

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA



**“CENTRO DE REHABILITACION PARA
CONTRIBUIR LA ASISTENCIA DE LA SALUD
MENTAL PSIQUIATRICA EN EL DISTRITO
CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA -
2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
ARQUITECTO**

PRESENTADO POR:

BACH. ARQ. ADALID PAREDES SALAS

ASESOR:

ARQ. ROSA ESPERANZA TORRES MIRANDA

TACNA – PERU

2016

DEDICATORIA

Enfocare mis agradecimientos en cuatro aspectos fundamentales los que me permitieron alcanzar una meta más y llegar a ser Arquitecto, forjarme como persona y profesional.

A DIOS Por permitirme el don de la vida y alcanzar este sueño ya que con su bendición he podido lograr este anhelo.

A MIS PADRES Por todo el amor y confianza y a quienes siempre llevare en mi corazón ya que me han brindado su apoyo incondicional y ese esfuerzo realizado por ellos me permitió alcanzar esta meta y estaré eternamente agradecido. También un agradecimiento muy especial a mi hermano quien ha sido el pilar fundamental en este largo camino que por fin logro alcanzar.

A MI ESPOSA
E HIJOS Por su amor, su paciencia y apoyo incondicional quienes han sido mi fortaleza en todo momento y a quienes amo mucho.

A MIS AMIGOS Por los momentos agradables que hemos pasado juntos compartiendo vivencias que perduraran por siempre.

AGRADECIMIENTO

*A todos aquellos que han estado a mi lado
en el transcurso de la vida, a quienes
con sus consejos y sus acciones me han apoyado.*

Al supremo creador del universo nuestro señor Dios

A mis padres

A mis hermanos

A mi esposa e hijos.

A mis compañeros, Docentes y todas las personas que han marcado mi vida y me han acompañado para finalizar esta etapa.

RESUMEN

El presente Trabajo de investigación consiste en generar una propuesta Arquitectónica como alternativa de solución a la falta de equipamientos referidos a la Rehabilitación de la Salud Mental en la Provincia de Tacna y de esta manera complementar la red asistencial de salud existente en la ciudad.

El propósito de la propuesta arquitectónica es el de satisfacer la creciente demanda de personas con problemas de salud mental la misma que se ha venido incrementado en los últimos años según las investigaciones realizadas.

Como técnicas de investigación Se utilizó la observación directa y las entrevistas, una vez recolectada la información se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de las variables arrojadas, para luego generar un diagnóstico integral. Se concluyó que con la realización de dicha propuesta arquitectónica la que permitirá acceder a mejores condiciones de atención a personas con problemas de salud mental las mismas que pretenden mejores condiciones de habitabilidad durante el proceso de rehabilitación en el distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de la provincia de Tacna.

ABSTRACT

The present research is to generate an architectural proposal as an alternative solution to the lack of equipment related to the Rehabilitation of Mental Health in the province of Tacna and thus is expected to complement the existing health care network in the city.

The purpose of the architectural proposal is to meet the growing demand for people with mental health problems the same that has been increased in recent years according to the analyzes performed.

As research techniques direct observation and interviews was used, once the information collected quantitative and qualitative analysis of the variables thrown then it performed to generate a comprehensive diagnosis . It was concluded that with the completion of this architectural proposal will allow access to better conditions of care for people with mental health problems the same seeking better living conditions for the rehabilitation process in Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa district of the province of Tacna.

INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: GENERALIDADES	1
1.1. MARCO SITUACIONAL.....	1
1.2. DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO	3
1.3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.3.1. Planteamiento del problema.....	4
1.3.2. Formulación del Problema.....	7
1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.....	7
1.4.1. Justificación	7
1.4.2. Importancia	9
1.5. OBJETIVOS	10
1.5.1. Objetivo General.....	10
1.5.2. Objetivos Específicos	10
1.6. FORMULACION DE LA HIPOTESIS	10
1.6.1. Hipótesis General	10
1.7. VARIABLES E INDICADORES	11
1.7.1. Identificación de la Variable Independiente	11
1.7.1.1. Indicadores de la Variable Independiente	11
1.7.2. Identificación de la Variable Dependiente.....	11
1.7.2.1. Indicadores de la Variable Dependiente.....	11
1.7.3. Matriz de Operacionalizacion de las Variables	11
1.7.4. Descripción y Análisis de las Variables e Indicadores.....	13
1.7.4.1. Variable Independiente: Centro de Rehabilitación	13
1.7.4.2. Variable Dependiente: Asistencia de la salud mental psiquiátrica	16
1.8. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	18
1.8.1. Tipo de Investigación.....	18
1.8.2. Diseño de la Investigación.....	18
1.8.2.1. Etapas de la Investigación	19
1.8.3. Ámbito de Estudio.....	22
1.8.4. Población y Muestra	22
1.8.4.1. Población	22
1.8.4.2. Muestra.....	23
1.8.5. Técnicas e Instrumentos de Investigación	23

1.8.5.1.	Técnicas	23
1.8.5.2.	Instrumentos	25
CAPITULO II.	MARCO TEORICO	25
2.1.	ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	25
2.2.	ANTECEDENTES HISTORICOS	29
2.2.1.	Hospitales de Rehabilitación Psiquiátricos Europa (1409 – 1808)...	29
2.2.1.1.	Rol e Importancia de los Hospitales Psiquiátricos.....	33
2.2.2.	Teorías de la Rehabilitación Psiquiátrica en la historia	34
2.2.2.1.	Teoría Tradicional.....	34
2.2.2.2.	Teoría de la Reinserción a la Sociedad.....	34
2.2.2.3.	Reforma Psiquiátrica y Evolución de la Atención al Enfermo Mental Crónico	35
2.2.3.	Hospitales Psiquiátricos en América Latina	39
2.2.3.1.	Experiencia en Brasil.....	39
2.2.3.2.	Experiencia en Argentina	40
2.2.3.3.	Experiencia en Chile	41
2.2.4.	Situación mental en el Perú.....	42
2.2.4.1.	Historia de los Hospitales Psiquiátricos en Perú	43
2.2.4.2.	Hospitales Nacionales.....	45
2.3.	BASES TEÓRICAS	46
2.3.1.	El Reto de la Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico; Proyecto «Flat» (Cristina Gisbert)	46
2.3.2.	Rehabilitación, apoyo Social y Atención Comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía (Asociación Española de Neuropsiquiatría).....	48
2.3.3.	El Modelo de Rehabilitación de Wassilenski (CANADA).....	49
2.3.4.	Una Metodología de Rehabilitación: Las Cuatro Fases de Liberman	50
2.3.5.	Rehabilitación en Tres Dimensiones: La Casa, El Bazar y el Trabajo.	52
2.4.	DEFINICIONES OPERACIONALES	54
2.4.1.	Antecedentes Conceptuales.....	54
2.4.2.	Definiciones Importantes	56
2.4.3.	Otras Definiciones Operacionales importantes.....	60
CAPITULO III:	MARCO CONTEXTUAL	67
3.1.	ESTUDIOS DE CASOS SIMILARES	67
3.1.1.	Proyectos Referenciales.....	67
3.1.1.1.	Instituto Psiquiátrico General José Horwitz (Santiago de Chile). 67	

3.1.1.2.	Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	73
3.2.	ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE TACNA	79
3.2.1.	Aspecto Socio Económico	79
3.2.1.1.	Evolución y crecimiento poblacional a nivel Regional	79
3.2.1.2.	Distribución Poblacional de la provincia de Tacna	80
3.2.1.3.	Composición de la Población según género y edad	81
3.2.1.4.	Situación Económica	82
3.2.2.	Análisis de la Situación de Salud Mental (Contexto Nacional y Local)	83
3.2.2.1.	Financiamiento de los Servicios de Salud Mental (Contexto Nacional)	83
3.2.2.2.	Hospitales Generales (Unidades de hospitalización Psiquiátrica en base Comunitaria)	84
3.2.2.3.	Población por Etapas de Vida Región Tacna	85
3.2.2.4.	Componentes de Provisión (morbilidad)	88
3.2.2.5.	Seguimiento y Consejería en Salud Mental	89
3.2.2.6.	Indicadores Hospitalarios	91
3.3.	ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL DISTRITO CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	93
3.3.1.	Aspecto Socio Demográfico	93
3.3.1.1.	Evolución o Crecimiento Poblacional	93
3.3.1.2.	Densidad Poblacional	94
3.3.1.3.	Composición de la Población por sexo DCGAL	95
3.3.1.4.	Población por Ciclo de Vida DCGAL	95
3.3.1.5.	Migración	96
3.3.1.6.	Población con Acceso a un seguro de Salud DCGAL	96
3.3.2.	Aspecto económico Productivo	97
3.3.2.1.	Población Económicamente Activa - PEA DCGAL	97
3.3.2.2.	Sectores de Actividad Económica del DCGAL	97
3.3.3.	Aspecto Físico Espacial	101
3.3.3.1.	Estructura Urbana	101
3.3.3.2.	Formación y Consolidación Urbana	102
3.3.3.3.	Equipamiento Urbano	104
3.3.3.4.	Parque Industrial Viñani	105
3.3.4.	Aspecto Físico Biótico	105
3.3.4.1.	Características Físico Naturales	105
3.3.4.2.	Fisiografía	106

a)	Llanura aluvial	106
b)	Clima.....	107
c)	Temperatura	107
d)	Humedad	107
e)	Aguas superficiales	108
f)	Aguas superficiales	108
g)	Ecosistemas del Distrito	109
3.4.	ANALISIS Y DIAGNOSTICO DEL LUGAR	110
3.4.1	Aspecto físico Espacial.....	110
3.4.1.1.	Ubicación Y Localización	110
3.4.1.2.	Topografía	111
3.4.1.3.	Estructura Urbana	113
3.4.1.4.	Expediente urbano	114
3.4.2	Vialidad	117
3.4.2.1.	Infraestructura vial.....	117
3.4.2.2.	Transporte - Flujos	118
3.4.3	Infraestructura de Servicios.....	119
3.4.3.1.	Agua.....	119
3.4.3.2.	Desagüe	120
3.4.3.3.	Energía Eléctrica y telefonía	120
3.4.4	Características Físico Naturales	121
3.4.4.1.	Fisiografía	121
3.4.4.2.	Clima.....	121
3.4.4.3.	Vegetación.....	123
3.4.4.4.	Vientos.....	124
3.4.4.5.	Asoleamiento.....	125
3.4.4.6.	Geología	126
3.4.4.7.	Geomorfología.....	126
a)	Unidades Geomorfológicas del sistema Fluvial	127
b)	Unidades Geomorfológicas del sistema Costanero.....	127
c)	Unidades Geomorfológicas del sistema Antrópico	128
3.4.4.8.	Ecosistemas	128
a)	Desierto desecado Templado Cálido (dd -Tc)	128
b)	Desierto Superarido Templado Cálido (ds -Tc)	129
3.5.	ASPECTOS TECNOLOGICOS CONSTRUCTIVOS EN EL ENTORNO	129
3.5.4.	Tecnología Constructiva.....	129

3.5.5.	Materiales Constructivos	130
3.6.	ANALISIS FODA	131
3.7.	CONCLUSIONES	132
CAPÍTULO IV: MARCO NORMATIVO		133
4.1.	TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL – LEGISLACION PERUANA Y EXTRANJERA	133
4.1.1.	Normas Constitucionales Peruanas sobre la Salud Mental y Enfermedades Mentales	133
4.1.2.	Normas de Derecho Peruano sobre Salud Mental y Enfermedades Mentales.....	134
4.1.2.1.	El Derecho de la Salud en la Ley Nacional	134
4.1.3.	La Interdicción por causal de enfermedad mental en el código civil peruano 136	
4.1.3.1.	La incapacidad en el código civil peruano de 1994.....	136
4.1.3.2.	La Interdicción del enfermo mental rehabilitado.....	138
4.1.4.	Acuerdos Y Tratados Internacionales	140
4.1.4.1.	Doctrina Italiana.....	140
4.1.5.	Ministerio de Salud – Política y Programas de Salud Mental (OMS) 141	
4.1.5.1.	Distrito/Área sanitaria	142
4.1.5.2.	Equipos comunitarios de salud mental	142
4.1.5.3.	Equipos de atención primaria.....	143
4.1.5.4.	Elaborar proyectos piloto en áreas de demostración	143
4.2.	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES.....	144
CAPÍTULO V: PROPUESTA		147
5.1.	CONSIDERACIONES PARA LA PROPUESTA.....	147
5.1.1	Determinantes.....	147
5.1.2	Criterios de Diseño	148
5.1.2.1.	Aspecto Formal	148
5.1.2.2.	Aspecto Funcional.....	150
5.1.2.3.	Aspecto Tecnológico	151
5.1.3	Premisas de Diseño.....	151
5.2.	PROGRAMACION	153
5.2.1.	Criterios Utilizados para la Programación.....	153
5.2.1.1.	Determinación de Usuarios.....	154
5.2.1.2.	Espacios Generados por las Actividades	157
5.2.2.	Programación Cualitativa	158
5.2.3.	Programación Cuantitativa	160

5.3.	CONCEPTUALIZACION Y PARTIDO	164
5.3.1.	Concepto.....	164
5.3.2.	Partido.....	164
5.3.3.	Proceso Analítico - Ubicación de Espacios	165
5.4.	ZONIFICACION	166
5.4.1.	Zonificación General.....	166
5.4.2.	Zonificación Especifica	166
5.4.2.1.	Zona Administrativa.....	166
5.4.2.2.	Zona de Servicios Complementarios	167
5.4.2.3.	Zona de Rehabilitación.....	167
5.4.2.4.	Zona de Residencias Protegidas	167
5.4.2.5.	Zona Socio cultural.....	168
5.4.2.6.	Zona Servicios Generales	168
5.4.2.7.	Zona de Estacionamientos.....	168
5.4.3.	Zonificación Volumétrica	169
5.4.4.	Flujograma	169
5.5.	SISTEMATIZACION.....	170
5.5.1.	Sistema Funcional	170
5.5.2.	Sistema de Movimiento	171
5.5.3.	Sistema Formal.....	172
5.5.4.	Sistema Espacial	172
5.5.5.	Sistema Edificio.....	174
5.6.	ANTEPROYECTO	175
5.6.1.	Distribución de Plantas	175
5.7.	PROYECTO	178
5.8.	PRESPECTIVAS 3D	182
5.9.	DESCRIPCION DEL PROYECTO.....	184
5.9.1.	Memoria Descriptiva	184
5.9.2.	Estimación de Costos	190
5.9.3.	Financiamiento.....	192
5.10.	CONCLUSIONES.....	193
5.11.	RECOMENDACIONES	194
5.12.	BIBLIOGRAFIA.....	195
5.12.1.	Web grafía:.....	196
5.13.	ANEXOS.....	197

CODIGO CUADRO.	INDICE DE CUADROS DESCRIPCION	PAG
Cuadro N° 1:	Matriz de la Variable Independiente.....	12
Cuadro N° 2:	Matriz de la variable dependiente	13
Cuadro N° 3	Distribución poblacional según sexo Departamento de Tacna 2013	79
Cuadro N° 4:	Crecimiento poblacional de la ciudad de Tacna	81
Cuadro N° 5:	Distritos con mayor Proporción de Población	81
Cuadro N° 6:	Crecimiento Sectorial económico de Tacna (variación Porcentual)	83
Cuadro N° 7:	Unidades de Hospitalización Psiquiátrica a Nivel Nacional.....	85
Cuadro N° 8:	Población por Etapas de Vida	86
Cuadro N° 9:	Red de establecimientos que intervienen en la	86
Cuadro N° 10:	Otras Instituciones que brindan atención en.....	86
Cuadro N° 11:	Otras Instituciones que brindan atención.....	87
Cuadro N° 12:	Módulos de atención integral de Adicciones en la.....	87
Cuadro N° 13:	Responsables de salud Mental por grupo Ocupacional	87
Cuadro N° 14:	Trastornos Mentales según Etapas de Vida	88
Cuadro N° 15:	Comparación de Trastornos Mentales	89
Cuadro N° 16:	Tendencia de Trastornos Mentales.....	89
Cuadro N° 17:	Consejería en salud mental, Región de Salud Tacna	90
Cuadro N° 18:	Capacitación al personal de salud,	90
Cuadro N° 19:	Capacitación según grupo Ocupacional,	91
Cuadro N° 20:	Atenciones de emergencia por departamento	91
Cuadro N° 21:	Indicadores Hospitalarios Hospital Hipólito Unanue.....	92
Cuadro N° 22:	Causas Morbilidad General en Emergencia	92
Cuadro N° 23:	Hogares con algún miembro con Discapacidad por área de.....	93
Cuadro N° 24:	Proyecciones 2013 - 2023.....	94
Cuadro N° 25:	Población por Sexo DCGAL.....	95
Cuadro N° 26:	Población por Ciclo de Vida DCGAL.....	95
Cuadro N° 27:	Variables productivas de los productos	100
Cuadro N° 28:	Perfiles del Terreno	112

Cuadro N° 29: Abastecimiento de Agua.....	119
Cuadro N° 30: Red de servicios de Desagüe.....	120
Cuadro N° 31: Temperatura	122
Cuadro N° 32: Unidades Geomorfológicas	127
Cuadro N° 33: Espacios generados por las Actividades	158
Cuadro N° 34: Estimación de costos.....	191
Cuadro N° 35: Costos áreas libres y espacios abiertos.....	191
Cuadro N° 36: Costo total del proyecto	192

CODIGO GRAF.	INDICE DE GRAFICOS DESCRIPCION	PAG
Grafico N° 1: Población por quinquenio Pirámide Poblacional.....	79	
Grafico N° 2: Población por quinquenio Pirámide Poblacional.....	80	
Grafico N° 3: Distribución poblacional Por Distritos Censo 2007	80	
Grafico N° 4: Composición de la Población según Género y Edad.....	82	
Grafico N° 5: Gasto en Salud para la salud mental	84	
Grafico N° 6: Gasto en Salud Metal dedicado a	84	
Grafico N° 7: Tendencias de Crecimiento 1981 - 2013	94	
Grafico N° 8: Densidad Poblacional Tacna - 2013.....	94	
Grafico N° 9: Distribución de la población Migrante según distritos	96	
Grafico N° 10: Acceso a un Seguro de Salud	96	
Grafico N° 11: Población Económicamente Activa DCGAL.....	97	
Grafico N° 12: Descarga media anual Rio Caplina – Rio Uchusuma.....	108	
Grafico N° 13: Atención con apoyo en la comunidad.	154	

CODIGO IMG.	INDICE DE IMAGENES DESCRIPCION	PAG
Imagen N° 1: Delimitación del Área de Estudio	4	
Imagen N° 2: Tratamiento Moral en España.....	31	
Imagen N° 3: Asistencia Psiquiátrica.....	33	
Imagen N° 4: ubicación Instituto Santiago Horwitz	67	

Imagen N° 5 Análisis Vial (vías principales).....	68
Imagen N° 6: Análisis de transporte.....	69
Imagen N° 7: Zonificación.....	70
Imagen N° 8: Relaciones funcionales.....	71
Imagen N° 9: Relaciones funcionales: (Accesos – Limites).....	72
Imagen N° 10: Relaciones funcionales: (Circulación - Vial).....	73
Imagen N° 11: Volumetría	73
Imagen N° 12: Ubicación Instituto Hideyo Noguchi	74
Imagen N° 13: Análisis sistema Vial.....	75
Imagen N° 14: Análisis Circulación	76
Imagen N° 15: Zonificación	77
Imagen N° 16: Relaciones funcionales: (Espacios Abiertos).....	77
Imagen N° 17: Relaciones funcionales: (Accesos – Limites)	78
Imagen N° 18: Avenida la cultura DCGAL	98
Imagen N° 19: Viviendas Taller DCGAL	101
Imagen N° 20: Estructura Urbana DCGAL.....	102
Imagen N° 21: Consolidación Urbana DCGAL	104
Imagen N° 22: Parque industrial de Viñani DCGAL.....	105
Imagen N° 23: características físico naturales del DCGAL	106
Imagen N° 24: llanura aluvial del DCGAL	106
Imagen N° 25: Ubicación de Pozos Hídricos	109
Imagen N° 26: ubicación de Terreno.....	111
Imagen N° 27: Topografía	112
Imagen N° 28: Usos de suelo	113
Imagen N° 29: Perfil urbano	114
Imagen N° 30: Altura de Edificación	115
Imagen N° 31: Estado de Conservación	116
Imagen N° 32: Infraestructura vial	117
Imagen N° 33: Transporte - Flujos	118
Imagen N° 34: Vegetación.....	123
Imagen N° 35: Vientos	124
Imagen N° 36: Asoleamiento	125
Imagen N° 37: Desierto Desecado (Tillandsiales)	128
Imagen N° 38: Zonas de vida	129

Imagen N° 39: Criterios de Diseño (Aspecto Formal)	148
Imagen N° 40: Ingreso de Luz	148
Imagen N° 41: Escala y proporciones	149
Imagen N° 42: superficie y color	150
Imagen N° 43: Aspecto Tecnológico	151
Imagen N° 44: Clasificación de pacientes por sus características.	155
Imagen N° 45: Ubicación y espacios	165
Imagen N° 46: Zonificación General.....	166
Imagen N° 47: Zonificación Volumétrica	169
Imagen N° 48: Sistema Funcional	170
Imagen N° 49: Sistema de Movimiento	171
Imagen N° 50: Sistema Formal.....	172
Imagen N° 51: Sistema Espacial	173
Imagen N° 52: Sistema Edificio	174
Imagen N° 53: Planimetría General (anteproyecto).....	175
Imagen N° 54: Planta Segundo y Tercer Piso (anteproyecto).....	176
Imagen N° 55: Cortes (anteproyecto).....	177
Imagen N° 56: Elevaciones (anteproyecto).....	177
Imagen N° 57:Depto. de Rehabilitación Planta Primer Piso (Proyecto - 01)....	178
Imagen N° 58: Planta de distribución Segundo Piso (Proyecto - 01).....	178
Imagen N° 59: Planta de distribución Tercer piso (Proyecto - 01).....	178
Imagen N° 60: Plano de techo (proyecto - 01).....	179
Imagen N° 61: Cortes y Elevaciones (Proyecto - 01)	179
Imagen N° 62: Residencias Protegidas Planta de distribución primer piso (Proyecto - 02)	180
Imagen N° 63: Planta de distribución Segundo Piso (proyecto - 02)	180
Imagen N° 64: Plano de Techo (proyecto - 02).....	180
Imagen N° 65: Cortes (Proyecto – 02)	181
Imagen N° 66: Elevaciones (proyecto – 02).....	181
Imagen N° 67: Perspectiva 3D – Consulta Externa).....	182
Imagen N° 68: Perspectiva 3D – Ingreso Principal.....	182
Imagen N° 69: Perspectiva 3D – Ingreso emergencia.....	183
Imagen N° 70: Perspectiva 3D – Puentes articuladores.....	183

INTRODUCCIÓN

En la antigüedad los establecimientos psiquiátricos eran conocidos como manicomios fueron instituciones diseñadas para ocultar los trastornos de conductas, perceptivos o del pensamiento y por ser estas manifestaciones movilizadoras para el grupo familiar o el grupo social de origen se construyeron edificios con fines restrictivos más que terapéuticos, por ello los familiares los internaban en los manicomios y se olvidaban de ellos. El tema propuesto se opone a todas esas ideas, creando un nuevo concepto de Centro Médico Psiquiátrico; uno que se oponga a ser una cárcel; una institución que sea una casa especialmente para discapacitados mentales de todo tipo, y no para personas que no tienen un lugar a donde ir y son internados en un centro psiquiátrico para tratarlos creando una relación máxima entre la sociedad y su trastorno psíquico.

Las nuevas teorías acerca del tratamiento y rehabilitación de pacientes con discapacidad mental tratan sobre la reinserción a la sociedad. Este tratamiento se puede dar a través de la interacción entre el enfermo y la sociedad dentro del mismo Centro psiquiátrico. Para ello es importante conocer el comportamiento interno y externo del enfermo y tratar de entender sus actos.

El tema propuesto plantea explotar esta teoría al máximo creando un nivel temporal, transitorio entre dos realidades: el de lo perturbado y el de lo sensato. A este nivel temporal, transitorio llamaremos "Centro de Rehabilitación Psiquiátrico". Un establecimiento que se integre a la Ciudad y la Ciudad al centro de Rehabilitación, lejos de la concepción que se tiene de un hospital psiquiátrico tipo manicomio o cárcel.

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1. MARCO SITUACIONAL

La salud mental en la región Tacna no es ajena a una realidad incierta bajo condiciones hospitalarias poco apropiadas, surge la importancia de asumir nuevos retos un Centro de rehabilitación para pacientes Psiquiátricos, es probablemente el contexto que más posibilidades nos da a la hora de plantear una intervención rehabilitadora terapéutica y a la vez preventiva dado que permite integrar diversos modelos de intervención con una alta disponibilidad de tiempo y en un espacio definido, es una alternativa menos restrictiva con respecto al ingreso de personas que sufren una grave y seria enfermedad mental.

Si bien es cierto Tacna cuenta con establecimientos encargados de brindar servicios de salud mental ninguno de ellos esta implementado con infraestructura adecuada para casos de rehabilitación especializada en salud mental y poco o nada se ha hecho por cambiar el panorama de los pacientes psiquiátricos que clínicamente tienen posibilidades de recuperación de la salud mental, otro problema es la falta de un adecuado sistema de atención en la red integral de salud existentes y más aún en los conos o distritos de la ciudad con mayor índice poblacional como es el caso del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa donde se registra índices altos de pacientes con problemas de salud mental y donde no se cuenta con los servicios ni la infraestructura adecuada para la rehabilitación y tratamiento de este tipo de pacientes. Se suma a esta problemática la carencia de profesionales especializados como psiquiatras, psicólogos y terapeutas que hagan un seguimiento diario a los pacientes. En la actualidad en la mayoría de las instituciones que brindan este servicio solo cuentan con enfermeras como responsables de cabeceras lo que acrecienta aún más el problema.

Actualmente la infraestructura de los servicios de salud mental en la ciudad de Tacna están reducidos a dos pabellones que se encuentran en el hospital general Hipólito Únanue siendo estos la Unidad de Psiquiatría y el centro de

Salud mental de día, mostrando desde el punto de vista clínico hospitalario sus carencias en referencia a los sistemas de atención rehabilitación, prevención e infraestructura.

En referencia al reciente inaugurado Hospital San Ramón ubicado en el distrito de Calana, se realizó una entrevista a funcionarios de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y personal especialista (enfermeras) encargados del hospital de día del hospital general Hipólito Unanue de Tacna, quienes manifiestan que en muy pocos meses este podría ser cerrado por no contar con los recursos necesarios y otro factor y aspecto importante es el de encontrarse ubicado fuera de la ciudad no respondiendo a las actuales condiciones de rehabilitación y reinserción de los establecimientos psiquiátricos de la actualidad según las recomendaciones de la OMS, tal es así que actualmente solo viene funcionando dos ambientes donde se encuentran los llamados pacientes crónicos el mismo que solo sirve de aislamiento y custodia y no de rehabilitación para lo que fue concebido.

Como se menciona anteriormente entre las recomendaciones actuales de la (OMS) Organización Mundial de la Salud, refiere que “Los servicios de salud mental deben prestarse antes en la comunidad que en instituciones u hospitales psiquiátricos con métodos restrictivos”¹, La atención comunitaria conduce a mejores resultados terapéuticos y en una mayor calidad de vida para los individuos afectados por trastornos crónicos” y el respeto a sus derechos. Una adecuada terapia de rehabilitación tiene relación directa con la ubicación del mismo por cuanto los establecimientos de hoy se tienen que adecuar bajo estas características que permitan una eficiente terapia de readaptación, rehabilitación y prevención de la salud mental.

Según el criterio de la American Psychiatric Association el internamiento parcial comunitario puede ser usado como una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario para pacientes psicóticos agudos o para continuar la estabilización tras un breve ingreso hospitalario. Estas alternativas incluyendo la hospitalización parcial, tienen la ventaja de evitar la interrupción

¹Dr. Eduardo Pereira; (public. 7 de junio 2012) Machala – Ecuador Importancia de los hospitales psiquiátricos
<https://dreduardopereiraastudillo.wordpress.com/2012/06/07/importancia-actual-de-los-hospitales-de-dia-psiquiatricos/>

de la vida del paciente, la rehabilitación se realiza en un ambiente menos restrictivo y reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica.

