salud</b>	1	17	54	72
<b>EsSalud</b>	1	1	1	3
<b>Policía Nacional</b>	1	0	0	1
<b>Centro Militar</b>	0	1	0	1
<b>Privados</b>	3	4	90	97
<b>Total</b>	6	23	145	174

*Fuente: Ministerio de Salud.*

Tabla 5: Cantidad de Establecimientos en la Región de Tacna

<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO</b>	<b>N°</b>
Puesto de salud I-1	31
Puesto de salud I-2	22
Centro de Salud I-3	8
Centro de Salud I-4	9
Hospital II -1	1
Hospital II -2	2

*Fuente: Ministerio de Salud.*

Sólo en 10 centros de salud existe el servicio de psicología y de servicio social y estos corresponden a la Microrred Metropolitana, del Cono Norte, Cono Sur y Tarata. Las tres primeras concentran a la mayoría de la población y están en la capital. Las zonas de mayor incidencia de la pobreza como Candarave, Altoandina, Jorge Basadre NO acceden a los servicios de psicología.

RED DE SALUD TACNA –MICRORREDES Y CENTROS DE SALUD																	
SERVICIOS	M. Metropolitano					M. Jorge Basadre		M. Litoral		Cono Norte		Cono Sur		Frontera	Alto Andina	Tarata	Candarave
	La Natividad	Bolognesi	Leoncio Prado	A.B. Leguía	Metropolitano	Locumba	Ilabaya	28 de Agosto	Ite	Alto de la Alianza	La Esperanza	Ciudad Nueva	San Francisco	Pocollay	Alto Perú	Tarata	Candarave
1. Medicina	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Obstetricia	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. Odontología	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
4. Atención del niño	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. Tópico	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Gineco-Obstetricia	x		X	x						x	x	x	x				
7. Pediatra	x			x							x	x					
8. Servicio Social	x	x	X	x						x	x	x	x	x		x	
9. Psicología	x	x	X	x	x					x	x	x	x	x		x	
10. Saneamiento Ambiental	x	x	X		x	x		x			x	x	x	x	x	x	x
11. Internamiento			X	x		x		x	x		x	x		x	x	x	x
Población Asignada Personas	10305	24306	23060	15536	51918	1532	552	1726	1174	20145	15875	23142	27493	7556	327	3210	2193
PUESTOS DE SALUD	3					3	4	6	1	2		2	4	7	5	9	
Distancia del Hosp. H. UNANUE	1,5 Km	1,5 Km	3 Km	5 Km	0	93 Km	146 Km	25 Km	143 Km	2 Km	2Km	3 Km	1.5 Km	7 Km	123 Km	89 Km	176 Km
Oros recursos						Hop. Toquepala											

Fuente: Ministerio de Salud.

**c) Personal sanitario y salud mental.**

Solo se cuenta con 10 psicólogos, es probable que algunos de ellos se encuentren realizando el SERUM. Existen 30 trabajadoras sociales de las cuales, según los informes de Red de Salud sólo 10 están asignadas a las microrredes.

El Hospital Hipólito Unanue cuenta con psiquiatras, enfermeras, técnicos de enfermería y psicólogos, sin embargo no se cuenta con información sobre la existencia de enfermeras y trabajadoras sociales especializadas en salud mental y psiquiatría o en especialidades afines.

Tabla 6: Número de Personal de Salud por Grupo Ocupacional

<b>GRUPO OCUPACIONAL</b>	<b>N°</b>
Médicos	195
Enfermera	319
Obstetra	164
Odontólogo	53
Biólogo	10
Nutricionista	12
<b>Psicólogo</b>	<b>10</b>
Q. Farmacéutico	13
Tecnólogo	1
Veterinario	1
Trabajadora Social	30
Químico	1

*Fuente: Base de datos nacional de recursos humanos – DGGDRH Oficina General de Estadística e Informática Ministerio de Salud.*

#### d) Demanda y brechas de tratamiento

De acuerdo a los informes estadísticos de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en la Región Tacna, la evolución de la demanda ha ido incrementándose.

Tabla 7: Atendidos según morbilidad en los Años 2008, 2009 Y 2010 - Región de Salud de Tacna

MORBILIDAD	2008		2009		2010	
	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.
1 Violencia	694	251	1337	978	812	1006
2 Depresión	346	183	440	474	951	1206
3 Ansiedad	299	93	244	232	1061	1409
4 Abuso de Alcohol	151	22	469	312	386	680
5 Abuso de otras drogas	59	83	115	26	91	417
6 Conducta suicida	7	31	3	0	40	48
7 Psicosis	105	104	23	14	242	735
<b>TOTAL</b>	<b>1661</b>	<b>767</b>	<b>2631</b>	<b>2066</b>	<b>3583</b>	<b>5501</b>

Fuente: Informe. Mensual – HIS salud mental 2008-2010 OITE-RST.

De acuerdo, al estudio epidemiológico de salud mental en fronteras, el 87,3% de aquellas personas que han percibido en sí mismas problemas de tipo emocional o

de los «nervios» en los últimos doce meses no recibió ningún tipo de atención en el sistema de salud. El 12,7% que acudió en busca de algún tipo de ayuda recibió atención en los establecimientos de salud del MINSA, especialmente en los hospitales generales 14,2% y a Essalud 4,8%.

Tabla 8: Motivos de no búsqueda de atención médica en personas que percibieron que tenían un problema de salud mental. 2010

Grupo de población	Lo podía superar solo (a)	falta de confianza	Duda en el manejo de los médicos	No sabía a dónde ir	Por vergüenza	No tener dinero
Adultos (incluye Mujeres)	52,9%	24,1%	15,2%	22,2%	10,8%	34,8%
Adolescentes	48,3%	30,2%	21,9%	32,9%	17%	19,9%

*Fuente: INSM Estudio Epidemiológico de salud Mental.*

### 3.2.3. Diagnóstico

- Capacidad instalada de servicios para la atención en salud mental en las microrredes y hospitales, que no responde a la magnitud de las necesidades de ciudadanos (as) y colectividades con problemas de salud mental.

- La Brecha de Infraestructura física y equipamiento suficiente. Si bien en el Hospital H. Unanue existe un pabellón de atención psiquiátrica y el Centro de Rehabilitación de Calana, funciona como un albergue o un centro residencial para personas con trastornos mentales crónico y con discapacidades más severas, según el ASIS – 2010 para la mayoría de la población de la región, no se dispone de ambientes para la atención de salud mental en las microrredes de salud que es donde se atienden la mayor parte de los problemas de salud mental. Tampoco se cuenta con instituciones, que con criterios territoriales, brinden atención ambulatoria integrando programas de prevención y de rehabilitación comunitaria considerando las necesidades de los grupos de adolescentes y mujeres
- Existe prevalencia de estados o episodios depresivos o de ansiedad que son los más comunes en la población (adultos, adolescentes y mujeres). Sin embargo un porcentaje no son atendidos por falta de información o el estigma que subestimación del transformo. Las consecuencias de la falta de acceso de la población, especialmente, de la población adolescente y de mujeres se traducen en el incremento de la

cronicidad de los problemas de salud mental y en la generación de discapacidades más severas. De otro lado, estos grupos, que por su propia naturaleza son vulnerables, no desarrollan ni adquieren habilidades para el autocuidado para prevenir los problemas psicosociales y fomentar su propia salud mental. Finalmente, disminuye la productividad, aumentan los costes sociales resultando en una pérdida del capital del capital humano y social acentuando la exclusión social.

- Aislamiento y Estigmatización; La exclusión en salud asociado al estigma implica la identificación de los factores que contribuyen a alejar a las personas de los servicios de salud. Estos factores pueden ocurrir en el escenario subjetivo personal como la autoexclusión o el rechazo a la atención psiquiátrica, el institucional relacionado con la respuesta del sistema de servicios de salud y el comunitario que hace referencia a las actitudes de la población hacia la persona con problemas de salud mental.
- Brecha de personal profesional de salud mental, especialmente psicólogos y terapeutas ocupacionales. Aunque no se han establecido estándares, pero si considerara un/a psicóloga por cada 10, 000 habitantes, en la Región Tacna se requieren 32

psicólogos. No obstante, llama la atención que solamente existan 10. Tampoco se reporta la dotación de médicos psiquiatras a las microrredes de salud y no se cuenta con terapeutas ocupacionales

### **CONCLUSIONES FUNCIONALES.**

- Falta de planteamientos arquitectónicos actualizados, funcionales y eficientes.
- Falta de áreas verdes, plazas y espacios libres o de recreación, que ayuden al proceso de rehabilitación, y terapia que está comprobado que influyen de manera positiva en la recuperación, sin embargo el equipamiento actual presenta eficiencias en este punto.
- No existe espacios arquitectónicos ni personal capacitado enfocado a la nueva tendencia comunitaria ni de terapia, que busca la no institucionalización y reinserción a la sociedad del paciente con tratamientos de carácter ambulatorio, esto demuestra el retraso en nuestra legislación y planes de salud en relación a otros países sin ir muy lejos el ejemplo

de Chile, que viene aplicando el modelo desde los años noventa con buenos resultados.

- Si bien el Centro de Rehabilitación de Calana, funciona como un albergue o un centro residencial para personas con trastornos mentales crónico, no funciona como un centro de reinserción al encontrarse actualmente alejado de la ciudad. Un punto importante en la ubicación y la funcionabilidad es que no estén muy alejados de zonas donde se realicen actividades cívicas sociales e interactúen y realicen actividades cotidianas comunes, evitar que se pierda el nexo con la realidad.
- No se tiene referencia del concepto de residencias protegidas, hogares protegidos, que es la alternativa actual para los pacientes que necesiten ser monitoreados o asistidos continuamente por discapacidad mental severa, o pacientes que necesiten asistencia por tiempo determinado, este sistema apuesta por la interacción diaria con los familiares y la terapia ocupacional.

### **3.3 SELECCIÓN DEL TERRENO.**

#### **3.3.1 Criterios determinantes en la selección de terreno**

Al determinar la ubicación más conveniente del terreno para el desarrollo del proyecto, se tomó en consideración los criterios de localización para proyectos de Arquitectura hospitalaria<sup>13</sup>.

Estos criterios se ciñen las siguientes características: accesibilidad y localización, disponibilidad de servicios básicos, orientación y factores climáticos, condiciones físicas del terreno y disponibilidad de área. Así también se consideró otros aspectos de importancia que influyen directamente en el desarrollo de centros comunitarios y residencias protegidas<sup>14</sup> como son: cercanía a un establecimiento de salud, cercanía a servicios orientados a la comunidad o actividades cívicas, sociales; seguridad bajos índices de violencia.

##### **a) Accesibilidad y localización.**

Los terrenos deben ser accesibles peatonal y vehicularmente de tal manera que garanticen un efectivo y fluido ingreso al establecimiento de pacientes y público.

---

<sup>13</sup> "Normas Técnicas Para Proyectos De Arquitectura Hospitalaria." 1996

<sup>14</sup> Norma Técnica Residencias Protegidas (Discapacidad de Causa Psíquica) MINSAL Chile 2006.

Se evitará su proximidad a áreas de influencia industrial, establos, crematorios, basurales, depósitos de combustible a insecticidas, fertilizantes, morgues, cementerios, mercados o tiendas de comestibles y en general evitar la proximidad a focos de insalubridad a inseguridad. Debe evitarse colindancia y proximidad con: grifos, depósitos de combustibles, cantinas, bares, restaurantes, prostíbulos, locales de espectáculos.

**b) Disponibilidad de servicios básicos.**

Los terrenos destinados a la construcción de hospitales deberán contar con:

- Abastecimiento de agua potable adecuada en cantidad y calidad.
- Disponibilidad de desagüe y drenaje de aguas pluviales.
- Energía eléctrica.
- Comunicaciones y Red Telefónica.

**c) Orientación y factores climáticos.**

Se tomará en cuenta las condicionantes atmosféricas para efectos de conceptualizar el diseño arquitectónico del futuro Hospital; tales como; Vientos dominantes,

temperatura, clima predominante, precipitaciones pluviales, la granizada, etc., asimismo, en la construcción de hospitales la orientación será de tal manera que permita buena iluminación y ventilación adecuada.

**d) Condiciones físicas del terreno.**

Tamaño: Debe permitir el desarrollo de los Programas de las Unidades del Hospital a construir, así como las ampliaciones futuras previsibles, y los espacios para estacionamiento y área verde (50%), que permitan la integración de la actividad del hospital con los espacios externos.

Planimetría: En lo posible deben ser terrenos de forma regular, casi cuadrados, superficie plana y con dos accesos como mínimo.

Condiciones Físicas: tener en cuenta las condiciones del terreno, en especial su capacidad portante (resistencia del suelo) y/o vulnerabilidad a inundación, desbordes, aludes.

**e) Disponibilidad de área.**

Se considera que la ocupación del terreno no debe exceder del 30% del área total. Del 70% del área libre, el 20% servirá para futuras ampliaciones, quedando en el futuro el 50% para área libre. En el caso de existir construcciones circundantes al terreno, éstas estarán ubicadas a una distancia no menor de 9 metros lineales de la edificación del hospital. El retiro mínimo a considerar en vías principales no será menor de 6 metros lineales y de 3 metros lineales en avenidas secundarias. Estos retiros se consideran dentro del área libre y es ajena a los flujos de circulación; en esta área no se permitirá el parqueo eventual.

**f) Cercanía a establecimiento de salud y servicios orientados a la comunidad.**

Ubicarse geográficamente en un territorio donde existan servicios de salud mental organizados en red y que provean los soportes de atención en cuanto a tratamiento y rehabilitación adecuados a los requerimientos de los usuarios: Centros de Salud Mental Comunitaria, Clubes de Integración Social, Unidades de hospitalización y a no más

de diez cuadras de distancia de los lugares donde se encuentren diversos servicios orientados a la comunidad (centros de salud, servicios públicos, espacios de recreación, organizaciones comunitarias, religiosas y otros), de manera de permitir un mayor acceso a las actividades de la vida cívica y facilitar el desarrollo de la funcionalidad y de integración de los residentes

**g) Seguridad.**

Alejados de zonas sujetas a erosión de cualquier tipo (aludes, huaycos, etc.), Libres de fallas geológicas, prescindir de terrenos arenosos, pantanosos, arcillosos, limosos, antiguos lechos de ríos y/o con presencia de residuos orgánicos o rellenos sanitarios, libres de contaminación; ambiental, visual y acústica. Asimismo idealmente no deberían ser lugares que con índices de criminalidad ni delincuencia. (De acuerdo a mapas de peligrosidad de agentes de seguridad).

### **3.3.2 Selección de terreno.**

Se vio conveniente disponer de 2 opciones de terreno:

#### **Opción 1**

Se encuentra ubicado en la intersección de la Prolongación 2 de Mayo con el Pasaje Loreto. Es un terreno rustico, en la zona urbana del distrito de Tacna. Se configura como una isla rustica en el cercado de la ciudad.

#### **Opción 2**

Se encuentra ubicado entre la Av. Perimetral 3 y la calle 29. Aledaña a un centro deportivo. Es un terreno eriazo, cercano a la zona de equipamiento en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