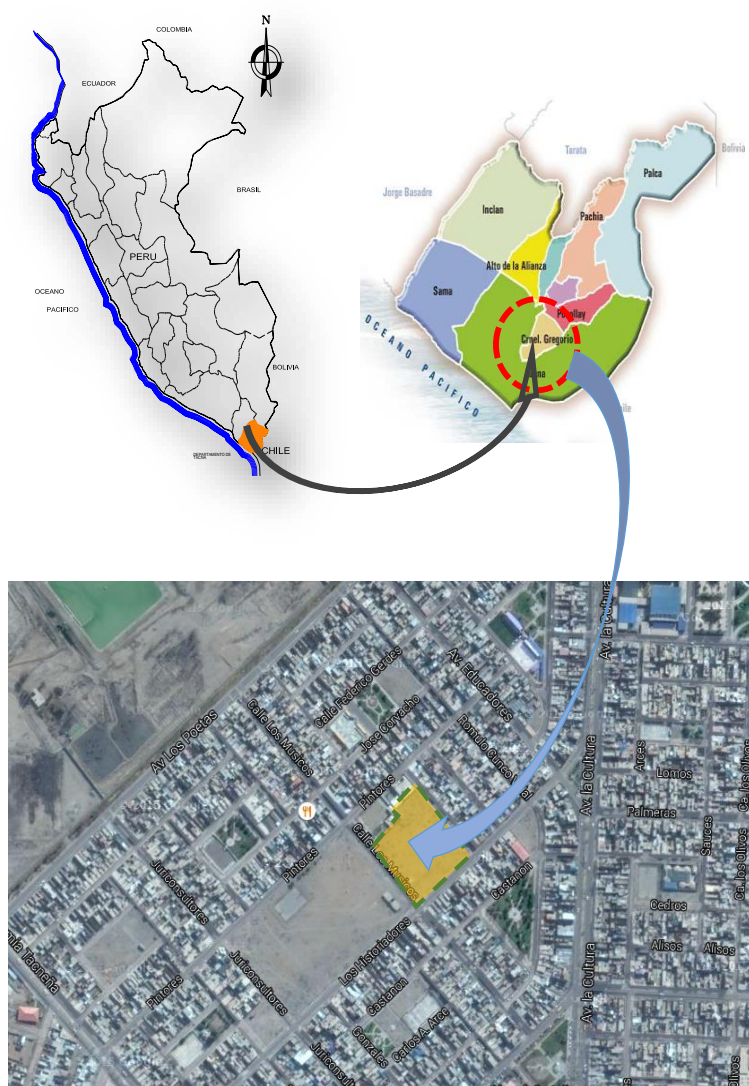
Es por ello la importancia de crear una propuesta arquitectónica bajo estas características como complemento de la red asistencial de salud mental en el que el enfermo deberá encontrar protección y una serie de mecanismos terapéuticos para su rehabilitación y a la vez preventivos en condiciones adecuadas tanto para los pacientes, especialistas, familiares y la sociedad en general.

1.2. DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

El área de estudio se desarrolla en el sector del cono sur de la ciudad de Tacna en los terrenos que corresponden a la Municipalidad Distrital de Gregorio Albarracín Lanchipa con un área de 8,141.79 m² y 368.60 ml, se ubica en la av. Los Historiadores (vía principal de acceso al terreno) además limita con la avenida los músicos y la calle Pedro muzzo. La zonificación según el nuevo Plan de Desarrollo Urbano Tacna 2014- 2023 corresponde a Otros Usos (OU) y una parte a Servicios Complementarios de Salud (H1) en una zona residencial baja media rodeado por algunas casas y terrenos destinados para equipamientos de educación y recreación.

Está ubicado en un lugar cercano al casco urbano del distrito, el perímetro del terreno es el siguiente; por el Norte el perímetro que colinda con la calle Pedro muzzo tiene una medida de 102.51 ml, por el Este el perímetro que colinda con la Av. Los Historiadores mide 85.07 ml, por el Oeste el perímetro que colinda con la junta Vecinal Unión y equipamientos urbanos tiene una medida de 102.46 ml, por el Sur el perímetro que colinda con la Av. Los Músicos mide 88.45 ml. El terreno se encuentra con inscripción definitiva en SUNARP (Súper Intendencia Nacional de Registros Públicos) a favor de la Municipalidad Distrital Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa.

Imagen N° 1: Delimitación del Área de Estudio



1.3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial encontramos problemas y enfermedades prevalentes de salud mental, estos problemas se grafican básicamente en los sistemas de tratamiento, rehabilitación, prevención y la falta de una infraestructura adecuada, esta tendencia no es ajena a nuestro país y nuestra realidad. Las intervenciones de salud consideran indicadores

como los índices de morbi-mortalidad que facilitan la medición de resultados, poco se ha desarrollado esta medida en salud mental menos aun cuando se trata de medir la salud y no sólo la enfermedad.

En varios países de Sudamérica incluyendo el Perú los hospitales psiquiátricos no cumplen con los mínimos requerimientos como los que se mencionan para que este servicio funcione óptimamente, estos hospitales psiquiátricos o llamados manicomios por las características actuales de su infraestructura obstaculiza la interacción social con el exterior: situación aislada, puertas cerradas, muros altos no contribuyen en la recuperación del paciente; la intervención arquitectónica rehabilitadora que se plantea tenderá a facilitar la apertura hacia al exterior. Esta respuesta rehabilitadora se interrelaciona directamente en los trabajos, más individualizados y más externos a la propia institución, la metodología de rehabilitación psicosocial implica un trabajo conjunto con el paciente, informándole de todo el proceso consensuando los objetivos a conseguir y las intervenciones a realizar, la familia forma parte del equipo de rehabilitación.

El internamiento en un hospital psiquiátrico supone el aislamiento y el encierro, modelo obsoleto que se vienen aplicando en una red social que se ha visto desbordada incapaz de seguir soportando la carga de un miembro con problemas psiquiátricos, otro aspecto es el de la situación tradicionalmente alejada de los núcleos urbanos impide el mantenimiento de una relación de colaboración con la familia, el contexto institucional condiciona una situación de «deprivación estimular» donde la falta de estímulos y objetivos hace necesaria la comunicación..

Tacna no está excluida de esta problemática, los casos de trastornos mentales, como son violencia, adicciones, suicidios, y el anormal comportamiento emocional de los individuos tienen la tendencia a incrementarse según el análisis realizado por la Dirección Regional de Salud Tacna, (DIRESA) y el Ministerio de Salud (MINSA).

La provincia de Tacna tiene el 92% de la población total, este se encuentra en la zona periurbana y urbana de Tacna, las zonas más afectadas y con mayores índices de problemas de salud mental son justamente los distritos más poblados como son Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, Alto Alianza, Ciudad Nueva, y el distrito de Tacna, (ver anexo: tabla N° 01)

En la red de establecimientos las instituciones que tienen que ver con la atención de trastornos mentales se encuentran Policía Nacional, Centro médico del Ejército, EsSalud, Universidad Privada y Nacional, MIMDES, Policía Nacional, Fiscalía, Instituto de Medicina Legal, Juzgado de Familia, DEMUNA y Comunidades Terapéuticas. Actualmente se ha implementado la estrategia de salud mental en las universidades (OBUN) los mismos que están considerados dentro del sistema de Módulos de atención Integral en Adicciones. (Ver anexo: tabla N° 02)

En el año 2009, la violencia intra familiar es la primera causa de trastornos mentales 47.99%, (ver tabla N° 03) especialmente en grupo de adultos 49.21% y en segundo lugar el grupo de niños 30.44%.

En base a diferentes investigaciones y entrevistas a profesionales de la salud de la Dirección Regional de la Salud (DIRESA) y el Ministerio de salud (MINSa) de la región Tacna, determinan que las distintas instituciones de la red asistencial de la salud mental están limitadas en su función rehabilitadora y preventiva, condicionadas principalmente al medio en el que se desarrollan, afectando el ámbito operacional de todos los actores y clínicamente al proceso de recuperación del paciente, una atención especializada es eficiente cuando todos los factores contribuyen al mismo objetivo.

En referencia al hospital psiquiátrico San Ramón ubicado en el distrito de Calana, si bien este establecimiento cuenta con las condiciones de habitabilidad necesaria para los pacientes esta no se complementa con la concepción rehabilitadora y menos en el ámbito de la prevención de un establecimiento medico moderno, principalmente por

estar ubicado fuera del contexto urbano, actualmente solo funcionan dos ambientes los mismos que albergan en sus instalaciones a los llamados pacientes crónicos en donde no reciben ningún tipo de rehabilitación más que de aislamiento y custodia, alejándolos también de su entorno familiar.

Frente a esta problemática institucional donde la infraestructura es deficiente establecimientos alejados del área urbana y métodos terapéuticos obsoletos son parte de una red asistencial de salud estancada en el tiempo, requiere de una urgente solución arquitectónica rehabilitadora y preventiva a nivel de la comunidad individuo y familia como la que se plantea dentro del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de la provincia de Tacna.

1.3.2. Formulación del Problema

¿De qué manera un centro de rehabilitación contribuye en la asistencia de la salud mental en pacientes psiquiátricos en el distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa?

1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

1.4.1. Justificación

Un paciente con problemas psiquiátricos no necesita una cárcel donde se ve restringido sus derechos como persona y como ser humano, ellos necesitan de un espacio adecuado donde se les brinde un cuidado especial y puedan estar debidamente internados y atendidos durante el proceso de recuperación, es evidente la necesidad de un Centro de rehabilitación Psiquiátrico que preste las atenciones debidas para la reinserción del paciente a la sociedad. El hacinamiento y el poco trato con el exterior de los establecimientos actuales no permiten la integración mínima que se requiere con la ciudad para su terapia.

Lo que ocurre con estos establecimientos es que los métodos de rehabilitación no se rigen por la terapia de la integración del paciente

con el exterior para su pronta reinserción al mundo. Si bien el paciente con deficiencia mental no puede recuperarse en su totalidad tiene la posibilidad de aprender a vivir en la ciudad y esto sólo se puede obtener con la interacción que debe de haber en el hospital con la gente cuerda en terapias con la comunidad.

En un estudio (Jordá et al. 1986), estimó que el 50% de los internados no se comunicaban con normalidad, en un hospital psiquiátrico con métodos restrictivos el tiempo siempre juega en contra: deterioro cognitivo, motor, somático de las funciones de autonomía personal, conducen a la cronicidad, en dicho estudio se comprobó que tanto el tiempo de internamiento como la edad del internado, correlacionan positivamente cuando tienen un mayor contacto con el exterior, si no se consiguen contrarrestar estas variables de cronicidad, todos los programas de autocuidado, intervención comunitaria, intervención familiar se harán en el vacío.

Se hace necesario proponer soluciones arquitectónicas que sirva de soporte al proceso de consolidación de la región, el centro de rehabilitación psiquiátrico que se propone contribuirá de manera positiva en este objetivo y será el punto de partida importante de un crecimiento ordenado de la población, el mismo que exige en esta materia mejores equipamientos con servicios de confort, calidad y que se convierta en un hito en el contexto urbano de la ciudad.

A Nivel Urbano.- Mediante los lineamientos de innovación Urbana, proponer una solución racional al área de intervención respetando en lo posible los significados socio culturales, que conduzca a mantener la identidad propia del lugar. Lograr una integración entre el terreno natural la intersección de las vías y el área urbana consolidada, encaminado alcanzar un dinamismo físico espacial, urbano y social.

A Nivel Arquitectónico.- Diseñar un centro de rehabilitación psiquiátrico, que se convierta en un referente no solo para la ciudad si no para la región, totalmente confiable y de acuerdo a las actuales tipologías para este tipo de establecimientos, donde se le brinde al

paciente un verdadero proceso de recuperación y rehabilitación de tal manera que la relación; paciente - equipamiento sea provechoso.

1.4.2.Importancia

La salud mental en la ciudad de Tacna no es ajena a una realidad incierta bajo condiciones hospitalarias poco apropiadas, surge la importancia de asumir nuevos retos un Centro de rehabilitación Psiquiátrico, es probablemente el contexto que más posibilidades nos da a la hora de plantear una intervención rehabilitadora terapéutica y a la vez preventiva dado que permite integrar diversos modelos de intervención con una alta disponibilidad de tiempo y en un espacio definido, es una alternativa menos restrictiva con respecto al ingreso de personas que sufren una grave y seria enfermedad mental.

Según el criterio de la American Psychiatric Association el internamiento parcial comunitario puede ser usado como una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario para pacientes psicóticos agudos o para continuar la estabilización tras un breve ingreso hospitalario. Estas alternativas incluyendo la hospitalización parcial, tienen la ventaja de evitar la disrupción de la vida del paciente, la rehabilitación se realiza en un ambiente menos restrictivo y reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica.

Entre las recomendaciones actuales de la OMS: “Los servicios de salud mental deben prestarse antes en la comunidad que en instituciones o hospitales psiquiátricos. La atención comunitaria conduce a mejores resultados terapéuticos y en una mayor calidad de vida para los individuos afectados por trastornos crónicos” y el respeto a sus derechos.

Es por ello la importancia de crear una propuesta arquitectónica bajo estas características como complemento de la red asistencial de salud mental en el que el enfermo deberá encontrar protección y una serie de mecanismos terapéuticos para su rehabilitación y a la vez preventivos en condiciones adecuadas tanto para los pacientes, especialistas, familiares y la sociedad en general.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Contribuir a la asistencia de la salud mental en pacientes psiquiátricos en el Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, mediante el diseño de espacios arquitectónicos.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Diseñar una propuesta de espacios arquitectónicos donde los pacientes se puedan tratar y rehabilitar a satisfacción e interactuar con la vida normal de la ciudad.
- Desarrollar una propuesta que no solo permita la rehabilitación del paciente, si no también brindar una Asistencia integral y preventiva en salud mental psiquiátrica.
- Demostrar mediante la solución arquitectónica que los establecimientos de salud mental no tienen por qué ser restrictivos sino inclusivos y preventivos
- Diseñar espacios que relacionen programas de actividades pilotos para contribuir a los centros de la salud mental que funcionan actualmente como modelo referente de rehabilitación.

1.6. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

1.6.1. Hipótesis General

El centro de rehabilitación contribuye a la asistencia integral de la salud mental psiquiátrica mediante la prevención, tratamiento y recuperación, en el Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa.

1.7. VARIABLES E INDICADORES

1.7.1. Identificación de la Variable Independiente

Centro de Rehabilitación

1.7.1.1. Indicadores de la Variable Independiente

- Técnicas asistenciales
- Condiciones de internamiento
- Entornos saludables
- Seguridad asistencial
- Uso de los recursos
- Espacios organizados
- Áreas especializadas

1.7.2. Identificación de la Variable Dependiente

Asistencia de la Salud Mental Psiquiátrica

1.7.2.1. Indicadores de la Variable Dependiente

- Monitoreo permanente
- Apoyo terapéutico
- Participación social y comunitaria
- Diagnostico
- Información familiar

1.7.3. Matriz de Operacionalizacion de las Variables

Para la presente investigación se tomara en consideración la variable independiente y la variable dependiente por las características y función que cumplen en el presente trabajo estudio, las mismas que nos ayudaran a evaluar dentro del cuadro de operacionalizacion cada una de las variables, indicadores y

subindicadores igualmente determinar cuáles representan mayores conflictos dentro y fuera del sistema objeto de estudio.

Cuadro N° 1: Matriz de la Variable Independiente

• **Matriz de la variable Independiente: Centro de Rehabilitación**

TIPO	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	INDICADORES	SUB INDICADORES	INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE	CENTRO DE REHABILITACION	Establecimiento dedicado ayudar a personas con discapacidad por trastorno o enfermedad mental a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial.	Técnicas asistenciales	Estrategias	Referentes bibliográficos
				Actividad integradora	Observación directa
			Condiciones de Internamiento	Atención	Observación directa
				Confort	
				Higiene	
			Entornos saludables	Salud ambiental	Observación directa
				Espacios comunitarios	Programa de áreas
			Seguridad asistencial	Personalización de la atención	Observación directa
				Bienestar social	
			Uso de los recursos	Administración de procedimientos	Encuestas
				Gestión clínica	Observación directa
			Espacios organizados	Articulación de espacios	Programa de áreas
				Espacio físico requerido	

Cuadro N° 2: Matriz de la variable dependiente

• **Matriz de la Variable Dependiente: Asistencia de la Salud mental Psiquiátrica**

TIPO	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	INDICADORES	SUB INDICADORES	INSTRUMENTOS
VARIABLE DEPENDIENTE	ASISTENCIA DE LA SALUD MENTAL PSIQUIATRICA	Medidas destinadas a tratar enfermedades mentales, estas pueden actuar sobre lo biológico (medicamentos), sobre lo psicológico, (psicoterapia), sobre lo social (condiciones sociales adecuadas)	Monitoreo permanente	Control de servicios	Observación directa
				Organización	Encuestas
			Apoyo Terapéutico	Métodos y técnicas	Referentes bibliográficos
				Estrategias asistenciales	Observación directa
			Participación Social	Servicio comunitario	Observación directa
				Act. Extra Académicas	Encuestas
			Diagnostico	Valoración de la atención	Análisis Estadísticos
				Rendimiento	Encuestas
			Información familiar	Integración	Observación directa
				Toma de decisiones	

1.7.4. Descripción y Análisis de las Variables e Indicadores

1.7.4.1. Variable Independiente: Centro de Rehabilitación

a) Técnicas Asistenciales

La técnica asistencial está identificada como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida y satisfacción de los usuarios; hecho que se hace más relevante en la atención de pacientes con problemas patológicos o enfermedades crónicas complejas como el de la salud mental, Esto ha hecho que los sistemas sanitarios la integren en los distintos planes de calidad y rehabilitación de enfermedades crónicas complejas, de forma que figuren transversalmente en sus formas de trabajo y se incluya en la formación de los profesionales.

Estas técnicas asistenciales se desarrollaran durante los procesos de rehabilitación de los casos que se presenten dentro del centro para personas con enfermedades mentales, los que permitirán su recuperación y funcionamiento psicosocial.

b) Condiciones de Internamiento

Las condiciones de internamiento son aquellas en las que el paciente dentro del establecimiento permanecerá y recibirá las atenciones necesarias que lo ayudaran en su recuperación, estas deberán estar diferenciadas debidamente de acuerdo al diagnóstico clínico de cada paciente, estas puede ser tipo primario o crónico por lo que los ambientes deberán estar acondicionados bajo estas características del mismo modo las atenciones que se brinden estarán comprometidas con las normas de confortabilidad, higiene y salubridad para que de esta manera los mecanismos terapéuticos tengan resultados beneficiosos en los pacientes psiquiátricos.

c) Entornos Saludables

Cuando hablamos de entornos saludables nos referimos al conjunto de actividades e intervenciones intersectoriales de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollaran dentro del establecimiento y su entorno, de esta manera ofrecerá protección frente a las posibles amenazas a la salud de los pacientes y a su vez permitirá ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos.

Este conjunto de estrategias contribuyen en la rehabilitación y el mejoramiento de las condiciones de salud del usuario, promoviendo estilos de vida saludables

complementadas con intervenciones de mejoramiento del entorno.

d) Seguridad Asistencial

La seguridad asistencial permite a los profesionales encargados de la rehabilitación como a los pacientes desenvolverse en un ambiente de absoluta confianza dentro del establecimiento psiquiátrico. En esta se desarrollara una atención personalizada por cada paciente ya que se ha demostrado que los cambios de médico para el paciente, o los de pacientes para el médico, atentan contra uno de los pilares de la calidad y la seguridad asistencial, entonces se establecerá dos tipos de atención la primaria y la de longitudinalidad.

La primaria permite un vínculo con el paciente a lo largo del tiempo otorgando un conocimiento mutuo valiosísimo para alcanzar un nivel superior de excelencia en la atención sanitaria. Esta relación permite además el desarrollo de una confianza de familia para el paciente la misma que beneficia el proceso de recuperación. La longitudinalidad producen una relación terapéutica duradera, empática, fructífera, acurada y personalizada.

e) Uso de los Recursos

Se pretende el uso de los recursos más eficientemente para lo cual se requerirá una reforma generalizada en las políticas sobre la salud mental ya que son muchas las dificultades que hay que superar. Para lograr eficiencia en los programas de promoción y prevención de la salud mental una cantidad de recursos van dirigidos a estos fines, se actuara sobre las causas que puedan generar complicaciones en el proceso de rehabilitación y que después tendrían que ser tratadas en la atención secundaria o terciaria con el correspondiente gasto de

recursos; por ello, la eficiencia en salud hay que buscarla a partir de la relación causal salud-enfermedad.

f) Espacios Organizados

Los espacios y las áreas concebidas de manera organizada son de gran importancia dentro de cualquier recinto como en este caso el centro de rehabilitación psiquiátrico, pues son los espacios de encuentro y convivencia entre los diferentes actores que lo conforman, médicos, terapeutas, pacientes y familia, Los principales espacios que se generen no solo permitirán la rehabilitación del paciente si no que ofrecerá un lugar de estancia agradable con áreas de esparcimiento para la familia y usuarios en general. El trayecto modifica la integridad del espacio convirtiéndolo en un punto de articulación respecto al recorrido principal.

1.7.4.2. Variable Dependiente: Asistencia de la salud mental psiquiátrica

a) Monitoreo Permanente

Los sistemas de monitoreo permanente permitirán observar las tendencias, procesos y actividades de prevención y rehabilitación de la salud mental de los pacientes dentro del centro psiquiátrico generando reportes continuos y diagnosticar la evolución y prevenir las falencias dentro del proceso. Se pretende también un monitoreo participativo en los que involucre a la institución los familiares y la comunidad que formaran parte del proceso de recuperación y reinserción a la comunidad.

b) Apoyo Terapéutico

Se destinara un área encargada de brindar servicios de apoyo relacionados con los aspectos complejos del funcionamiento psíquico funcional garantizando así un

buen acondicionamiento emocional del paciente antes de las intervenciones clínicas y después de estas. También el estudio de sus alteraciones o causas, las implicaciones sobre su desempeño como ser biopsicosocial además de optimización y potencializarían de sus funciones, como parte de la rehabilitación y la prevención de la salud mental.

c) Participación Social

La participación social en salud mental está definida como un mecanismo de mejoramiento del sector, convirtiéndola así en una instancia fiscalizadora de la calidad, efectividad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos. Esa conceptualización reafirma las posibilidades reales de la propuesta la misma que se desarrollara tal y como ha sido planteada en el proceso de reforma y prevención de las enfermedades mentales.

d) Diagnostico

De la misma manera que en atención clínica, en salud mental se requiere realizar un diagnóstico para conocer y determinar la intervención que se requiere ante un caso de trastorno mental que afecta al paciente, pero la diferencia radica en que aquella se circunscribe a un individuo y está en la comunidad.

En el caso de la medicina psicofuncional requiere del estudio de características, necesidades y recursos del paciente de diagnóstico a fin de proponer medidas de intervención ya sean preventivas, curativas o rehabilitadoras.

e) Información Familiar

La familia es el primer agente socializador del paciente. **Debe permitir el desarrollo psicológico y social del**

individuo mediante los mecanismos de la rehabilitación, justo las tres vertientes en las que influye la enfermedad mental activa. Se trata además de la primera red de apoyo social puesto que contribuye a atenuar el impacto de los cambios y tensiones de la cotidianidad, **“se hace evidente que la no participación familiar conspira contra el paciente psiquiátrico,** producto de vulnerar todas sus funciones como grupo primario de la sociedad”.

1.8. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

1.8.1. Tipo de Investigación

Los alcances del estudio serán de tipo Descriptivo – Correlacional. Descriptivo; porque se busca puntualizar las propiedades, características y rasgos importantes en la situación actual de la salud mental, a la vez relacionar esta condición con la necesidad de contar con un centro de rehabilitación psiquiátrica que aborde y trate la salud mental de manera más amplia.

Correlacional porque los estudios incidirán en la relación entre las variables con el fin de especificar las propiedades importantes de los elementos intervinientes.

Cabe destacar que según las conceptualizaciones sobre los tipos de investigación, podemos decir, que el presente estudio de investigación no solo se enmarca dentro de una investigación Descriptiva si no también Proyectual debido a que se realizara una propuesta con el fin de solucionar un problema y satisfacer una necesidad, como es el desarrollo del Centro de rehabilitación psiquiátrica.

1.8.2. Diseño de la Investigación

Cuando se realiza la investigación sobre algún tema de estudio existen muchas propuestas y formas de clasificar los tipos de diseño de la investigación pero de manera preferente en correspondencia al tipo de recolección de datos se puede clasificar en diseños de campo y

diseños bibliográficos, en referencia al denominado diseño de campo se encuentra también la clasificación denominada no experimental, en la cual se ubican los estudios Descriptivos y los Proyectos Factibles, es este tipo de diseño que se aplicara donde se observan los hechos estudiados tal cual están establecidos, y el que no permitirá se distorsione las variables.

Este diseño denominado de campo, permitirá establecer el nexo entre los objetivos y la realidad de la situación actual; recopilar los datos directamente de la realidad objeto de estudio, en su estado natural; profundizar en la comprensión de lo encontrado con la aplicación de los instrumentos; de tal manera que se deba facilitar una lectura clara de la realidad para el buen desarrollo de la investigación. Surge otra clasificación dentro de los diseños de campo también de tipo no experimental y estas pueden ser transeccionales y longitudinales.

El estudio propuesto se adecua a los propósitos de la clasificación de diseño transeccional debido a que se propone la descripción de las variables, tal como se manifiestan y se analizan tomando en cuenta su relación y su incidencia; este tipo de diseño se puede clasificar a su vez en transeccionales correlacionales causales y transeccionales descriptivos, enmarcándose dentro de este último mencionado debido a que el propósito es indagar la incidencia y los valores como se manifiestan en una determinada situación

1.8.2.1. Etapas de la Investigación

Dentro del proceso objeto de estudio desarrollaremos las fases de la investigación en tres etapas:

- La primera es Etapa descriptiva
- La segunda la Etapa de desarrollo
- La tercera Redacción del informe final

a) Etapa Descriptiva

Verificación y revisión Bibliográfica. En esta etapa se procederá a la revisión de la información referente al tema

de estudio profundizando el conocimiento respecto al tema, esta información se puede recabar de trabajos de investigación realizados por profesionales, fuentes bibliográficas, revistas entre otras alternativas, se hará visitas a la biblioteca de la facultad de arquitectura y urbanismo así como también a la biblioteca general de la universidad privada de Tacna y la Universidad nacional con la finalidad de recabar la mayor información posible la misma que reforzara y respaldara nuestro tema de estudio.

Visita de Campo. Durante esta etapa se realizara la visita a las diferentes instituciones como parte de la investigación: El hospital general y otras instituciones relacionadas con el tema de estudio, se hará entrevistas y toma de encuestas a las personas involucradas como parte de la recopilación de datos, se prevé también la visita al terreno en donde se desarrollara el proyecto, se hará un análisis del mismo mediante un levantamiento topográfico para evaluar su estado actual, se tendrá en cuenta el entorno inmediato, las condicionantes y las variables en general que influyen sobre el terreno objeto de estudio. Se utilizara también otras técnicas que ayuden en la recopilación de datos como son las cámaras fotográficas y las grabadoras para las entrevistas a realizar.

Procesamiento de Datos. Se refiere a la selección y vaciado de la información obtenida para su posterior análisis.

Análisis y Resultados. Luego de ser analizada y seleccionada toda la información se prevé la elaboración de las conclusiones resaltando los aspectos más importantes de la investigación las mismas que darán parte al concepto de la propuesta arquitectónica y los objetivos específicos del mismo.

b) Etapa de Desarrollo

Criterios de desarrollo y lineamientos. Esta etapa consiste en el estudio de las variables que encaminen a la propuesta, contemplando a su vez el planteamiento de los lineamientos, esquemas funcionales y otras bases a seguir para su elaboración.

Propuesta Arquitectónica. En esta fase se inicia la formulación de la propuesta o diseño como respuesta al estudio de las variables y para esto es importante el estudio de las mismas y estas a su vez generaran una idea primaria del proyecto arquitectónico así como también la conceptualización en su forma función y espacio.

Desarrollo propuesta arquitectónica. En esta fase el proyecto adquiere una forma ya definida ajustada a la realidad de acuerdo a las especificaciones y lineamientos elaborados en la metodología. Posteriormente se procede al desarrollo de propuesta arquitectónica y elaboración de los planos de la especialidad.

c) Etapa del Informe Final

Redacción informe final. Se procede a la redacción del informe final para su presentación y posterior sustentación ante el jurado y demás autoridades universitarias. También se incluirán en el informe las conclusiones, la metodología de diseño, y la memoria descriptiva de la propuesta arquitectónica.

Realización de proyecto arquitectónico. Estas responden al conjunto de actividades y tareas que determinan la elaboración del proyecto. Se toma en cuenta las características técnicas y específicas del mismo, se representan a través de planos, detalles arquitectónicos,

planteamientos estructurales, instalaciones y maqueta de la propuesta arquitectónica.

1.8.3.Ámbito de Estudio

El ámbito de estudio está basado a nivel del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de la provincia de Tacna situado en el extremo sur del país, Actualmente es uno de los distritos más jóvenes de Tacna. Su superficie es de 175.6 kilómetros cuadrados representa aproximadamente el 1.2 % de la extensión departamental y se ubica en los 800 metros sobre el nivel del mar. Limita por el norte con el distrito de Tacna, por el este con el distrito de Pocollay, por el suroeste con Tacna. Creándose políticamente el distrito número 26 de Tacna por ley N° 27415 el 02 de febrero del 2001

1.8.4.Población y Muestra

1.8.4.1. Población

“La población de una investigación está constituida por el conjunto de seres en los cuales se va a estudiar la variable o evento, y además comparten como característica común la inclusión.”²

En el presente caso referente a la propuesta de un Centro de Rehabilitación para pacientes Psiquiátricos, la población u objeto de estudio se encuentra constituida por la totalidad de la Población del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de la provincia de Tacna.

De tal modo se tiene que la población actual como fue referido anteriormente se encuentra compuesta por un total de 116,497 habitantes.³

² Hurtado 2000.

³ Datos obtenidos censo-2007. Inei.

1.8.4.2. Muestra

Total de habitantes del Área dirigida 116,497.

Según el II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Sector salud 96 actualizado 99: Del total de 35,877 camas hospitalarias existen 918 camas para psiquiatría a nivel nacional.