## Opción 1

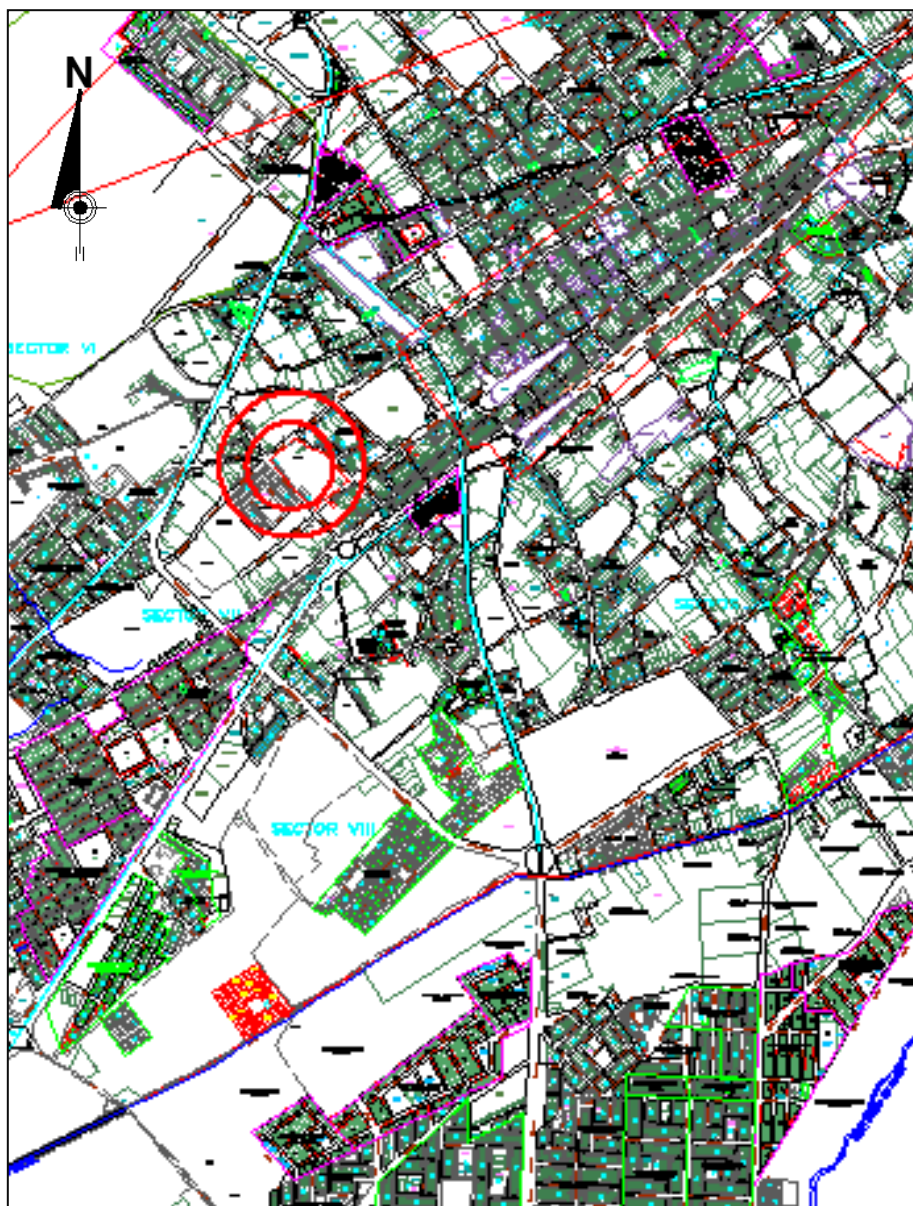


Figura 24: Ubicación del terreno Opción 1

Fuente: Plano Base de la Municipalidad de Tacna - MPT

## Opción 2

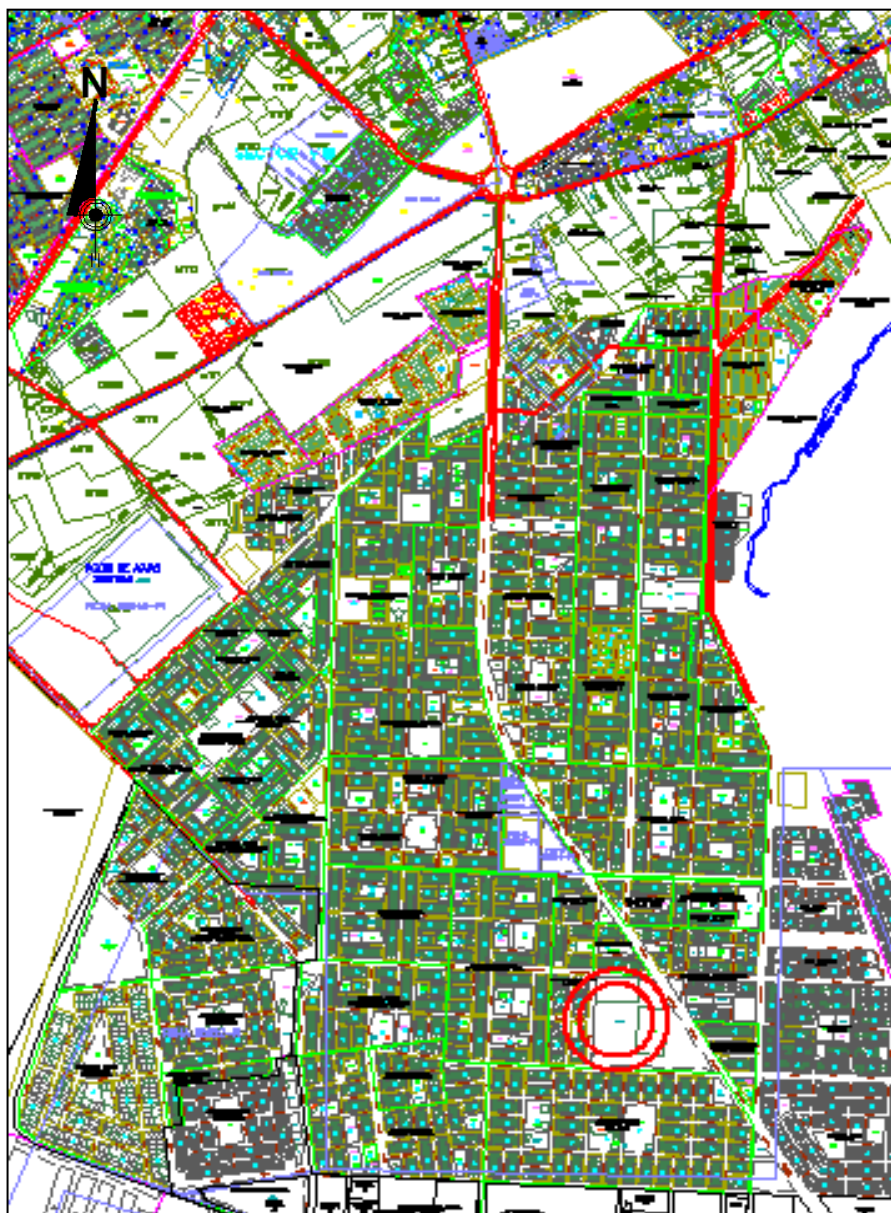


Figura 25: Ubicación del terreno Opción 2

*Fuente: Plano Base de la Municipalidad de Tacna - MPT*

## Ponderación

El sistema de evaluación para la selección del terreno será del 1 al 4 siendo 1 deficiente, 2 regular, 3 bueno, 4 óptimo.

Tabla 9: Cuadro comparativo para elegir el Terreno

CRITERIO	Terreno 1		Terreno 2	
	característica	peso	característica	peso
Accesibilidad y localización.	Se encuentra ubicado en la intersección de la Prolongación 2 de Mayo con el Pasaje Loreto, al encontrarse en el mismo centro de la ciudad es de fácil accesibilidad, por la Prolongación 2 de Mayo o la Av. Luis Basadre, transporte urbano fluido.	4	Se encuentra ubicado entre la Av. Perimetral 3 y la calle 29. Es un terreno eriazo, del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, de fácil accesibilidad por la av. Municipal que se encuentra cerca	3
Disponibilidad de servicios básicos.	Cuenta con todos los servicios básicos, de manera ininterrumpida.	4	Cuenta con todos los servicios básicos.	3
Orientación y factores climáticos.	Adecuada orientación, microclima cálido.	3	Adecuada orientación, microclima cálido, presencia de vientos moderados	3
Condiciones físicas del terreno.	De forma regular superficie plana. Terreno rustico, tendencia a la vegetación. Presenta una capacidad portante de 1,5 a 2,5 kg/cm <sup>2</sup>	2	De forma regular superficie plana. Terreno eriazo. Presenta una capacidad portante de 3,00 kg/cm <sup>2</sup> .	3
Disponibilidad de área.	Tiene un área aproximada de 2,00 ha de terreno libre para ser intervenido.	3	Tiene un área de 2,00 ha de terreno.	3
Cercanía a establecimiento de salud y servicios orientados a la comunidad.	Se encuentra muy cercano al hospital Hipólito Unanue, y al centro cívico, así como a las juntas vecinales, centro religioso. Se encuentra aledaño a la calle Blondel que presenta una dinámica en servicios a la salud.	4	Cercano a un complejo deportivo y a un terminal de buses. A siete cuadras del Clas Vista Alegre. Se aprecia que la zona presenta equipamientos en proceso de consolidación.	2
Seguridad.	Contaminación ambiental, acústica y visual moderada. Se presenta como una zona relativamente segura de la ciudad.	3	Contaminación ambiental, acústica y visual moderada con presencia de algunos humos de vehículos del terminal de buses. Se presenta como una zona relativamente segura de la ciudad, con algún episodio delincuencia.	2
<b>Puntaje total</b>		<b>23</b>		<b>19</b>

Fuente: elaboración propia.

### 3.4 ANÁLISIS DE SITIO.

#### 3.5.1 Ubicación y localización del Ámbito.

- **Localización**

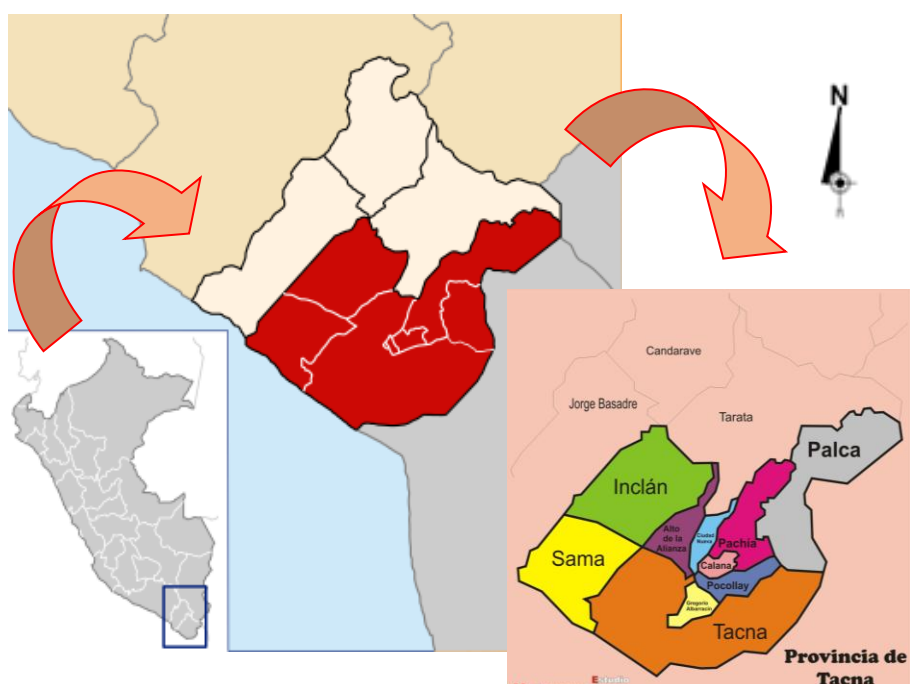


Figura 26: Localización del área de estudios.

Fuente: [TacnaPostCards.wordpress.com/es.m.wikipedia.org](http://TacnaPostCards.wordpress.com/es.m.wikipedia.org).

La Región de Tacna está ubicada en el extremo Sur del Perú y la provincia de Tacna es una de las 4 que la conforman, Limita al Norte con la provincia de Jorge Basadre, al Este con la provincia de Tarata, al Sur con la región de Arica y Parinacota en Chile y al Oeste con el océano Pacífico. Se divide en 11 distritos: Tacna, Alto Alianza, Ciudad Nueva,

Pocollay, Calana, Pachía, Palca, Sama, Inclán, Coronel Gregorio Albarracín y Yarada los palos.

- **Ubicación.**



Figura 27: Ubicación del Área de Estudio

*Fuente: Elaboración propia / Google.com*

De acuerdo a la calificación de los criterios señalados anteriormente, el terreno idóneo para la propuesta (opción 1) se encuentra ubicado en la intercesión del pasaje Loreto y la prolongación de la Av. Dos de mayo, así mismo su ubicación de encuentra inmersa en una zona se actualmente se viene consolidando como un sector dinámico en actividades para la

Salud, con la presencia del Hospital Hipólito Unanue, clínicas y demás servicios.

Descripción de linderos y colindantes:

**Por el Nor Oeste:** Con la Prolongación 2 de Mayo en línea quebrada de 4 tramos de 5,40 ml, 45,70 ml, 21,17 ml y 15,95 ml.

**Por el Sur Este:** Con propiedad privada de terceros en línea quebrada de 3 tramos de 19,75 ml, 34,25 ml y 124,03 ml.

**Por el Sur Oeste:** Con la Av. Luis Basadre Flores en línea de 130,03 ml.

**Por el Nor Este:** Con el pasaje Loreto en línea quebrada de 7 tramos de 6,75 ml, 25,08 ml, 30,08 ml 7,26 ml, 13,80 ml 24,68 ml y 73,58 ml.

Contiene un área de 1,99 Ha con un perímetro de 577,51 ml.

### 3.4.2. Análisis medio Ambiente Natural.

#### a) Terreno

- **Forma:**

Es de forma regular, con quiebres en el lado sur. La topografía del terreno es predominantemente plana con pendiente negativa en sentido Este-Oeste, del 2% aproximadamente.

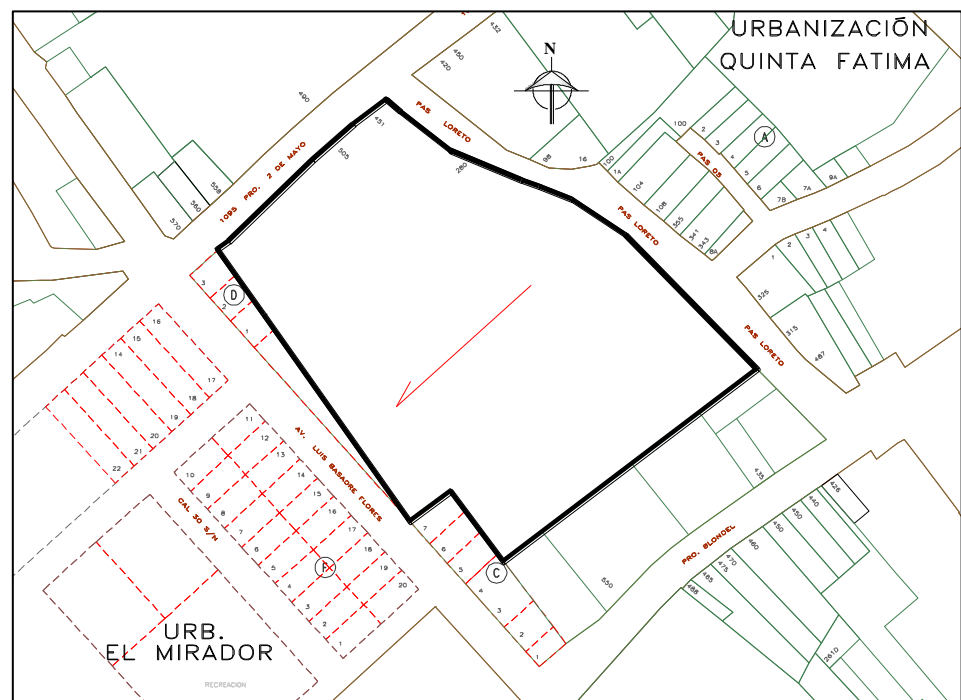


Figura 28: Forma y Perímetro del Terreno.

Fuente: Elaboración propia / Plano Base de la Municipalidad de Tacna – MPT.

- **Constitución:**

El suelo está constituido por arena superficial y grava interna en grandes capas, por lo tanto su resistencia a la compresión es buena.

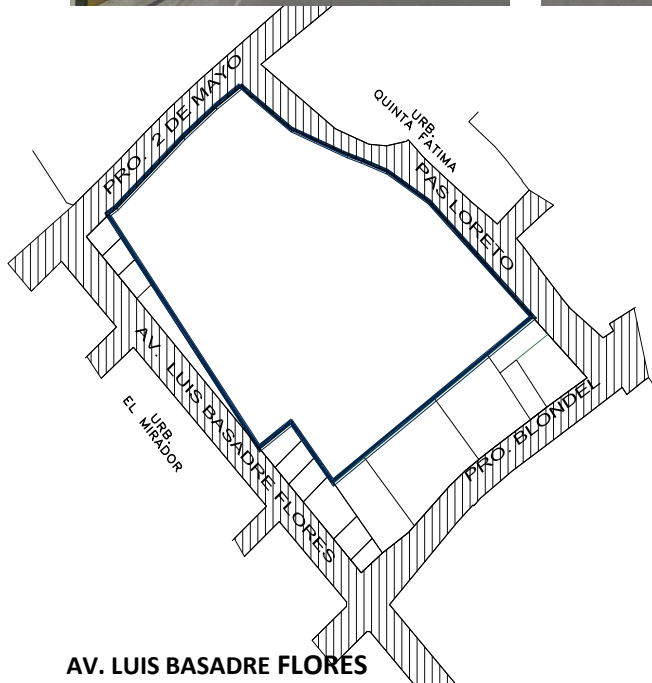
- **Orientación:**

El terreno se encuentra orientado al Sur-este, frente a la Avenida Principal 2 de Mayo.

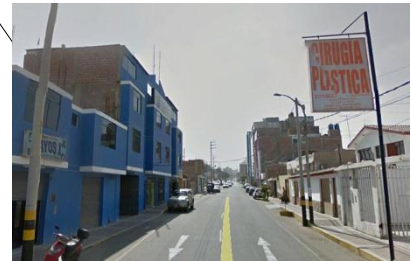
- **Accesos:**

La ubicación del terreno hace fácil accesibilidad. Cuenta con tres accesos, uno principal Prolongación 2 de Mayo y 2 secundarios: Pasaje Loreto y Av. Luis Basadre Flores.

**PROLONGACION 2 DE MAYO**



**CALLE BLONDEL**



**AV. LUIS BASADRE FLORES**



**PASAJE LORETO**



Figura 29: Accesibilidad y Vías de entorno.

Fuente: Elaboración propia.

## b) Vegetación

La zona presenta tendencia a la vegetación por tal motivo, será una condicionante fundamental de diseño, la propuesta de áreas verdes como zonas de expansión y articulación entre las edificaciones.

## c) Clima

Fuerte incidencia de rayos solares en horas de la mañana y por la tarde se combina con la presencia de fuertes vientos en sentido Sur-Oeste a Nor-Este, los mismos que cambian el microclima de la mañana, el monitoreo fue realizado por Senamhi Tacna.

- **Asoleamiento:** Fuerte incidencia solar, desde el Este en la mañana, y por el Oeste por la tarde.
- **Temperatura:** Desértica. Promedio:  
INVIERNO: Día: 17°C - Noche: 10°C  
VERANO: Día: 25°C - Noche: 18°C
- **Vientos:** Velocidad promedio que oscila entre 3 a 6 m/s sentido SO a NE.

- **Humedad:** Baja, los meses de mayo a julio presencia de neblina.
- **Precipitaciones pluviales:** En invierno llovizna, tipo garúa persistente día y noche con un ángulo de incidencia de 60° (pendiente negativa) por la presencia de vientos con un promedio anual de 38,35 ml.

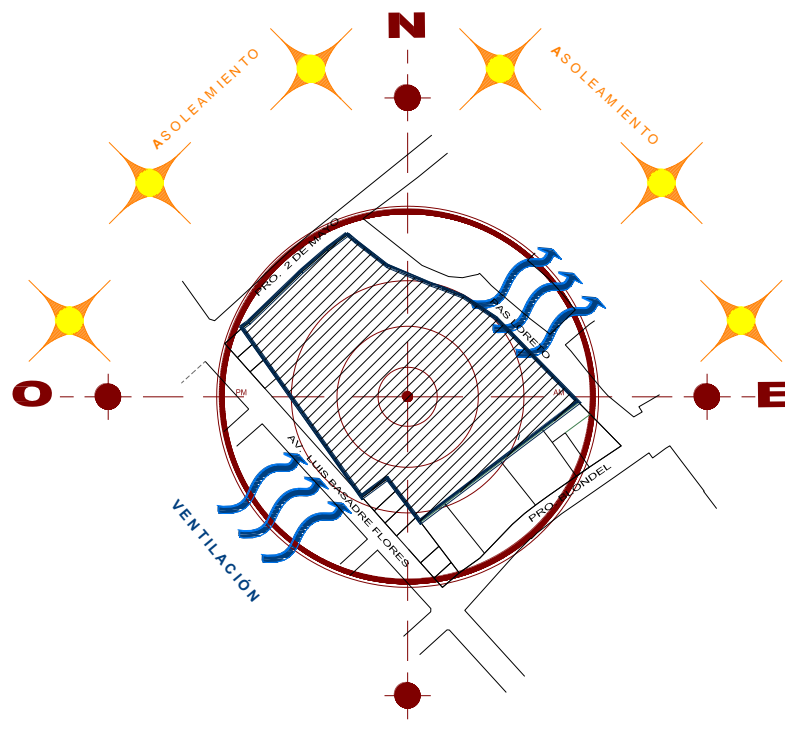


Figura 30: Dirección del viento y Asoleamiento de Tacna.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4.3. Análisis Espacial.

#### a. Tipo de Suelo

Según las zonas geotectónicas existentes, podemos definir que el distrito de Tacna está conformado por las zonas I, II y III, la zona de estudio corresponde al tipo III y sus características son las siguientes:

**Zona III:** Corresponde a una pequeña área del sector, formada por materiales de relleno de desmontes arcillosos y limosos, con capacidad portante de 1,5 a 2,5 kg/cm<sup>2</sup>.