Según las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y sobre las experiencias extranjeras como España, sería necesario contar con 1 cama por cada 10,000 habitantes, es decir que la tasa recomendada es de 0.1camas x 1000 habitantes.

$$\frac{116,497 \text{ Habitantes} \times 0.1}{1000 \text{ habitantes}} = 11 \text{ Camas para el Área dirigida deseada.}$$

1.8.5. Técnicas e Instrumentos de Investigación

Las técnicas y los instrumentos nos permiten la recopilación de datos y la obtención de información necesaria para determinar las bases de la investigación, entre las técnicas utilizadas se encuentran las siguientes:

1.8.5.1. Técnicas

Visitas de campo: Estas se realizaron en las diferentes instituciones relacionadas directamente con el tema como son El Hospital general de Tacna “Unidad de psiquiatría”, el pabellón denominado hospital de día, el hospital San Ramón ubicado en el distrito de calana, y a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) todo esto con la finalidad de conocer de fuentes directas la problemática existente, la forma de afrontarlo respetando la normatividad existente en relación al tema de investigación.

Revisión documental: Esta técnica se realiza para conocer todo lo referente al tema. La búsqueda, recopilación, y selección de información bibliográfica referente al tema de estudio con el fin de adquirir y ampliar los conocimientos en pro del proyecto. En este trabajo de investigación se utilizaron libros, normativas, ordenanzas, e información proveniente de fuentes electrónicas, para recolección de datos respecto a las variables

Entrevistas. Consiste en el dialogo entablado con los directos involucrados en relación al tema investigado, en este caso médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeras y pacientes con un diagnostico primario de trastorno mental, los que permiten profundizar nuestros conocimientos respecto al tema. Cabe destacar que algunas entrevistas no han sido de tipo estructuradas si más bien de tipo informal pero con criterios acerca del objetivo.

La ejecución de la entrevista se desarrolló de la siguiente manera; se hizo contacto inicial con el entrevistado seguidamente se formuló las preguntas de mayor importancia en relación al tema de estudio, se tomó las anotaciones respectivas y finalmente una vez formulada y absueltas todas las preguntas se dio por terminado la entrevista

Observación Directa: Este instrumento consiste en observar atentamente hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. Se logró un contacto personal con el hecho que se investigaba directamente en las instituciones visitadas mediante el uso de papel, lápiz y cámara fotográfica que permitieron validar la información obtenida.

Encuestas. Mediante esta técnica se recopiló datos, previo a la elaboración y aplicación de un cuestionario dirigido a los involucrados en el tema. Se pudo conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los mismos.

En esta encuesta se realizó una serie de preguntas en relación al tema de estudio a una muestra de personas seleccionadas siguiendo una serie de reglas científicas para que esta muestra sea lo más real y objetiva posible.

1.8.5.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados durante todo el proceso de investigación fueron los siguientes.

- Cuaderno de notas
- Cedula de entrevistas
- Agenda de campo
- Planos esquemáticos
- Cámara fotográfica
- Grabadora
- Filmadora

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

- Sobre el tema de estudio se ha podido identificar el siguiente trabajo de investigación denominado: Proyecto de Titulación Profesional “CENTRO DE SALUD MENTAL EN CHOSICA” de la Universidad de Ciencias Aplicadas Lima- Perú 2014; presentado por Bach. Luis Miguel Luque Dongo, en el cual nos brinda información importante acerca de la importancia del diseño arquitectónico en la rehabilitación y reinserción de los pacientes con discapacidad mental, y en el que se aprecia las siguientes conclusiones:
 - Ubicación en la Comunidad; En Referencia al lugar esta debe 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.”

- Se consultó proyectos de instituciones extranjeras en las que se prioriza el confort y bienestar del paciente a través de las instalaciones y espacios terapéuticos y de rehabilitación. Por ejemplo, la implementación de gimnasios, áreas verdes diversas, de recreación, talleres y actividades afines.
- Finalmente, es importante considerar cuantitativa y cualitativamente acerca de las características de los ambientes que configuran el centro psiquiátrico. Es decir en cuanto a materiales, dimensiones, orientación y otros requisitos mínimos para el confort y bienestar del usuario durante su estadía.
- El proyecto presenta un impacto positivo en el aspecto económico, terapéutico y social.⁴

Respecto a la diferencia con la investigación que se realiza, se determina que: El diseño del proyecto Arquitectónico Centro de rehabilitación Psiquiátrico, busca contribuir a superar la falta de un establecimiento que solucione las condiciones habitabilidad, rehabilitación y formación de programas de prevención de la Salud Mental en la Región de Tacna.

- De igual manera se toma como antecedentes la investigación; Tesis de Grado “REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO EN USUARIOS Y USUARIAS QUE TIENEN SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIURNO” de la Universidad de Costa Rica; presentado por la Dra. Dinnia Ramírez Orias. Esta investigación nos brinda información en relación a cómo enfrentar la rehabilitación psicosocial en pacientes psiquiátricos, se manifiesta las siguientes conclusiones:

⁴ Luis Miguel Luque Dongo (2014) Centro de salud mental en Chosica-Lima Universidad de Ciencias Aplicadas Lima Perú – 2014/ Tesis de Grado

- En todos los casos del estudio, la rehabilitación psicosocial, fue fundamentales el manejo y la asistencia a largo plazo de los síntomas de la enfermedad, se requirió del esfuerzo continuo y dinámico de la red de salud mental, y de diversos recursos comunales intermedias, como las Residencias Privadas, actuando de una forma coordinada.
- Es importante reconocer que la familia del paciente es ante todo parte de la comunidad del equipo de rehabilitación, son quienes escogen las estrategias para tratar con la familia, desde la negación hasta la búsqueda del objetivo de la terapia restableciendo una comunicación clara. En todos los casos en estudio se vio reflejado las intervenciones de familia en los expedientes de salud con el aporte de Trabajo Social, existe una tendencia cada vez más enfocada hacia la rehabilitación de los vínculos familiares.
- Se demuestra también que el proceso rehabilitador no acaba al egreso del centro psiquiátrico, sino más bien, se traslada la responsabilidad del seguimiento del caso a un equipo especializado, los que mediante capacitaciones en comunidad permitirá alcanzar continuidad en el proceso de rehabilitación reduciendo el riesgo de recaídas y rehospitalizaciones.⁵

En referencia a esta investigación se determina que: Los procesos de rehabilitación claramente están relacionados al ámbito donde se desarrolla, el aspecto clínico terapéutico de los especialistas y la inclusión familiar como parte del equipo de rehabilitación psicosocial de los pacientes con discapacidad mental.

- o El siguiente estudio de Investigación realizado por Dr. Humberto Rotondo Grimaldi (1915-1985) ACCIONES DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA EN EL PERU; Catedrático en Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM es quien con todo mérito puede

⁵ Dra. Dinnia Ramírez Orias. (San José- Costa Rica 2009) Tesis de Grado; Esp. De Psiquiatría Rehabilitación psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis4.pdf>

ser considerado el iniciador, productor y ejecutor de la misma. Esta Investigación establece los primeros modos y técnicas de rehabilitación en el país.

En 1964 comienza las primeras acciones de seguimiento de casos, atención y control en la comunidad, con un programa de visitas domiciliarias efectuado por enfermeras quien recibía el apoyo de los médicos Residentes del Programa de Post Grado en Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Esta investigación alcanza las siguientes conclusiones:

- Desarrolla el programa educativo para familiares de pacientes con problemas de salud mental, logrando involucrar a las de alumnas de enfermería, en la que también se incluye a estudiantes de medicina del curso de Clínica Psiquiátrica de la UNMSM con el apoyo del Dr. Ethel Bazán. Logrando consolidar con éxito este nuevo modelo de asistencia comunitaria en los diferentes conos de la ciudad.
- En 1971, diseña un programa de Psiquiatría Comunitaria preventiva con dos focos de aplicación, el primero en el Cono Norte de Lima, base Hospital de Collique y toma como responsable al dr. Moisés Gavina y en el Cono Sur de Lima base Centro de Salud de Ciudad de Dios, responsable Dr. Ethel Bazán.
- La prevención y rehabilitación es constante, culminando con un hito más, al lograr la sectorización de la atención psiquiátrica en Lima Metropolitana.
- El modelo es tomado por otros profesionales de la psiquiatría como el Dr. R. Castro de la Mata quien inició en 1971 un Programa de Salud Mental Comunitaria que posteriormente desde Marzo de 1982, se realiza a través del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», en los Distritos de San Martín de Porres y de Independencia, en el Cono Norte de Lima. ⁶

⁶ Humberto Rotondo; Manual de psiquiatría;

En este programa se entiende por Salud Comunitaria un conjunto de acciones que tienen que ver con la promoción, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de los casos agudos y manejo de la cronicidad. Según este autor, este programa evita la asistencia masiva de pacientes al referido instituto y permite la rápida reinserción del paciente hospitalizado al seno de su comunidad para su seguimiento.

2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS

2.2.1. Hospitales de Rehabilitación Psiquiátricos Europa (1409 – 1808)

En 1409 un fraile mercedario, el P. Jofré inaugura en Valencia el que para buena parte de la doctrina fue el primer manicomio, propiamente tal, de la historia. Con independencia de la discusión sobre su primacía, lo cierto es que este establecimiento es exponente de una tradición humanitaria que materializada en la creación de numerosos establecimientos psiquiátricos en España y en América, llega hasta los albores del s. XIX y que influye -en este caso a través de las descripciones del Manicomio de Zaragoza- en la obra del más conocido líder de la reforma psiquiátrica, Philippe Pinel. Los Manicomios de Valencia y Zaragoza se constituyen así en paradigmas del inicio y del ocaso de la asistencia psiquiátrica en España en el período 1409-1808.

El Manicomio de Valencia Aunque existen varios precedentes de establecimientos hospitalarios en la ciudad de Valencia, lo cierto es que no será hasta 1409 cuando el Padre Jofré funda un manicomio en el sentido específico del término. Fray Juan Giliberto Jofré, nació en Valencia el 24 de junio de 1350 y tras estudiar Derecho en Lérida regresaría a su ciudad natal en donde tomaría los hábitos de la Orden de la Merced. Además de sus condiciones como buen predicador y de hábil trato en lo político, destacan en lo que aquí interesan dos cualidades: su labor como redentor de cautivos

(cuando fue vicario del convento de Lérida solicitó en 1391 al rey Juan I su intercesión en favor de los cautivos) y su dedicación a pobres y desamparados (además de lo que a continuación se dirá fundó un hospicio para niños abandonados en Valencia en 1410 y una hospedería para peregrinos pobres en El Puig en 1416).

Era, en suma, necesaria la creación de un hospital o casa que acogiese a locos e inocentes para que no deambulasen por la ciudad y pudieran sufrir daños. El sermón fue escuchado por Lorenzo Salom (o Saloni), quien junto a otros diez amigos portaron los fondos necesarios para su materialización. Comienzan las obras el 9 de mayo del mismo año y tras obtener los pertinentes permisos del rey D. Martín³ (en diciembre de 1409 para el comienzo de la fábrica, el 7 de febrero de 1410 el privilegio de dar por amortizados los bienes para la manutención y conservación y el 15 de marzo de 1410 las Constituciones para su administración y gobierno) y del Papa *Benedicto* XIII (Bula de 16 de mayo de 1410), se inauguró el 1 de junio de 1410 el "Hospital d'inocents, follcs i orats" bajo el amparo de la Virgen, Nuestra Señora de los Inocentes y de los Desamparados.

El hecho de que fuera precisamente en Valencia donde se erigiera una institución de estas características no fue probablemente ajeno a la prosperidad de este territorio en la época. Efectivamente, solo el reino valenciano, entre los que componía la Corona de Aragón, superó con éxito la crisis económica de los siglos XIV-XV. La pujanza económica del reino fue causado sin duda por la riqueza del suelo, pero también al crecimiento demográfico y urbanístico de la ciudad, el esplendor de la vida ciudadana y a la potencialidad financiera.

Ilustración: Tratamiento Moral (España siglo XV) En el siglo XV (1409) los médicos de Valencia (España) eliminaron las cadenas a los enfermos mentales sugiriendo un "Tratamiento Moral" de aquellos, basado en ejercicios, juegos, entretenimiento, etc. Además en el manicomio de Zaragoza se utilizaba el trabajo agrícola. También en

Sevilla, Valladolid, Palma de Mallorca, Toledo y Granada, se seguía esta línea. Un enfoque humano de la Psiquiatría predominó en España durante esta época. Pero en el resto de Europa, no fue hasta finales del siglo XVIII que F. Pinels en el hospicio de La Bicétre en París, coincidiendo con los tres años de la Revolución Francesa liberó de sus cadenas a los enfermos mentales. De ello escribió Pinels que " lejos de ser delincuentes dignos de castigos, son personas enfermas, cuyo estado miserable merece toda la consideración que se le debe a la humanidad doliente".

El paciente mental es considerado un enfermo y va desapareciendo la concepción de " endemoniado " que predominó en la Edad Media, naciendo la Psiquiatría como especialidad médica, ganando en universalidad los principios humanitarios de los médicos españoles. Ferrus continuó en el Hospital Salpêtrière de obra de Pinels y junto a él comenzó lo que más tarde fue conocido como Terapia por el trabajo y con las casas realizadas por los pacientes se construyó una granja donde hoy se encuentra el Hospital Santa Ana de París. Las reformas que establecieron Pinels y Ferrus se extendieron a Inglaterra y Norteamérica. A principios del siglo XX el doctor H. Simón, psiquiatra Alemán sistematizó el tratamiento por el trabajo en los enfermos mentales y le dio una fundamentación científica.

Imagen N° 2: Tratamiento Moral en España



Europa Medieval y Renacentista: Etapa Pre-Asilar.- La actividad asistencial era para la comunidad eclesiástica un acto de caridad por la cual el hospital era una obra de caridad más no médica. Los pobres los desvalidos y toda clase de mendigo era necesaria para la salvación de los que donaban dinero para ellos, entonces era parte necesaria de la sociedad. En la época medieval la locura se veía como algo mágico una deficiencia que era producida por alguna bujería o hechizo de alguien más poderoso, por lo que el tratamiento a esta clase de gente era deficiente ya que no había explicación humana a la enfermedad.

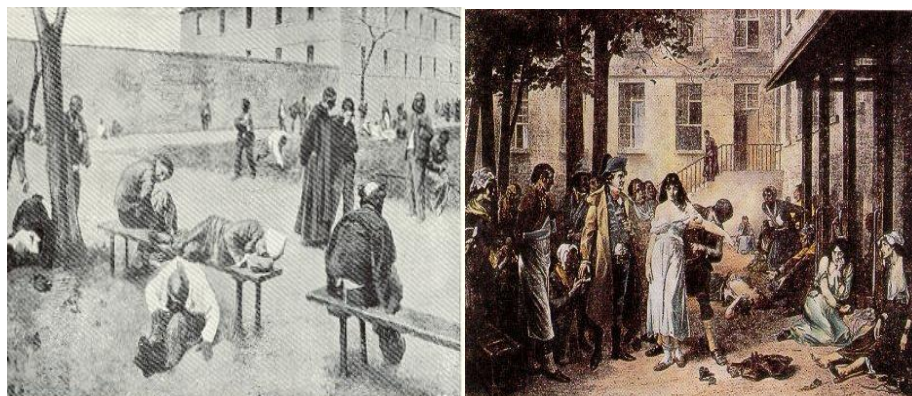
En la Europa renacentista del siglo XVI se empieza a variar las atribuciones de poder que tenía la iglesia y se transfiere a la ciudad. Se crean estructuras seculares, y empeora la situación económica de los pobres. Con el ingreso, entonces, de la burguesía urbana y el humanismo, la ayuda a los pobres ya no está a cargo de la iglesia sino más bien de la comunidad, creándose las primeras estructuras asistenciales. La percepción del concepto de locura cambia de algo mágico a un defecto de la naturaleza y no hay distinción entre el loco y el imbécil,⁷ entonces se comienza a construir edificios para recluirlos sin distinción del enfermo mental y el ladrón y “limpiar la sociedad”.

Asistencia Psiquiátrica hasta la Segunda Guerra Mundial.- En Alemania, los psiquiatras organicistas además de realizar una crítica a las especulaciones y violencia física de los asilos psiquiátricos, comienzan a crear clínicas neuropsiquiátricas para enfermos agudos creando un primer acercamiento de escalonamiento de la asistencia y acercando a los neuropsiquiatras al tratamiento ambulatorio. Más tarde, comenzará el desarrollo de los tratamientos biológicos primitivos como los choques insulínicos, cardiazólicos, electrochoque y psicocirugía. Estos, aunque de limitada eficacia introducen la

⁷ Imbécil : escaso de razón – Nuevo Larousse ilustrado

medicalización en los asilos, que pasan a ser hospitales psiquiátricos semejantes a los generales en cuanto a su organización.

Imagen N° 3: Asistencia Psiquiátrica



2.2.1.1. Rol e Importancia de los Hospitales Psiquiátricos

Actualmente los primeros ingresos de los pacientes tienden a realizarse en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, cuyo tiempo de estancia es mucho menor que en las unidades de ingreso de los hospitales psiquiátricos y por ello el costo por ingreso es inferior. Es en estas mismas unidades el índice de reingresos es muy elevado, hasta el 70% de las admisiones. Sin embargo, en aquellos hospitales psiquiátricos en que se ha conseguido equiparar las unidades de ingreso con un número de personal similar a los hospitales generales, se comprueba que es posible disminuir la duración de los ingresos. Al estar, los hospitales psiquiátricos dotados de un presupuesto inferior por cama ocupada, es posible que el costo final sea incluso menor que en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.

Por lo tanto, los hospitales psiquiátricos seguirán siendo necesariamente importantes como un recurso de la red asistencial de salud en el que el enfermo deberá encontrar protección y una serie de mecanismos terapéuticos difíciles de conseguir en la unidad de psiquiatría de un hospital general.

2.2.2. Teorías de la Rehabilitación Psiquiátrica en la historia

2.2.2.1. Teoría Tradicional

En tiempos medievales como ya notamos anteriormente, los métodos utilizados para el tratamiento de los deficientes mentales no eran precisamente teorías para la curación de su patología; sino por el contrario eran recluidos en un centro (manicomio) para apartarlos de la sociedad y hacernos olvidar que existe este tipo de gente que era considerada como poseída por el demonio. No existía intención de ayuda ni asesorar. Debido a que la iglesia, que era la que estaba a cargo de la salud, veía al enfermo psiquiátrico como algo malo.

2.2.2.2. Teoría de la Reinserción a la Sociedad

Un método de análisis al enfermo es la psicoterapia institucional surgida originariamente en Francia, que influye de gran manera en diversos equipos españoles, portugueses e italianos y cuyo máximo exponente es Francesc Tosquelles. Para este autor la psicoterapia institucional es una herramienta de trabajo que pretende dinamizar el trabajo asistencial terapéutico. Nacido a mediados de los años 30 este movimiento toma ideas fundamentalmente de dos fuentes: del pensamiento psicoanalítico y del análisis marxista de los fenómenos sociales. Su función es transformar constantemente la institución en un instrumento terapéutico en sí mismo. Para ello el paciente no debe ser considerado sólo un objeto de cura, sino un sujeto enlazado en los recursos relacionales. En esta institución la terapia se realiza mediante el análisis del inconsciente de enfermos y terapeutas.

“Debe renovarse a cada paso, combatir todo aquello que promueve el aislamiento del paciente, con la finalidad de

abrirlo a la Heterogeneidad, mediante la constitución de lugares donde el enfermo pueda establecer un contacto con los otros, y que de esa manera, se produzcan intercambios en los que el individuo pueda situarse como portador de un significado”⁸.

Al ser este trabajo una tesis podremos explotar esta idea de abrir la vida del paciente hacia la sociedad y crear heterogeneidad en la rutina diaria, dándole a conocer qué es lo que ocurre en el mundo exterior. Para aplicar esto a la arquitectura se aplicará la psicoterapia institucional y hablaremos en el capítulo 6.1 acerca de la teoría “open door” la cual será la herramienta de trabajo a explotar al máximo.

2.2.2.3. Reforma Psiquiátrica y Evolución de la Atención al Enfermo Mental Crónico

Los modelos de atención tradicionales a las personas con necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales estaban basados en internamientos de largos periodos de tiempo o incluso de por vida, han sido instituciones u hospitales psiquiátricos llamados “manicomios” eran habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos; se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas como: masificación, falta de intimidad, despersonalización. La permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal, así como la marginación y el aislamiento social.

⁸ Vidon G, Petitjean F, Bonnet-Vidon B. Thérapeutiques institutionnelles. *Encycl. Méd. Chir. Paris. Psychiatrie*

Las perspectivas para los enfermos mentales han mejorado notablemente gracias a diversos factores históricos como los movimientos de carácter ideológico, cambios relacionados con el desarrollo de nuevas formas de tratamiento farmacológico y psiquiátrico más eficaces, asociados a las intervenciones donde se estudian los factores sociales y culturales en la enfermedad mental, lo mismo que el impacto del trastorno mental en la comunidad y los fenómenos de desadaptación y patología social que han surgido por ejemplo de la drogadicción y desintegración familiar. Esto ha permitido crear unidades especializadas que se han extendido, transformando la atención a hospitales generales y a tratamientos extra hospitalarios.

El desarrollo de los procesos de transformación constituyó las políticas de Reforma Psiquiátrica que tiene su origen en la década de los años 60 y 70 en países como Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia y en España a lo largo de los años 80. Se plantea la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad.

De forma simultánea, nace mundialmente un movimiento llamado Antipsiquiatría, que abogará por la clausura total de los manicomios y se cuestiona la existencia real del enfermo mental, conciben la institución manicomial cercana al régimen dictatorial, y por ello defienden su cierre.

a) Principios Básicos de la reforma psiquiátrica

A pesar que existen diferencias y particularidades de reforma llevadas a cabo en los diferentes países, pueden extraerse algunos elementos básicos (Gisbert, 2002), que constituyen los movimientos de reforma:

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico hacia la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad
- Una apuesta por nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante como respuesta a la cronicidad, debe ser un complemento de los servicios comunitarios.
- Un enfoque integrado de la atención en la salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional biológico-psicológico-social.
- Una estrecha vinculación de la atención en salud basada en la salud pública o comunitaria.
- Un intento de brindar continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Las características sociopolíticas de cada país diferenciaron su forma de organización que condicionaron estos modelos de atención al enfermo mental, en cada experiencia se han desarrollado unas áreas más que otras, algunos se han descuidado, otros se quedaron en el camino.

b) Antecedentes de la Rehabilitación Psicosocial

El primer paso en la dirección a la reforma psiquiátrica, fue mediante el Community Mental Health Centres Act de 1963, iniciativa que fue apoyada por el espíritu reformador de los años 60 también en Europa; por otra parte, la entonces reciente psiquiatría social, pretendía la sustitución gradual de hospitales psiquiátricos, hacia los servicios comunitarios.

El amplio desarrollo de la salud mental data de la década de 1970 y se aplica a las camas de los hospitales, recursos residenciales, y servicios ambulatorios creados a partir de seguros médicos privados. El sector privado no suele contar con centros comunitarios de salud mental por el escaso rendimiento económico, se desarrolló un sector privado sin ánimo de lucro que ofrece unidades de crisis y servicios de rehabilitación (ej. Comunidades terapéuticas, pisos compartidos, planes de vida independiente, y programas de educación y rehabilitación laboral), sin embargo este sector voluntario se sostiene de un presupuesto bajo y ofrece contratos que se renuevan anualmente. La clausura gradual de hospitales psiquiátricos entre los años 60 – 70s se recolocaron en pisos comunitarios y dispusieron de centros de día; pero además, el triste espectáculo de los “homeless” (personas sin hogar) en un gran porcentaje estaba formado por ex-pacientes de hospitales psiquiátricos.

El proceso de desinstitucionalización se llevó en un entorno sin una adecuada implementación de las estructuras

intermedias que pudieran absorber la atención de los pacientes, esto condujo a una serie de secuelas como aumento en la pobreza de estos grupos, aumento de la carga familiar, y fracaso en la integración plena a la sociedad. (Rodríguez 1997).

2.2.3. Hospitales Psiquiátricos en América Latina

La reestructuración en la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe, se estableció mediante la convención en Caracas en 1990; políticos sanitarios, legisladores y técnicos responsables en salud mental de la región, con el apoyo técnico de España, Italia y Suecia. Con la Declaración de Caracas, se establecen líneas estratégicas para promover medios terapéuticos y un sistema que garantizara el respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales, con la necesidad de crear modalidades de atención alternativas en la propia comunidad. La mayoría de los países en la Región de las Américas no contaban con planes o políticas de salud mental que específicamente se refirieran a los derechos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares y a los mecanismos legales disponibles en el derecho internacional y regional de derechos humanos para hacer efectivos estos derechos, por lo que significó el primer estándar Interamericano que vinculó encuentros multisectoriales nacionales donde se debatieron las líneas de reforma.

2.2.3.1. Experiencia en Brasil

Desde comienzos de la década de 1980, en el Brasil se han generado varios estudios tendientes a confirmar la poca efectividad de los hospitales psiquiátricos, se presentó el proyecto de ley en el Senado de la Nación conocida como Ley del Diputado Pedro Delgado, del Partido de los Trabajadores, en la que se proponía la necesidad de nuevos modelos alternativos de reemplazar la hospitalización por un conjunto de servicios ambulatorios para la atención primaria y

secundaria de la salud mental. La orden ministerial que modificó en 1992 el sistema de pago a los hospitales incluyendo la financiación de otros servicios alternativos (consultas individuales o grupales, atención en centros psicosociales, hospitales de día, servicios de urgencias y el internamiento en hospitales generales) promoviendo la posibilidad de diversificación en la asignación de los recursos.

Se estableció la obligación de los hospitales de tener médicos de guardia 24 horas y la existencia de equipos mínimos: psiquiatra, psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional, asistente social, auxiliar de enfermería. Estas medidas permitieron abrir y financiar por el Sistema Público de salud a 24 centros de atención psicosocial.

En 1993, se constituyó el Grupo de Acompañamiento de la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria (GAPH), con el objetivo de realizar supervisiones sistemáticas de los servicios, creando mecanismos de evaluación, control y fiscalización. Estos equipos tienen la posibilidad de retirar acreditación de los centros, lo que se ha efectuado con algunos centros privados. Brasil consiguió en escaso tiempo, la sensibilización social y de sus líderes culturales, políticos y sociales, así como el consenso de los profesionales en torno a los objetivos claros que en otros países duró muchos años.

2.2.3.2. Experiencia en Argentina

Argentina como es natural siguió las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países europeos por la misma época. Hacia mediados del s. XVIII, la aldea colonial tenía un hospital llamado San Martín. En un rancho anexo al Hospital, llamado vulgarmente El Loquero, se alojaba a los enfermos mentales. El "San Martín" era sólo un modestísima enfermería con alrededor de docena y media de camas y un número exiguo de médicos con mayor buena voluntad que

aptitud. Dicho nosocomio lo conducían padres jesuitas, hasta que en 1748 arribaron de España seis curas Betlehemitas.

En 1770, el Hospital de Santa Catalina, ex San Martín perteneciente a los religiosos de Nuestra Señora de Belén comienza a recibir dementes que eran enviados desde el Cabildo (cárcel de Buenos Aires en ese entonces). Aquí eran empleados como sirvientes o enfermeros o en caso de no poder cumplir esas tareas los asilaban en un rancho contiguo al hospital llamado Loquero. Desde 1799, destinaron la residencia a internación de incurables, locos y contagiosos cuidados o gobernados por un capataz que llevaba un látigo en la mano para golpearlos y sólo por el terror se hacía respetar y obedecer. El Loquero fue la cuna del actual Neuropsiquiátrico Borda.

Bajo la reforma iniciada por Rivadavia se destaca el comienzo de una nueva generación de médicos egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires quienes se pronunciaban a favor de contar como primer maestro al destacado PH. Pinel. La primera tesis de psiquiatría que surge de esta Escuela es la de diego Alcorta, en 1827, bajo el título de La Manía Aguda. Fue la primera tesis publicada en el país y representa las aspiraciones de los nuevos facultativos de generar cambios en la situación de los alienados. La Tesis se inspira en las enseñanzas de Pinel y le otorga al tratamiento moral toda la importancia que se merece.

2.2.3.3. Experiencia en Chile

Bajo la influencia de los procesos de cambio en los países europeos, Chile se incentivó la participación comunitaria organizada hacia la promoción de la desinstitucionalización de los enfermos. Se identifican algunas fechas claves en el

desarrollo de la Asistencia Psiquiátrica Chilena: En 1854; se funda la Casa de Orates en Santiago, que inició con el modelo asilar con planteamiento de hospitalización completa de largo plazo, luego en 1952 se fundó la clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, conocido como el primer servicio clínico que se insertó en un hospital general.

En 1968, se ponen en marcha prácticas comunitarias en relación con sectores poblacionales, se educa y se organiza a la comunidad en el manejo ambulatorio de los problemas de salud mental más prevalentes, buscando redes de trabajo compartido; pero se obstaculizaron los programas por la dictadura militar. Es a partir de 1990, se restaura la atención en salud mental, con nuevas investigaciones epidemiológicas y se elabora un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría dentro del interés de salud pública que produjo mayor desarrollo de redes de servicios (Marconi 2001), sin embargo, todavía Chile requiere de mayores cambios estructurales presenta la necesidad de modificar la reglamentación administrativa y de gestión del sector salud debido que frena el desarrollo de programas de psiquiatría comunitaria.

2.2.4. Situación mental en el Perú

Según el Aprodeh (Asociación pro derechos humanos) históricamente ha existido una escasez de planificación y financiamiento gubernamental para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades mentales en el Perú. El cuidado psiquiátrico disponible ha estado basado en un modelo institucional y los indispensables servicios comunitarios de apoyo simplemente no han existido. El resultado ha dejado a las personas con discapacidades psiquiátricas, ya sea segregadas en hospitales psiquiátricos, o abandonadas e incapacitadas para participar en la vida económica y social de sus comunidades²⁷.