Es importante mencionar de acuerdo al reglamento Nacional de Edificaciones - Norma 030. Diseño Sismorresistente, cap. II, Tacna se encuentra en la Zona 3, de distribución espacial de la sismicidad observada y características de movimientos sísmicos.

En el Anexo 03 *“Sistema de protección sísmica, específica para el caso de establecimientos de salud”* (D.S.N°002-2014-vivienda) indica que los establecimientos

de salud ubicados en la zonas 2 y 3, del mapa sísmico deben ser diseñados con sistema de protección sísmica: aislación de base o dispositivos de disipación de energía, necesariamente en los servicios, indicados en la tabla 10.

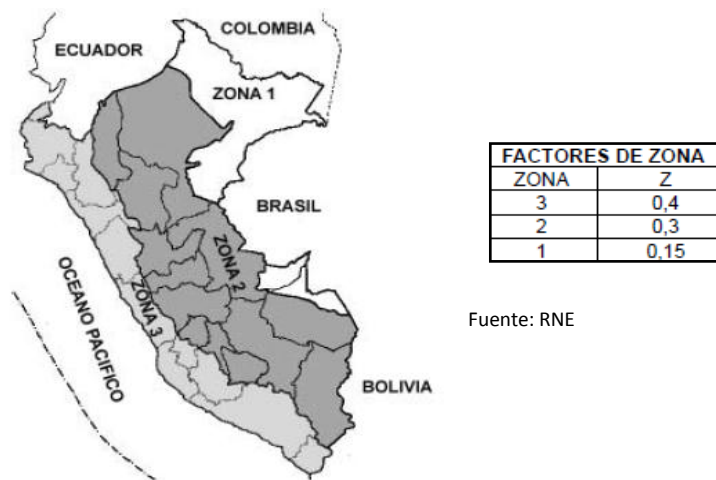


Figura 31: Zonificación sísmica del Perú  
Fuente: R.N.E.

Tabla 10: Unidades de servicio de Salud que deben contar un Sistema de Protección Sísmica

Unidades del servicio de salud
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización y UCI
Centro Quirúrgico y obstétrico.
Medicina de rehabilitación
Farmacia
Patología clínica
Diagnóstico por imágenes
Banco de sangre y Hemodiálisis
Nutrición y dietética
Central de esterilización

Fuente: Anexo N°3 RNE.

## **b. Zonificación**

De acuerdo a la zonificación del Plan Director (2001-2010) el área de estudio corresponde a zona residencial R4.

## **c. Sistema Vial**

### **• Infraestructura Vial:**

El sector presenta una red de conexiones viales que se articulan las actividades de vivienda, salud, sociales cívicas y comerciales existentes, esta red esta diferenciada por niveles jerárquicos, por las secciones de vías, flujos vehiculares, usos y tipos de transporte en el sector.

### **• Anillos Viales:**

En el sector se aprecian 2 anillos viales, uno menor – Anillo Vial N°1, en torno a la Zona Monumental y el más próximo al área de estudio, que corresponde claramente al centro de la ciudad, en un ámbito mayor se encontramos el siguiente anillo – Anillo Vial N°2 a lo largo de la Avenida Circunvalación.

Aledaña al sector ubicamos también la vía férrea y la estación del ferrocarril Tacna - Arica.

- **Jerarquía de Vías:**

La función y sección de las vías definirán su grado de jerarquización.

Circundante al terreno encontramos 3 vías Urbanas Secundarias: Prolongación 2 de Mayo, Av. Luis Basadre y la Calle Blondel.

En un ámbito mayor encontramos la Av. Bolognesi – Av. Grau y la Av. Cuzco, como vías Urbanas Principales, así también una intersección importante de la ciudad como es el Ovalo Callao.

Como vía local circundante al terreno encontramos el pasaje Loreto.

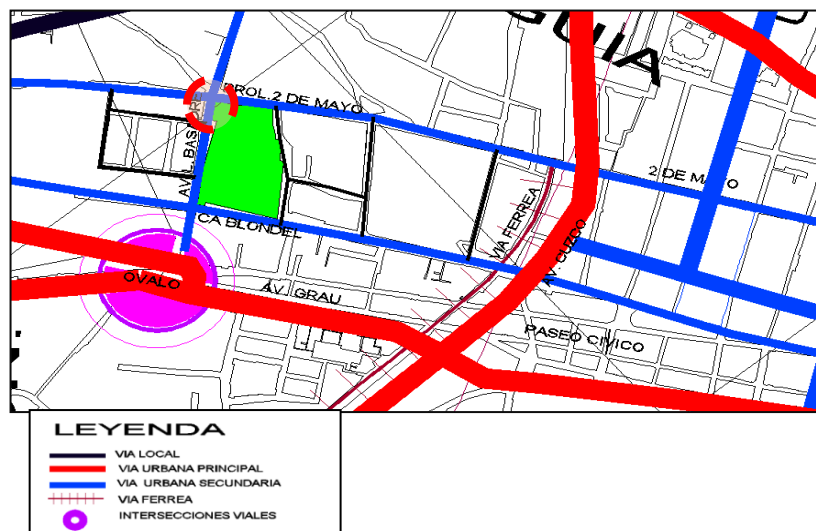
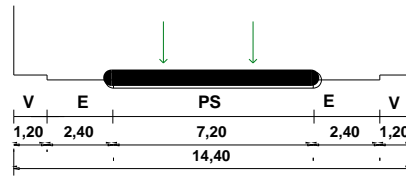


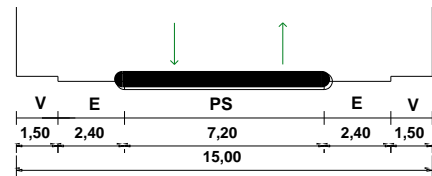
Figura 32: Vías de acceso al terreno.

Fuente: Plan Director de la Ciudad de Tacna – MPT.

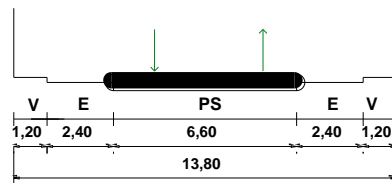
### SECCIONES VIALES



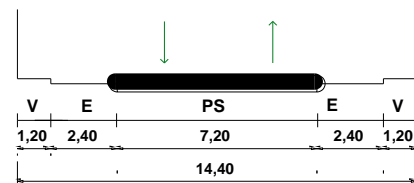
**VIA SECUNDARIA**  
AV. 2 DE MAYO Esc. 1/250



**VIA SECUNDARIA**  
A. LUIS BASADRE FLORES Esc. 1/250



**VIA LOCAL**  
PASAJE LORETO Esc. 1/250



**VIA SECUNDARIA**  
CALLE BLONDEL Esc. 1/250

NOMENCLATURA	
V	VEREDA
J	JARDIN
E	ESTACIONAMIENTO
PS	PISTA SIMPLE

**Figura 33:** Secciones Viales.

Fuente: MPT – Plan Director de la ciudad de Tacna.

- **Secciones:**

En el sector encontramos vías de circulación de diferentes secciones, acorde a sus jerarquías, sin embargo es conocida su variabilidad, en este caso se tomó la sección del sitio, es decir en torno al terreno, para mayor exactitud.

- **Flujos:**

En el sector se determinan 3 tipos de flujos:

**De Mayor intensidad:** donde circulan vehículos mayores y menores, de transporte público y privado, en este caso la Prolongación 2 de Mayo circundante al terreno, la av. Grau y la av. Cuzco aledañas pero que influyen el sector.

**De Intensidad Media:** donde circulan vehículos menores de transporte privado y público de manera regular. Encontramos la Av. Luis Basadre Flores.

**De Menor Intensidad:** donde circulan únicamente vehículos menores de transporte privado, calle Blondel y Pasaje Loreto.

- **Estado de Vías:**

En el sector de estudio encontramos vías principales y secundarias en buen estado, debido a que reciben mantenimiento periódicamente por parte de las instituciones de gobierno, ya que por ser centro de la ciudad y a las actividades que se desarrollan en él, los flujos vehiculares y peatonales son intensos durante todo el día.

- **Tipos de Transporte:**

Existen 02 tipos de transporte:

- Público: Que lo conforman todos los vehículos de transporte urbano, en sus horarios respectivos, entre ellos ómnibus y combis de las distintas rutas de transporte.
- Privado: Conformado por aquellos vehículos menores, conformado por autos, camionetas, etc, para el traslado particular de empleados, familias y habitantes de la ciudad.

Haciendo una análisis más específico podemos identificar que la zona de estudio deberá contar con

vías principales, secundarias y locales de fácil accesibilidad, en buen estado y cercana a las áreas de estación de transporte urbano, en el centro urbano de la ciudad.

- **Uso de suelos**

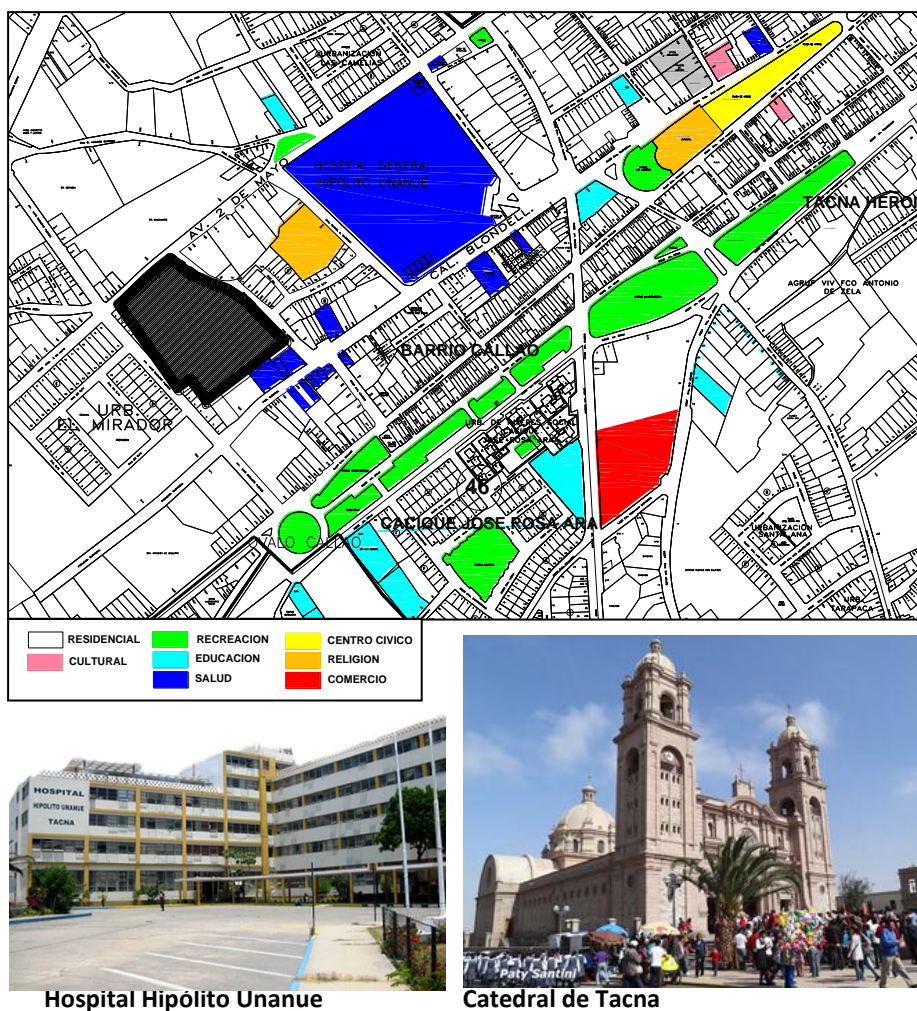


Figura 34: Uso de Suelos por Actividad.

Fuente: Elaboración propia / Plan de Base Municipal de Tacna.

#### **d. Servicios Básicos**

El terreno cuenta con todos los servicios básicos como son agua, energía eléctrica, alcantarillado, telefonía e internet.

- **Sistema de Agua Potable y Desagüe**

El predio está provisto de los servicios de agua y desagüe; la red de agua tenemos posibilidades de alimentación y suministro desde las vías colindantes al terreno como la calle Blondel y la Prolongación 2 de mayo.

Las redes recolectoras troncales de desagüe a través de la calle Blondel y la Prolongación 2 de mayo.

- **Sistema de Energía Eléctrica**

El terreno cuenta con el servicio de energía eléctrica el cual será abastecido por la Prolongación 2 de mayo.

- **Sistema de Servicio de Telefonía e internet.**

El terreno por estar inmerso en la zona urbana cuenta con cobertura a las redes inalámbricas de los

servicios de comunicación tales como telefonía e internet de diversas compañías.

- **Recolección de desechos**

El servicio municipal de recolección de basura se realiza en dos horarios al día; 3:00 am y 2:00 pm. Para mantener la limpieza continúa. El día domingo en un solo horario.

### **Aspecto legal registral**

Realizada la búsqueda de antecedente registral para verificar si el predio se encuentra inscrito en SUNARP, se constató que:

Parcialmente el polígono se encuentra sobre pared del predio rural inscrito con la Partida electrónica N° 05115917 y parte del predio rural inscrito con partida electrónica N° 5119373, visto el título archivado que dio origen a la inscripción se trata de certificados de información catastral.

Asimismo parcialmente se encuentra sobre ámbito que no se puede determinar el antecedente, es decir ámbito que no está inscrito, también se puede verificar entorno a este una



#### **3.4.4. Análisis de usuario.**

##### **Usuario - Paciente**

El alcance del centro debe ser de carácter provincial, considerando que la provincia tiene una población de 310 311 habitantes y de estos de acuerdo a la estadística (INSM) un promedio de 21,6% (población adulta no considera adolescentes y niños) sufre de algún problema de salud mental.

Se puede clasificar al usuario del centro de la siguiente manera:

Se identifica al usuario o paciente con trastorno mental, aquel que diagnosticado y en tratamiento recibirá atención ambulatoria y el servicio en momentos de crisis aguda.

Existe también aquel usuario potencial, aquella persona aparentemente sana que en algún momento de la vida ha sufrido o es propenso a atravesar algún episodio depresivo o ansioso se podría clasificar como población en riesgo, este tipo de paciente podría ser el común de las personas.

Otra clase de usuario es el que se encuentra en proceso de readaptación y recibe la terapia en forma ambulatoria, por

algunas horas en el día, de ocupación, para luego regresar a su domicilio.

El usuario que no cuenta con asistencia familiar, de escasos recursos que necesita asistencia profesional continua o en determinadas horas del día, propenso a la readaptación y está predispuesto a la reinserción se podría clasificar como paciente desprotegido.

	<p><b>POBLACIÓN EN RIESGO:</b> PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICIONES PROPENSAS A DESARROLLAR PROBLEMAS MENTALES DEBIDO A LA EXTREMA POBREZA, ESTRÉS, ETC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN</li> <li>• ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES</li> </ul>
	<p><b>PACIENTES EN CRISIS:</b> PRESENTAN CUADROS DE CRISIS QUE DEBEN SER ATENDIDOS DE MANERA AMBULATORIA Y SER DERIVADOS SEGÚN DIAGNÓSTICO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EMERGENCIAS</li> </ul>
	<p><b>PACIENTES EN TRATAMIENTO AMBULATORIO:</b> SE ENCUENTRAN EN UN PROCESO DE READAPTACIÓN A LA VIDA COTIDIANA A TRAVÉS DE TERAPIAS Y TALLERES.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSULTA EXTERNA</li> <li>• DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN</li> <li>• ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES</li> </ul>
	<p><b>PACIENTES DESPROTEGIDOS (CUADROS NO AGUDOS):</b> NO CUENTAN CON APOYO FAMILIAR O INSTITUCIONAL, SU CONDICIÓN DEBE SER MANEJABLE DENTRO DE UN ENTORNO QUE PROCURA SER LO MÁS NORMAL POSIBLE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HOGARES PROTEGIDOS</li> </ul>

Figura 36: Identificación de Usuario - Paciente.

Fuente: centro de salud mental comunitario.

### Usuario Permanente del centro.

Es el usuario que labora en el centro como son:

Personal médico: médicos, enfermeras, internos, técnicos especialistas, terapeuta, asistente social.

Personal administrativo: director del centro, personal administrativo y técnicos.

Personal de servicio: personal de cocina, de limpieza, guardianía y vigilancia, jardinería.

Se tomó en consideración la norma técnica para implementación de Centro de salud comunitario de MINSAL Chile.

**Tabla 11:** Recurso humano para un Centro Comunitario de acuerdo a la Norma Técnica MINSAL - Chile

Tipo Recurso Humano	Horas semanales por 40.000 beneficiarios	Jornada Completas por 40.000 beneficiarios
Psiquiatra Adulto	33	0,75
Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia	22	0,5
Enfermera	44	1,0
Psicólogo Adulto	88	2,0
Psicólogo Infanto-juvenil	44	1,0
Asistente Social	88	2,0
Terapeuta Ocupacional	88	2,0
Técnico en Salud Mental	132	3,0
Técnico Paramédico	44	1,0
Administrativo	88	2,0
Auxiliar de Servicio	44	1,0
Dirección y Gestión	33	0,75
Monitores	66	1,5
Otros	22	0,5
<b>Total</b>	<b>836</b>	<b>19</b>

*Fuente: Norma Técnica para la implementación y funcionamiento de Centros Comunitarios – Minsal Chile 2001.*

## **Usuario ocasional o visitante**

Es aquel que va de visita al centro, amigos o familiares, así como aquel que hace uso de los servicios de proyección a la comunidad, para recibir charlas informativas, participa de actividades.

## **DEMANDA Y COBERTURA**

Considerando que la provincia tiene una población de 310 311 Habitantes<sup>10</sup> y de estos de acuerdo a la estadística (INSM) un promedio de 21,6% (población adulta) sufre de algún problema de salud mental, es decir la prevalencia es de 21,6 %

Los servicios de Salud Mental referido *únicamente al Centro de salud mental comunitario* deben tener un alcance no mayor a 50 000 habitantes beneficiarios<sup>11</sup> , por lo tanto Centro de Salud Mental sería uno de los 6 que requeriría la población y estos a su vez parte de una red que se debe implementar a nivel regional.

---

<sup>10</sup> INEI 2015

<sup>11</sup> Debido a que no existe la reglamentación referida al tema se tomó en consideración la normatividad de la norma técnica para implementación de centros de salud mental comunitaria y el documento red de servicios de salud mental y psiquiátrico -2000 - MINSAL Chile.

## **CÁLCULO DE BENEFICIARIOS (USUARIOS)**

Se requiere al menos un centro de salud mental comunitario por cada comuna con más de 50 000 beneficiarios.