En el Perú, los investigadores encontraron que los servicios sociales y de salud disponibles para la población en general, no se acomodan a las necesidades especiales de los individuos con discapacidades mentales, excluyendo a estos individuos de algunos de los beneficios básicos otorgados por la sociedad peruana a sus otros ciudadanos. Las clínicas de salud públicas que poseen medicación para tratar los trastornos somáticos no están equipadas con medicación psicotrópica. Los beneficios brindados por los hospitales de la seguridad social son arbitrariamente restringidos en el caso de las personas con discapacidades mentales, lo cual no ocurre con los individuos que padecen otro tipo de problemas de salud. Los niños con discapacidades mentales son excluidos de la educación pública.

De lo citado podemos comprender que la reacción institucionalizada de la sociedad peruana no es la más adecuada. Existe una discriminación social entendida esta como una estigmatización, un disvalor, una pérdida de valor de las personas con respecto a su enfermedad mental que en la actualidad se reconoce como una discapacidad mental.⁹

2.2.4.1. Historia de los Hospitales Psiquiátricos en Perú

La primera institución especializada en la atención de los enfermos mentales fue el Hospicio del Cercado, Casa de Insanos o Asilo de la Divina Misericordia, fundado el 16 de diciembre de 1859. José Casimiro Ulloa tuvo a cargo la dirección del hospicio hasta su muerte en 1891. A Ulloa lo siguió Manuel Antonio Muñiz, quien vino de un viaje de Europa y trajo consigo nuevas ideas para el tratamiento de enfermos mentales.

En 1918 se abrió el Asilo Colonia de la Magdalena con el nombramiento de Hermilio Valdizán como director en 1921. La fundación del asilo llamado desde 1930 Hospital Víctor

⁹ Derechos humanos & la salud mental en el Perú; Un Informe de MENTAL DISABILITY RIGHTS International y Asociación Pro Derechos Humanos septiembre 2004. Lima Peru.p4

Larco Herrera coincide con la reforma de la institución asilar con régimen laico. Desde entonces el único centro de hospitalización para este tipo de enfermedades fue este hospital en todo el país. Y fue así que el establecimiento fue quedando cada vez más pequeño para el abastecimiento de los enfermos, se creó una propuesta de descentralización de los hospitales a los departamentos del país pero esto nunca se llevó a cabo por lo que el hacinamiento era máximo en el Larco Herrera, decayendo así la calidad de atención del hospital a mediados de los 40 y a principios de los 50.

Después de 20 años surge el Instituto de Salud Mental basado en un plan de proyecto de Salud Mental por el gobierno de Japón, con miras a desarrollar un Centro Comunitario y programas de rehabilitación y prevención, esta idea inspiró a la creación del Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco" en el cono norte de Lima.

El Instituto de Salud Mental se encargará entonces del estudio las patologías dándole más importancia a esto que a la hospitalización de pacientes. Es así que se crea el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi en 1982 después de un largo recorrido de estudios acerca de lo importante que tenía que ser la investigación de enfermedades mentales y balancearlo con la atención ambulatoria de enfermos. Tiene desde su creación una apertura comunitaria que empezó a funcionar dos años antes que el Instituto abriera sus puertas al público y apoya a los centros fuera de la capital, evitando así la migración de la gente de la serranía hacia la capital al ver que no existen centros de este tipo de tratamiento en sus pueblos.

2.2.4.2. Hospitales Nacionales

Hospital Víctor Larco Herrera

El Hospital Víctor Larco Herrera, fundado en 1918, es el hospital psiquiátrico más grande y antiguo de Lima. En octubre del 2002, el Larco Herrera tenía 580 internos. Recibe 600 nuevas internaciones al año, y conduce aproximadamente 3,200 consultas. El hospital tiene un presupuesto anual de casi 10 millones de dólares norteamericanos. Tiene 800 empleados, incluyendo psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y personal administrativo.

Los servicios psiquiátricos del Larco Herrera están divididos en dos departamentos, con pabellones para pacientes “agudos” y “crónicos”. Los Pacientes “agudos”, que comprenden aproximadamente el 40% de los pacientes internados, son generalmente personas que entraron al hospital en medio de una crisis y permanecen en él “no más de seis semanas”. Los pacientes “crónicos” son aquellas personas que tienen hospitalizaciones más prolongadas, varios de los cuales han vivido en el hospital diez, veinte, treinta años o más.

Hospital Hermilio Valdizan

El hospital Hermilio Valdizán fue inaugurado en 1961, con 20 a 25 pacientes crónicos que fueron trasladados del Larco Herrera para “fundar” el hospital. El hospital opera con 250 camas, las cuales, en el momento de la visita de MDRI en febrero de 2003, estaban ocupadas al 90% de su capacidad. Dr. Jiménez informó a los investigadores que, para los internos, la estadía promedio era entre 30 y 45 días, con una estadía promedio en la clínica de emergencia de entre dos y tres días. Aproximadamente el 85% de los pacientes

admitidos en la clínica de emergencia eran internados por un lapso de 30-45 días.

El Instituto Noguchi

El Instituto Noguchi, fundado en 1982, tiene servicios tanto para adultos como para niños, aunque los niños son únicamente tratados como pacientes ambulatorios. El instituto, que atiende a una población de aproximadamente tres millones, trata alrededor de 200 pacientes diarios, y las salas para adultos atienden a 150 pacientes. El hospital Noguchi ha tenido una política de “no institucionalización”, aunque un cinco por ciento de los pacientes permanecen a “largo plazo”. La estadía promedio del hospital es de 45 días.

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1. El Reto de la Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico; Proyecto «Flat» (Cristina Gisbert)

Para realizar la investigación se trabajó con grupos reducidos de personas con los que se planteaban objetivos individuales y a la vez comunes.

En enero de 1989, en el hospital psiquiátrico de Las Palmas se inicia la sectorización de la población crónica ingresada. Se constituyen 4 sectores que incluían una media de 40 personas por unidad, de muy diferentes edades, diagnósticos y grados de rehabilitación.

Se vio entonces la necesidad de trabajar en pequeños grupos de personas con los que se planteaban objetivos individuales y a la vez objetivos comunes. Surge de esta manera el proyecto flat, en el que se desarrollan programas de entrenamientos en rehabilitación psicosocial dentro del hospital psiquiátrico, encaminados a mejorar las capacidades del individuo.

Para poner en marcha el proyecto delimitó una zona dentro de la estructura física de la misma unidad, compuesta por dos dormitorios de tres camas cada uno y una sala amplia destinada a sala de estar-comedor. Estas tres dependencias se encuentran en un extremo del pasillo principal, quedando separadas del resto del servicio y con plena autonomía de funcionamiento.

Un lugar donde los pacientes son entrenados para alcanzar un mayor grado de autonomía en relación a las actividades de la vida diaria (tareas domésticas, compras, gestiones), donde el propósito es hacerles dueños de sus dependencias hospitalarias (disponen de sus propias llaves), de sus enseres, desarrollando al máximo sus individualidades y donde se favorecen sus relaciones de convivencia y su programa de vida en común.

Conclusiones:

El Flat mejora el rendimiento de los recursos de rehabilitación intermedios: en las personas que habían participado anteriormente en un Flat la estancia media en el piso-a-medio-camino pasó de un año a tres meses.

Finalmente, el Flat permite tener una valoración que predice con gran exactitud qué personas se integrarán con éxito en la comunidad.

Se considera el Flat como una herramienta potente y eficaz para la cronicidad que genera específicamente la institución total, y por ello al Flat tienen opción no sólo las personas ingresadas susceptibles de externación, sino toda la población hospitalizada.¹⁰

Esta investigación Proyecto Flat, desarrolla programas de entrenamientos en rehabilitación psicosocial dentro del hospital psiquiátrico, encaminados a mejorar las capacidades del individuo, esta concepción refuerza nuestra investigación sobre como los

¹⁰ Cristina Gisbert; Jefe del Serv. De Rehabilit. Psiquiátrica; (Primer trimestre -2003)
Parc Hospitalari Martí i Julià-. Número 171
http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/01_171_06.htm

espacios arquitectónicos contribuyen en la solución de la problemática planteada.

2.3.2. Rehabilitación, apoyo Social y Atención Comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La investigación que a continuación se presenta se desarrolla en base a dos vertientes, la teórica y la práctica y cómo influye estas en la rehabilitación del paciente.

La "rehabilitación" en salud mental sigue siendo un tema controvertido, tanto en su vertiente teórica como en la práctica. En la teórica porque, aunque probablemente ningún profesional del campo de la salud mental se negaría hoy a reconocer que la atención a personas con enfermedades mentales graves incluye componentes de rehabilitación, ese aparente acuerdo encubre a menudo, discrepancias importantes cuyo significado real no siempre está bien precisado. Pero además, ese reconocimiento teórico cuando se da, no suele tener una repercusión práctica directa en relación con la estructura y funcionamiento de los servicios de salud mental.

Discusiones sobre el significado concreto del término rehabilitación y sus diversos componentes, sobre si todos los profesionales de salud mental "hacen", deben o pueden "hacer" rehabilitación o ésta es una tarea reservada a personal más especializado, sobre la relación entre rehabilitación y apoyo social, sobre la necesidad o no de dispositivos específicos o sobre el carácter sanitario o no sanitario de distintas actividades, servicios y profesionales de la rehabilitación, son, entre otros muchos, algunos de los debates que de manera directa o indirecta se mantienen periódicamente entre nosotros.

Se produce así no sólo una insuficiencia general de actividades profesionales y espacios "rehabilitadores", sino también distorsiones curiosas, como la que luego llamaremos "paradoja de la rehabilitación", situación en la que la carencia de intervenciones

"rehabilitadoras" en la atención a personas con trastornos mentales graves, coexiste con una escasa e inadecuada utilización de algunos recursos específicamente destinados a este fin.¹¹

La investigación pretende reafirmar los criterios utilizados en los programas de rehabilitación psicosocial, hay un consenso profesional respecto a la rehabilitación cognitiva, recuperación o desarrollo de habilidades personales y sociales, y la psicoeducación de los pacientes y sus familiares. Estas terapias planteadas organizan mejor nuestro marco de estudio.

2.3.3.El Modelo de Rehabilitación de Wassilenski (CANADA)

El modelo de Wassilenski -propuesto en Canadá mediante el proyecto "Salud Mental y Psiquiatría"-, establece los principales postulados del actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile (MINSAL, op.cit). Este modelo se sustenta en las mejores prácticas y evidencias de programas y servicios implementados en diversos países.

Los puntos fundamentales propuestos de este modelo son:

En primer lugar establece como meta "un sistema de servicios y ayudas equilibrada y eficaz", que se refleja en un proyecto que considera la efectividad de tratamientos y servicios para personas con enfermedades mentales, tales como esquizofrenia, trastornos del ánimo severos y trastornos orgánicos cerebrales.

En segundo lugar, busca "mejorar las prácticas", por lo que es necesario desarrollar estrategias, programas y servicios que beneficien realmente a los enfermos mentales crónicos, asemejándose a evidencias de actividades y programas que han funcionado en otros lugares.

¹¹ Asoc. Española de Neuropsiquiatría, (Madrid – 2007) versión Impresa 0211-5735 Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.27 n.1 http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000100016&script=sci_arttext

En tercer lugar, fomenta la integración, ya que genera programas que involucran a pacientes y familiares, subrayando la independencia del paciente psiquiátrico en su máxima expresión y duración posible.

En cuarto lugar, incorpora programas comunitarios con la implicación de otros actores, como el seguimiento de casos y tratamiento asertivo comunitario, los servicios de atención en crisis, las alternativas de hospitalización, los grupos de autoayuda familiar e iniciativas de los usuarios, entre otros.

Y por último, genera estrategias para que exista una política de salud mental integral, como las estrategias de política de salud mental; de dirección y financiamiento del sistema; de evaluación en distintos niveles; de recursos humanos; de una política equilibrada y de eficacia.

Esta investigación, destaca tres modelos, que presentan diferencias de acuerdo a las políticas de salud mental de cada país, sin embargo comparten la esencia del enfoque comunitario, el mismo que pretende la solución arquitectónica planteada.¹²

2.3.4. Una Metodología de Rehabilitación: Las Cuatro Fases de Liberman

El modelo de David Liberman, propone que la rehabilitación de personas con enfermedades mentales es similar a aquella planteada en enfermedades somáticas y que a partir de esto, existirían cuatro niveles de complejidad en donde las enfermedades mentales inciden y originan diferentes efectos en los que se debe concentrar la rehabilitación:

En el primer nivel "Patología", se observan anomalías psicobiológicas del sistema nervioso, las cuales producen deficiencias

¹² Wassilensky D.; Goering P. (1999)
Costo-efectividad de la atención psiquiátrica en sistemas de salud privados y públicos.
Revista de psiquiatría 1999. XVI 2: 79-87.

cognitivas, de la atención y de funciones autonómicas y de regulación del nivel de alerta y del proceso de información.

En el segundo nivel “Impedimentos”, los síndromes psiquiátricos específicos pueden ser inferidos a través de la evaluación de los impedimentos cerebrales más básicos. En éstos se incluye el desorden del pensamiento, discurso incoherente, delirio, alucinaciones, pérdida de la concentración o memoria, ansiedad, depresión.

En el tercer nivel “Discapacidades”, se observa incapacidad para desempeñar roles y tareas esperadas en un medio social determinado, empobrecimiento de las habilidades de autocuidado, retraimiento y aislamiento social, abandono de responsabilidades familiares e incapacidad laboral.

Por último, el cuarto nivel “Desventajas”, señala que la discapacidad coloca a la persona en peores condiciones que los otros en el medio social, ya que la sociedad no provee de ambientes especiales para personas con discapacidad. En resumen, los cuatro niveles producen variabilidad en la enfermedad mental por lo que la rehabilitación debe entenderse como:

“La recuperación del funcionamiento social e instrumental de un individuo al mejor nivel posible, a través de procedimientos de aprendizaje y apoyo ambiental” (Lieberman, citado en Acuña, 1999:7).

Los objetivos de este modelo para los pacientes, buscan alcanzar habilidades y ambientes de trabajo y de vida que sean compensatorios y por otra parte, ajustar los niveles de funcionamiento que sean realmente alcanzables. De acuerdo a estos objetivos, la rehabilitación debería comenzar necesariamente después de la estabilización del primer episodio que generalmente causa pérdida de funciones y roles sociales, y deben establecerse con el individuo. Asimismo, los objetivos para los profesionales de la rehabilitación, buscan sostener

la mejoría sintomática, establecer o re-establecer habilidades interpersonales y de vida independiente y ayudar al individuo a alcanzar una calidad de vida satisfactoria.¹³

El modelo de Liberman, plantea la obligatoriedad de que todo proceso de rehabilitación debe incorporar una metodología clara pero flexible, que sólo se cumple con la ejecución de cuatro fases, las cuales son; diagnóstico psiquiátrico y evaluación funcional; reducción de impedimentos; terapia de las discapacidades centrado en las personas con enfermedades mentales y terapia de las desventajas centrado en la intervención del medio social.

2.3.5.Rehabilitación en Tres Dimensiones: La Casa, El Bazar y el Trabajo.

La investigación de la Doctora Acuña (ibid) indica que el Modelo de Saraceno recalca la importancia de evidenciar que el concepto de rehabilitación es ambiguo e inespecífico, porque requiere de estrategias complejas y prácticas variadas que nacen de profesionales no médicos con fines de entretención para pacientes hospitalizados. Saraceno, citado en Acuña (ibid), plantea que la rehabilitación para pacientes psiquiátricos nace a partir de otros modelos:

- El modelo de entrenamiento de habilidades sociales: de origen conductista, destinado a reforzar habilidades sociales como la autogestión, autoayuda, conducción de los ambientes residenciales y laborales.
- El modelo de potenciación de comportamientos sociales: con origen conductista menos rígido, se centra en programas individuales de competencias habitacionales, relacionales, laborales, de aseo y presentación personal.
- El modelo Psicoeducacional: centrado en las familias de las personas con enfermedades mentales, busca aumentar el

¹³ Universidad Academia de Humanismo Cristiano (Santiago – 2012) Tesis de Grado
Procesos de Rehabilitación pacientes Psiquiátricos.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/704/ttraso%20371.pdf?sequence=1>

conocimiento de los familiares a través de terapias familiares, capacitación técnica y sesiones de resolución de conflictos.

- El modelo de Ciompi: centrado en el concepto de expectativas de los trabajadores y del concepto de hipo/hiper estimulación. En este sentido, la rehabilitación se desarrolla en el eje laboral y el eje casa. Ambos ejes pueden brindar una máxima protección o nada de protección. De los modelos mencionados, se desprenden las estrategias rehabilitadoras que se refieren a tres dimensiones, que deben ser integradas y contextualizadas en todo modelo y sistema de atención psiquiátrica y salud mental.

La casa, el bazar y el trabajo, son las tres dimensiones que cobran sentido con la transformación de las leyes, políticas, recursos, formas de organización y estrategia del antiguo modelo de atención asilar. Por una parte, explica que la casa debe ser un complejo basado en experiencias concretas de recuperación, en donde los sujetos y familias tengan el espacio necesario para reeducarse respecto de las enfermedades mentales, de manera que aprovechen las oportunidades que les brinda la vida cotidiana.

No obstante, el bazar hace referencia al concepto de red social y es el lugar donde la persona con enfermedad mental puede ser un sujeto participante y por lo mismo, puede reconocer como tal ante otros ciudadanos, singularizándose a través de su participación. Por último, el trabajo es fundamental en el proceso rehabilitador ya que permite a las personas con enfermedades mentales, restablecer su funcionamiento social y vincularlo con la realidad social.¹⁴

En síntesis, el Modelo de Saraceno mediante estos tres ejes tiene como objetivo el logro de la completa ciudadanía de los pacientes psiquiátricos, teniendo en cuenta el ámbito jurídico, político, civil y económico. Lo anterior implica la multiplicación de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo identificados,

¹⁴ Dra. Julia Acuña/ Modelos en Rehabilitación psicosocial /Santiago de Chile(Publicado -1999)
Ministerio de Salud/División de Salud de las personas/ Unidad de salud mental
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e557d14fdd8d6ae04001011f01638c.pdf>

en donde se supere cualquier forma de institucionalización manicomial.

2.4. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.4.1. Antecedentes Conceptuales

Enfermedad Mental

La enfermedad o trastorno mental es una condición mental que está relacionada con cambios en el carácter y emociones, es importante notar que el comportamiento anormal no siempre indica enfermedad mental, un individuo puede manifestar una amplia variedad de comportamientos anormales, según sea juzgado por cualquier definición, y aun así no recibir un diagnóstico de trastorno mental, sino que el término de enfermedad mental se refiere a una amplia clase de síndromes observados que resultan con ciertos comportamientos o características anormales.

Enfermo Mental Crónico

La mayoría de los documentos clínicos internacionales evitan usar el término "enfermedad mental" y prefieren emplear, en su lugar el término "trastorno mental". Trastorno no es un término exacto, se usa para implicar la existencia de una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo, son un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con dificultades para adaptarse adecuado funcionamiento personal y las condiciones de la vida (OMS, 1992).

El concepto enfermedad mental aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno

de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

Psiquiatría

El nombre de psiquiatría se define como: una rama de las ciencias médicas cuyo carácter científico se alcanza a través de la psicopatología, estudia la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, tanto enfermedades psiquiátricas como patologías psíquicas. El desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica, transformó la atención mediante políticas de desarrollo en la mayor parte de los países, donde se puede vislumbrar el manejo clínico con enfoque prioritario en rehabilitación psicosocial. El campo de la psiquiatría es muy amplio en comparación con otras especialidades médicas. Trasciende aspectos de la vida del paciente, como su actividad física, 44 conductas, emociones, pensamiento, percepción, relaciones interpersonales, sexualidad, trabajo y ocio.

Rehabilitación Psicosocial

Es el conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. La rehabilitación psicosocial no es un centro ni una unidad, sino una determinada forma de entender la atención a las personas afectadas de una enfermedad mental e implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar una mayor calidad de vida en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.

Este modelo de atención y basado en la comunidad, se ha empezado a consolidar desde hace relativamente muy poco tiempo, desde

la desinstitucionalización psiquiátrica. Ha supuesto un cambio integral, pasando de un contexto de atención basado en el internamiento a otro que es el de la comunidad y de una atención meramente asistencial y médica a una atención integral donde se tienen en cuenta todos los problemas y necesidades de la persona

Salud Mental

La manera como se conoce la salud mental, en términos generales, es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida, pero además, es importante considerar dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el concepto la salud mental como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social", donde se amplían las dimensiones, incorporando a ese estado de bienestar emocional y psicológico en la que cada persona se da cuenta de su propio potencial de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas (conocimiento), funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana".

2.4.2. Definiciones Importantes

Algunos conceptos a considerar en la clasificación internacional referidos a la salud mental se relacionan con distintos aspectos taxonómicos y terminológicos:

Depresión:

La depresión (del latín depressio, que significa "opresión" "encogimiento" o "abatimiento") es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un

estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico).

Ansiedad:

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Estrés:

(Del inglés *stress*, 'tensión') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud. Es una patología emergente en el área laboral, que tiene una especial incidencia en el sector servicios, siendo el riesgo mayor en las tareas en puestos jerárquicos que requieren mayor exigencia y dedicación.

El estrés crónico está relacionado con los trastornos de ansiedad, que es una reacción normal frente a diversas situaciones de la vida, pero cuando se presenta en forma excesiva o crónica constituye una enfermedad que puede alterar la vida de las personas, siendo aconsejable en este caso consultar a un especialista.

Discapacidad:

El término «discapacidad», es utilizado como término genérico para las tres perspectivas: corporal, individual y social, por lo tanto que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos interacción entre un individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (ambientales y personales). Las ventajas del término “discapacidad mental” consisten que la noción de “discapacidad” se refiere a la percepción inmediata de las personas sobre su propia vida, su entorno y sus necesidades y limitaciones (Bertolote y Sartorius, 1996) y en que los profesionales que no pertenecen al sector salud entienden más fácilmente el concepto.

Deficiencia:

Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con «anormalidad» se hace referencia estrictamente a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.

Actividad:

Es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Por su parte, limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo pueda tener para realizar actividades.

Demencia:

La demencia es un problema en el cerebro que hace difícil para una persona el recordar, aprender y comunicarse. Este desorden también puede afectar el humor de una persona y la personalidad.

Distimia:

La distimia (del griego clásico "mal humor"), también llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas.

Eutimia:

La **eutimia** es el estado de ánimo normal, esto es, situado entre la hipertimia y la distimia o más radicalmente, entre la manía y la depresión. Es una palabra derivada del griego, "eu" significa correcto, normal o verdadero y "timia" hace referencia al estado. Contrariamente, distimia es aquel estado displacentero y usualmente se utiliza para denominar una depresión.

Muchas veces, la discapacidad no proviene de la falta de destreza o habilidad instrumental, sino de una falta real de motivación, autoestima o capacidad de afrontamiento del estrés, que les lleva a la inactividad para afrontar situaciones sociales habitualmente generadoras de tensión.

Recuperación:

Es un acto continuado, único y personal de obtener la capacidad para tomar control de la propia vida, sentirse parte de una vida satisfactoria en la comunidad y con sentido personal y con oportunidades para percibirse a uno mismo como una persona valiosa, a pesar de la presencia de las limitaciones y desafíos impuestos por la enfermedad.

Funcionamiento:

Es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre el individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Participación:

Es la implicación de la persona en una situación vital, representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento, restricciones en la participación son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales.

La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

2.4.3. Otras Definiciones Operacionales importantes**Luz:**

- **LE CORBUSIER:** “La arquitectura es el juego sabio, correcto y magnífico de los volúmenes bajo LA LUZ” (Le Corbusier 1978: 83)
- **ANTONIO GAUDÍ:** La excelencia de la arquitectura proviene de la luz: de la ordenación de luz. (Bergos 1974: 155)
- **LOUIS KAHN:** La luz es el elemento articulador del espacio, los materiales y la estructura. / “...es la simple y eterna presencia que debería hablar constantemente en la arquitectura.”/ “La luz es una

cosa necesaria, pero también puede llegar a ser un enemigo.” (Mc Carter 2005: 134-219)

- ALBERTO CAMPO BAEZA: La luz no es algo difuso ni vago, porque siempre está presente. Sí es algo concreto, preciso, continuo, matérico, medible y cuantificable; lo cual no debe ser ignorado por los arquitectos. / “La luz es el tema central de la arquitectura... la arquitectura sin la luz, nada es y menos que nada.” (Campo Baeza 1998:17)
- FULLER MOORE: La luz ha sido protagonista en la arquitectura a lo largo del tiempo, ha servido para iluminar y destacar los espacios más importantes de un edificio, por lo general en el rubro de edificios religiosos. (Moore 1991:98-120)
- STEVEN HOLL: “La luz es un lenguaje sin oraciones: tiene esencias que trascienden significados y propósitos específicos.” “La luz como materia es invisible, no podemos percibir la luz cuando pasa al menos que se imprima en el polvo, humo, gotas de agua (o algún material).” (Holl 2000: 104-114)
- RUDOLF ARNHEIM: El manejo adecuado de la luz en la arquitectura es una necesidad vital para el usuario. (Arnheim 2001: 97-135)
- **CONCLUSIÓN**: En arquitectura, la luz es el elemento no tangible (sí perceptible) de la arquitectura; que define, ordena y articula los otros elementos arquitectónicos, como espacios, materiales y estructuras. Manipulada por un arquitecto, debe transmitir un lenguaje o mensaje al usuario.
- Sin embargo, en el campo de la física, cuando se habla de la luz, se refieren al espectro electromagnético, el cual además, tiene efectos beneficiosos en la regulación química del hombre que define estados de ánimo y humor.

Iluminación:

- P. R. BOYCE: Es el flujo luminoso incidente por unidad de superficie. La razón entre la luminancia y la iluminación define su capacidad de reflexión. La variedad de niveles de iluminación

(cantidad de luxes) afecta en la agudeza visual y percepción. La iluminación se refiere al estudio sobre las cantidades óptimas de luz adecuadas para determinadas actividades (sobre todo de oficina y de estudio) (Canter 1978: 131)

- **CONCLUSIÓN:** La iluminación es la proyección de la luz sobre algún plano, es un fenómeno cuantificable. Este concepto se utiliza más en el aspecto físico, en el campo de la arquitectura, iluminación se refiere sobre todo a la aplicación de luz artificial.

Material:

- **STEVEN HOLL:** Define la percepción óptica de la luz sobre los distintos planos de un espacio, puede realzar sus propiedades naturales para ampliar su variedad de significados. (Holl 2000: 139)
- **MORI:** El material es el lenguaje universal (para todas las culturas y edades). Es un artefacto accesible y entendible que lleva consigo varios mensajes pertinentes a su origen, significado, contexto, ciclo de vida y/o valor. (Mori 2002:17)
- **HELMUT KÖSTER:** El material determina la dirección de la luz y como se dispersa. Dependiendo del material, la luz puede ser reflejada o diseminada. (Köster 2004: 76)
- **PETER ZUMTHOR:** “Los materiales pueden adquirir cualidades poéticas si se generan las pertinentes relaciones formales y de sentido en el propio objeto, pues los materiales no son de por sí poéticos”. Cada material tiene una peculiar propiedad sensorial, si es que se logra entender cuál es respecto al conjunto arquitectónico, puede adquirir resonancia y brillo. (Zumthor 2004: 14)
- **CONCLUSIÓN:** El material es aquel elemento de la arquitectura que presenta ciertas cualidades propias de su naturaleza y transmite algún tipo de mensaje o ayuda a construir una imagen dependiendo de cómo se maneja el efecto de la luz sobre él.

Color:

- **STEVEN HOLL:** el color en un espacio puede convertir la luz en fenómeno, misterio y longitud de onda. (Holl 2000: 140)
- **ANTONIO GAUDÍ:** El color es la descomposición de la luz. (Bergos 1974: 155)
- **LEANDRO DE CORSO:** El color es luz, belleza, confort y equilibrio psicológico. Depende de cómo se utilice puede generar paz o exaltación.(De Corso 2005: 1-16)
- **CONCLUSIÓN:** El color es una forma de manifestación de la luz, es la gama en la cual se descompone. Según su elección puede transmitir y distorsionar sensaciones dentro de un espacio, incluso llegando a afectar en el estado de ánimo.

Espacio (Interior):

- **CHRISTIAN SCHITTICH:** El espacio interior debe ser concebido como un espacio integral; continuo y coherente con todos los elementos dentro de él y el resto del edificio. Éste transmite distintas sensaciones al usuario que pasa gran parte de su tiempo allí.(Schittich 2002: 10-32)
- **ALBERTO CAMPO BAEZA:** Es el resultado material, palpable, tangible de la arquitectura. Conformado por la forma, y trenzado por la Luz, traduce certeramente la idea (la idea construida). (Campo Baeza 1998: 36)
- **FRANCIS D.K. CHING:** Es espacio logrado por elementos definidores como planos y elementos lineales y tiene las siguientes cualidades: proporción, escala, forma, definición, color, textura, cerramientos/aberturas y LUZ. (Ching 1991: 175)
- **HELMUT KÖSTER:** “El objetivo es crear una habitación espiritual que ofrezca más que solo un espacio para vivir y trabajar con los materiales y luz más sutiles, el objetivo es diseñar un espacio de luz como un hábitat espiritual y la luz como una identificación trascendental.” (Köster 2004: 358)

- JOSEP MARÍA MONTANER: “La concepción que desarrollan las vanguardias se basa en un espacio libre, fluido, ligero, continuo, abierto, infinito, secularizado, transparente, abstracto, indiferenciado, newtoniano... el espacio fluye, dinámico y libre, con los objetos totalmente bañados de luz, en el que la barrera entre el exterior y el interior queda franqueada.” (Solà-Morales 2000: 99)
- MIES VAN DER ROHE: “La arquitectura es la voluntad de una época traducida en espacio” (Solà-Morales 2000: 101)
- **CONCLUSIÓN**: El espacio interior es el contenedor de los sucesos cotidianos dentro de un edificio, está formado, definido e integrado mediante la luz. En la arquitectura contemporánea, el espacio es el elemento protagonista, y busca ser fluido, continuo y liberado, para de esta manera llevar al usuario a una experiencia que fusiona el interior y el exterior.