En el caso de hogares protegidos se requiere 1 plaza por cada 2083 beneficiarios es decir se necesita aproximadamente 142 plazas, considerando que ya existen las unidades de internamiento en centro San Ramón y el Hospital Hipólito Unanue, en número se reduce 78 plazas que deberían integrarse a la red hogares a nivel provincial.

Cada hogar protegido debe contar con 12 camas agrupadas en habitaciones de 3 camas.

En el caso de la unidad de rehabilitación y tratamiento se tomó como referencia los *CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN ARQUITECTÓNICA de la NORMAS TÉCNICAS PARA EL DISEÑO DE LOCALES DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL*<sup>12</sup>

Los demás espacios se determinan de acuerdo al número de camas o utilizando la guía de diseño para hospitales seguros y la norma para proyectos hospitalarios del MINSA.

---

<sup>12</sup> NORMAS TÉCNICAS PARA EL DISEÑO DE LOCALES DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL 2006-MINEDU

Tabla 12: Números de taller de educación ocupacional según población

CUANTIFICACIÓN DE TERRENOS PARA CEBEs SEGÚN TIPOLOGIA											
TIPOS DE CENTROS EDUCATIVOS	TIPO DE EXCEPCIONALIDAD QUE ATIENDE	CAPACIDAD DE ATENCIÓN	ESPACIOS EDUCATIVOS						POBLACIÓN ATENDIDA	AREA DE TERRENO	
			Est. Temprana	Aula Inicial	Aula Primaria	Taller Or. Ocup	Taller Ocupac	Total		AREA SUFICIENTE	AREA IDEAL
CEBE 1	RETARDO MENTAL	108 al.	2	4	8	4	---	18	30,000	2,800	3,300
CEBE 2	PROBLEMAS AUDITIVOS Y DE LENG.	108 al.	2	4	12	---	---	18	135,000	2,600	3,300
CEBE 3	CIEGOS	108 al.	2	4	12	---	---	18	135,000	2,800	3,300
CEBE 4	RET. MENT. Y PROBLEMAS DE LENGUAJ	204 al.	2	8	20	4	---	34	30,000 + 135,000	4,200	5,000
CEBE 5	EDUCACION OCUPACIONAL	60 al.	---	---	---	---	10	10	135,000	2,100	2,500

Fuente: Normas Técnicas para el Diseño de locales de Educación Básica Especial y Programas de Intervención Tempranas – MINEDU.

### **3.5. CONCLUSIÓN: ASPECTOS DETERMINANTES**

#### **Aspecto de localización, geográfico ambiental.**

De acuerdo a los datos del analizados la ubicación céntrica (en el centro de la ciudad) es la más propicia y estratégica para el desarrollo del proyecto, afianzando su carácter comunitario y se reinserción social, presenta una accesibilidad fácil, un entorno agradable que combina actividades residenciales, comerciales y de salud.

El clima, las temperaturas y precipitación son adecuadas, permitiendo el desarrollo de actividades al aire libre como las terapias sociales, lúdicas, ocupacionales y de reposo.

Las naturaleza rustica del terreno permite el diseño de espacios abiertos, que será determinante en el desarrollo del proyecto, propiciando la aplicación del diseño paisajista.

#### **Aspecto físico espacial**

El terreno se encuentra en la Zona III, que se caracteriza por una pendiente predominantemente plana, limosa arcillosa, capacidad portante de 1,5 a 2,5 kg/cm<sup>2</sup> que permite la construcción idónea para establecimiento de salud.

Su entorno es propicio para las actividades de salud y cívico sociales, su accesibilidad es la ideal con una dinámica de tránsito urbano y privado fluido, presenta 3 frentes, vinculado a vías de carácter primario y secundario importantes de la ciudad y de concentración como el centro cívico, la estación ferroviaria, el hospital regional.

Cuenta con todos los servicios básicos.

### **Aspecto referido al usuario**

El usuario son los pacientes con trastorno mental que requieran del servicio ambulatorio o de estancia de tiempo determinado en las residencias protegidas, pacientes externos que requieran del servicio de consultorios, espacios terapéuticos, áreas sociales o visitantes; personal profesional y administrativo.

Los pacientes internos de las Residencias Protegidas recibirán visitas de forma restringida, y ellas deben tener un acceso independiente donde exista control y la seguridad adecuada por el bien de los pacientes.

Los pacientes que ingresen por emergencia, según su gravedad serán derivados a Residencias Protegidas, Rehabilitación

(Talleres y Consulta Externa) o a una instancia mayor (hospital psiquiátrico).

Los pacientes en rehabilitación llegarán al Centro acompañados por familiares o encargados, que debería permanecer en el establecimiento hasta que el paciente termine su terapia o consulta, para ellos debe existir ambientes y equipamiento para la espera como cafetería, biblioteca, bancas, etc.

### **3.6 IDENTIFICACIÓN DE CRITERIOS DE DISEÑO**

#### **3.6.1. Aspecto Funcional**

El diseño del espacio físico contemplara la disposición de elementos de orientación facilitadores del desplazamiento, autonomía y orientación, algunos requerimientos son; a) Unidades de diseño lógico y simples, utilización de ángulos rectos, b) Señalización, c) Puntos orientadores, uso del color o texturas.

Flexibilidad en el espacio, cambio de la actividad en el espacio de acuerdo a la necesidad del usuario, como los espacios para terapias.

Priorizar luz natural y manejar intensidades: La luz natural será beneficiosa para la recuperación y rehabilitación del usuario, sin embargo debe ser controlada para mantener el confort y asegurar la calidad de vida mientras su estancia.

Los terrenos serán accesibles peatonal y vehicularmente de manera que garantice un efectivo y fluido ingreso al estacionamiento de pacientes y público, de preferencia deberá ubicarse en esquina lo que permitirá el uso de dos frentes como mínimo en su concepción espacial.

Ventilación cruzada para ambientes de trabajo: Para espacios de trabajo, de terapia, se debe ventilar de forma cruzada.

### **3.6.2. Aspecto Técnico**

El ambiente físico de los espacio de estancia serán los más parecidos a ambiente domestico permitiendo la interacción de los pacientes y el equipo profesional.

Se debe propiciar el desarrollo de espacios amplios y evitar escalas monumentales facilitadores de opresión. La agitación del paciente está en directa relación con la dimensión del espacio, a menor espacio mayor agitación.

La presencia y diseño de áreas exteriores en beneficio del desarrollo de las terapias de rehabilitación como horticultura, jardinería, o dinámicas grupales, actividades de ocio y descanso.

Se tomara como referente el concepto de Jardín Terapéutico, concepto actualmente implementado en muchos centros de salud, busca espacios al aire libre diseñado específicamente para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas que utilizan el jardín, así como sus cuidadores, familiares y amigos.

El diseño debe ofrecer seguridad, se debe reducir al mínimo los cantos vivos, terminaciones filosas, materiales que debido a su deterior pongan en riesgo la salud del paciente.

### **3.6.3. Aspecto Estético**

El manejo del color y las texturas con materiales como la piedra y la madera, así como la iluminación, la ventilación, el goce visual y otras variables del diseño arquitectónico ambiental son elementos fundamentales para lograr un espacio acogedor, que se traducen en elementos facilitadores de la conducta del paciente.

El planteamiento tridimensional propone el uso de planos y capas en fachadas, que traduzca los espacios interiores si necesidad de “maquillarlos” se propiciara en mayor grado posible el diseño minimalista, limpieza de espacios.

El planteamiento bidimensional será a través de una distribución sencilla de espacios internos y externos sin complicaciones de circulación.

## CAPITULO IV

### PROPUESTA ARQUITECTONICA

#### 4.1 OBJETIVOS FUNCIONALES

Teniendo como referente la legislación, tenemos que en el artículo 11, de la ley de salud

**Artículo 11.-***“...El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación...se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial...”.*

Así mismo el Plan De Salud Mental Nacional (2004), refiere entre sus objetivos generales (N° 3)

3° **“ASEGURAR E ACCESO UNIVERSAL A LA ATENSIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL, EN BASE A LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PIORICEN LA ATENCIÓN EN COMUNIDAD”**, y como objetivos específicos

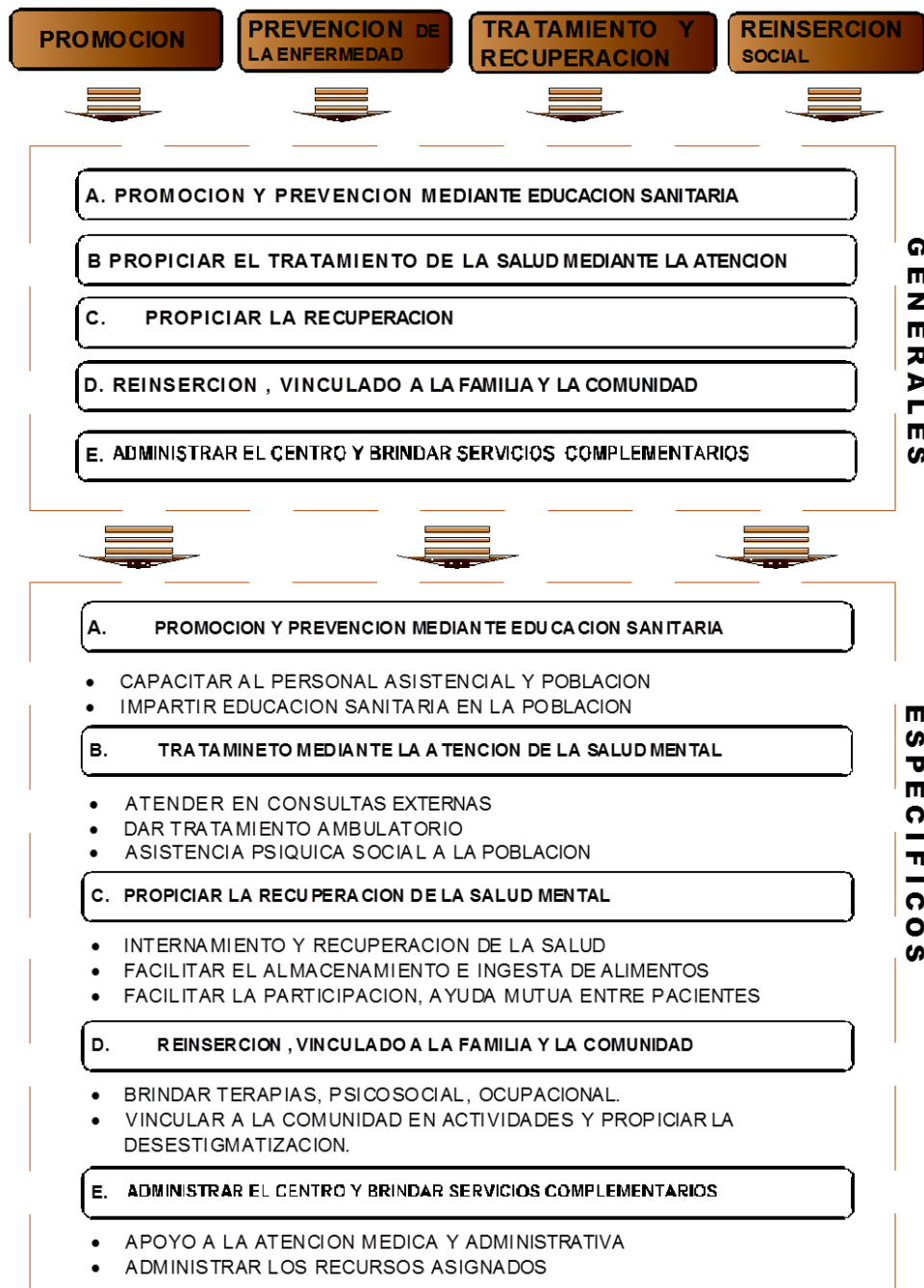
*3.1 Desarrollar un modelo de atención integral de salud mental descentralizado y con participación de la comunitaria, el cual incluya la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.*

*3.4 Asegurar la de usuarios de servicios, familiares de pacientes y organizaciones comunitarias.*

Bajo este contexto, podemos tener las pautas y esquematizar los objetivos que dan línea de lo que se quiere lograr y de qué manera:

## OBJETIVOS

PARTIENDO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO QUE SE ENMARCAN EN PLAN DE SALUD MENTAL NACIONAL Y LA LEY 29889



Fuente: Elaboracion Propia.

## **4.2 ANÁLISIS PROGRAMÁTICO**

### **4.2.1 Análisis Cualitativo Y Cuantitativo**

Identificación de espacios arquitectónicos, uso y nominación de ambientes, con base en los objetivos generales:

**Cuadro de Analisis Cualitativo**

PARTIDO DE LOS OBJETIVOS	USO	RELACION CON OTROS DEPARTAMENTOS	REQUERIMIENTO DE ACCESO	NOMBRE DEL AMBIENTE
"PROMOCION Y PREVENCIÓN MEDIANTE EDUCACION SANITARIA "	<ul style="list-style-type: none"> <li>desarrollo de charlas de educacion e informativa</li> <li>actividades culturales y artisticas</li> <li>Cubrir necesidades fisiologicas</li> <li>Almacenar instrumentos.</li> <li>alimentacion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relacion directa con el acceso principal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso exterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>auditorio</li> <li>sum</li> <li>cafeteria</li> <li>hall de recepcion</li> <li>estares</li> </ul>
ATENCION DE PACIENTES AMBULATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>recibo de pacientes y familiares</li> <li>orientacion y pago de derechos clinica</li> <li>almacenamiento de informacion</li> <li>control de peso, presion y temperatura</li> <li>revision entrevista y diagnostico medico</li> <li>curaciones inyectables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso adecuado a farmacia, archivos clinicos, a menudo adyacentes; laboratorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso peatonal y de ambulancia para cifras elevadas</li> <li>acceso desde el exterior; recepcion principal, general mente en planta baja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vestibulo</li> <li>informes</li> <li>caja</li> <li>archivos e historias clinicas</li> <li>traje</li> <li>consultorio tipico con sshh</li> <li>sala de observacion y reposo</li> </ul>
EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>pagar a caja</li> <li>sala de espera</li> <li>estancia de enfermeras y personal de turno</li> <li>tomo de signos vitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relacion con acceso secundario de emergencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso exterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>topico</li> <li>espera</li> <li>estacion de personal</li> <li>administracion</li> </ul>
AYUDA AL DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>toma de muestras de sangre orina otros</li> <li>seleccion analisis y interpretacion</li> <li>almacenar la informacion</li> <li>toma de imagenes afectadas del cuerpo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hall principal, farmacia Informes, consultorios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso exterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sala de toma de muestras</li> <li>laboratorios</li> <li>centro de informatica</li> <li>sai de rayos x</li> <li>en trega de resultados de analisis</li> </ul>

FUENTE: ELABORACION PROPIA

PARTIENDO DE LOS OBJETIVOS	USO	RELACION CON OTROS DEPARTAMENTOS	REQUERIMIENTO DE ACCESO	NOMBRE DEL AMBIENTE
" PROPICIAR LA RECUPERACION DE LA SALUD MENTAL "	<p><b>INTERNAMIENTO (HOGAR PROTEGIDO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>recuperacion de pacientes con permanencia determinada</li> <li>ingesta de alimentos</li> <li>revision periodica</li> <li>aseo de los internos</li> <li>vigilancia de enfermeras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relacion con espacios exteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso exterior controlado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>area de dormitorio</li> <li>sshh</li> <li>sala de estar</li> <li>comedor</li> <li>ofic. del cuidador</li> <li>deposito.</li> </ul>
	<p><b>TRATAMIENTO Y RECUPERACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>admission y registro de pacientes</li> <li>desarrollo de terapias psicicas.</li> <li>desarrollo de terapia de grupo y con familiares.</li> <li>desarrollo terapia ocupacional .</li> <li>Cubrir necesidades fisiologicas</li> <li>Almacenar instrumentos de terapia.</li> <li>Vestidores</li> <li>oficina de encargado del departamento.</li> <li>estacion de terapistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relacion con espacios exteriores, el vestibulo, de internamiento, areas sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso exterior controlado</li> <li>acceso de hogar protegido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>control y recepcion</li> <li>sshh de damas y varones</li> <li>taller de terapia ocupacional (max 15 per.)</li> <li>taller de psicoterapia autoestima y habilidades sociales</li> <li>taller de psicoterapia grupat. de familia, de familia con hijos pequeños y de pareja</li> <li>taller de psicoterapia conductual y cognitiva</li> <li>Aula.</li> <li>deposito de materiales</li> </ul>
" REINSERCION , VINCULADO A LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD "	<p><b>ACTIVIDAD SOCIAL Y DE PROYECCION A LA COMUNIDAD</b></p> <p><b>ESPACIOS ABIERTOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>actividades culturales y artisticas</li> <li>ingesta de alimentos</li> <li>recreacion del usuatroy visitante</li> <li>actividades grupales</li> <li>de reunion y esparcimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relacion con el acceso principal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acceso exterior</li> <li>acceso a servicios de recreacion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>auditorio</li> <li>sum</li> <li>cafeteria</li> <li>esteres</li> <li>patio central</li> <li>plaza</li> <li>huerto</li> </ul>

FUENTE : ELABORACION PROPIA

PARTIENDO DE LOS OBJETIVOS	USO	RELACION CON OTROS DEPARTAMENTOS	REQUERIMIENTO DE ACCESO	NOMBRE DEL AMBIENTE
"ADMINISTRAR EL CENTRO Y BRINDAR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS"	<b>ADMINISTRACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• actividades de contabilidad y administracion</li> <li>• archivo</li> <li>• dar informes</li> <li>• hacer cobros</li> <li>• registrar, administrar historias clinicas</li> <li>• controlar y coordinar con otras instancias hospitalarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• acceso exterior de suministros o material</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vestibulo</li> <li>• informes</li> <li>• caja</li> <li>• archivos e historias clinicas</li> <li>• of administracion</li> <li>• centro de computo</li> <li>• oficinas</li> </ul>
	<b>SERVICIOS GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cocinar</li> <li>• aseo</li> <li>• lavado y secado almacenaje de prendas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• internamiento, emergencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a servicios que brinda el centro</li> </ul>

FUENTE : ELABORACION PROPIA

#### 4.2.2 Síntesis Programática:

(Ver Anexo 01)

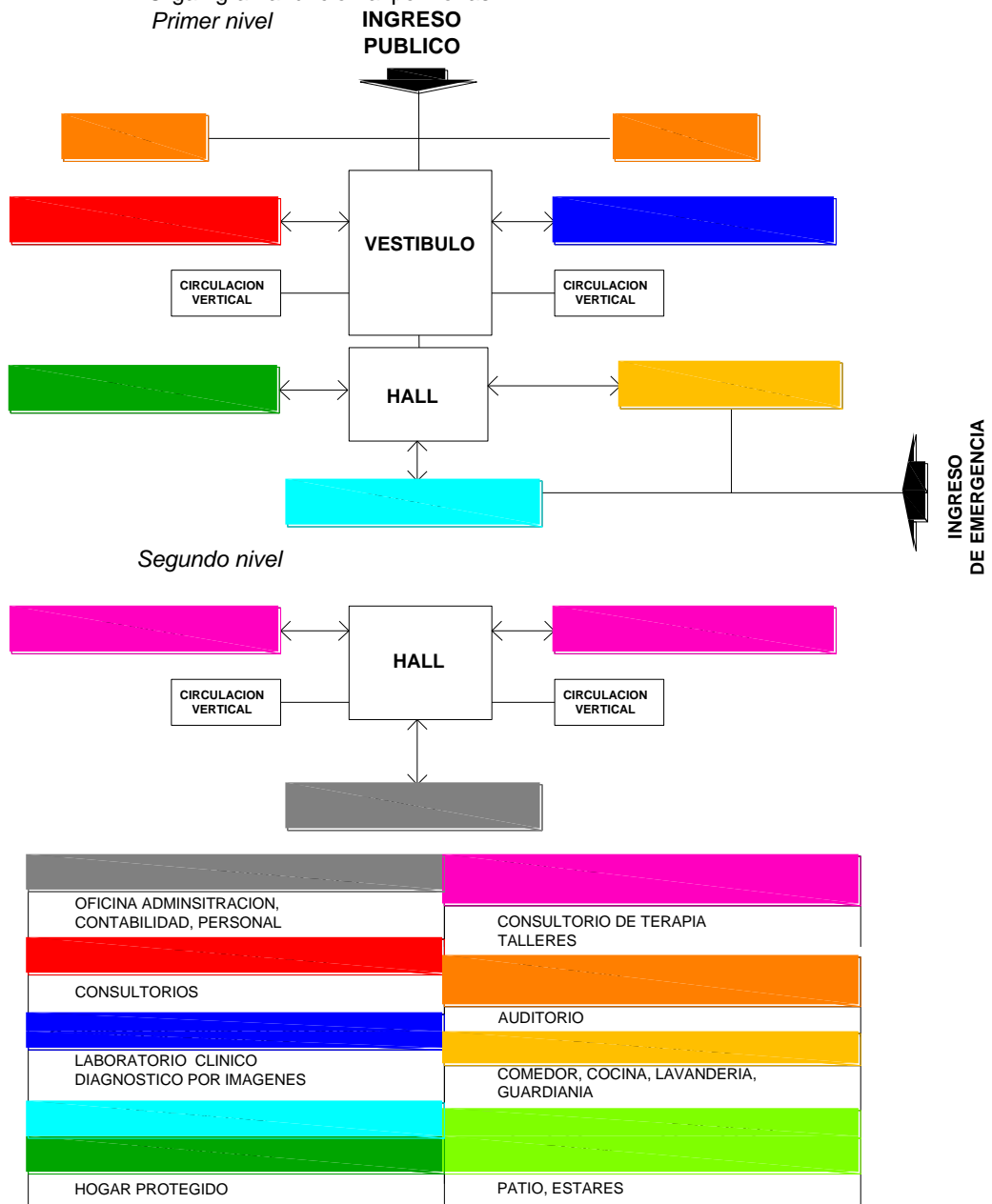
#### 4.2.3 Cuadro Resumen de áreas :

<b>A. UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>	
	<b>171.00 m<sup>2</sup></b>
<b>B. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>	
	<b>272.00 m<sup>2</sup></b>
<b>C. UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>	
	<b>214.90 m<sup>2</sup></b>
LABORATORIO CLINICO DIAGNOSTICO POR IMAGENES	
<b>D. UNIDAD DE EMERGENCIA</b>	
	<b>179.00 m<sup>2</sup></b>
<b>E. UNIDAD DE VIVIENDA</b>	
	<b>356.33 m<sup>2</sup></b>
HOGAR PROTEGIDO	
<b>F. UNIDAD DE REHABILITACION Y TRATAMIENTO</b>	
	<b>270.00 m<sup>2</sup></b>
<b>G. UNIDAD SOCIAL DE PROYECCION A LA COMUNIDAD</b>	
	<b>256.33 m<sup>2</sup></b>
<b>H. UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>	
	<b>105.00 m<sup>2</sup></b>
<b>I. ESPACIOS ABIERTOS DE OCIO Y RECREACION</b>	
	<b>----</b>

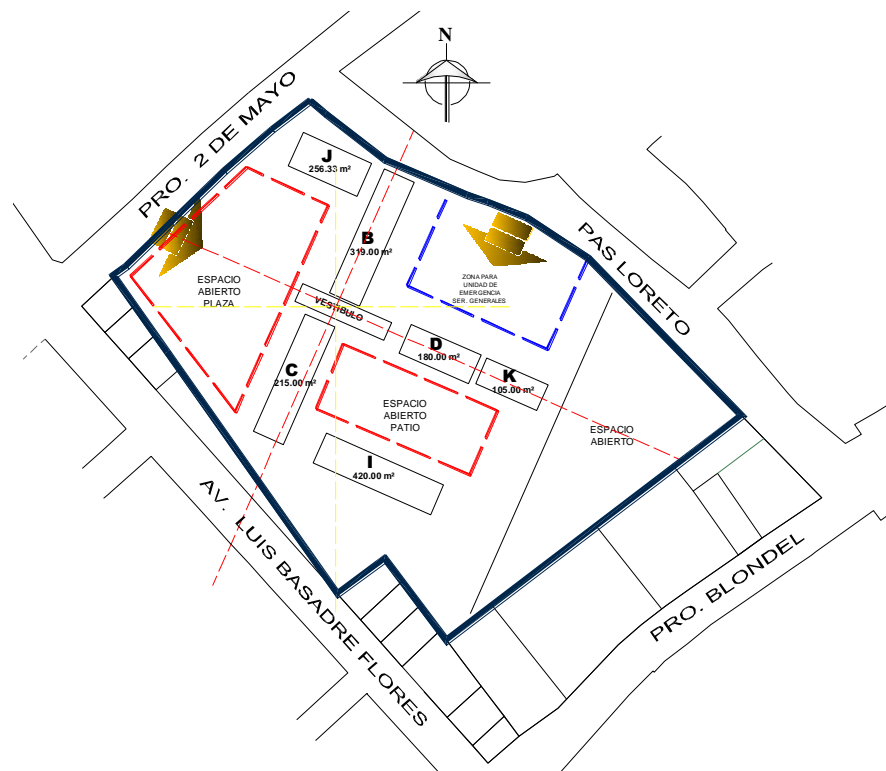
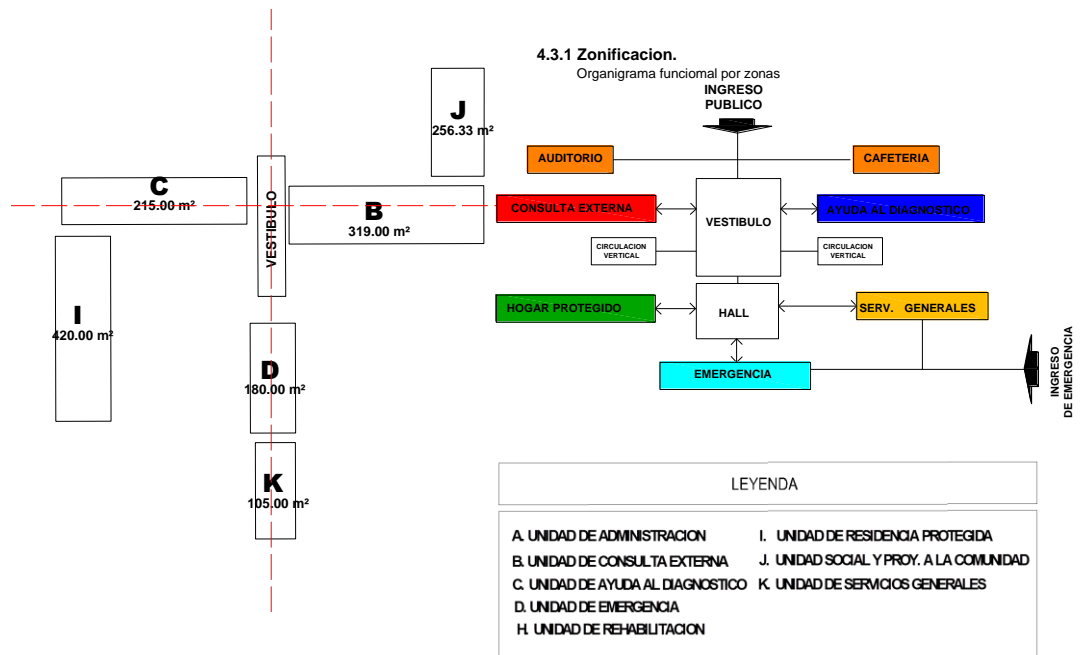
### 4.3. CONCEPCION ARQUITECTONICA

#### 4.3.1 Zonificacion.

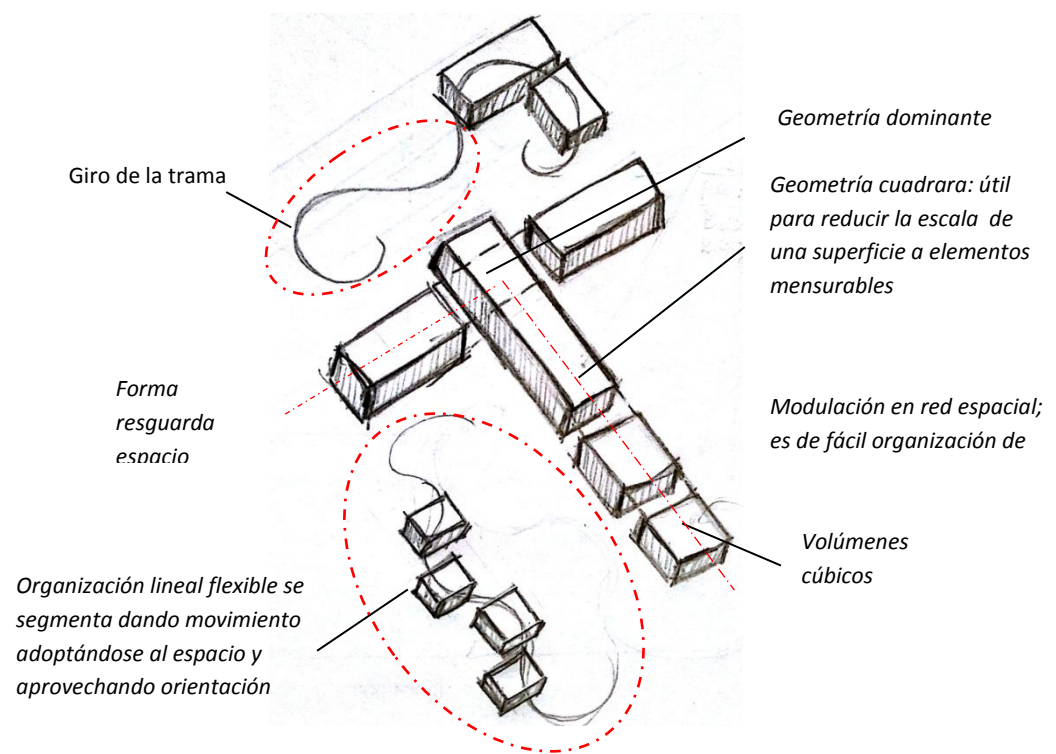
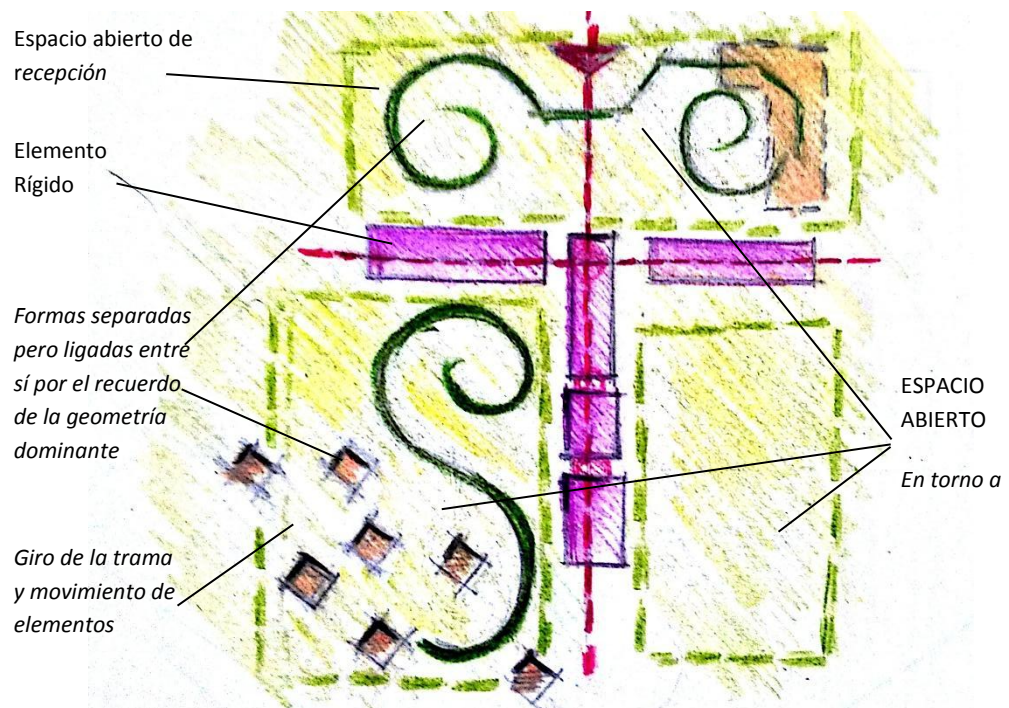
Organigrama funcional por zonas  
Primer nivel



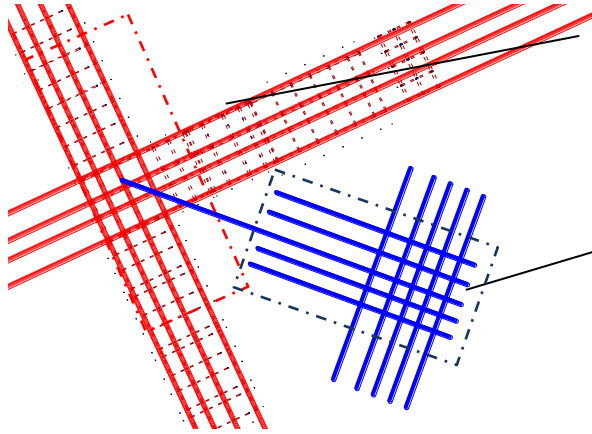
## Zonificación en el terreno



### 4.3.2. Partido:

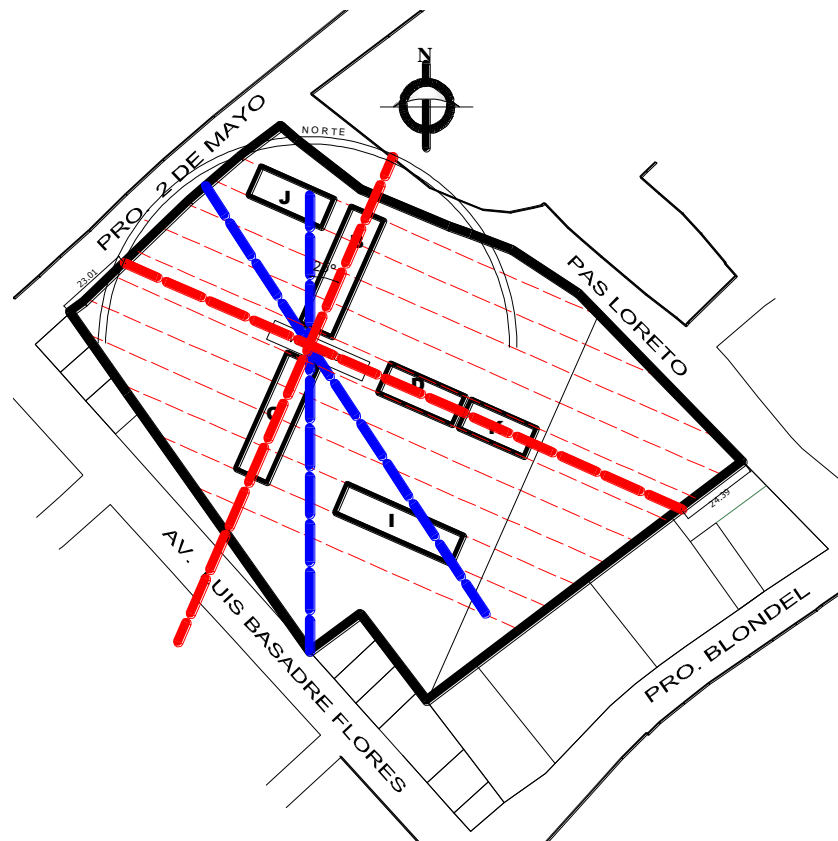


### 4.3.3 Geometrización:



*Trama: los espacios integrantes de una organización en trama aunque difieran en tamaño forma o función pueden contar una relación en común*

*Una parte de la trama se segrega y se somete a un giro con base en un punto del modelo básico.*



## **4.4 PROYECTO ARQUITECTÓNICO**

### **4.4.1 Memoria descriptiva**

#### **4.4.1.1. Generalidades**

Hoy en día las instituciones existentes en Tacna Centro de rehabilitación de salud mental San Ramón en Calana y el Pabellón de psiquiatría y salud mental en el hospital Hipólito Unanue, mantienen el enfoque convencional, frente a los trastornos de salud mental de la población de la provincia y no responden a las necesidades actuales enmarcadas en el contexto y legislación vigente, haciéndose evidente la ausencia de una infraestructura adecuada, es así que en función a las necesidades y actividades a realizarse ha planteado el diseño de un centro de salud comunitario para el tratamiento recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental, según el siguiente detalle.

#### **4.4.1.2 Objetivo**

El objetivo principal de este proyecto es:

Resolver el problema de la falta de una infraestructura adecuada a través de un Centro de

Salud Comunitario que contribuya al desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna, en atención a la Ley 29889 ley que Garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.”

#### **4.4.1.3 Ubicación geográfica**

El terreno se encuentra ubicado en la intercesión del pasaje Loreto y la prolongación de la Av. Dos de mayo del distrito, provincia y Región de Tacna.

#### **4.6.1.4 Datos del terreno**

##### **Linderos y colindantes**

**Por el Nor Oeste.-** Con la Prolongación 2 de Mayo en línea quebrada de 4 tramos de 5,40 ml, 45,70 ml, 21,17 ml y 15,95 ml.