Usuario:

- ALBERTO CAMPO BAEZA: Es a quién el arquitecto debe poner al centro, y no a la arquitectura. Debe ser acogido por la arquitectura, no expulsado. (Campo Baeza 1998: 28)
- P.R. BOYCE: Es el observador del espacio, el que mirando a su alrededor recibirá una gran cantidad de información de las superficies, color, textura y luz a través de las aberturas. (Canter 1978: 129)
- **CONCLUSIÓN**: Es el individuo que habita y recorre el edificio, absorbiendo toda la información que sus espacios le brindan mediante la interacción de la luz y sus superficies.

Aberturas:

- LOUIS KAHN: Las aberturas verticales y horizontales brindan una escala humana a la habitación; sin embargo, a escala de la habitación, cumplen la función de iluminar. (Mc Carter 2005: 134-219)

- HELMUT KÖSTER: Deben permitir que la luz penetre el edificio en espectros de luz puros o distorsionados y así, unir el interior con el exterior. “Son el transporte del mundo al aire libre hacia el mundo interior, la desmaterialización de la piel exterior del edificio”.(Köster 2004: 367)
- FRANCIS D.K. CHING: “...permiten la entrada de la luz que ilumina las superficies del recinto, establecen relaciones visuales con los espacios contiguos y proporcionan la adecuada ventilación del mismo. Su grado de cerramiento incide en la forma de su espacio”. (Ching 1991: 185)
- DAVID CANTER: Puede ser concebido como un filtro; por ejemplo, deja entrar la luz y el aire puro que necesitamos, pero también nos mantiene protegidos de ruidos y la lluvia. (Canter 1978: 30)
- **CONCLUSIÓN**: Las aberturas, permiten el ingreso de la LUZ, por lo tanto su ubicación, forma y tamaño influenciarán directamente a la definición de espacio (incluyendo la forma, texturas y materiales) y en el efecto y experiencia sensorial que se desee generar.

Experiencia Sensorial:

- STEVEN HOLL: “...es la compleja interacción del tiempo, la luz y los materiales; crea el “hoyo de cinemática” donde no podemos distinguir los elementos individuales.” /Cuando la experiencia sensorial se intensifica, las dimensiones psicológicas se engranan. /”...es la condición y la sensación intangible producida por la sucesión de espacios, materiales y detalles.” (Holl 2000: 62-71)
- ALBERTO CAMPO BAEZA: “...la capacidad de suscitar (en el hombre) la suspensión en el tiempo, la emoción: más con menos.” (Campo Baeza 1998: 36)
- DAVID CANTER: Grupo de estímulos perceptuales, siempre presentes junto a sus consecuencias en el usuario. Dada por el grado en que el medio favorece o inhibe las interacciones entre individuos. (Canter 1978: 30-32)

- PETER ZUMTHOR: Sensación de plenitud y riqueza lograda mediante el empleo preciso del material, la fundamental coherencia de sus elementos y confluencia total de sus formas. Es decir, a través de una arquitectura que brota de las cosas y vuelve a las cosas. (Zumthor 2004: 16)
- **CONCLUSIÓN**: En la arquitectura, la experiencia sensorial es el resultado de la interacción y correspondencia coherente del espacio, los materiales y la luz en el tiempo que conmueve y actúa sobre los sentidos del usuario y es capaz de generar distintas emociones.

Percepción Visual/Espacial:

- P.R. BOYCE: “Impresión del espacio interior que varía según el contexto social del observador y del propio recinto observado visual. Su influencia integra un tema amplísimo y, en gran parte, aún inexplorado a diferencia de la percepción térmica o acústica, existen muchos elementos físicos con influencia psicológica (en el comportamiento)”. (Canter 1978: 129)
- DAVID CANTER: “Deriva tanto de la estructura de los estímulos que se dan en su seno (del espacio) como de las propiedades de los estímulos mismos. La más crucial de sus propiedades consiste en nuestra experiencia de medio ambiente es temporal y secuencial (consecutiva)”. (Canter 1978: 28-30)
- PETER ZUMTHOR: El usuario “no arquitecto” vive la arquitectura sin reflexionar sobre ella como lo haría alguien que se dedica al oficio. Por lo tanto, percibe “imágenes” a través de las formas, materiales, colores y texturas (elementos arquitectónicos forjadores del estado de ánimo) que finalmente construyen una atmósfera que es capaz de conmoverlo. (Zumthor 2004:14)
- **CONCLUSIÓN**: Es la interpretación que tiene el usuario sobre el espacio, la lectura de la información transmitida por las formas y materiales. De esta manera, absorbe los estímulos de la atmósfera producida por las características del lugar.

CAPITULO III: MARCO CONTEXTUAL

3.1. ESTUDIOS DE CASOS SIMILARES

3.1.1. Proyectos Referenciales

3.1.1.1. Instituto Psiquiátrico General José Horwitz (Santiago de Chile)

▪ Ubicación

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak es el principal hospital psiquiátrico de Chile, ubicado en la comuna de Recoleta, Santiago. Forma parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte, y ha sido catalogado como un establecimiento hospitalario tipo II.

Imagen N° 4: ubicación Instituto Santiago Horwitz



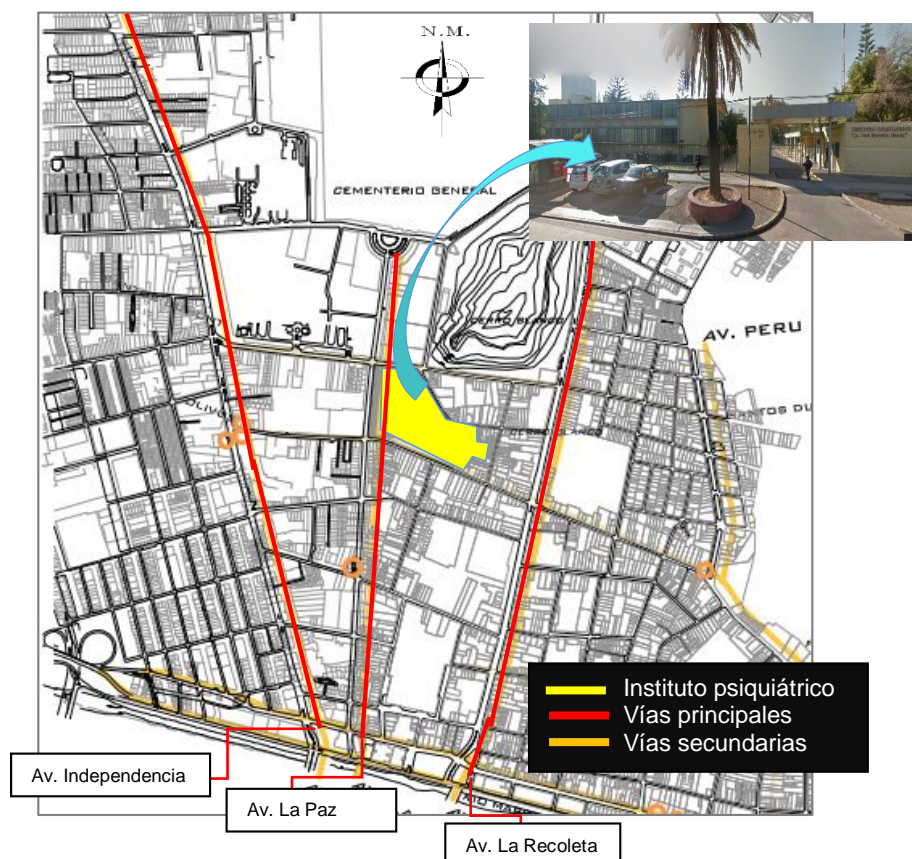
▪ Análisis Sistema Vial

Tres vías estructurantes sirven al sector y son las avenidas más importantes para acceder al Norte de Santiago (Av. Independencia, Recoleta y La Paz). Éstas se conectan hacia el sur con las dos vías principales que unen Oriente y Poniente.

El acceso vehicular por lo tanto es fácil y dotado de buenas calles estructurantes y secundarias. Además las calles

aledañas al terreno del psiquiátrico que son actualmente de gran flujo y deben ser ampliadas.

Imagen N° 5 Análisis Vial (vías principales)



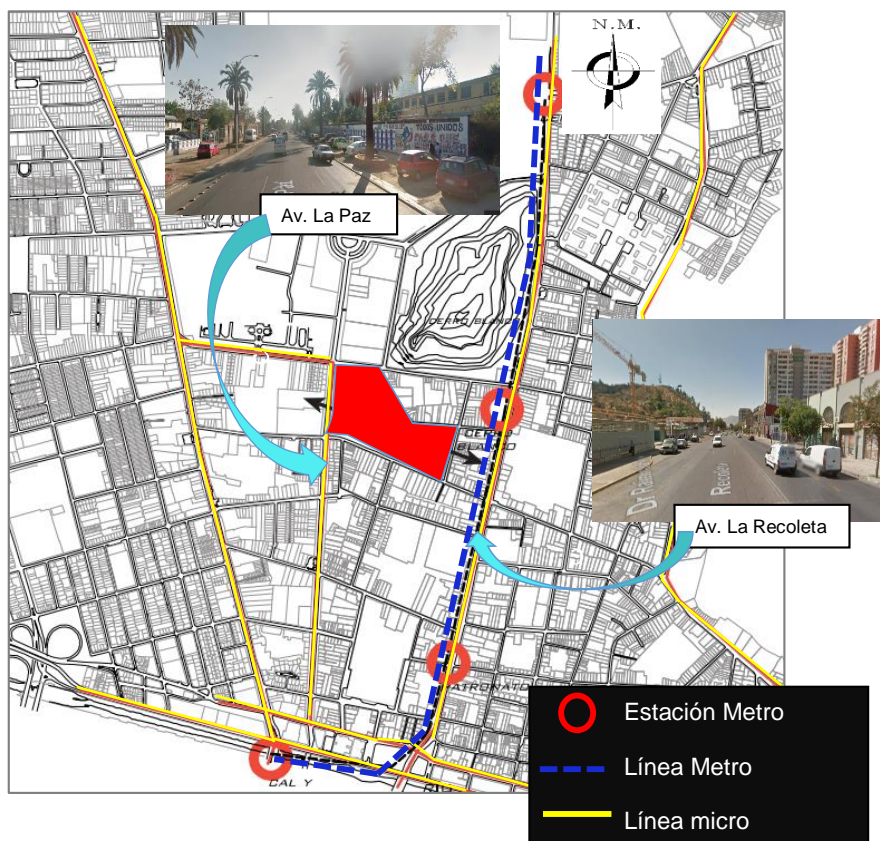
▪ Sistema de Transporte

El lugar tiene un muy buen servicio de transporte público. La av. Recoleta acaba de recibir el servicio norte de la Red del Metro de Santiago, que sirve al área y da una muy buena accesibilidad al terreno.

La estación Cerro Blanco está a una cuadra del terreno del Psiquiátrico y cercano al área oriente del predio del instituto. Los buses urbanos son numerosos y sirven a las principales avenidas Recoleta, Independencia y Av. La

Paz, pasando ésta por el frontis del instituto, permitiendo una excelente irrigación del transporte público en general.

Imagen N° 6: Análisis de transporte



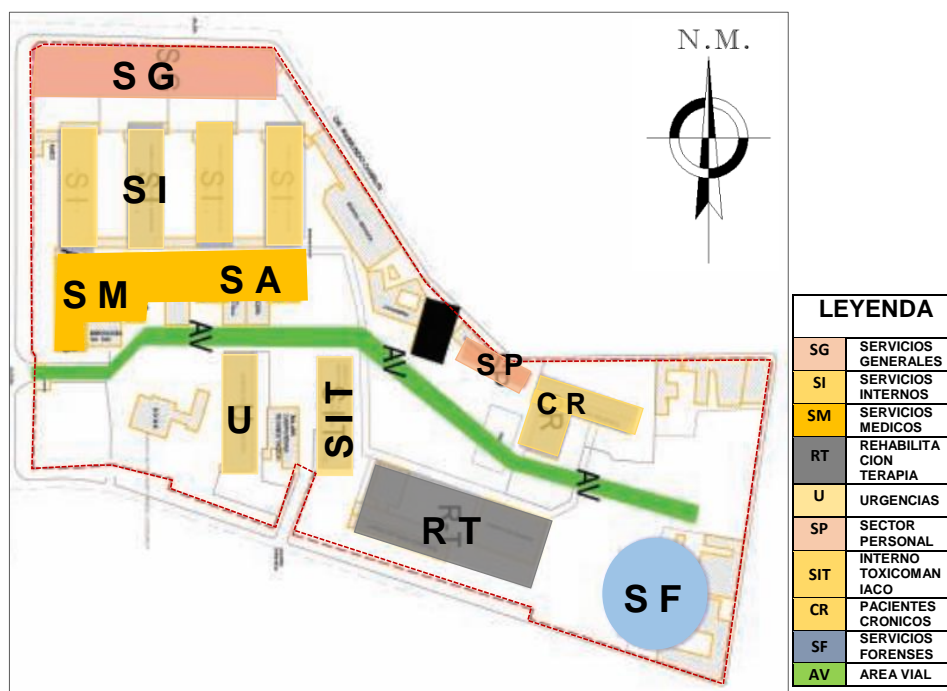
▪ Zonificación

El Instituto fue diseñado en base a Unidades de Hospitalización los cuales controlan todas sus actividades cohesionadas en ella emplazados en forma celular en el terreno y conectada mediante pasillos semipúblicos, lo que permite que haya mayor libertad de abrir los espacios públicos al tener un control sobre los interiores.

Los edificios administrativos y de servicio común como la cocina y lavandería además de la zona de cirugía y laboratorios están conformados también como elementos

celulares pero se interponen entre el espacio central público y las unidades habitacionales internas y sus accesos comunican hacia el pasillo interior del recinto lo que da un carácter de fachada trasera en el área central de acceso al instituto.

Imagen N° 7: Zonificación



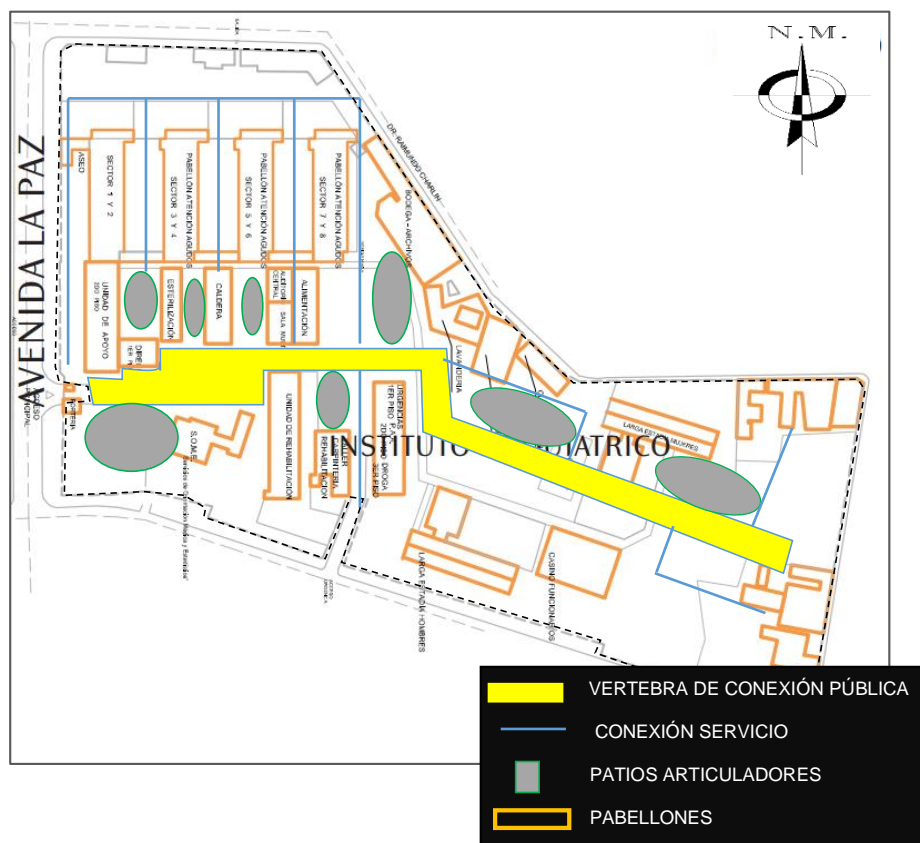
▪ Relaciones Funcionales- Espacios Interiores / Exteriores

El Instituto actualmente obtiene de su conformación perimetral un vacío central que permite que tenga espacio para las actividades sociales y de recreación.

Este espacio no fue pensado para tal actividad, por lo que muchas veces se ve cortado por la incorporación de estacionamientos en su interior que hace que el peatón no se sienta cómodo en este espacio.

Además de no tener articuladores entre los espacios interiores y este eje principal de conexión para lograr un traspaso más controlado exterior interior.

Imagen N° 8: Relaciones funcionales

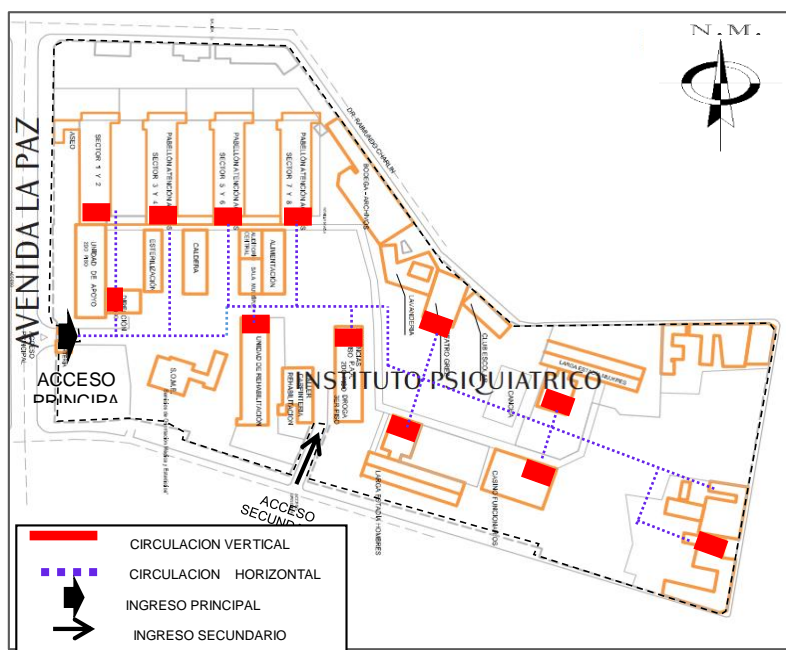


▪ Relaciones Funcionales- Accesos / Limites / Áreas verdes

El Instituto está regido por la circulación interior que se conecta en momentos con espacios de áreas verdes y recreación.

El Instituto se encuentra rodeado de tres calles importantes siendo la más importante Av. La Paz donde se sitúa el acceso principal al interior del recinto tanto peatonal como vehicular y servicios.

Imagen N° 10: Relaciones funcionales: (Circulación - Vial)



- Volumetría**

Imagen N° 11: Volumetría



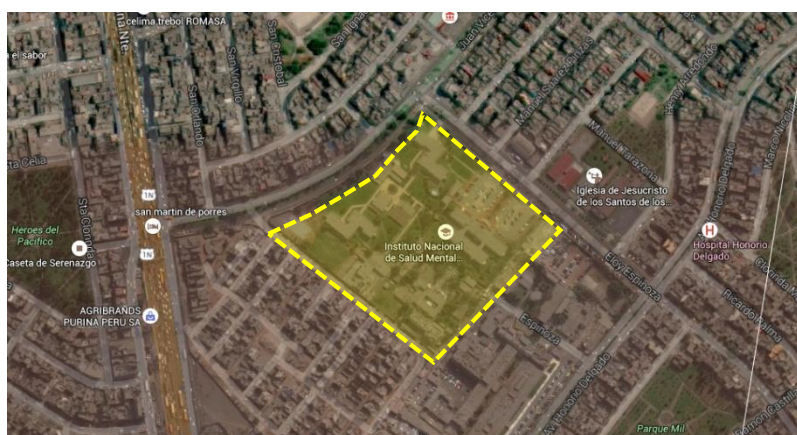
3.1.1.2. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

- Ubicación**

El instituto nacional de Salud mental - hideyo Noguchi está ubicado Jr. Eloy Espinoza Saldaña N° 709 Urb. Palao Distrito

de san Martín de Porres. En 1982 el gobierno japonés junto con lo que era el Ministerio de Salud Peruano diseñaron este Instituto Mental uno de los más modernos de Lima en la actualidad. La idea primogénea del diseño estaba dirigida solamente a la investigación de enfermedades mentales, pero ante la necesidad de hospitalización se adecuaron dos pabellones para dicha causa.

Imagen N° 12: Ubicación Instituto Hideyo Noguchi

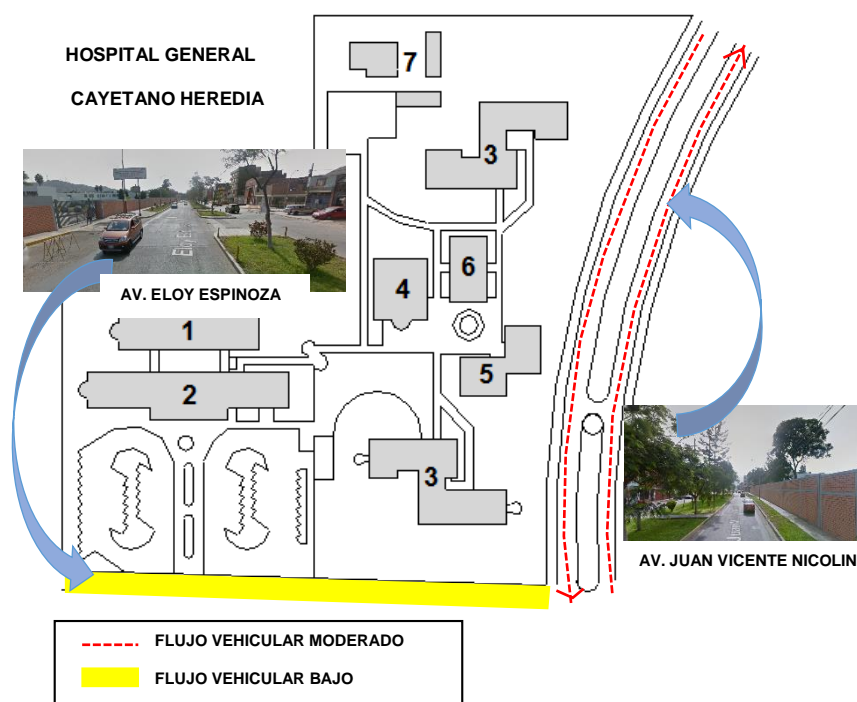


▪ **Análisis Sistema Vial**

El instituto se encuentra en la intersección de dos vías, la Av. Juan Vicente Nicolini y la av. Eloy Espinoza las mismas que no son muy transitadas pero si importantes. Hay que notar que el Instituto se encuentra junto al hospital Cayetano Heredia.

Este hospital general sirve de apoyo en caso de accidentes de los pacientes y también a pacientes que no necesiten estar en el hospital psiquiátrico son trasladados a este hospital general para evitar el hacinamiento.

Imagen N° 13: Análisis sistema Vial



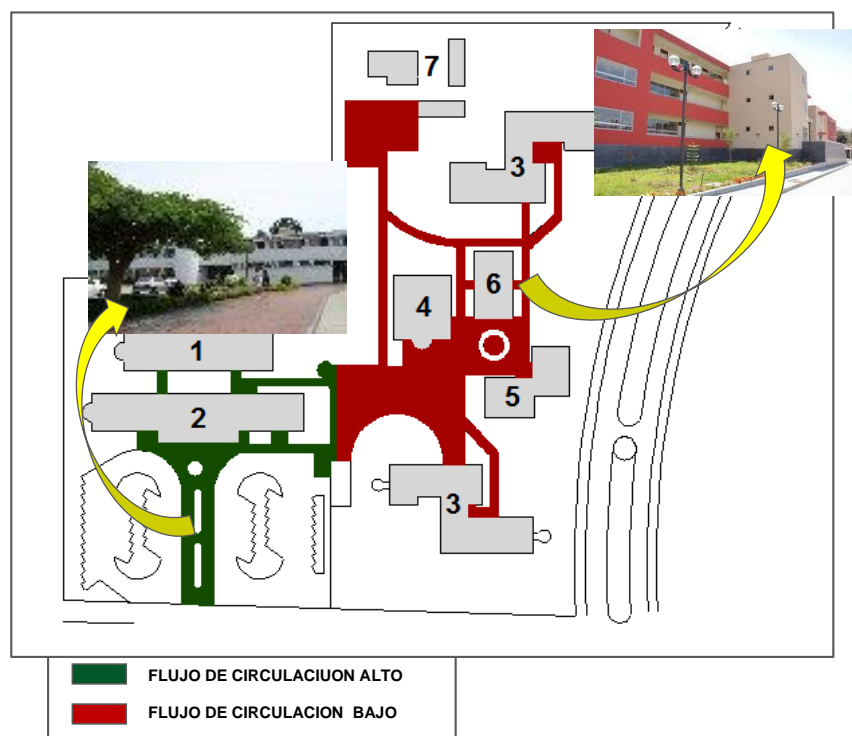
▪ Análisis de Circulación

El ingreso es a través de todo el estacionamiento lo cual no es agradable para el peatón que entra a visita al hospital, es recibido por la administración para luego pasar a la zona de los pabellones de hospitalización.

Las áreas verdes son poco aprovechadas y en algunos casos no guardan relación con los elementos arquitectónicos.

Estas áreas de circulación prolongada se han generado debido a que no hay continuidad entre un pabellón y otro, ocasionado demoras durante su recorrido.

Imagen N° 14: Análisis Circulación



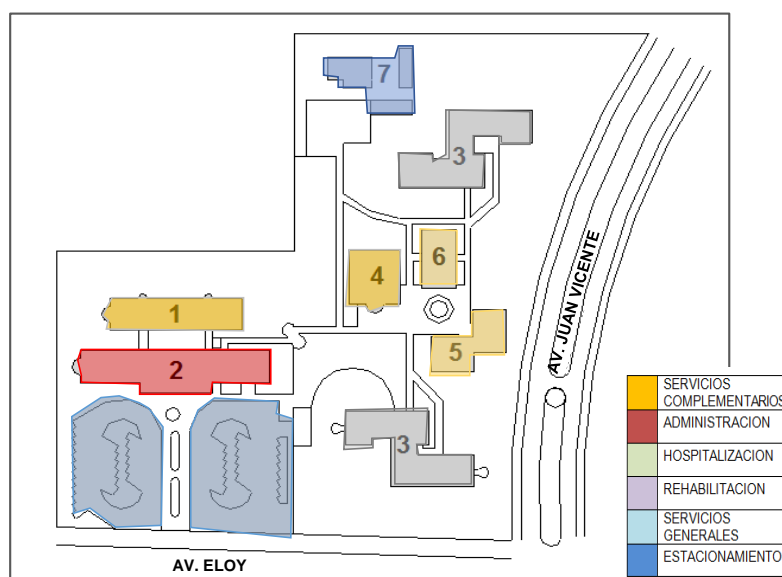
▪ Zonificación

Todas las actividades que se realizan dentro del instituto están cohesionadas y en ella emplazados los espacios en forma celular.

Las unidades de hospitalización están interconectadas mediante amplios y extensos pasillos con la zona de rehabilitación.

Los espacios semipúblicos permiten que haya mayor fluidez hacia los espacios públicos articulándolos de manera que se genera un mayor control sobre los interiores.

Imagen N° 15: Zonificación

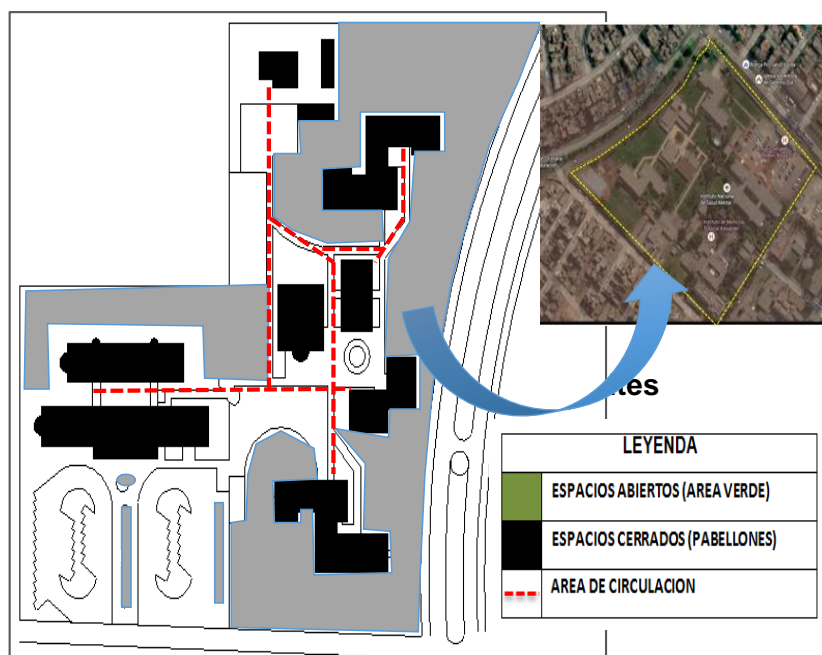


▪ Relaciones Funcionales- Espacios Abiertos / Cerrados

Podemos visualizar la importancia que se le da al espacio libre dentro del instituto generándose extensas áreas verdes.

Estos espacios actualmente no tienen ninguna función más que ser utilizados como jardines, a estos se les puede dar un tratamiento generando plazas y áreas de recreación como parte complementaria a la rehabilitación de los pacientes.

Imagen N° 16: Relaciones funcionales: (Espacios Abiertos)

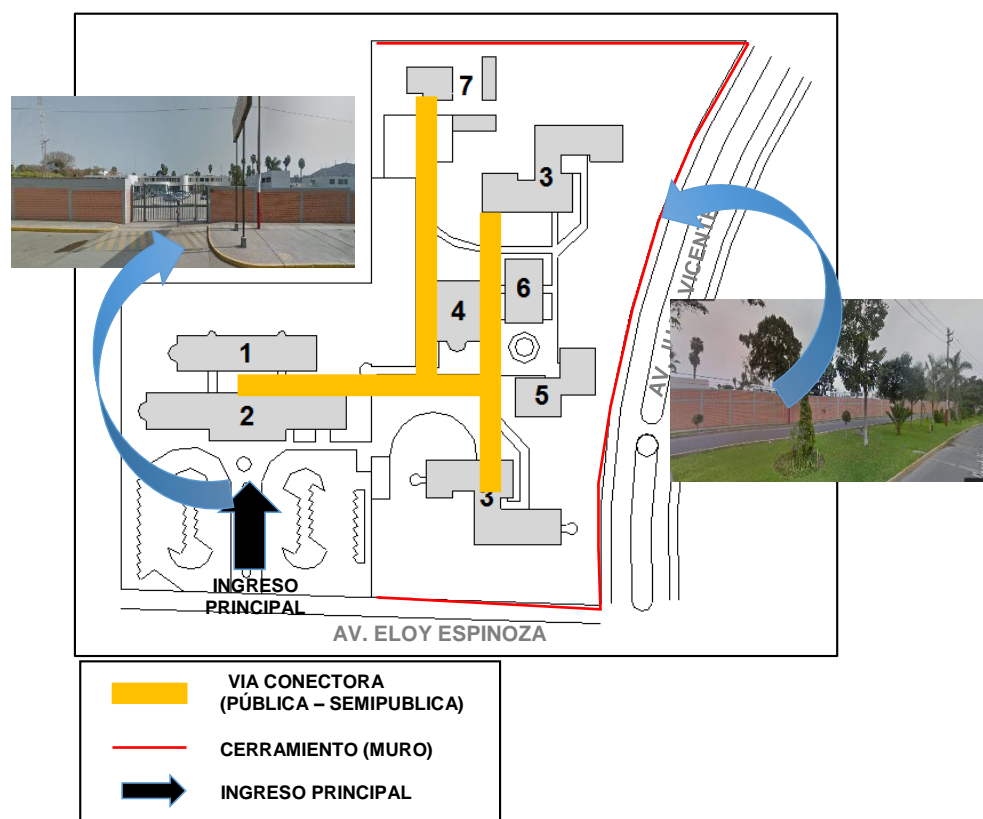


El ingreso principal al instituto se da por la av. Eloy Espinoza como único acceso a la institución, este a su vez conecta con la zona de estacionamientos y administración.

La vía de conexión publica organiza todos los espacios internos prolongando el recorrido hacia las áreas de hospitalización.

El muro que colinda con la av. Juan Vicente Nicolini se prolonga por toda la avenida produciendo un cerramiento excesivo no permitiendo la habilitación de accesos secundarios hacia la institución.

Imagen N° 17: Relaciones funcionales: (Accesos – Limites)



3.2. ANALISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE TACNA

3.2.1. Aspecto Socio Económico

3.2.1.1. Evolución y crecimiento poblacional a nivel Regional

El incremento de la población de la ciudad de Tacna en el periodo 1981 y 1993, se debe fundamentalmente al fenómeno migratorio de pobladores provenientes de la zona alto andina, atraídos por el impulso e intensificación de la actividad comercial y/o minera.

La población estimada para el año 2013 fue de 333,276 habitantes, sin diferencia proporcional significativa entre la población masculina (51,81%) y femenina (48.19%).⁷ La Razón Hombre/Mujer es 1.07, significando que por cada hombre hay una mujer y este valor no ha variado en los últimos años.

Cuadro N° 3 Distribución poblacional según sexo Departamento de Tacna 2013

SEXO	POBLACIÓN	%	RAZON H/M
HOMBRE	172,655	51.81	1.07
MUJER	160,621	48.19	
TOTAL	333,276	100.00	

Fuente: INEI- Proyección de los Censos Nacionales 2007, XI de Población y VI de Vivienda.
Elaboración propia

Grafico N° 1: Población por quinquenio Pirámide Poblacional
Depto.: Tacna 1993

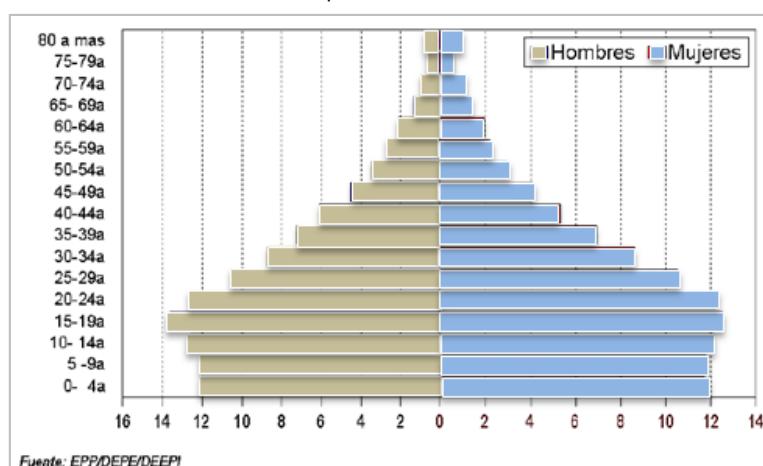
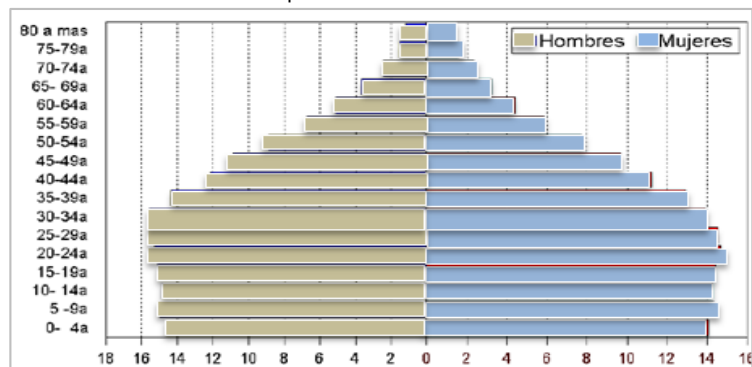


Grafico N° 2: Población por quinquenio Pirámide Poblacional
Depto: Tacna 2013



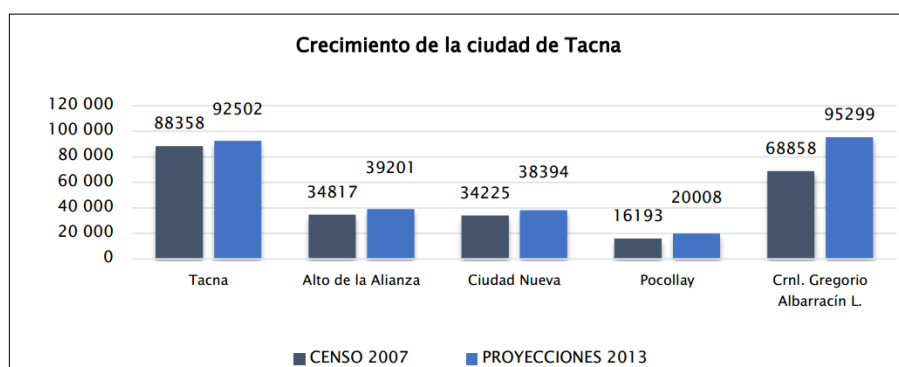
Fuente: INEI/ EPPDEPE/DEEPI

3.2.1.2. Distribución Poblacional de la provincia de Tacna

La población urbana en el año 2007, está constituida por 242 451 habitantes, no obstante se estima para el año 2013 una población de 271 826 habitantes y un crecimiento poblacional de 29 375 habitantes en los últimos 6 años.

La poblacional de la ciudad de Tacna está distribuida esencialmente en el distrito de Tacna (32,30 %) y el distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa (33,34 %).

Grafico N° 3: Distribución poblacional Por Distritos Censo 2007



Fuente: INEI-Censos Nacionales de Población y Vivienda

El censo del año 2007 determina una población de 250 200 habitantes, donde el Distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa se convierte en el segundo distrito más poblado (a

causa de la reubicación de los afectados del sismo del año 2001 y el efecto multiplicador a través de las redes sociales entre migrantes), después del Distrito de Tacna.

Cuadro N° 4: Crecimiento poblacional de la ciudad de Tacna

Distritos	Población por años			
	1981	1993	2007	2013(2)
Tacna	97173	117168	94,428	93818
Alto de la Alianza	(1)	26 872	35 439	36 906
Ciudad nueva	(1)	26 178	34 231	38 400
Pocollay	1 359	10 445	17 113	19 836
Cml. Gregorio Albarracín L	(1)	(1)	68 989	90 789
TOTAL	98 532	180 663	250 200	293 78

Fuente: INEI censos nacionales Población y Vivienda 1993 y 2007
Elaboración Propia

Cuadro N° 5: Distritos con mayor Proporción de Población
Depto. De Tacna 2013

AMBITO GEOGRAFICO		Total	SEXO		%	Razon H/M
			Hombre	Mujer		
PROVINCIA TACNA	TOTAL PROVINCIA	307608	157988	149620	100.00	1.1
	DISTRITO CORONEL GREGORIO ALBARRACIN	104699	53498	51201	34.04	1.0
	DISTRITO TACNA	89707	45308	44399	29.16	1.0
	DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA	39030	20028	19002	12.69	1.1
	DISTRITO CIUDAD NUEVA	37573	19182	18391	12.21	1.0
	DISTRITO POCOLLAY	20566	10812	9754	6.69	1.1
PROVINCIA CANDARAVE	TOTAL PROVINCIA	8323	4586	3737	100.00	1.2
	DISTRITO CANDARAVE	3108	1724	1384	37.34	1.2
	DISTRITO CAMILACA	1597	939	658	19.19	1.4
	DISTRITO CAIRANI	1340	729	611	16.10	1.2
	DISTRITO QUILAHUANI	1193	624	589	14.33	1.1
	DISTRITO HUANAURA	896	452	444	10.77	1.0
PROVINCIA J.BASADRE	TOTAL PROVINCIA	9437	5904	3533	100.00	1.7
	DISTRITO ITE	3481	2146	1335	36.89	1.6
	DISTRITO ILABAYA	3412	2205	1207	36.16	1.8
	DISTRITO LOCUMBA	2544	1553	991	26.96	1.6
PROVINCIA TARATA	TOTAL PROVINCIA	7908	4177	3731	100.00	1.1
	DISTRITO TARATA	3423	1768	1655	43.29	1.1
	DISTRITO SUSAPAYA	806	437	369	10.19	1.2
	DISTRITO ESTIQUE	681	356	325	8.61	1.1
	DISTRITO SITAJARA	674	377	297	8.52	1.3
	DISTRITO TICACO	654	331	323	8.27	1.0
	DISTRITO CHUCATAMANI	642	356	286	8.12	1.2
	DISTRITO ESTIQUE PAMPA	602	333	269	7.61	1.2

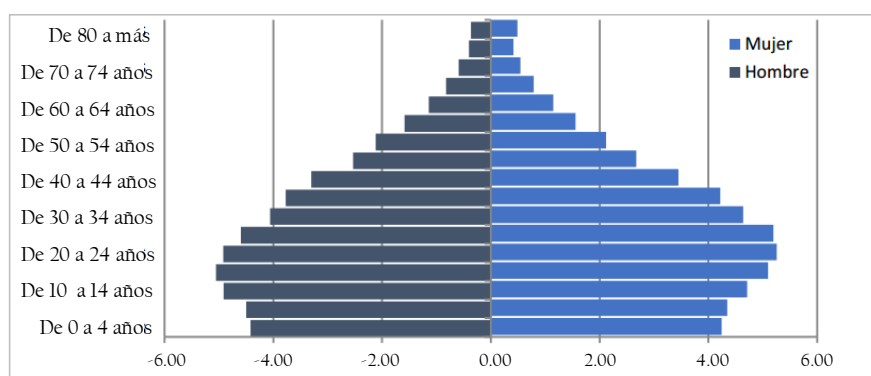
Fuente: INEI/MINSA/EPP-DEPE/RST

3.2.1.3. Composición de la Población según género y edad

La ciudad de Tacna tiene una composición poblacional relativamente equitativa, registrándose 119 055 hombres y 123 396 mujeres que representan el 49% y el 51% de la población de la ciudad de Tacna respectivamente, con un Índice de Masculinidad (IM) de 1,03. Cabe destacar que

el mayor segmento poblacional está conformado por edades comprendidas entre los 15 y 65 años de edad consideradas económicamente productivas, aspecto que contribuye positivamente al desarrollo económico y social de la ciudad de Tacna.

Grafico N° 4: Composición de la Población según Género y Edad



Fuente: INEI-Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 1993 y 2007

3.2.1.4. Situación Económica

En los últimos 10 años, la actividad productiva de Tacna ha registrado un crecimiento promedio anual de 4,7%, menor que el observado a nivel nacional (6,3%). Este resultado responde, principalmente, a la evolución presentada por la minería. Las actividades de comercio y servicios tienen perspectivas favorables de crecimiento, al igual que la construcción y transportes y comunicaciones, sobre todo por el mayor intercambio comercial y de flujo de turistas procedentes de Chile. En el sector agropecuario destacan los cultivos de aceituna y orégano, de larga tradición y liderazgo, que tienden a incorporar cada vez más un mayor valor agregado.

Cuadro N° 6: Crecimiento Sectorial económico de Tacna (variación Porcentual)

	Tacna					Nacional
	2002-04	2005-07	2008-10	2011	2002-11	2002-11
Pesca	30,3	-67,6	-44,3	111,0	-30,2	5-0
Minería	11,0	-4,2	-5,3	-8,2	-0,6	4,3
Manufactura	2,4	10,2	6,3	5,1	6,1	6,3
Construcción	1,7	15,9	3,3	3,6	6,5	9,8
Comercio	3,1	6,6	6,5	7,7	5,6	7,0
Transportes y Comunicaciones	5,0	9,5	6,0	6,3	6,8	7,9
Otros Servicios	4,5	6,0	7,0	5,4	5,8	6,3
Valor Agregado Bruto Tacna	5,5	4,7	4,1	4,1	4,7	
Valor Agregado Bruto Perú	4,6	7,9	6,3	6,8		6,3

Fuente: Instituto nacional de Estadística e Informática / Elaboración Propia

3.2.2. Análisis de la Situación de Salud Mental (Contexto Nacional y Local)

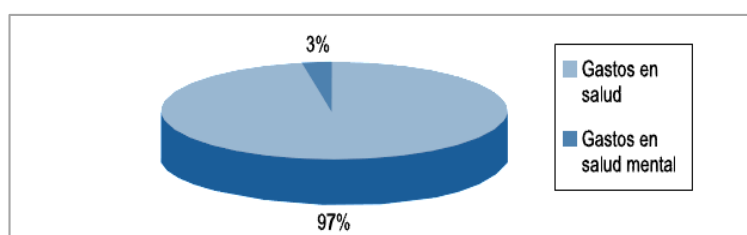
3.2.2.1. Financiamiento de los Servicios de Salud Mental (Contexto Nacional)

El MINSA dirige hacia la salud mental aproximadamente 3% de sus gastos en atención de salud. Siendo el 98% de estos recursos destinados a las tres instituciones psiquiátricas de Lima: Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizán el instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

EsSalud, institución pública de la seguridad social, busca mejorar la calidad de vida de las familias peruanas brindándoles los servicios de salud y las prestaciones socioeconómicas comprendidas en el régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud. Atiende a los trabajadores formales y a sus familias, así como a los trabajadores privados asegurados; cubre una población de aproximadamente 6,5 millones de personas, la cuarta parte de la población total. La atención que brinda esta institución

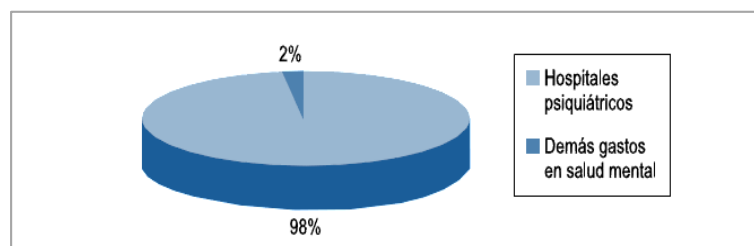
abarca gran parte de los problemas de salud mental y psiquiatría; su abordaje es fundamentalmente asistencial y clínico, con excepción de la conducta suicida. Por otro lado, estos pacientes tienen acceso gratuito a medicamentos psicotrópicos esenciales.

Grafico N° 5: Gasto en Salud para la salud mental



Fuente: MINSA. Análisis de la situación de salud del Perú-2005.

Grafico N° 6: Gasto en Salud Metal dedicado a Hospitales Psiquiátricos



Fuente: MINSA. Análisis de la situación de salud del Perú-2005.

3.2.2.2. Hospitales Generales (Unidades de hospitalización Psiquiátrica en base Comunitaria)

Existen 21 hospitales generales (unidades con servicios de psiquiatría de base comunitaria) que ofrecen servicios de hospitalización en psiquiatría. De este total, 10 pertenecen al MINSA y 6 a EsSalud.

Entre aquellos pertenecientes al MINSA que tenían pacientes hospitalizados en el 2007 tenemos:

Cuadro N° 7: Unidades de Hospitalización Psiquiátrica a Nivel Nacional

Ciudad	Establecimiento
Arequipa	Hospital Aplao
	Hospital Honorio Delgado,
Ica	Hospital Departamental Ica
Junín	Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya
	Hospital de Apoyo Manuel Higa Arakaki
La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo
Puno	Hospital Regional de Puno (Manuel Núñez Butrón
Tacna	Hospital Hipólito Unanue,

Fuente: MINSA / Elaboración Propia

Pese a que existe la norma de atención de salud mental según niveles de complejidad, la que estipula que “el número de camas para hospitalización psiquiátrica no debe ser menor del 5% del total de camas del hospital regional, general y local.

En Lima, los hospitales nacionales cuentan con servicios de psiquiatría y eventualmente se realizan hospitalizaciones, a cargo de médicos psiquiatras. Sin embargo, se tiende a que los pacientes de estos hospitales sean derivados a las instituciones especializadas.

3.2.2.3. Población por Etapas de Vida Región Tacna

Tacna no está excluida de esta problemática, los casos de violencia, adicciones, suicidios, accidentes de tránsito tienen la tendencia a incrementarse. De allí la importancia de implementar acciones de prevención y promoción de la salud mental a nivel de la comunidad individuo y familia. Las múltiples actividades y estrategias que se aplican en la Región de Salud Tacna se evidencian en el presente análisis. (Tabla N° 08)

Cuadro N° 8: Población por Etapas de Vida

Provincia	Población INEI	%
CANDARAVE	8629	2.82
JORGE BASADRE	8206	2.67
TACNA	283394	92.42
TARATA	6416	2.09
TOTAL	306,645	100

Fuente: INEI – MINSA / Elaboración propia

En la red de establecimientos las instituciones que tienen que ver con la atención de trastornos mentales se encuentran Policía Nacional, Centro médico del ejército, EsSalud, universidad privada y nacional, MIMDES, Policía Nacional, Fiscalía, Instituto de medicina legal, juzgado de familia, DEMUNA y comunidades terapéuticas.

Actualmente se ha implementado la estrategia de salud mental en las universidades (OBUN). (Cuadro N° 09, 10, 11, 12, 13, 14)

Cuadro N° 9: Red de establecimientos que intervienen en la Salud Mental Región Tacna

MINSA	PNP	EJERCITO	ESSALUD	UNIVERSIDAD
01 Hospital (CADES)	01Hospital	01 Centro Medico	01Hospital	01OBUN-UPT
17 Centros de salud				01 OBUN-UNJBG
54 Postas de Salud				
72	01	01	01	02

Fuente: INEI – MINSA / Elaboración propia

Cuadro N° 10: Otras Instituciones que brindan atención en Casos de Violencia

MIMDES CEM	MINSTERIO DEL INTERIOR (Policía Nacional)	MINISTERIO PUBLICO (Fiscalía e instituto de Medicina Legal)	Ministerio De Justicia (Juzgado de familia)	Defensoría del Niño Y adolescente (municipalidades)
01	01	01	01	04

Fuente: INEI – MINSA / Elaboración propia

Cuadro N° 11: Otras Instituciones que brindan atención en casos de Adicciones

Comunidad Terapéutica	Comunidad Cristiana	Grupo de AAA
Solidaridad y vida	REMAR (rehabilitación De marginados)	Grupo Tacna
Nuevo Amanecer	a) Varones	Grupo Nueva Vida
La casa de David	b) mujeres	Grupo volver a empezar
San Pedro		Grupo América
		Grupo unidos a la sobriedad
		Grupo institucional
4	1	6

Fuente: INEI – MINSa / Elaboración propia

Cuadro N° 12: Módulos de atención integral de Adicciones en la Región de Salud Tacna

EE.SS	Micro red	Provincia/Distrito	Categoría	Población MR
C.S. San Francisco	Cono Sur	Tacna/Gregorio Albarracín	I-4	75661
C.S. La Esperanza	Cono Norte	Tacna/Gregorio Albarracín	I-3	70511
C.S. Tarata	Tarata	Tarata/ Tarata	I-3	5972

Fuente: INEI – MINSa / Elaboración propia

Cuadro N° 13: Responsables de salud Mental por grupo Ocupacional Año 2009, Región de salud Tacna

Establec. S	Psq	Medico G	Psicolog	Enferm	Odot.	Obst	Ast.S	Téc.	Total
Hospital				1					1
C.S		3	2	12					17
P.S		3		50				1	54
Total		6	2	63				1	72
%		8.3	2.7	87.5				1.38	100
OBUN UPT			1						
OBUN UNJBG			1						
Sanidad Policía				1					
Centro Medico Ejercito			1						

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

Como se puede visualizar en la (Tabla N° 15). El 100% de establecimientos de salud tienen responsables de salud mental y el 87.5% de ellos son enfermeras. Cabe resaltar que las cabeceras de microrred periurbanas no cuentan con psicólogo a tiempo completo, a pesar de tener la mayor población de Tacna.

3.2.2.4. Componentes de Provisión (morbilidad)

En el año 2009, la violencia Intra familiar es la primera causa de trastornos mentales con un porcentaje de 47.99 (Cuadro N° 17).

Esta causa de violencia se dio especialmente en el grupo de adultos 49.21% y en segundo lugar el grupo de niños 30.44%.(Cuadro N° 16)

Cuadro N° 14: Trastornos Mentales según Etapas de Vida
Año 2009, Región de Salud Tacna

Grupo de causa/ Atendidos	Total Acum.	Niño	%	Adol	%	Adul	%	AM	%
Violencia familiar	1337	407	30.44	224	16.75	658	49.21	48	3.59
Trastorno Depresivo	440	8	1.82	95	21.59	247	56.14	90	20.45
Abuso de alcohol	469	0	0.00	147	31.34	283	60.34	39	8.31
Abuso de otras drogas	115	0	0.00	35	30.43	77	66.96	3	2.6
Intento de suicidio	3	0	0.00	1	33.33	2	66.67	0	0
Ansiedad	244	6	2.46	59	24.18	166	68.03	13	5.32
Síndrome y/o trast. Psicótico	23	0	0.00	2	8.70	18	78.26	3	13.04
Otros	155	22	14.19	54	34.84	72	46.45	7	4.51
TOTAL		443	15.90	617	22.15	1523	54.67	203	7.28

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

Cuadro N° 15: Comparación de Trastornos Mentales
Año 2008 - 2009, Región de Salud Tacna

Grupo de causa/ atendidos	2008	%	2009	%
Violencia familiar	694	33.48	1337	47.99
Trastorno Depresivo	346	16.90	440	15.79
Abuso de alcohol	151	7.28	469	16.83
Abuso de otras drogas	59	2.85	115	4.13
Intento de suicidio	7	0.34	3	0.11
Ansiedad	299	14.42	244	8.76
Síndrome y/o trast. Psicótico	105	5.07	23	0.83
Otros	412	19.87	155	5.56
TOTAL	2073	100.00	2786	100.00

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

En relación a los años anteriores la tendencia había bajado hasta un 19% en el 2007, pero en relación a los dos últimos años se visualiza que esta tiende a incrementarse en los casos de violencia de un 33% a 47.9% (Cuadro N° 16 tendencias)

Cuadro N° 16: Tendencia de Trastornos Mentales
Año 2005 - 2009, Región de Salud Tacna

CASOS	2005		2006		2007		2008		2009	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Violencia	2090	42	1272	24	978	19	694	33	1337	47.99
Depresión	754	15	1007	19	817	16	346	17	440	15.79
Drogas	209	4	458	9	504	10	210	10	584	20.96
Psicosis			31	0.6	36	0.7	105	5	3	0.11
Conducta Suicida			6	0.1	2	0.04	7	0.3	244	8.76
Ansiedad			458	9	352	7	317	15	23	0.83
Otros trast.	1879	39	1988	38	2515	48	394	19	155	5.56
TOTAL	4932	100	5220	100	5204	100	2073	100	2786	100.00

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

3.2.2.5. Seguimiento y Consejería en Salud Mental

Se han reforzado estos resultados las sesiones educativas, el taller de habilidades sociales, campañas educativas en salud mental. Para el caso de seguimiento de los casos

diagnosticados con trastornos mentales se han incrementado en las diferentes etapas de vida, las visitas domiciliarias.

La intervención por psicólogo para la psicoterapia a casos, es limitada pues solo en las caberas de microred rurales tienen este personal SERUMS.

Cuadro N° 17: Consejería en salud mental, Región de Salud Tacna

Total	Niño	Adolescente	Adulto	A.Mayor	TOTAL
Violencia familiar	278	74	133	22	507
Trastorno depresivo		88	109	43	240
Abuso de alcohol y drogas		63	105	8	176
Otros		3	4	1	8
TOTAL	278	228	351	74	931

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

El fortalecimiento de las capacidades en el personal de salud de los diferentes establecimientos de salud ha permitido una mejor intervención a los casos con riesgo y trastornos mentales, realizando 20 capacitaciones en diferentes temas de salud mental descentralizada por micro redes. Así mismo han fortalecido la labor en la estrategia de salud mental las reuniones interinstitucionales y las reuniones binacionales.

Cuadro N° 18: Capacitación al personal de salud, Región de Salud Tacna

Capacitación por tema	Ejec.	Beneficiario
Violencia	8	82
T. Depresivo e intento de suicidio	6	145
Abuso de alcohol- drogas	9	260
Otros	4	130
TOTAL	27	167

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

Cuadro N° 19: Capacitación según grupo Ocupacional,
Región de Salud Tacna

PERSONAL DE SALUD	VIF	DEPRESION SUICIDIO	ADICCION	OTROS
Médico general	6	11	26	6
Psicólogo	13	12	6	4
Enfermero	28	62	56	88
Obstetriz	12	33	27	4
Asistenta Social				
Téc. Enfermería.				
Otros	23	27	145	28
TOTAL	82	145	260	130

Fuente: Informe mensual ESSM y CP 2009 / Elaboración Propia

3.2.2.6. Indicadores Hospitalarios

En el servicio de emergencia del Hospital General Hipólito Unanue, durante el año 2013 se ha realizado 28,754 atenciones por las diferentes especialidades con un promedio de 79 atenciones diarias, se puede visualizar que en el último año la tendencia es ligeramente creciente y tiende a incrementarse.

Cuadro N° 20: Atenciones de emergencia por departamento
Hospital Hipólito Unanue

Servicios	2009		2010		2011		2012		2013	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pediatría	5053	17.34	4649	16.70	4220	16.11	4742	17.14	4491	15.72
Medicina	10261	35.22	10081	36.22	9307	35.53	9536	34.47	10177	35.62
Gineco-Obstetricia	5836	20.03	5358	19.25	5139	19.62	5528	19.98	5818	20.36
Cirugia	7983	27.40	7748	27.83	7526	28.73	7862	28.42	8088	28.31
TOTAL	29133	100.00	27836	100.00	26192	100.00	27668	100.00	28574	100.00

FUENTE: Unidad de Estadística. Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos.