**Por el Sur Oeste.-** la Av. Luis Basadre Flores en línea de 130,03 ml.

**Por el Sur Este.-** Con propiedad privada de terceros en línea quebrada de 3 tramos de 19,75 ml, 34,25 ml y 124,03 ml.

**Por el Nor Este.-** Con el pasaje Loreto en línea quebrada de 7 tramos de 6,75 ml, 25,08 ml, 30,08 ml 7,26 ml, 13,80 ml 24,68 ml y 73,58 ml.

Contiene un área de 1,99 Ha con un perímetro de 577,51 ml.

#### **CUADRO DE datos técnicos y coordenadas UTM**

<b>CUADRO DE DATOS TECNICOS</b>				<b>COORDENADAS UTM</b>	
VERTICE	LADO	DISTANCIA	ANG.INTERNO	ESTE (X)	NORTE (Y)
A	A-B	6.75	102°29'24"	366992.5388	8007982.2397
B	B-C	25.08	182°26'43"	366997.6661	8007977.8542
C	C-D	30.08	194°55'34"	367017.4000	8007962.3832
D	D-E	7.26	183°54'58"	367045.0553	8007950.5474
E	E-F	13.80	177°35'18"	367051.9127	8007948.1522
F	F-G	24.68	168°0'33"	367064.7415	8007943.0560
G	G-H	73.58	167°47'54"	367085.2815	8007929.3802
H	H-I	124.03	82°52'20"	367136.5285	8007876.5754
I	I-J	34.25	89°58'14"	367037.4934	8007801.9082
J	J-K	19.75	269°20'22"	367016.8904	8007829.2642
K	K-L	130.03	88°41'0"	367000.9813	8007817.5673
L	L-M	5.40	90°11'44"	366926.3864	8007924.0690
M	M-N	45.70	188°40'37"	366930.7988	8007927.1820
N	N-O	21.17	176°46'27"	366963.7389	8007958.8591
O	O-A	15.95	176°18'52"	366979.7963	8007972.6484
AREA = 1.9900 Has					
PERIMETRO = 577.51 ml					
DATUM PSAD 56					
ZONA GEOGRAFICA 19S					

#### **4.4.1.5 Descripción del proyecto**

El proyecto se desarrolla en un bloque puro en forma de cruz que se comporta como el elemento principal en el que se desarrollan las principales

actividades referidas a atención y tratamiento del paciente, así mismo se encuentra flanqueado por dos espacios abiertos principales , uno exterior que funciona como espacio receptor y de recreación y otro interior con carácter de reunión y actividades al aire libre, como elementos dispersos que tratan de romper la rigidez del volumen central se encuentran los hogares protegidos. Se desarrolló en dos niveles para evitar el carácter monumental y se manejó ángulos rectos con el fin de buscar la fácil orientación y lectura de espacios pensados para el tipo de usuario.

#### **4.4.1.6 Vías y Accesos**

La ubicación del terreno hace fácil accesibilidad. Cuenta con tres accesos, uno principal Prolongación 2 de Mayo y 2 secundarios: Pasaje Loreto y Av. Luis Basadre Flores.

#### **4.4.1.7 Descripción de Ambientes arquitectónicos**

##### **Unidad de consulta externa:**

1 hall principal, 01 of de admisión, con ½ sshh, archivo, oficina, de asistenta social, 10 consultorios con sshh cada uno, 01 batería de sshh para

pacientes, 03 salas de espera, pasillo 01, 01 consultorio de inyectables, 01 estación de enfermeras, 01 cuarto de limpieza, 01 cuarto de ropa, rampa exterior.

### **Unidad de ayuda al diagnóstico**

01 farmacia, 01 almacén de medicamentos, 01 cuarto de limpieza, 01 cuarto de ropa, 03 laboratorios, 02 of. de jefatura, 02 of. De atención y recepción, 01 cubículo de muestra, 01 cuarto de limpieza, 01 deposito, 02 batería de SSHH para personal, 01 archivo de placas, 01 sala de ecografía, 01 oficina de interpretación, 01 salas de rayos x, 01 cuarto oscuro, pasillo 02, 01 escalera, 02 ascensores.

### **Unidad de terapia y rehabilitación 01,**

06 talleres ocupacionales, con depósito, batería de sshh (hombres y mujeres), 01 estar de docentes, 01 oficina de encargado, 05 salones de terapia, 01 aula audiovisual, 01 biblioteca con zona de lectura y depósito de libros, 01 salón de juegos, 01 gimnasio, 01 hall de recepción, 03 salas de espera, cuarto de limpieza y deposito, 01 escalera, 01 ascensor

### **Unidad de emergencia**

02 consultorios de curaciones y tópicos, consultorios de trauma shock, 01 estación de enfermeras, 01 cuarto sucio, 01 cuarto limpio, 01 jefatura con ½ SSHH, 01 sala de espera con 2 SSHH, 01 vestíbulo, 01 of de admisión, 01 oficina de policía, 01 cuarto de observación, con SSHH completo, sala de aislamiento, con SSHH completo, cuarto de limpieza, 02 SSHH de personal (varones y damas), 02 vestuarios.

### **Unidad de hogares protegido**

01 hall de ingreso, 03 dormitorios, 02 sshh completos, 01 cocineta, 01 estar, 01 lavandería, 01 dormitorio con SSHH.

### **Unidad de servicios generales**

01 comedor, 01 cocina, 01 despensa, 01 oficina. 01 almacén, 01 cuarto de productos lácteos, 01 cuarto de productos congelados, 01 lavandería, 01 almacén, 01 oficina del encargado, 02 vestuarios (varones y damas), 01 of de jefatura, 01 almacén general, 01 casa de fuerza, taller de mantenimiento

del centro, taller mecánico, y pintura, taller de jardinería, 03 invernaderos.

### **Unidad de proyección social**

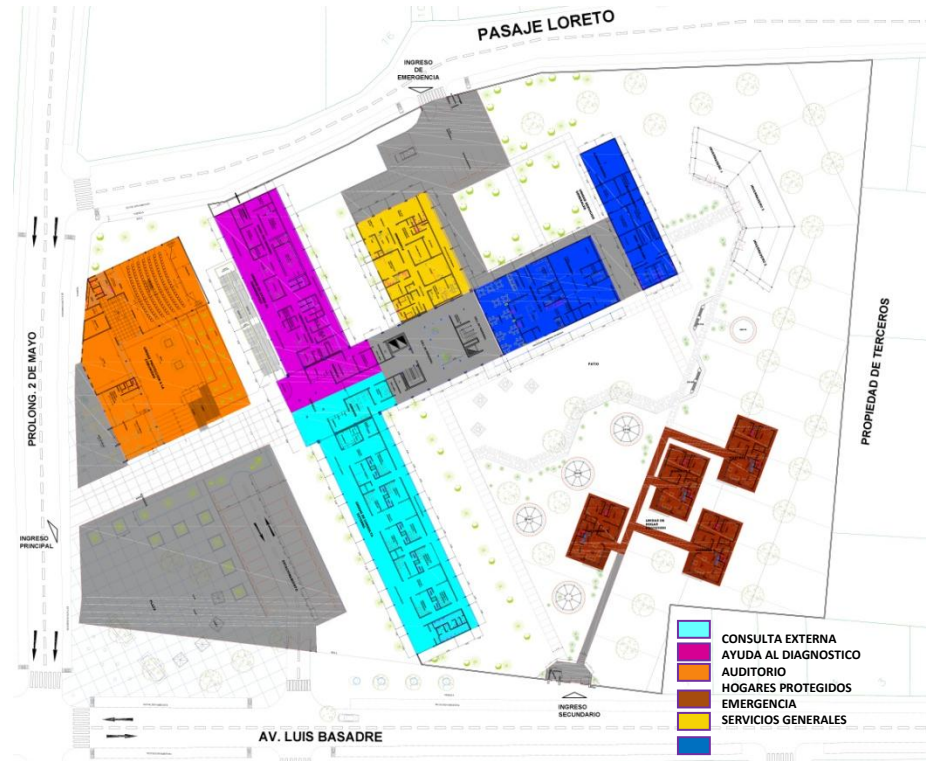
01 auditorio, 01 Foyer, 01 batería de SSHH (varones y damas), 01 deposito, 01 office, 01 cafetería, 01 S.U.M.

### **Unidad de administración**

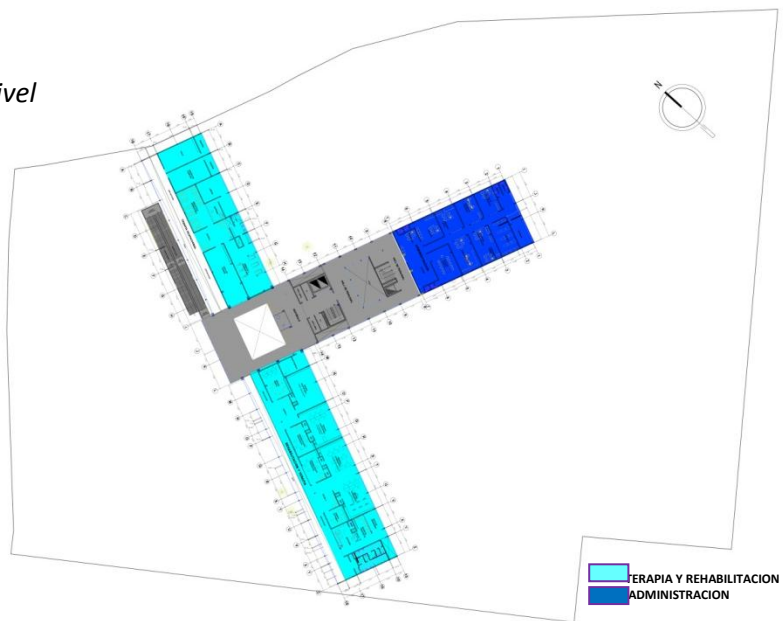
Oficinas, 02 SSHH (hombres y mujeres), 01 sala de reuniones, hall de recepción con sala de espera y 1 ½ sshh, terraza, 02 guardianías.

# Plantas de Distribución

## Primer nivel



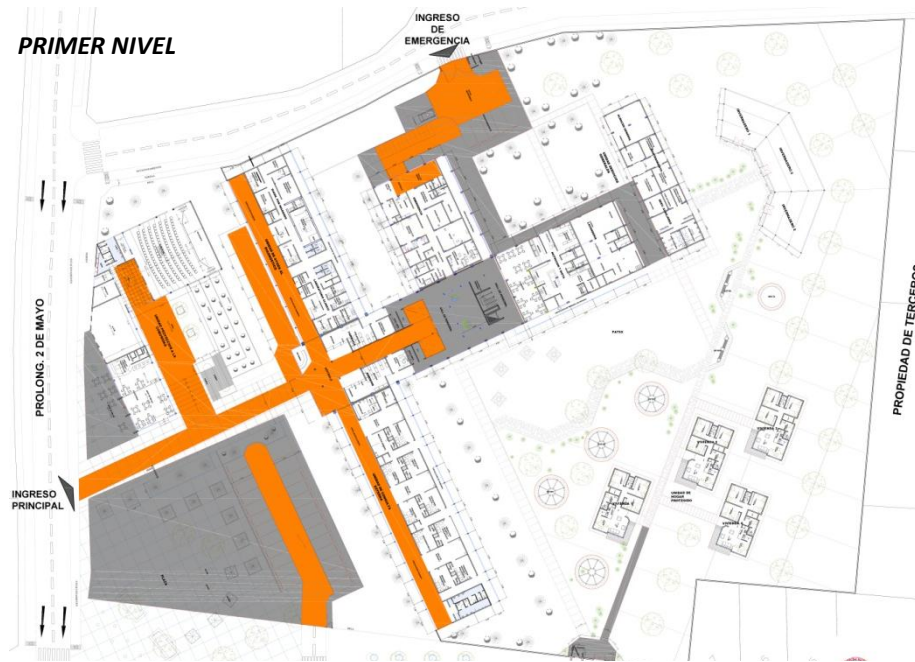
## Segundo nivel



## CIRCULACION DE USUARIOS

### PACIENTE AMBULATORIO

#### PRIMER NIVEL

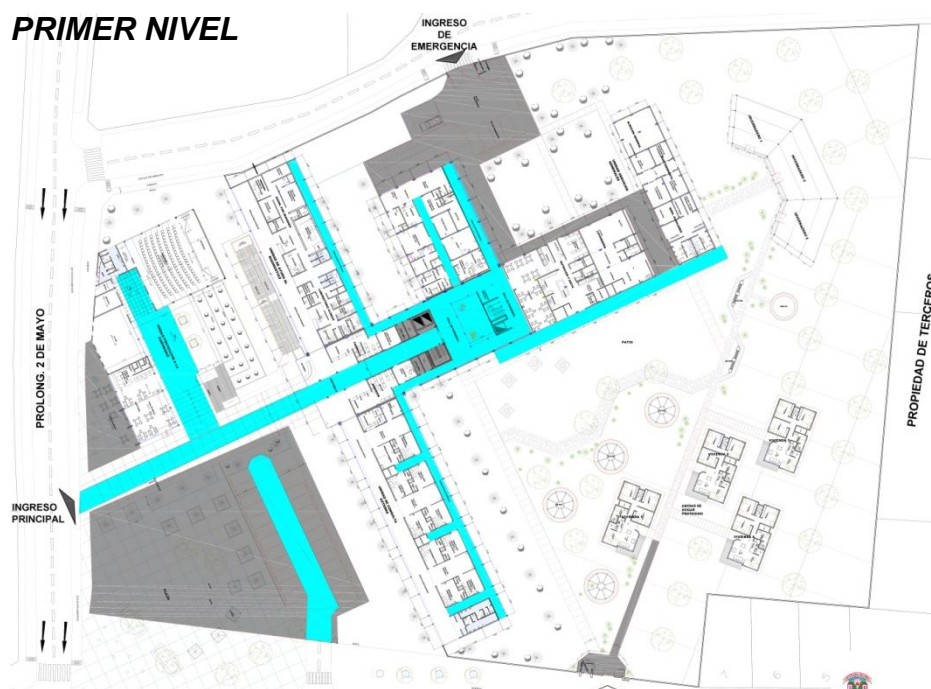


#### SEGUNDO NIVEL



## PERSONAL MEDICO Y ADMINISTRATIVO

### PRIMER NIVEL

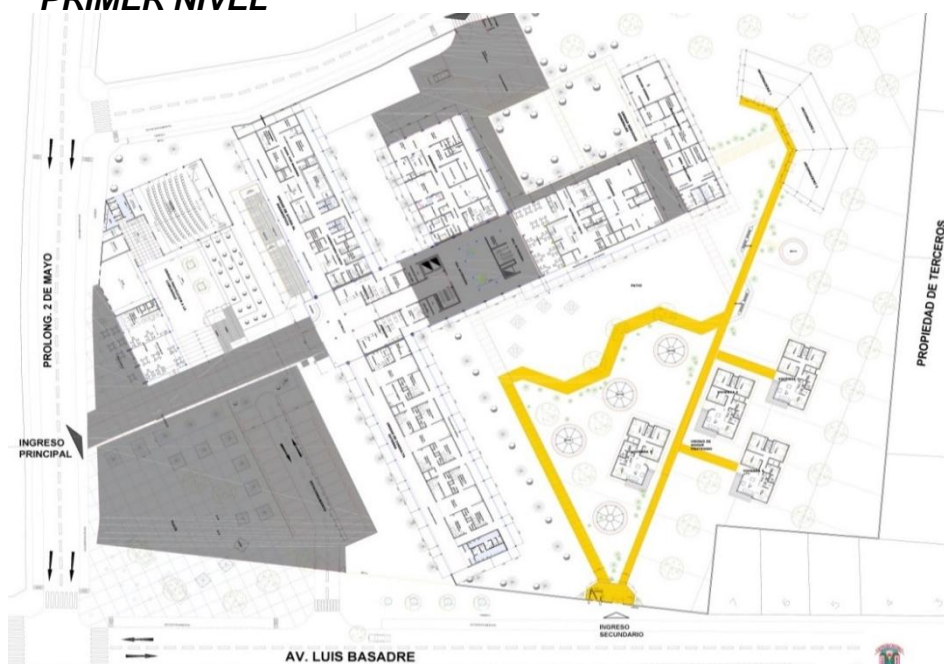


### SEGUNDO NIVEL



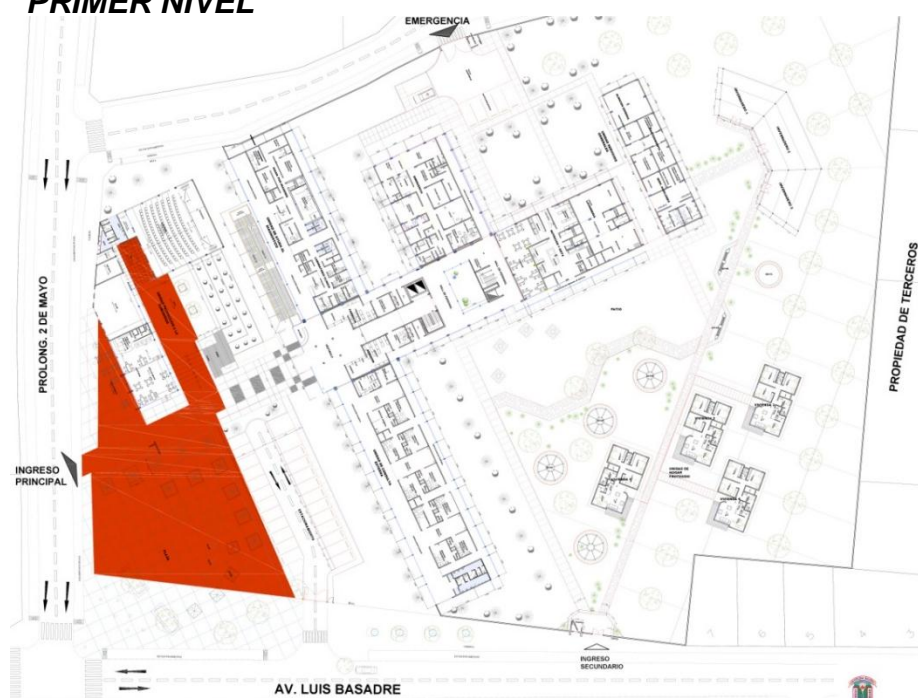
**PACIENTE INTERNO**

**PRIMER NIVEL**



**PACIENTE EXTERNO OCASIONAL**

**PRIMER NIVEL**



#### 4.4.1.8 Presupuesto y costos

Para la valorización de la edificación se tomó en consideración las áreas construidas y el cuadro de valores unitarios (octubre del 2015).

DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA	VALOR x m2
MUROS Y COLUMNAS	B	291,99
TECHOS	C	148,26
PISOS	C	95,83
PUERTAS Y VENTANAS	C	83,73
REVESTIMIENTOS	C	148,90
BAÑOS	C	47,15
INST. ELÉCTRICAS Y SANITARIAS	B	187,08
<b>TOTAL</b>		<b>1 002,94</b>

EDIFICACION	UNID	AREA	VALOR UNITARIO	PRESUPUESTO
1°NIVEL	m <sup>2</sup>	5050,10	1002,94	5 064 947,29
2°NIVEL	m <sup>2</sup>	3205,12	1002,94	3 214 543,05
<b>TOTAL</b>				<b>8 279 490,34</b>

#### 4.4.1.9 Financiamiento

- La construcción podrá ser de responsabilidad del Sector Público o Privado.
- De acuerdo a la ley 29889, las instituciones competentes deberá hacer las gestiones a través de los gobiernos regionales y/o locales para la implementación, seguimiento y evaluación de acciones de reforma de la atención de la salud mental fundamentalmente en lo relacionado a hogares y residencias protegidas.

#### 4.4.1.10 Etapabilidad

Considerando la magnitud del proyecto así como las condiciones de propiedad del suelo es necesario plantear la construcción por Etapas, las cuales estarán bien definidas:

- **En el Corto Plazo (2 años):** Se plantea la construcción del edificio principal de consultorios, ayuda al diagnóstico, terapia y rehabilitación, emergencia, hogares protegidos (2 viviendas).
- **En el Mediano Plazo (a partir del 3er año):** Se plantea la finalización del conjunto, sum, auditorio,

cafetería, hogares protegidos (2 viviendas) y servicios complementarios.

#### **4.4.1.11 Observaciones**

El presente proyecto es el primer planteamiento de Diseño a nivel local, que engloba 3 de los principales elementos a implementarse a la red de servicios de salud, en favor de la reforma de salud mental que se da actualmente en nuestro país, y que la ley señala como necesarios y de requerimiento inmediato; estos son el centro de salud mental comunitario, centro de rehabilitación psicosocial y laboral y los hogares protegidos.

## 4.5 DESARROLLO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO

(VER TOMO II)

### 4.5.1 Planos de Arquitectura

- Plano de Ubicación U-01
- Plano Topográfico U-02
- Plano de Trazado T-01
- Plot Plant P-01
- Planimetría General A-01
- Planta 1° Nivel A-01
- Planta 2° Nivel A-02
- Desarrollo de Unidad de consulta Externa
  - Distribución A-03
  - Distribución con amoblamiento A-04
- Desarrollo de Unidad de Ayuda al Diagnostico
  - Distribución A-05
  - Distribución con amoblamiento A-06
- Desarrollo de Unidad de Emergencia
  - Distribución A-07
  - Distribución con amoblamiento A-08
- Desarrollo de Unidad de Terapia y rehabilitación
  - Distribución A-09

- Distribución con amoblamiento	A-10
▪ Desarrollo de Unidad de Administración	
- Distribución	A-11
- Distribución con amoblamiento	A-12
▪ Desarrollo de Unidad Social	
- Distribución	A-13
- Distribución con amoblamiento	A-14
▪ Desarrollo de Hogar Protegido	
- Distribución	A-15
- Distribución con amoblamiento	A-16
▪ Desarrollo de Unidad de servicios generales	
- Distribución	A-17
- Distribución con amoblamiento	A-18
▪ Cortes Generales	A-19
▪ Elevaciones Generales	A-20
▪ Vistas	V-1

#### **4.5.2 Detalles**

▪ Detalle de SSHH	D-01
▪ Detalle de auditorio	D-02
▪ Detalle de laboratorio	D-03

- Detalle de cocina D-04
- Detalle de patio interior D-05
- Detalle de mobiliario urbano D-06

### 4.5.3 Vistas



*VISTA AÉREA DEL DE CONJUNTO*



*Vista de Auditorio*



*Vista de Emergencia*



*Vista de Hogar protegido*

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

**PRIMERA:** *“El diseño de un centro comunitario contribuye al desarrollo de actividades para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna, en atención a la Ley, Ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental”:* El diseño espacios arquitectónicos con características ambientales adecuadas, así como el diseño de espacios abiertos, contribuyen positivamente en la rehabilitación e influye en la recuperación psicosocial de los pacientes.

**SEGUNDA:** *“Acoger el modelo comunitario en el tratamiento mediante la implementación de la terapia y talleres ocupacionales maximiza las capacidades físicas y mentales”:* La adecuada organización espacial permitirá satisfacer las necesidades de los usuarios del proyecto arquitectónico así como mejorar la calidad de vida de los mismos.

**TERCERA:** El presente proyecto está abocado a aportar soluciones a problemas reales como los que afronta la problemática de la salud Mental en Tacna, teniendo como premisa que el arquitecto está en la capacidad de brindar una solución arquitectónica que satisfaga los requerimientos físicos de un problema real.

**CUARTA:** La ubicación del proyecto tiene base en la inserción del hecho arquitectónico en la comunidad, en busca de la desestigmatización, no aislamiento y aceptación del trastorno mental, su tratamiento y rehabilitación por medio del acceso al servicio.

**QUINTA:** Es responsabilidad del proyectista entender el lugar, sus necesidades pero además rescatar de lo existente la mayoría de recursos y hacer uso de ellos, valorando el carácter de entorno urbano, del espacio público, su naturaleza física.

**SEXTA:** Al encontrarnos en una zona altamente sísmica, es responsabilidad pensar en diseños que ante una emergencia, por su tipología puedan seguir en actividad.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- 1.** Se debe desarrollar el presente proyecto, por ser el primer planteamiento de diseño a nivel local, que engloba 3 de los principales elementos a implementarse a la red de servicios de salud, en favor de la reforma de salud mental que se da actualmente en nuestra región, y que la ley señala como necesarios y de requerimiento inmediato; estos son el centro de salud mental comunitario, centro de rehabilitación psicosocial y laboral y los hogares protegidos.
- 2.** Se debe dar apertura para elaborar otras tesis relacionados a la solución de este problema.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARAGONÉS, J. I. y AMÉRIGO CUERVO-ARANGO, M. *Psicología Ambiental*. Pirámide Ediciones, España (1998).
- BAKER, A. *Servicios psiquiátricos y arquitectura. Organización Mundial de la Salud*. Ginebra (1963).
- BAMBARÉN, C., ALATRISTA, S. *Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros*. Lima: SINCO (2008).
- CHING, F. *Arquitectura: Forma, Espacio y Orden*. México: Ediciones G. Gili, S.A. de C.V (1991).
- DE CORSO, L. *Monografía: color, arquitectura y estados de ánimo*. Buenos Aires. (2005).
- ERNEST NEUFERT, P. *Arte de Proyectar en Arquitectura*. 14° edición. Editorial Gustavo Gili. (1996).
- Ministerio de Salud – Chile. *Norma Técnica Hogares Protegidos (Para Personas con Discapacidad de Causa Psíquica) – Chile* (2006).
- Ministerio de Salud – Chile. *Norma Técnica para la implementación y funcionamiento de Centro comunitario – Chile* (2001).
- Ministerio de Salud – Chile. *Norma Técnica para la implementación de residencias protegidas – Chile* (2004).
- Ministerio de Salud – Perú. *Documento técnico Guía Práctica Clínica Salud Mental Psiquiatría*. (2006).
- Ministerio de Salud – Perú. *Documento técnico Plan Nacional de Salud Mental*. (2006).

Ministerio de Salud – Perú. *Norma Técnica de Categoría Establecimientos de Salud*. (2004).

Ministerio de Salud – Perú. *Norma Técnica para Proyectos de Infraestructura Hospitalaria* (1996)

Ministerio de Salud – Perú. *Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud*. (1999).

MOIA J. L. *Cómo se Proyecta una Vivienda*. Barcelona Gili, S.A. de C.V (1974).

RNE - (Reglamento Nacional de Edificaciones) *Título III: Consideraciones Generales de las Edificaciones*. Norma A.050 Salud. (2006).

VERNER BONDS, L. *Cromoterapia: cómo usar el color para relajarse y mejorar su salud*. Madrid - Parramon Ediciones, S.A. (2003).

## **ANEXO 1**

# 1.- UNIDAD DE ADMINISTRACION



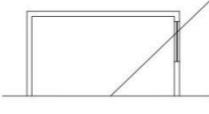
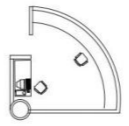
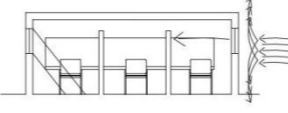
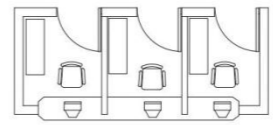
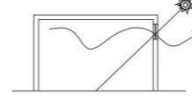
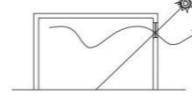
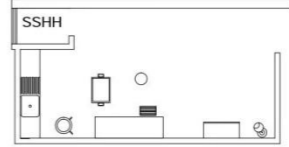
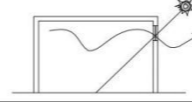
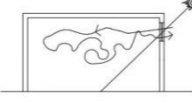
ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	N° DE USUARIO	N° DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA TOTAL
							ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO		
ADMINISTRACION	HALL PUBLICO E INFORMES	PUBLICO	01	01	INFORMAR DIALOGAR	* 01 mueble modular de atencion * 01 silla metalica giratoria					16,00
	ESPERA Y SECRETARIA	SECRETARIA	01	01	ESPERAR	* 01 escritorio metalico de 3 cajones * 01 silla metalica giratoria rodable * 02 archivadores metalicos de 4 gavetas * 02 sillas metalicas apilables * 01 computadora + impresora * 01 papelera					16,00
	DIRECCION	ADMINISTRAT.	01	01	ADMINISTRAR DIALOGAR	* 01 escritorio de madera de 3 cajones * 01 credensa metalica de 1.8 x 0.50 * 01 sillón metalico giratorio con portabrazos * 01 pizarra acrilica de 1.50 x 1.00 * 01 computadora + impresora * 01 mueble para computadora					15,00
	SALA DE REUNIONES	EMPLEADOS	01	01	REUNIRSE DIALOGAR	* 01 mesa para reunionesQ * sillas para reunion * 01 sillón metalico giratorio con portabrazos * 01 pizarra acrilica de 1.50 x 1.00					25,00
	JEFATURA DE PERSONAL	ADMINISTRAT.	01	01	ADMINISTRAR DIALOGAR SUPERVISAR	* 01 escritorio de madera de 3 cajones * 01 pizarra acrilica de 1.50 x 1.00 * 01 credensa metalica de 1.8 x 0.50 * 01 computadora + impresora * 01 sillón metalico giratorio con portabrazos * 01 mueble para computadora * 02 sillas metalicas apilables					12,00
	DIRECCION ENFERMERAS	ENFERMERA	01	01	ADMINISTRAR DIALOGAR SUPERVISAR	* 01 escritorio de madera de 3 cajones * 01 pizarra acrilica de 1.50 x 1.00 * 01 credensa metalica de 1.8 x 0.50 * 01 computadora + impresora * 01 sillón metalico giratorio con portabrazos * 01 mueble para computadora * 02 sillas metalicas apilables					12,00
	OFICINA DE ADMINISTRACION	ADMINISTRAT.	02	01	PRESUPUESTO ARCHIVAR DIGITALIZAR CONTROLAR	* 01 escritorio de madera de 3 cajones * 01 pizarra acrilica de 1.50 x 1.00 * 01 credensa metalica de 1.8 x 0.50 * 01 computadora + impresora * 01 sillón metalico giratorio con portabrazos * 01 mueble para computadora * 02 sillas metalicas apilables					12,00
	OFICINA DEL CONTADOR	CONTADOR	01	01	ARCHIVAR DIGITALIZAR CONTROLAR	* 03 mobiliarios metalicos con 3 cajones * sillas metalicas giratorias rodables * 03 archivadores metalicos de 4 gavetas * 03 computadora + impresora * escritorio de trabajo					12,00
	OF. DE CONTABILIDAD, LOGISTICA	CONTADOR	02	01	DIGITALIZAR CONTROLAR	* 03 mobiliarios metalicos con 3 cajones * sillas metalicas giratorias rodables * 03 archivadores metalicos de 4 gavetas * 03 computadora + impresora * escritorio de trabajo					12,00
	OFICINA DE COORDINACION	MEDICO	01	01	ADMINISTRAR DIALOGAR	* 03 mobiliarios metalicos con 3 cajones * sillas metalicas giratorias rodables * 03 archivadores metalicos de 4 gavetas * 03 computadora + impresora * escritorio de trabajo * papelera metalica					12,00
	ARCHIVO	ADMINISTRAT.	01	01	ARCHIVAR DIGITALIZAR CONTROLAR	* 03 mobiliarios metalicos con 3 cajones * sillas metalicas giratorias rodables * 03 archivadores metalicos de 4 gavetas * 03 computadora + impresora * escritorio de trabajo * papelera metalica					12,00
	SS. HH Y VESTIDORES PERSONAL	USUARIO	06	02	VESTIR, NECESIDADES BIOLOGICAS						15,00
<b>171,00</b>											

## 2. UNIDAD AYUDA AL DIAGNOSTICO

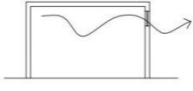
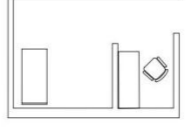
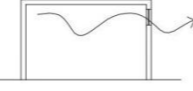
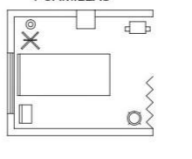

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	N° DE USUARIO	N° DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA UTIL	AREA DE CIRCULACION 30% m <sup>2</sup> PERSONA	AREA TOTAL
								ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO				
AYUDA AL DIAGNOSTICO PATOLOGIA CLINICA	* espera	PUBLICO	12	1	ESPERA	* 04 sillas modulares de 3 asientos * 01 vitrina metalica para anuncios * 01 televisor a color + dvd * 01 mesita	4 1 1 1					9,12	2,74	11,90
	* admision y recepcion de muestras	EMPLEADO	4	1	RECEPCION, REQUISTRO E INFORMES	* 01 mueble modular de atencion * 02 sillas giratorias	1 1					4,20	1,26	5,50
	* cubiculo de toma de muestras	EMFERMERO	2	1	TOMA DE MUESTRAS	* 01 silla especial para toma de muestras * 01 mueble modular de acuerdo al requerimiento * 01 cubo met para desperdicios con tapa accionada a pedal	1 1 1					2,60	0,78	3,40
	* jefatura	ADMINISTRATIVO	2	1	FISCALIZAR CONTROLAR DIALOGAR	* 01 escritorio de tres cajones * 01 sillón gítorio con porta brazos * 02 sillas apilables * 01 pizarra acrílica de 1.50 x 1.00 * 01 mueble para computadora + impresora * 01 papelera	1 1 2 1 1 1					4,83	1,50	6,40
	* laboratorios * hematologia	HEMATOLOGO	2	1	ESTUDIAR, ANALISAR, TRABAJO DE LABORATORIO	* 02 mueble modular de acuerdo al requerimiento * 01 mueble modular con lavados de acero inoxidable * 01 escritorio de dos cajones * 01 silla giratoria * 01 papelera * 01 cubo met para desperdicios con tapa accionada a pedal	2 1 1 1 1 1					6,00	1,80	7,80
	* bioquimica	BIOQUIMICO	2	1	ESTUDIO QUIMICO, ESPECIALISTA, ANALISAR, TRABAJO DE LABORATORIO	* 02 mueble modular de acuerdo al requerimiento * 01 mueble modular con lavados de acero inoxidable * 01 escritorio de dos cajones * 01 silla giratoria * 01 papelera * 01 cubo met para desperdicios con tapa accionada a pedal	2 1 1 1 1 1					6,00	1,80	7,80
	* microbiologia	MICROBIOLOGO	2	1	ESTUDIO EN MICROBIOLOGIA, ESPECIALISTA, ANALISAR, TRABAJO DE LABORATORIO	* 02 mueble modular de acuerdo al requerimiento * 01 mueble modular con lavados de acero inoxidable * 01 escritorio de dos cajones * 01 silla giratoria * 01 papelera * 01 cubo met para desperdicios con tapa accionada a pedal	2 1 1 1 1 1					6,00	1,80	7,80
	* lavado y esterilizacion	EMFERMERO	1	1	ESTERILIZAR, LAVAR, DESINFECTAR.	* 02 mueble modular de acuerdo al requerimiento * 01 mueble modular con lavados de acero inoxidable * 01 papelera * 01 cubo met para desperdicios con tapa accionada a pedal	2 1 1 1					4,54	1,40	1,90
	* hh.hh para pacientes damas y varones	PUBLICO	4(2)	2	FISIOLOGICO	* 2 lavamanos * 2 inodoros * 1 papelera	2 2 2					4,50	4,35	5,90
	* almacen	EMPLEADOS	1	1								12,00	3,60	15,60
	* cuarto de limpieza	EMPLEADOS	1	1								3,00	0,90	4,90
	* vestidores y ss.hh personal	EMPLEADOS	4(2)	2		* 2 lavamanos * 2 inodoros * 1 papelera	2 2 2					9,00	2,70	11,70
													91,10	

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	N° DE USUARIO	N° DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA UTIL	AREA DE CIRCULACION 30% m/2 PERSONA	AREA TOTAL
								ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO				
AYUDA AL DIAGNOSTICO DIAGNOSTICO POR IMAGENES	* recepcion	PUBLICO	4	1	RECEPCION, REQUISTRO E INFORMES	* 01 mueble modular de atencion * 02 sillas giratorias						4,20	1,26	5,50
	* estacion de camilla y silla de ruedas	EMFERMERO	2	1	ATENCION	* 04 camillas * 04 sillas de ruedas						3,48	1,10	4,50
	* espera de pacientes	PACIENTE	6	1	ESPERA DESCANSAR	* 02 sillas modulares de 3 asientos * 01 mesita						5,28	1,60	6,90
	* ss.hh y vestidores para pacientes	PUBLICO	6	2	VESTIR FISIOLOGICO	* 1 lavamanos * 1 inodoros * mueble						4,50	4,50	4,50
	* sala de rayos x	MEDICO	2	1	TOMA DE IMAGUENES, ESTUDIO, ANALISAR, DIAGNOSTICAR	* 01 negatoscopido de dos cuerpos (mobiliario) * 01 equipo de rayos x estacionario de 100 MA * 01 revelador automatico de peliculas(mobiliario) * 01 mueble modular de acuerdo al requerimiento						5,52	1,40	7,00
	* camara oscura	MEDICO	1	1	TOMA DE IMAGUENES, ESTUDIO, ANALISAR, DIAGNOSTICAR	* 01 mueble modular de acuerdo al requerimiento						6,00	1,80	7,80
	* oficina de interpretacion y almacen	MEDICO	1	1	INTERPRETAR ESTUDIO, ANALISAR, DIAGNOSTICAR	* 01 mueble modular de acuerdo al requerimiento						9,00	2,70	11,70
	* archivo de placas	MEDICO	1	1	ARCHIVAR GUARDAR	* 01 mueble modular de acuerdo al requerimiento						9,00	2,70	11,70
	* jefatura	ADMINISTRATIVO	1	1	FISCALIZAR CONTROLAR DIALOGAR	* 01 escritorio de tres cajones * 01 sillón gítorio con porta brazos * 02 sillas apilables * 01 pizarra acrílica de 1.50 x 1.00 * 01 mueble para computadora + impresora * 01 papelera						4,83	1,50	5,40
													65,00	