Las mediciones registran atenciones en Medicina con 10,177 atenciones (35.62%), seguido de cirugía con 8,088 (28.31%) cabe resaltar que dentro de las atenciones en medicina se encuentra la atención por trastornos mentales o de salud mental en general. (Cuadro N° 22)

Cuadro N° 21: Indicadores Hospitalarios Hospital Hipólito Unanue de Tacna Anual 2013

Servicio	N° Egreso	Días Estancia	Días paciente	Días cama	Grado uso	Promd. Permanenc	Rdimie to.	Interv. sustitución	No cama
Cirugía	1213	8793	14566	16060	90.70	725	27.57	1.23	44
Ginecología	340	1477	2413	2920	82.64	4.34	42.50	1.49	8
Medicina G.	1261	11310	14353	16060	89.37	8.97	28.66	1.35	44
Neonatología	1126	4480	4066	3650	11140	3.98	112.60	-0.37	10
Neumología	250	2487	2100	7300	28.77	9.95	12.50	-20.80	20
Obstetricia	5337	15158	14520	18980	76.50	2.84	102.63	0.84	52
Pediatría	331	1884	3360	5475	61.37	5.69	22.07	6.39	15
Psiquiatría	221	3373	2701	10950	24.67	15.26	7.37	37.33	30
Serciquem	294	2213	4702	8395	56.01	7.53	12.78	12.56	23
u. c. intensivos	59	677	788	1095	7196	11.47	19.67	5.20	3
Total	10432	51852	63569	90885	69.94	4.97	41.90	2.62	2.49

Fuente: Sistema Estadístico – Hospitalización – MINSU/ Elaboración Propia

Cuadro N° 22: Causas Morbilidad General en Emergencia Hospital Hipólito Unanue

Daño	Descripción	Total	%
34	Traumatismo y Envenenamiento	7489	26.21
27	Las demás complic. Embarazo Parto y post parto	3267	11.44
22	Enf. Del Aparato Digestivo	3235	11.32
24	Enf. De otras Partes del Aparato Digestivo	2718	9.51
2	Disentería y Gastroenteritis	2370	8.29
33	Signos Sint. Y Estados Morb. Mal definidos	1683	5.89
25	Enf. Del Aparato Genito Urinario	1352	4.73
21	Las demás Enf. Del Aparato Circulatorio	730	2.55
19	Enf. Sistema Nervioso y de Los Sentidos	728	2.55
18	Trastornos Mentales	699	2.45
	Todas las Demás	4303	15.06
	Total	28574	100.00

Fuente: Sistema Estadístico – Hospitalización – MINSU/ Elaboración Propia

Si bien es cierto las causas de morbilidad en relación a la salud mental no registran un alto índice, estas cifras en los últimos años tienden a incrementarse en cuanto a solicitud de atenciones en las diferentes redes asistenciales de salud en la región de Tacna.

Cuadro N° 23: Hogares con algún miembro con Discapacidad por área de Residencia, según Provincia-2007

Provincia	Total		Urbana		Rural	
	N° de hogares	%	N° de hogares	%	N° de hogares	%
Tacna	8,369	11.0	7,982	11.4	387	7.0
Candarave	341	11.8	224	12.3	117	11.1
Jorge Basadre	268	8.1	164	8.2	104	8.0
Tarata	355	12.5	290	13.4	65	9.6
Total	9,333	11.0	8,660	11.4	673	7.9

Fuente: INEI-Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda/ Elaboración Propia

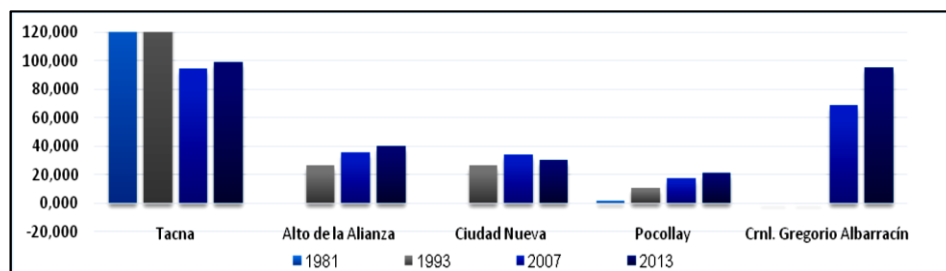
La creciente población y la imperiosa necesidad de brindar servicios de salud, implica ampliación de infraestructura, equipamiento y personal de las Instituciones que brindan estos servicios, por lo que hace imperiosa la necesidad de priorizar la construcción de un hospital, para cubrir la gran demanda y al mismo tiempo la creación de nuevos equipamientos de salud para reforzaran la red asistencial de atención, brindando servicios de calidad y hospitalización en las diferentes especialidades en la región Tacna.

3.3. ANALISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL DISTRITO CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA

3.3.1. Aspecto Socio Demográfico

3.3.1.1. Evolución o Crecimiento Poblacional

El censo del año 2007 determina una población de 250 mil habitantes a nivel departamental, donde el Distrito de Crnl. Gregorio Albarracín Lanchipa se convierte en el segundo distrito más poblado (a causa de la reubicación de los afectados del sismo del año 2001 y el efecto multiplicador a través de las redes sociales entre migrantes), después del Distrito de Tacna.

Grafico N° 7: Tendencias de Crecimiento 1981 - 2013

Fuente: INEI Censos Nacionales 2007

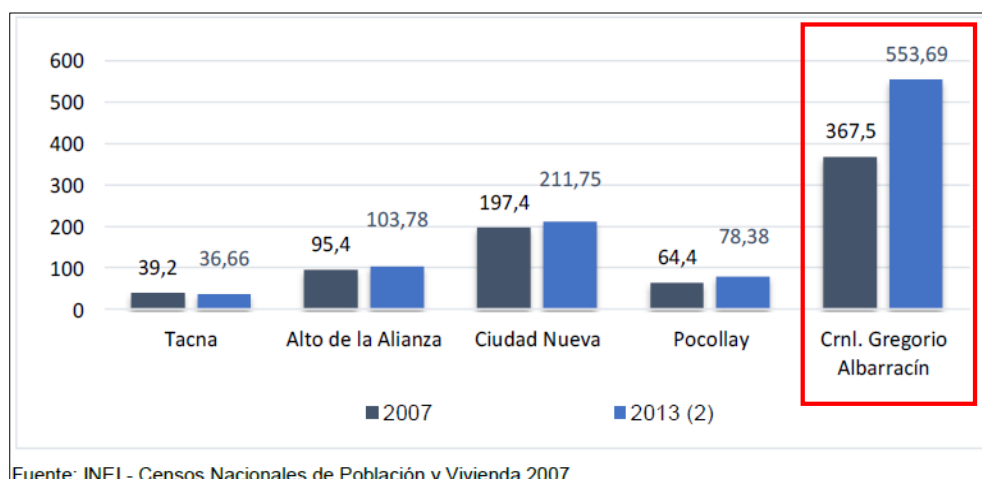
Cuadro N° 24: Proyecciones 2013 - 2023

Distrito	Tacna		Alto de la Alianza		Ciudad Nueva		Pocollay		Crnl. G. Albarracín		Población
	Total	Urbano	Total	Urbano	Total	Urbano	Total	Urbano	Total	Urbano	
2007	94 428	88 358	35 439	34 817	34 231	34 225	17 113	16 193	68 989	68 858	242 451
2013	93 818	87 787	36 906	36 258	38 400	38 394	19 836	18 770	90 789	90 617	271 826
2014	93 717	87 692	37 156	36 504	39 143	39 136	20 331	19 238	95 041	94 860	277 430
2023	92 810	86 844	39 488	38 795	46 509	46 501	25 374	24 009	143 480	143 208	339 357

Fuente: Proyecciones y estimaciones realizadas por el equipo Técnico PAT-PDU 2014-2023

Elaboración: Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023

Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa es el distrito con mayor densidad poblacional: 367,5 hab. / km², cifra que está relacionada con el proceso de evolución de la población, la tasa de fecundidad, el proceso de urbanización y la migración interna. Si bien la tasa de fecundidad es relativamente baja para la ciudad de Tacna, es un distrito que registra mayor número de nacimientos y migrantes cifras que influye directamente su nivel de densidad.

Grafico N° 8: Densidad Poblacional Tacna - 2013

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

3.3.1.3. Composición de la Población por sexo DCGAL

Según el censo XI Población y VI de Vivienda del 2007, la población de la Región de Tacna cuenta con 288,781 habitantes de los cuales 144,528 (50.05%) son hombres y el 144,253 (49.95%) son mujeres, el Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa presenta una población de 68,989 habitantes de los cuales el 33,973 (49.24%) son hombres y el 35,016 (50.76%) son mujeres.

Cuadro N° 25: Población por Sexo DCGAL

Categorías	Casos	%
Hombre	33.973	49,24
Mujer	35.016	50,76
Total	68.989	100,00

Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda - 2007

3.3.1.4. Población por Ciclo de Vida DCGAL

El caso del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, se tiene que la población total es de 68,989.00 mil habitantes, donde el mayor porcentaje de la población lo constituye el grupo Adulto que va de 20 a 59 años de vida (54.8%), luego el grupo adolescente con el 21.3% respecto al total de la población.

Cuadro N° 26: Población por Ciclo de Vida DCGAL

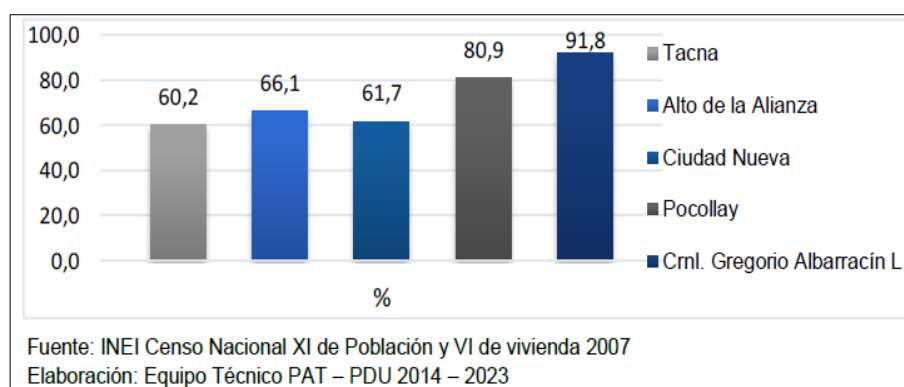
POBLACION POR CICLO DE VIDA		N°	%	TOTAL	TOTAL %
NIÑO	Infancia (< 1 año)	1,281	1.9	14,092	20.4
	Pre - escolar (1 - 4 años)	5,691	8.3		
	De 5 - 9 años	7,120	10.3		
ADOLESCENTE	De 10 - 14 años	7,494	10.9	14,676	21.3
	De 15 - 19 años	7,182	10.4		
ADULTO	De 20 - 30 años	15,065	21.8	37,809	54.8
	De 31 - 44 años	15,534	22.5		
	De 45 - 59 años	7,210	10.5		
ADULTO MAYOR	De 60 a más años	2,412	3.5	2,412	3.5
TOTAL			100.0	68,989	100.0

Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda - 2007

3.3.1.5. Migración

La ciudad de Tacna muestra una población migrante compuesta por 173 564 habitantes que representa el 71,6% de la población total y el distrito que presenta el mayor número de migrantes es Crnl. Gregorio Albarracín Lanchipa con un 91,8 % de su población total.

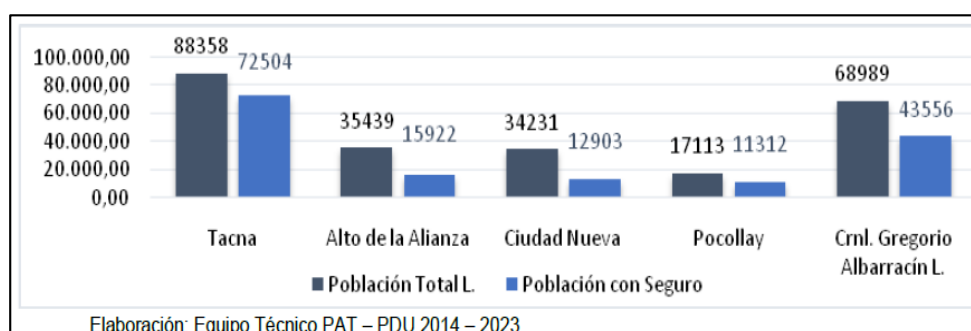
Grafico N° 9: Distribución de la población Migrante según distritos



3.3.1.6. Población con Acceso a un seguro de Salud DCGAL

De acuerdo a lo señalado por el ASIS 2012, en los últimos años se ha evidenciado una disminución en un 5% en la población asegurada, esto debido al proceso de focalización que se ha llevado a cabo desde el año 2010 con el fin de optimizar la elegibilidad de los afiliados al SIS y garantizar el acceso a la población pobre y extremadamente pobre con la desafiliación de personas que ya cuentan con algún tipo de seguro.

Grafico N° 10: Acceso a un Seguro de Salud



3.3.2. Aspecto económico Productivo

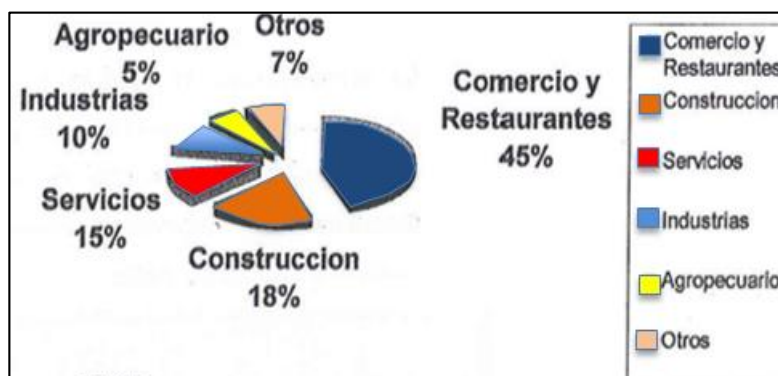
3.3.2.1. Población Económicamente Activa - PEA DCGAL

Se toma en cuenta las características económicas de la población entre 15 y 64 años de edad que se desarrolla en el ámbito laboral.

Se identificó un tipo de población que se desempeña en varios rubros contando con altos o bajos ingresos pero que en general es productiva, esto es la cantidad de personas en edad de elaborar y su distribución en torno a las principales actividades existentes. Se estima que el 38% de la población distrital constituye la P.E.A. lo que significa el 8% de la P.E.A. Departamental.

Las labores que realizan los pobladores del distrito y que representa el mayor porcentaje de la P.E.A. se refieren a actividades terciarias, comerciales y de servicio.

Grafico N° 11: Población Económicamente Activa DCGAL



Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

3.3.2.2. Sectores de Actividad Económica del DCGAL

- **Actividad Comercial**

La actividad y ocupación predominante del distrito es la actividad comercial, construyéndose en la actividad económica con mayor participación de la población

distrital, prueba de ello es la presencia de un gran porcentaje de tiendas comerciales, talleres de carpintería metálica y de madera, ferreterías etc., las cuales se ubican principalmente en la av. Municipal y la av. La cultura que en su mayoría es desarrollada por personas que no han tenido una capacitación técnica adecuada, jugando un papel importante en la dinámica de la población del distrito, ya que estas actividades comerciales es de gran demanda por ser un distrito en crecimiento.

El aumento de la actividad comercial se debe principalmente a la escases de trabajo surgiendo de esta manera el comercio como alternativa en la obtención de ingresos económicos para el sostenimiento de la familia.

Imagen N° 18: Avenida la cultura DCGAL



- **Actividad Industrial y Artesanal**

Las principales actividades industriales que se dan en el distrito son la fabricación de ladrillo y la fabricación de muebles de madera y de metal.

Cabe mencionar que existe un área de terreno destinada a la zona industrial dirigida a la actividad de mediana industria para poder generar movimientos económicos productivos del distrito.

La actividad artesanal se encuentra en el distrito en distintas áreas y lugares del donde sobresale la producción artesanal de bloquetas, que además de concentrarse en la av. Municipal se ubican en los alrededores de las invasiones, este determinado grupo dedicado a esta actividad posee un nivel educativo básico incompleto.

Toma también gran importancia en el distrito la fabricación y producción de muebles en madera y carpintería metálica, estas actividades se ubican en las asociaciones de vivienda y asentamientos urbanos del distrito, se realizan dentro de las viviendas convirtiéndose en viviendas taller siendo de carácter familiar cuentan con un nivel de tecnología básica y en su mayoría mano de obra calificada.

En un recorrido de campo se pudo identificar 11 plantas bloqueteras cuyas unidades eran fabricadas artesanalmente, estas plantas trabajaban en forma independiente sin apoyo financiero de las máximas autoridades del distrito de Cono Sur, cada planta pertenecía a diversas familias.

En muchas de las edificaciones existentes son estructuras autoconstruidas de albañilería donde el material que más se emplea son unidades de arcilla y concreto.

- **Actividad Agropecuaria**

La actividad agropecuaria corresponde el 5% del PEA distrital, los productos que se cultivan en el distrito según informes del ministerio de agricultura son: melocotones (1ha.) Pera (3has.) Vid (4has.) Tuna cochinilla (20has.)

Cabe mencionar que esta actividad la realiza una pequeña parte de la población que trabaja en las chacras ubicadas al extremo oeste del distrito la cual es mínima, pero contribuye en la actividad económica del distrito.

Esta actividad se caracteriza por el empleo de tecnologías tradicionales y contemporáneas según sea su alcance económico.

Cuadro N° 27: Variables productivas de los productos

Agroindustriales 1997-2007

Productos de agroexportación	Año 1997			Año 2007		
	Superficie (Ha)	Rendimiento (Kg./Ha)	Producción (t)	Superficie (Ha)	Rendimiento (Kg./Ha)	Producción (t)
Olivo	1,979	7,172	14,194	6,650	6,462	35,404
Vid	452	14,569	6,585	473	11,367	4,653
Orégano	578	15,830	9,150	1,275	4,147	4,748
Aji fresco	556	7,984	4,439	857	9,926	8,507
Ajos	129	9,612	1,240	50	9,260	463
Cebolla	426	21,955	9,353	711	30,366	21,590
Tomate	172	20,134	3,463	120	27,750	4,653

Fuente: DIA/DRSA.T

Elaboración: OPA/DRSA.T

- **Actividad Productiva: vivienda Taller**

Las características económicas de las viviendas nos permiten tener un amplio conocimiento del comportamiento de las mismas dentro de la estructura productiva del distrito.

La mayoría de las actividades comerciales y productivas se realizan dentro de la vivienda combinando las actividades residenciales con la de vivienda taller y comercio. Existen un buen porcentaje de viviendas entorno al mercado Santa Rosa las mimas que realizan actividades comerciales como abarrotes, talleres de mecánica, carpintería de madera y metálica, ferreterías, restaurantes etc.

Las viviendas taller tienen sus limitaciones como la inadecuada infraestructura y el bajo nivel tecnológico para el desarrollo de estas actividades, cabe resaltar también que no existen centros especializados donde se realicen

estas actividades las mismas que ampliarían el mercado laboral.

El cambio de uso de las viviendas residenciales a viviendas taller es una característica del distrito convirtiéndose en la actividad económica principal del distrito las mismas que remplazan por la falta de empleo en un gran sector de la población del distrito.

Imagen N° 19: Viviendas Taller DCGAL



3.3.3. Aspecto Físico Espacial

3.3.3.1. Estructura Urbana

El distrito Gregorio Albarracín Lanchipa ocupa en la actualidad un área urbana de 175.6 Km², representado aproximadamente 1.2% de la extensión departamental y el 2.4% de la extensión total de la provincia, el límite de expansión urbana se da por el norte con la región Tacna, por el sur limita con la av. Municipal, la vía férrea y terrenos eriazos del estado, por el este con el cerro Arunta y por el oeste limita con el Aeropuerto.

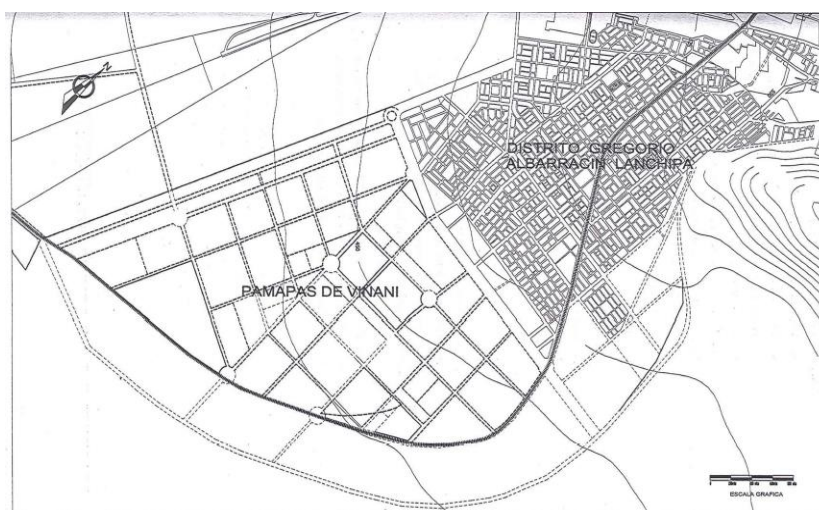
La estructura urbana del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa presenta dos zonas claramente diferenciadas: el distrito

Gregorio Albarracín y las pampas de Viñani (zona de expansión hacia el sur). El distrito concentra mayor cantidad de actividades así como equipamientos y servicios mientras que las pampas de viñani adolece de las mismas.

El modelo urbano plantea una organización reticular la cual está delimitada naturalmente hacia el este por el cerro arunta, originando su extensión hacia el sur donde se encuentra las pampas de viñani.

Como se mencionó anteriormente las pampas de viñani adolece de equipamientos urbanos pero presenta una zona industrial ubicadas hacia el sur.

Imagen N° 20: Estructura Urbana DCGAL



3.3.3.2. Formación y Consolidación Urbana

El distrito Gregorio Albarracín Lanchipa se encuentra ubicado al sur oeste de la ciudad de Tacna, encontrándose en proceso de consolidación existiendo un crecimiento físico hacia la parte sur de la ciudad.

La región de Tacna en los últimos años ha visto incrementado altamente su población, este cambio se debe a la migración

de personas de las partes alto andinas del departamento y de otras regiones en busca de mejores condiciones económicas generando así un crecimiento poblacional, alterando la tendencia urbana histórica que había mantenido progresivamente.

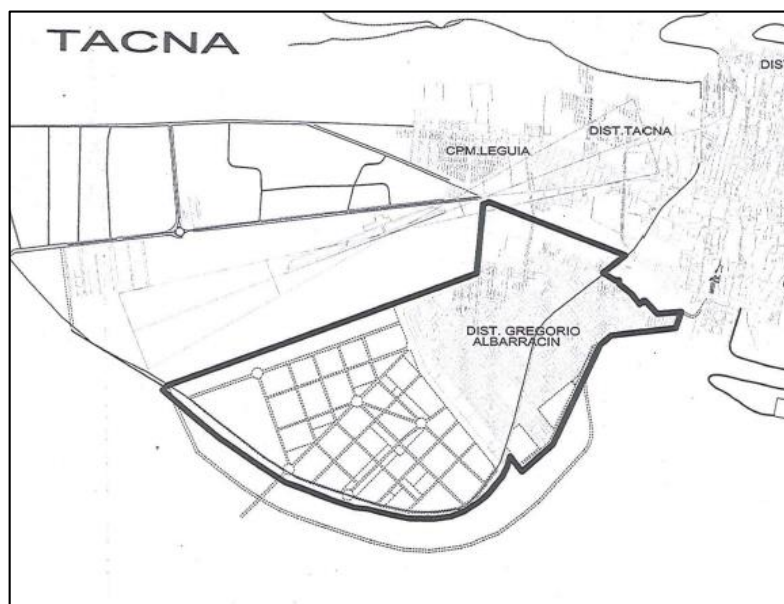
La historia nos remonta a los años de cautiverio de Tacna cuando los esposos Don Juan Ticona Aguilar y Doña Hilda Vázquez ubicaron su fundo en el cono sur de Tacna, comenzando por lo que hoy se conoce como el cuartel Tarapaca, años después la demanda demográfica origino la aparición de más pobladores y por consiguiente edificaciones por diferentes zonas del sector, luego vendría la creación de los programas habitacionales.

A fines de la década de los 90 ante el aumento poblacional y las necesidades de áreas urbanas se destinó terrenos eriazos al sur este de la ciudad de Tacna o sector de Cono Sur. A este sector se le denomino centro poblado Nueva Tacna, y debido al aumento poblacional es que se vio la necesidad de darle el título de distrito que contaba con una población aproximada de 41,591 habitantes.

A fines del año 2000 e inicios del año 2001 mediante decreto supremo ley N° 27415 Ley de demarcación territorial publicado el 03 de febrero del 2001 se crea el distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa.

El desarrollo urbano del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa no se detiene, la consolidación de viviendas es predominante el crecimiento poblacional es acelerado, esto debido también al evento sísmico ocurrido el 23 de junio del año 2001, generando el desplazamiento poblacional hacia el distrito y ocupando todo los terrenos erizaos de lo que es el sector llamado las pampas de viñani.

Imagen N° 21: Consolidación Urbana DCGAL



3.3.3.3. Equipamiento Urbano

La concentración de equipamientos más importantes se da en el núcleo del distrito, por otro lado viñani se comporta como elemento concéntrico de crecimiento urbano, mostrando ausencia y precariedad en los establecimientos existentes, como locales de reuniones, sociales, deportivas etc.

Comercio: predomina el comercio menor de abarrotes, ferreterías y otros.

Servicios: predominan los servicios de restaurant. Por otro lado la aparición de talleres de metal mecánica, servicio eléctrico, talleres de carpintería de madera y metálica.

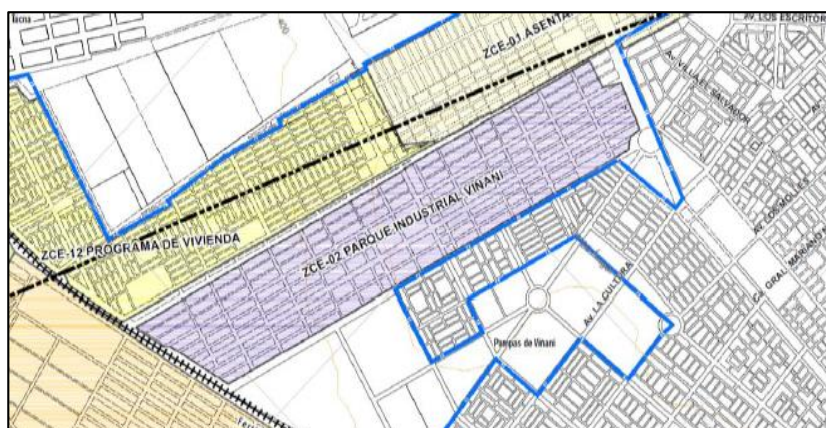
La zona industrial abre horizonte para el sector y con él las posibilidades de la oferta y la demanda, mayores posibilidades de empleos, calidad de mano de obra en los diferentes rubros y actividades económicas.

3.3.3.4. Parque Industrial Viñani

Cuenta con un área de 209,13 ha, colinda por el norte y el este con el conglomerado urbano, por el sur con ZCE-03, y por el oeste con la ZCE-01. Al no existir actualización del Plan Director de la Ciudad de Tacna 2001-2010 referida a la zonificación de la ZCE-02, esta mantiene su zonificación I1 – Industrial elemental y complementaria, y sus compatibilidades correspondientes.

Al igual que la ZCE-01, no existe grado de ocupación en el sector, encontrándose la mayoría del terreno abandonado, o con construcciones provisionales que carecen también de uso.

Imagen N° 22: Parque industrial de Viñani DCGAL



3.3.4. Aspecto Físico Biótico

3.3.4.1. Características Físico Naturales

El espacio físico natural del Distrito (relieve, clima, suelos, biodiversidad, hidrología, áreas naturales, zonas de vida, etc.) describe la problemática ambiental del mismo derivada de los procesos de alteración y contaminación por las actividades humanas.

Asimismo se realiza la descripción de los peligros naturales y antrópicos que afectan a la ciudad de Tacna, y por ende al distrito Gregorio Albarracín Lanchipa se hace un análisis de vulnerabilidades y los riesgos.

Imagen N° 23: características físico naturales del DCGAL



3.3.4.2. Fisiografía

El Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa presenta unidades morfológicas fisiográficas de Costa, constituida por; pampas y una amplia llanura aluvial. Estas formas de relieve son moderadamente onduladas con vegetación muy escasa; y que por su calidad de suelos de origen aluvial, coluvial y eólico posibilitan su uso para la agricultura intensiva.

a) Llanura aluvial

Su relieve es plano o ligeramente ondulado, Aun cuando las lluvias son escasas, por su alta fertilidad los suelos aluviales son aprovechados para algunos tipos de cultivos que se desarrollan en el sector como son; alfalfa, maíz, vid, frutales y otros. Su altitud varía desde los 0,0 a 800 m.s.n.m.

Imagen N° 24: llanura aluvial del DCGAL



b) Clima

El distrito CGAL, por su ubicación geográfica dentro de la zona climática subtropical presenta características propias de un clima templado cálido; donde las temperaturas oscilan regularmente entre el día y la noche; las lluvias son insignificantes e irregulares en años normales; existe alta nubosidad; y se perciben dos estaciones bien contrastantes: el verano (Diciembre – Marzo) y el invierno (Julio – Setiembre), mientras que el otoño y la primavera son estaciones intermedias.

c) Temperatura

Las temperaturas medias alcanzan la máxima de 27,2°C en verano (Febrero) y la mínima de 9,5°C en invierno (Julio), tal como lo señalan los registros de la Estación Climática Jorge Basadre – Tacna en el año 2000.