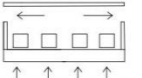



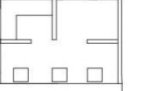



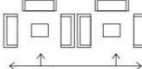



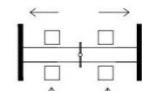



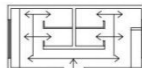



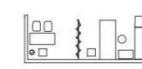








### 3. UNIDAD DE EMERGENCIA

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	Nº DE USUARIO	Nº DE AMBIENTES	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES	TIPOLOGIA	AREA UTIL	AREA DE CIRCULACION 30%	AREA TOTAL
<b>EMERGENCIA</b>	VESTIBULO DE ACCESO	GRAL	12	1	- TRANSITAR - DISTRIBUIR - ORGANIZAR - RECIBIR - ORIENTAR	AMBIENTE DE TRANSITO		ESPACIO AMPLIO CON DISMINUCION DE VANOS Y ASOLEAMIENTO MODERADO 		12,24	3,67	25,00
	CONTROL Y RECEPCION	PERSONAL DE TURNO	2	1	RECIBO DE PACIENTE PREVIO A SU CONTROL DE INGRESO A LA UNIDAD	MESA DE TRABAJO MUEBLE PARA COMPUT. SILLAS RODABLE PIZARRA RELOJ	1 1 2 1 1 1			6,20	1,80	16,00
	ESPACIO PARA CAMILLAS Y SILLAS DE RUEDAS			1	ALMACENAMIENTO	CAMILLAS  SILLA DE RUEDAS	2			2,00 X CAMILLA 0,50 X SILLA DE R.	0,75	15,00
	ADMISION Y CAJA	PERSONAL DE TURNO	2	1	DAR LOS DATOS DEL PACIENTE Y HACER PAGOS	- BARRA DE ATENCION - ARCHIVO - COMPUTADORA - SILLA - ESCRITORIO				12,24	3,67	25,00
	TRIAJE (adultos y niños)	PERSONAL DE TURNO	2	1	CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA	Balanza con tallímetro Camilla para examen Escritorio Flujómetro con humidificador Mesa para uso múltiple rodable Silla Riel porta venoclisis	2			6,20	1,80	16,00
	TOPICO ENFERMERIA	PERS MEDIC PACIENTE	2	3	atencion para pacientes adultos y pediátricos	Coche de curaciones Escalinata de dos peldaños Lámpara de pie rodable Lavadero de acero Mesa de exploración para tóxico Riel porta venoclisis				6,20	1,80	16,00
	S.S.H.H. DAMAS Y VARONES	PERS MEDIC	1V 1M	2	NECESIDADES FISIOLÓGICAS	- 2 INODOROS - 2 LAVAMANOS - 1 URINARIOS	2 2 1			X2 1,50	X2 0,45	5,00
	CUARTO DE LIMPIEZA	PERS MEDIC	1	1	DEPOSITA LA ROPA LIMPIA	ESTANTE	2			3,00	0,90	4,00
	OFICINA DE ENCARGADO DE LA UNIDAD	PERS MEDIC	1	1	ARCHIVAR DIGITALIZAR CONTROLAR	ESCRITORIO SILLAS ESTANTE	2 4 2			9,00	2,70	16,00

### 3. UNIDAD DE EMERGENCIA

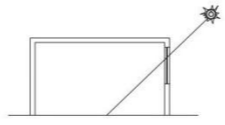
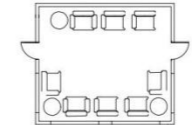


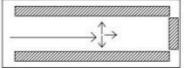

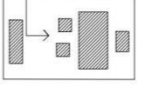
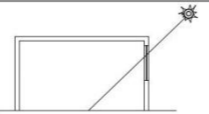
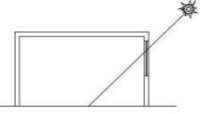
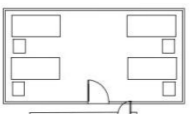
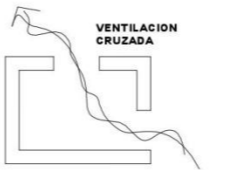
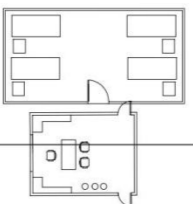
ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	Nº DE USUARIO	Nº DE AMBIENTES	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES	TIPOLOGIA	AREA UTIL	AREA DE CIRCULACION 30%	AREA TOTAL
<b>EMERGENCIA</b>	SALA DE OBSERVACION ADULTO	PERS MEDIC PACIENTE	1	1	monitoreo de pacientes por un periodo máximo de 24 horas, después de lo cual podrán pasar a hospitalización,	Bote sanitario con pedal Camilla Flujómetro con humidificador Monitor de funciones vitales Riel porta venoclisis		VANOS PEQUEÑOS 	TIPO COMPARTIDO Y CON ENFERMERA 	6,20	1,80	16,00
	MEDICINA GENERAL		1	1		Balanza Balón de oxígeno Camilla de exploración Flujómetro con humidificador Lámpara de pie rodable Mesa para uso múltiple Riel porta venoclisis X		VANOS PEQUEÑOS 	TIPO AISLADO 1 CAMILLAS 	15,00	4,50	25,00
	ESTACIONA-MIENTO					- AMBULANCIA - VEHICULOS DE TRANSPORTE DE PACIENTE - TAXIS				NO ESTA INCLUIDO EN EL AREA TOTAL		
	<b>TOTAL</b>											<b>179,00</b>

# 4. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	N° DE USUARIO	N° DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA TOTAL	
							ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO			
ADMISION Y CONSULTA EXTERNA	1. HALL PUBLICO E INFORMES	PUBLICO	01	01	INFORMAR DIALOGAR	* 01 mueble modular de atencion * 01 silla metalica giratoria	 BUENA	 BUENA	 REGULAR		42,00	
	2. ADMISION, ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	SECRETARIA	01	01	ESPERAR	* 02 muebles modulares de atencion * 03 sillas giratorias rodables * 02 computadoras + impresoras	* 01 escritorio metalico de 3 cajones * 02 estates para historias clinicas * 02 papeleras metalicas	 BUENA	 BUENA	 BUENA		9,00
	3. ESPERA	ADMINISTRAT.	01	01	ADMINISTRAR DIALOGAR	* sillones, mesita		 BUENA	 BUENA	 REGULAR		32,00
	4. CAJA	EMPLEADOS EMPLEADO	01 01	01 01	REUNIRSE DIALOGAR  COMUNICAR	* 01 mostrador alto con puertas y ventanilla de seguridad. * 01 computadora + impresora	* 01 silla giratoria con asiento alto * 02 papeleras metalicas	 BUENA	 BUENA	 REGULAR		6,00
	5. SSHH				NESECIDADES FISIOLÓGICAS	* 2 lavamanos * 2 inodoros * 1 papeleras		 BUENA	 BUENA	 REGULAR		15,00
	6. -TOPICO	ENFERMERA	01	01	CURACIONES CONTROL	* lavadero * mesa especial para topico * biombo * camilla * asiento giratorio	* mesa rodable para curaciones * mesa mayo * taburete	 BUENA	 BUENA	 REGULAR		24,00
	7 SERVICIO SOCIAL		01	01	ENTRISTA DIGITALIZAR	* 01 escrito + sillón + dos sillas	*biombo *camilla *botadero *lavadero	 BUENA	 BUENA	 REGULAR		15,00
	8 NUTRICIONISTA		01	01	ENTRISTA DIGITALIZAR	* 01 escrito + sillón + dos sillas	*biombo *camilla *botadero *lavadero	 BUENA	 BUENA	 REGULAR		15,00
										159,00		

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	N° DE USUARIO	N° DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA TOTAL
							ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO		
CONSULTA EXTERNA CONSULTORIOS	1. espera	PUBLICO	01	01	INFORMAR DIALOGAR	* sillones, mesita					16,00
	2. recepcion	SECRETARIA	01	01	ESPERAR	* 01 mueble modular de atencion * 01 silla metalica giratoria					6,00
	3. estacion de enfermeras	ADMINISTRAT.	01	01	ADMINISTRAR DIALOGAR	* 01 mueble modular de atencion * 01 silla metalica giratoria					9,00
	4. c. Medicina general	MEDICO	2	1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR REVISION	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas * camilla de consultorio * lavamano					16,00
	5. c. de Psicologia	PSICOLOGO	01	01	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas o sillones					16,00
	6. c. de Psiquiatria - adulto.	MEDICO PSQUIATRA	01	01	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas o sillones					16,00
	6. c. de Psiquiatria - infante /adolescente.	MEDICO PSQUIATRA	01	01	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas o sillones					16,00
	7. c. Psicologia infantil y adolescente	PSICOLOGO	02	01	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas o sillones					16,00
	8 medicina preventiva	MEDICO	02	01	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas					15,00
	10 consejeria familiar	PSICOLOGO	02	01	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 muebles modulares de atencion * 01sillas giratorias rodables * 02sillas					15,00
	9 ss.hh. personal y pacientes					* 2 lavamanos * 2 inodoros * 1 papelera					12,00
	10 cuarto de limpieza										4,00
										160,00	

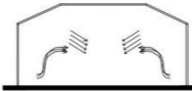
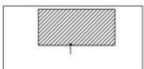
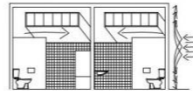
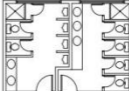



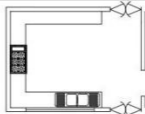

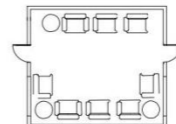
## 5. UNIDAD HOGAR PROTEGIDO

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	Nº DE USUARIO	Nº DE AMBIENTES	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES	TIPOLOGIA	AREA UTIL	AREA DE CIRCULACION 30%	AREA TOTAL
<b>HOGAR PROTEGIDO</b>	HABITACIONES	PAC.	24	6	DESCANZAR	CAMA ARMARIO VELADORES	1 C/DOC. 1 C/DOC. 1 C/DOC.			12,00 m <sup>2</sup> / 2 RESID.		300,00
	SSHH	PAC.	24	3	DEFECAR MIXIONAR LAVARSE	INODORO, LAVAMANO URINARIO, ESPEJO DUCHA	2 2 2 2			3,45m <sup>2</sup> / 4 RESID.		2,70
	SALA DE ESTAR	PAC.	12	1	DIALOGAR RELACIONES ENCUENTROS ACUERDOS	MESAS DE CENTRO SILLONES MESITAS ESQUINERAS	1 4 2			25,00		25,00
	ROPERIA	PAC.		1	GUARDAR COSAS	ARMARIOS	2			3,00	0,90	4,90
	CUARTO DEPOSITO		3	1	NECESIDAD DE ASEO	LAVATORIO UTENCILIOS PARA DESINFECTAR SECADORA, LAVADORA	1 1 1			8,00	2,40	10,40
	ESTANCIA DE CUIDADOR + SSHH	PACTE. DOC.	3	1	CONSULTAR REBISAR DIACNOSTICAR	ESCRITORIO SILLAS ESTANTE	1 6 2			8,00	2,40	16,00
	JEFATURA	JEFE UNIDAD	1	1	ARCHIVAR DIGITALIZAR	ESCRITORIO SILLAS ESTANTE	1 6 2			12,00	3,60	15,60
	CUARTO DE REPOSO	PACTE. DOC.	1	1	DESCANZAR	CAMAS VELADORES	1 C/PAC.			12,00	3,60	15,60
	REPOSTERO	P E R S O N A L	4	1	PREPARACIÓN DE SOLUCIONES, GUARDADO DE DIETAS Y RECIBO DE LOS CARROS DE TRANSPORTE.	CARRO PARA TRANSPORTE DE BANDEJAS DE COMIDA COCINA ELÉCTRICA CUBO METÁLICO PARA DESPERDICIOS CON TAPA ACCIONADA A PEDAL HORNO MICROONDAS LAVADERO DE ACERO INOXIDABLE DE POZA CON ESCURRIDERO MUEBLE CON CAJONES Y PUERTAS PARA EMPOTRAR LAVADERO REFRIGERADORA	3 1 1 1 2 1 1			9,00	2,70	11,70
											TOTAL:	4,20

# 6. UNIDAD DE REHABILITACION Y TRATAMIENTO
















ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	N° DE USUARIO	N° DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA TOTAL
							ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO		
REHABILITACION Y TERAPIA	* espera y control de pacientes	PACIENTE		1	ESPERA DIALOGAR	* sillones, mesita					15,00
	* jefatura	PERS MEDIC			ADMINISTRAR DIALOGAR SUPERVISAR	* 01 escritorio de madera de 3 cajones * 01 sillón metálico giratorio con portabrazos * 02 sillas metálicas apilables					12,00
	* estar de terapeutas	PERS	5	1	REUNIRSE DIALOGAR	* 01 pizarra acrílica de 1.50 x 1.00 * 01 computadora + impresora * 01 mueble para computadora					12,00
	* Terapia ocupacional	PERS MEDIC PACIENTE	15	1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 4 mesas * 15 sillas apilables * 01 pizarra					30,00
	* Terapia ocupacional	PERS MEDIC PACIENTE	15	1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 4 mesas * 15 sillas apilables * 01 pizarra					30,00
	* Psicoterapia de autoestima y habilidades sociales	TERAPISTA PACIENTE	1	1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 sillón * 10 sillas apilables * 01 pizarra					15,00
	* Psicoterapia grupal	TERAPISTA PACIENTE	15	1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 sillón * 02 sillas apilables * 01 pizarra					24,00
	* terapia familiar	TERAPISTA PACIENTE		1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 sillón * 02 sillas apilables * 01 pizarra					24,00
	* kinesiólogo	TERAPISTA PACIENTE	1	1	CONSULTAR DIALOGAR ANALISAR	* 01 sillón * 02 sillas apilables * 01 pizarra					24,00
	* Aula	TERAPISTA PACIENTE	8	1	CONSULTAR EJERCITAR	* 01 camilla de tratamiento * colchonetas					24,00
	* depósito de equipos y materiales	TERAPISTA PACIENTE	15	1	CONSULTAR ATENCIÓN	* 1 escritorio * 15 sillas con mesas * 01 pizarra					15,00
	* ss. hh. y vestidores pacientes			1							4,00
	* ss. hh. y vestidores personal			1	VESTIR, NECESIDADES BIOLOGICAS	* 2 lavamanos * 2 inodoros * 1 papelera					16,00
	* cuarto de limpieza			1	VESTIR, NECESIDADES BIOLOGICAS	* 2 lavamanos * 2 inodoros * 1 papelera					16,00
				1							4,00
										270,00	

## 7. SOCIAL Y PROYECCION A LA COMUNIDAD

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	Nº DE USUARIO	Nº DE AMBIENTES	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CANTIDAD DE MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES	TIPOLOGIA	AREA UTIL	AREA DE CIRCULACION 30%	AREA TOTAL
<b>AUDITORIO</b>	ESCENARIO	EXPOSIT.	1 A +	1	EXPONER	MESA SILLAS	1 4			15,00	4,50	19,50
	ESPECTADORES	EXPT.	80	1	OBSERVAR ESCUCHAR DEBATIR	SILLAS	80			80,00	24,00	104,00
	SERVICIO	PERF.	4	1 C/1	PREPARAR PIQUEO CUMBRIR NECESIDADES BIOLOGICAS	KITNECHENET INODORO LAVAMANO URINARIO ESPEJO	1 7 6 3 2			3,00 7,53	0,90 4,00	4,90 11,53
<b>BIBLT.</b>	ARCHIVERO	VARIABLE	4	1	ARCHIVAR	ESCRITORIO SILLAS ESTANTE	2 4 5			12,24	3,67	15,91
	LECTOR		20	1	LEER INVESTIGAR ESTUDIAR	MESAS DE LECTURA SILLAS	4 6					
<b>CAF.</b>	COCINA	COCIN.	2	1	PREPARAR ALIMENTOS	KITNECHENET	1			6,00	1,80	7,80
	ALACENA		2	1	ALAMACENAR ALIMENTOS	ESTANTE	2			3,00	0,90	4,90
	COMEDOR	COMENS.	32	1	INGERIR ALIMENTOS	MESAS SILLAS	8 32			40,00	12,00	52,00
	SSHH		2 C/1	1	CUBRIR NECESIDADES BIOLOGICAS	INODORO, LAVAMANO URINARIO, ESPEJO	2 C/SEX.			7,53	2,26	9,79
<b>ESTAR DE TRAB.</b>	SALA DE ESTAR	VARIABLE	VARIABLE	1	DIALOGAR RELACIONES ENCUENTROS ACUERDOS	MESAS DE CENTRO SILLONES MESITAS ESQUINERAS	1 4 2			20,00	6,00	26,00

TOTAL: 256,33

# 8. UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES

ZONA	AMBIENTE	TIPO DE USUARIO	Nº DE USUARIO	Nº DE AMBIENT.	ACTIVIDADES	MOBILIARIO	CONDICIONES AMBIENTALES			TIPOLOGIA	AREA TOTAL				
							ILUMINACIÓN	VENTILACIÓN	ASOLEAMIENTO						
SERVICIOS GENERALES	COCINA • Of. Dietista • Almacen de viveres • Preparacion • Oficio • lavado de Vajilla • distribucion de Alimentos	PERS	3	1	PREPARACION DISTRIBUCION LAVADO ADMINISTRAR	• 01 cocina • 01meson de trabajo • 01 lavadero • 01mesa de servicio • 02 sillas • 01coservadora de alimentos • 01 horno • 01 repostero • 01 a lacena • 02 carrito de distribucion	 BUENA	 BUENA	 REGULAR		35,00				
	LAVANDERIA • Recepcion de ropa • lavado, secado • planchado y reparacion • deposito de ropa	PERS	2	1	LAVAR PLANCHAR COCER DISTRIBUIR	• 01 lavadora • 01 planchador • 01 secadora • 01 maquina de costura • 01 mesa de trabajo	 BUENA	 BUENA	 REGULAR				25,00		
	TALLER DE MANTENIMIENTO	PERS	2	1	ALMACEN DE HERRAMIENTAS REPARACION		 BUENA	 BUENA	 REGULAR						15,00
	SERVICIO GENERAL • basura y residuos • grupo electrogeno • almacen general • caseta guardiania • sshh y vestidores	PERS	3	6	RECOLECCION ALMACENAR VIGILANCIA		 BUENA	 BUENA	 REGULAR						
										105,00					