Es importante considerar la ocurrencia del fenómeno El Niño con una cierta regularidad de 4 años, fenómeno climatológico regional que ha rebasado el ámbito mundial por los cambios climáticos que acarrea y el efecto destructivo del incremento anormal de la temperatura del aire y del mar en el período interanual de Diciembre – Marzo.

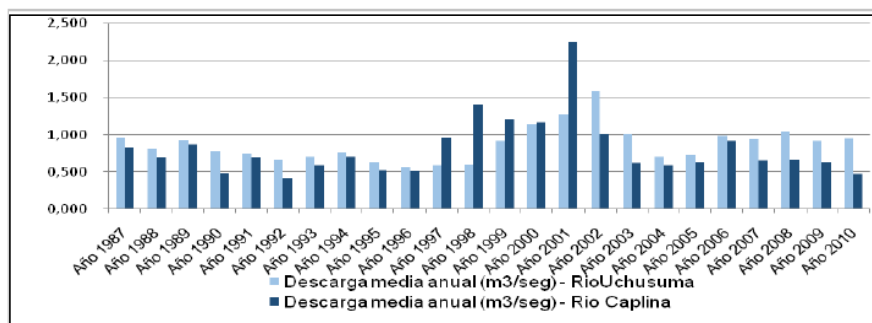
d) Humedad

Los valores más altos de humedad del aire se registran durante los meses de junio, julio y agosto, es decir durante la estación del invierno, oscilando entre 80% y 81 %. Los valores más bajos de humedad del aire se registran durante los meses de enero, febrero y marzo, es decir durante la estación del verano, oscilando entre 69 % y 79%.

e) Aguas superficiales

Las mediciones de los caudales registran como promedio anual para el río Caplina durante el período 1987-1996 un caudal de 0,63 m³/s.; y para el río Uchusuma en el período similar un caudal de 0,75 m³/s.²¹. Las mediciones de los caudales registran como promedio anual para el río Caplina durante el período 2001-2010, un caudal de 0,84 m³/s.; y para el río Uchusuma en el período similar un caudal de 1,01 m³/s.

Grafico N° 12: Descarga media anual Rio Caplina – Rio Uchusuma



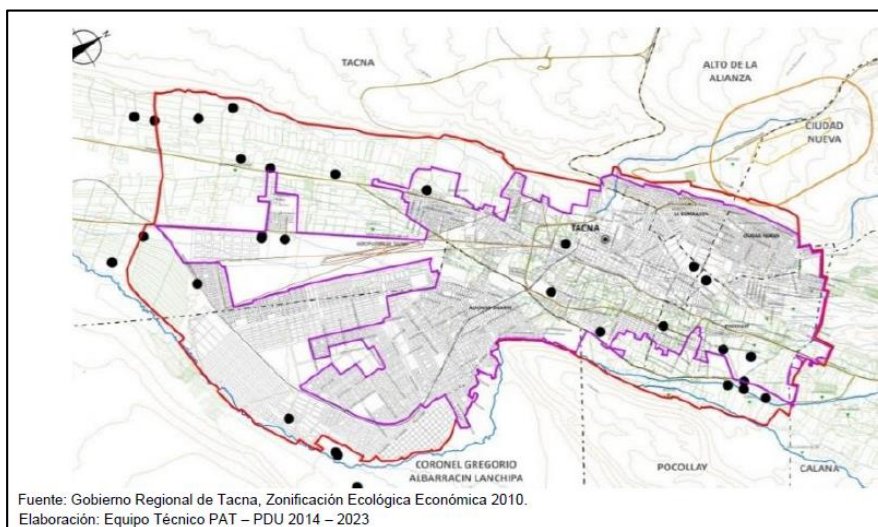
Fuente: SENAMHI

Elaboración: Equipo Técnico PAT – PDU 2014 - 2023

f) Aguas superficiales

Se concluye que ante la irregularidad y escasez de los recursos hídricos cabe conocer sus particularidades y preservarlos a través de su uso racional. Otra importante fuente de recurso hídrico para la ciudad de Tacna son los pozos de Viñani, los cuales fueron perforados hace casi 10 años, y se implementó un sistema de bombeo conformado por el pozo PV1 y PV2, con un caudal de 61 y 92 l/s respectivamente, este último paralizado en el 2011. Asimismo se ha implementado el nuevo sistema de bombeo Viñani con los pozos PV3 y PV4 con un caudal de 90 l/s y 92 l/s respectivamente, esta agua abastece en forma directa al sector de Viñani, es un sistema aislado que no se encuentra conectado con el sistema antiguo.

Imagen N° 25: Ubicación de Pozos Hídricos



g) Ecosistemas del Distrito

Considerando las características fisiográficas del terreno, el tipo de vegetación reinante y el uso potencial, se tiene 02 tipos de zonas de vida, empleando como sistema de clasificación del mundo de L.R. Holdrige.

Desierto desecado – templado cálido

Presenta temperaturas entre 17 y 22 °C. Por su carácter desértico el terreno en esta zona de vida no posee potencial agropecuario o forestal. Solamente donde el terreno lo permite, por su configuración, carácter edáfico y accesibilidad a los ríos semipermanentes existen pequeñas áreas regables y adaptadas al cultivo.

Desierto superarido – templado cálido (ds – Tc)

Los suelos se asientan sobre un material de origen volcánico, con una superficie suave sin pendientes bruscas y sin la presencia de pedregosidad. Sus temperaturas moderadas oscilan entre 13 y 17°C, y temperaturas extremas 5,4°C La tierra es utilizada en aquellos lugares donde se cuenta con riego permanente, prosperando cultivos hortícolas, frutales, olivo y alfalfa, principalmente.

3.4. ANALISIS Y DIAGNOSTICO DEL LUGAR

3.4.1 Aspecto físico Espacial

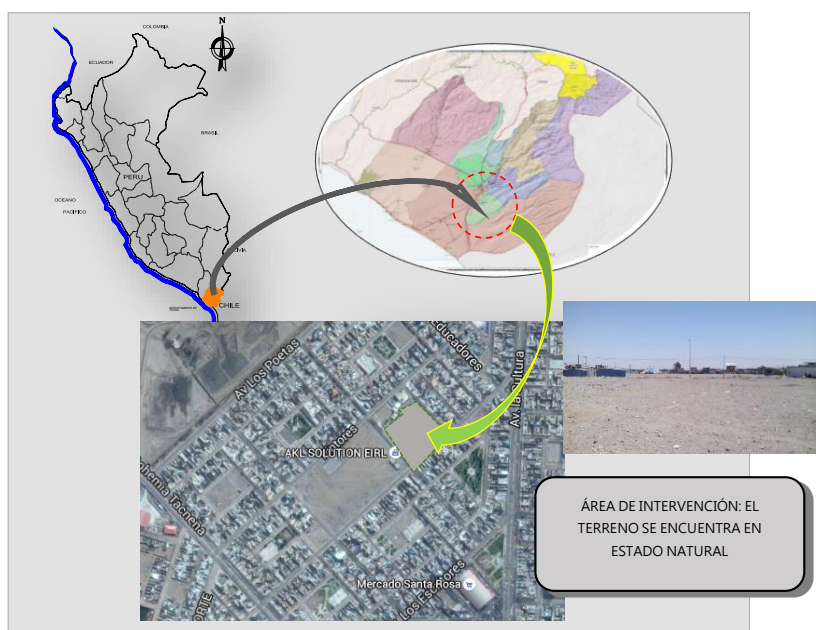
3.4.1.1. Ubicación Y Localización

El terreno se encuentra ubicado en el Distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa que pertenece a la provincia de Tacna, tiene un área de 8,141.71 m² y 368.60 ml, se ubica en la av. Los Historiadores (vía principal de acceso al terreno) además limita con la avenida los músicos y la calle Pedro muzzo.

La zonificación según el nuevo Plan de Desarrollo Urbano Tacna 2014- 2023 corresponde a Otros Usos (OU) y una parte a Servicios Complementarios de Salud (H1) en una zona residencial baja media rodeado por algunas casas y terrenos destinados para equipamientos de educación y recreación. Está ubicado en un lugar cercano al casco urbano del distrito.

El perímetro del terreno es el siguiente; por el Norte el perímetro que colinda con la calle Pedro muzzo tiene una medida de 102.51 ml, por el Este el perímetro que colinda con la Av. Los Historiadores mide 85.07 ml, por el Oeste el perímetro que colinda con la junta Vecinal Unión y equipamientos urbanos tiene una medida de 102.46 ml, por el Sur el perímetro que colinda con la Av. Los Músicos mide 88.45 ml. El terreno se encuentra con inscripción definitiva en SUNARP (Súper Intendencia Nacional de Registros Públicos) a favor de la Municipalidad Distrital Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa.

Imagen N° 26: ubicación de Terreno



LIMITES Y PERIMETRO	
Por el norte	Con la calle Pedro Muzzo con 97.65 ml
Por el Este	Con la Av. Los historiadores con 82.33 ml
Por el oeste	Con la J. vecinal Unión y otros equip. Con 103.82 ml
Por el Sur	Con la Av. Los Músicos con 88.28 ml

3.4.1.2. Topografía

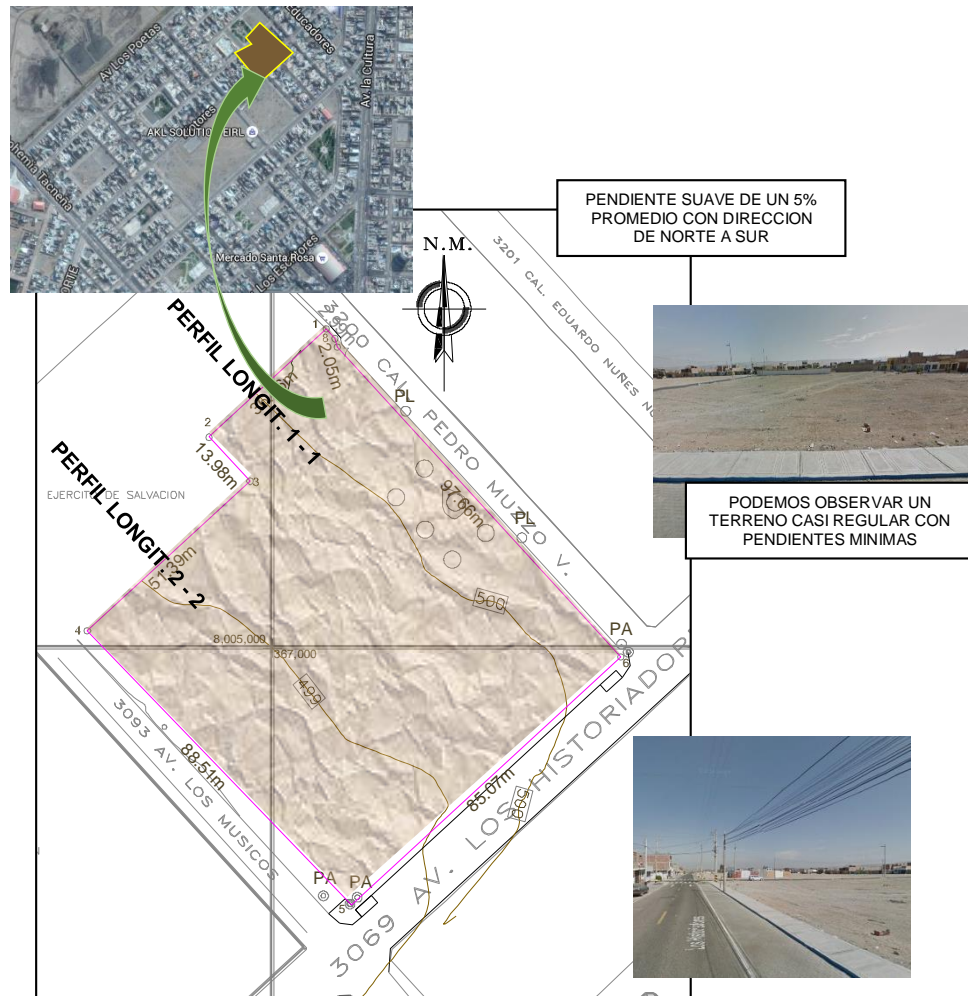
El terreno tiene una topografía plana y regular con una pendiente suave de un 5% promedio con dirección norte – sur, Podemos observar un terreno casi regular con pendientes mínimas.

La topografía plana permite simplificar los trabajos de agua y desagüe.

La zonificación es R3 por lo que se puede establecer edificaciones de densidad media.

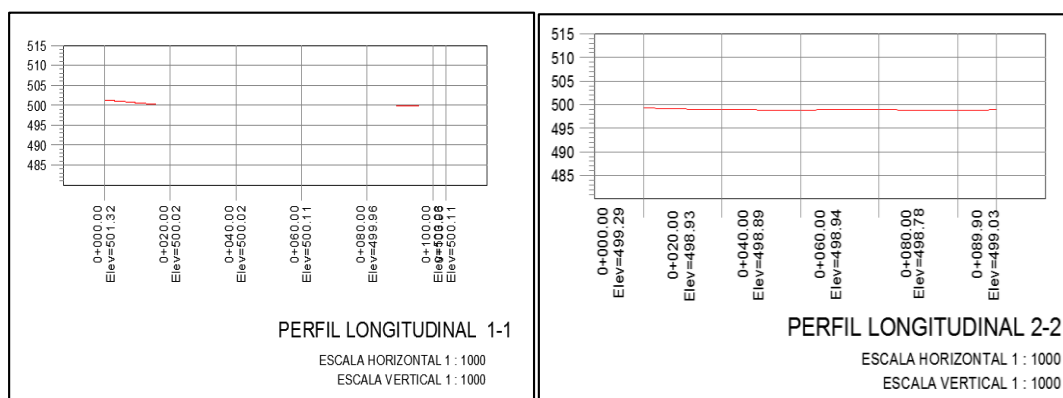
A pesar de que se presentan las respectivas pendientes este terreno no ha sido afectado por algún fenómeno natural. La superficie del terreno es semi - llano y pedregoso.

Imagen N° 27: Topografía



○ **Perfiles del Terreno**

Cuadro N° 28: Perfiles del Terreno

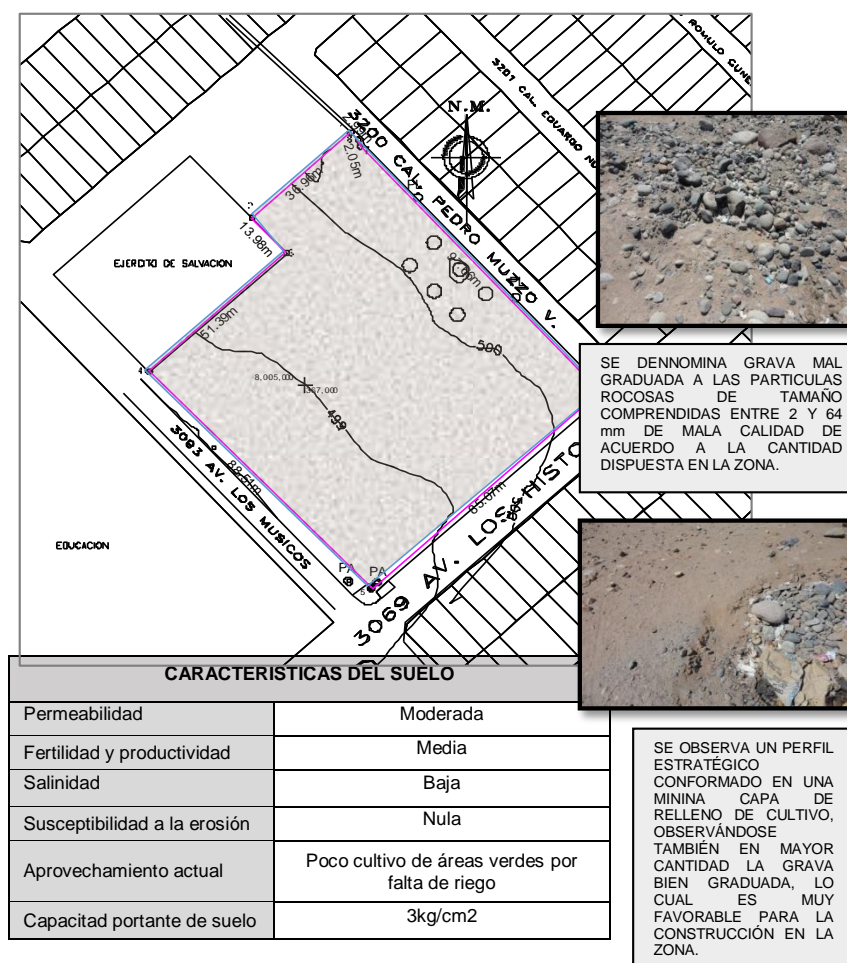


3.4.1.3. Estructura Urbana

○ (Usos de suelos)

Según los resultados de campo la zona de estudio está formada por dos tipos de suelo una grava pobremente graduada y una grava bien graduada que presenta valores de 0.124 % en peso de sales solubles y con 0.0396 % en peso de sulfatos. Por los tanto se puede decir que el material de la zona puede ser usado como material para construcción en ejecución de obras. En la investigación de suelos mediante la apertura de calicatas tomadas como muestra. No se detectó la presencia de nivel freático.

Imagen N° 28: Usos de suelo



Fuente: Elaboración Propia

B. Altura de Edificación

El terreno se encuentra bordeado por tres vías, una de ellas de carácter principal y dos secundarias, y son las siguientes:

Imagen N° 30: Altura de Edificación



Fuente: Elaboración Propia

C. Estado de Conservación

El estado de las vías que limitan con el terreno en general se encuentran totalmente consolidadas y en buen estado de conservación, tanto las veredas, estacionamientos y vías de tránsito de doble sentido. Lo que si se observa es ausencia áreas verdes, árboles o sardineles con jardines en todas las vías que bordean el terreno lo que no ayuda en el paisaje urbano.

En cuanto a las viviendas la mayoría se encuentran en buen estado de conservación por tratarse de un distrito joven en vías de desarrollo y consolidación urbana.

Imagen N° 31: Estado de Conservación



D. Material Predominante

El material predominante en la zona donde se desarrollara el proyecto se caracteriza por contar en su mayoría con viviendas de material noble, las edificaciones están construidas con muros portantes y losas de entepiso de hormigón armado y en los interiores muros con tabiquería de ladrillo y cemento.

3.4.2.2. Transporte - Flujos

Flujo peatonal.- Los flujos peatonales se clasificaran en 3 tipos por su consideración e importancia las que conectaran con el sector de estudio donde se desarrollara el proyecto.

Imagen N° 33: Transporte - Flujos



Fuente: Elaboración Propia

Flujo Vehicular.- La intensidad de flujo vehicular representa una variable importante en la zona de estudio la misma que se clasifica en tres tipos por su consideración e importancia las que conectaran con el sector de estudio donde se desarrollara el proyecto.

Imagen N° 34: flujo vehicular



Fuente: Elaboración Propia

3.4.3 Infraestructura de Servicios

3.4.3.1. Agua

En el Distrito la Entidad Prestadora de Servicios (EPS) tiene a su cargo la prestación del servicio de agua potable.

Cabe resaltar que la ciudad de Tacna, se encuentra en zona desértica, por lo tanto el recurso hídrico para consumo humano es insuficiente, repercutiendo en el distrito, por lo que para superarlo la zona de viñani se abastece de fuente subterránea mediante dos pozos perforados.

Respecto al abastecimiento de agua en las viviendas del distrito, debemos decir que, el 54.99% tiene red pública dentro de la vivienda, el 38.40%, utiliza el pilón de uso público, el 3.49% tiene red pública fuera de la vivienda, el 0.83% adquiere del camión – cisterna u otro similar el 0.42% posee pozo, el 0.04% adquiere del río, acequia, manantial o similar, el 1.19% posee del vecino y el 0.64% posee otro tipo.

Cuadro N° 29: Abastecimiento de Agua

Categorías	Casos	%
Red pública Dentro (Agua potable)	12,086	54.99%
Red Pública Fuera	767	3.49%
Pilón de uso público	8,439	38.40%
Camión, cisterna	182	0.83%
Pozo	92	0.42%
Río, acequia	9	0.04%
Vecino	262	1.19%
Otro	141	0.64%
Total	21,978	100.00%

Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda - 2007

3.4.3.2. Desagüe

En el Distrito se está manejando el sistema de tratamiento de aguas servidas y su reversión al uso agrícola, tiene dos plantas de tratamiento de aguas servidas desde hace 25 años, con una capacidad de 100l/s en 4 lagunas de aireación, el inconveniente es que está actualmente en una zona poblacional, que ocasiona trastornos al medio ambiente y a la salud.

En cuanto a la conexión de servicios de desagüe, se observa que 53.47% tiene red pública dentro de la vivienda, los que no tiene son el 8.85% y tienen pozo ciego o letrina, el 10.12% posee pozo séptico, para su servicios higiénicos, el 2.43% tiene red pública fuera de la vivienda, y el 14.13 % no posee ninguno de los tipos mencionados.

Cuadro N° 30: Red de servicios de Desagüe

Categorías	Casos	%
Red pública dentro de la Viv.	11,752	53.47%
Red pública fuera de la Viv.	534	2.43%
Pozo séptico	2,225	10.12%
Pozo ciego	3,878	17.64%
Río, acequia	484	2.20%
No tiene	3,105	14.13%
Total	21,978	100.00%

Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda - 2007

3.4.3.3. Energía Eléctrica y telefonía

El Distrito, recibe energía de las Centrales hidroeléctricas Aricota I y II y de las termoeléctricas de Calana y Para. Se tiene que el 70.67% posee alumbrado, y una gran parte de la población 29.33% no posee alumbrado en sus viviendas por lo que el tipo de alumbrado que utilizan son velas, kerosene que se utiliza como combustible de mecheros y lamparines, petróleo/gas (lámpara) y otros.

En cuanto a los servicios de telefonía e internet el 64% del distrito cuenta con este servicio en domicilio, cabe resaltar que actualmente este servicio se ha visto remplazado por los teléfonos móviles y en muchos casos se están dando de baja el servicio de telefonía a domicilio.

3.4.4 Características Físico Naturales

3.4.4.1. Fisiografía

El Distrito Coronel Gregorio Albarracín Inchiapi presenta unidades morfológicas fisiográficas de Costa, constituida por; pampas y una amplia llanura aluvial. Estas formas de relieve son moderadamente onduladas con vegetación muy escasa; y que por su calidad de suelos son de origen aluvial, coluvial y eólico posibilitan su uso para la agricultura intensiva.

3.4.4.2. Clima

El distrito CGAL, por su ubicación geográfica dentro de la zona climática subtropical presenta características propias de un clima templado cálido; donde las temperaturas oscilan regularmente entre el día y la noche; las lluvias son insignificantes e irregulares en años normales; existe alta nubosidad; y se perciben dos estaciones bien contrastantes: el verano (Diciembre – Marzo) y el invierno (Julio – Setiembre), mientras que el otoño y la primavera son estaciones intermedias.

- **Temperatura.-** La temperatura en el sector de estudio es de 22° C llegando a una máxima de 28° C y una mínima de 9° C.

Cuadro N° 31: Temperatura

AÑO	TEMPERATURAS MEDIAS (°C)			PRECIPITACION TOTAL (mm)
	MAXIMA	MINIMA	PROMEDIO	
2008	28.5	9.1	19.1	5.4
2009	28.1	9.2	18.6	10.0
2010	28.0	13.1	20.5	81.1
2011	29.7	10.4	20.0	30.6
2012	27.3	9.5	18.4	12.5
2013	27.2	9.5	18.3	46.1

Fuente: INDECI/ Elaboración propia

PROMEDIOS POR ESTACIONES	
Verano	27.2°C
Otoño	16.5°C
Invierno	12.5°C
Primavera	22.3°C



- **Humedad Relativa.-** El sector presenta una humedad similar al distrito de Tacna entre los 18°C y 22°C, el promedio anual alcanza entre los 60% y 81%.
- La zona presenta una humedad media alta por lo que es necesario tener en cuenta la solidez de los materiales en la edificación, también para los acabados de pintura.

PROMEDIOS POR ESTACIONES	
Verano	60%
Otoño	75%
Invierno	81%
Primavera	70%
- **Precipitaciones Pluviales.-** Las precipitaciones pluviales son mínimas e irregulares variando de finas garuas en la costa durante el invierno hasta máximas de 80 mm en verano. Debido a las escasas precipitaciones no será estrictamente necesario el uso de techos inclinados pero si considerar las respectivas pendientes hacia las canaletas o sumideros.

3.4.4.3. Vegetación

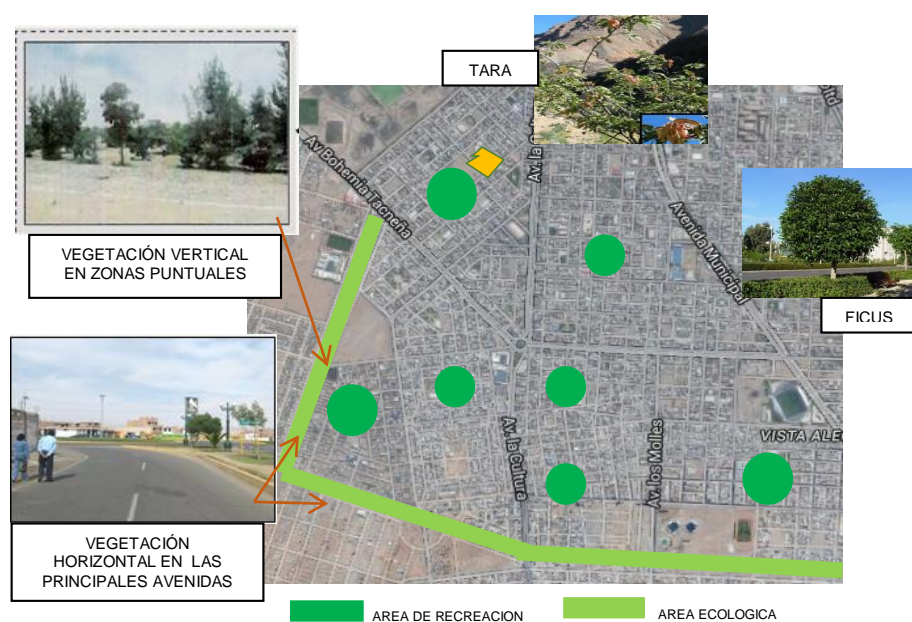
En sector analizado es un medio árido con notoria ausencia ecológica y áreas verdes, en el cual influye las carencias de fuentes naturales de agua y el tipo de suelo por el que está compuesto es de gravas y arena cuyas partículas tienen dimensiones variadas no apta para la vegetación: la misma que se presenta de dos formas.

Verde Vertical: son los árboles que se observan en zonas puntuales mínimas como la av. El deporte plantaciones de frutas y olivos.

Verde horizontal: como se observa en las imágenes en determinadas vías de doble sentido entre ellos tenemos la av. Bohemia Tacneña, la av. La Cultura y av. Municipal.

Por lo tanto como parte del proyecto se deberá considerar programas de reforestación, principalmente con especies del área de influencia, que sean de porte medio alto con el fin de amortiguar el ruido generado en los alrededores por la acción de los automotores al colindar con la carretera internacional CA02 - y modular el micro clima.

Imagen N° 34: Vegetación

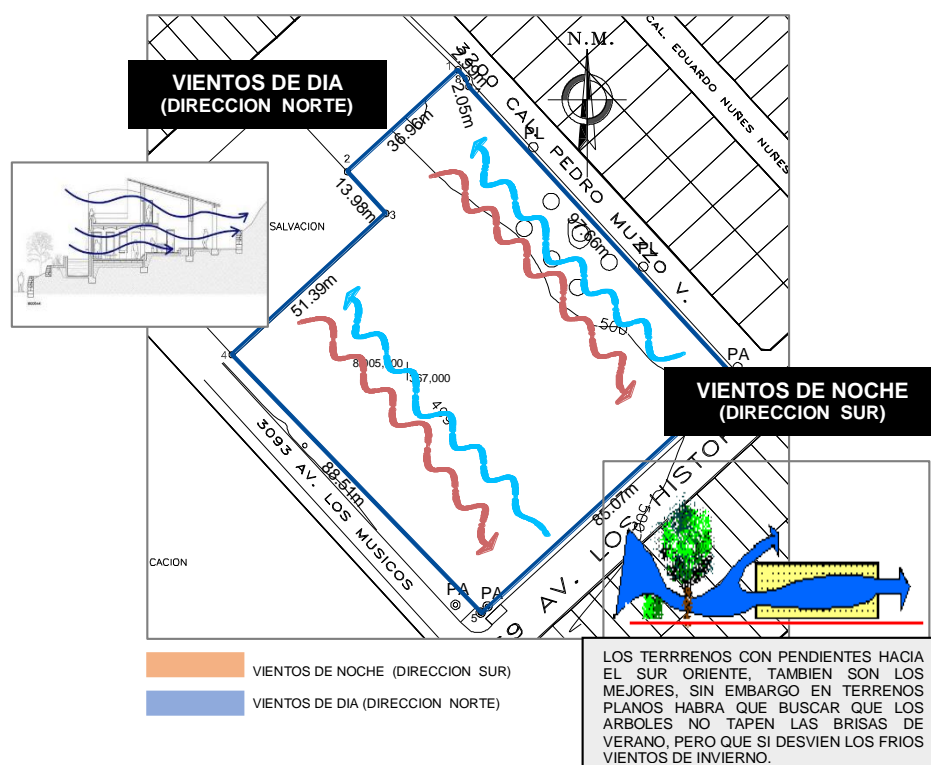


3.4.4.4. Vientos

Las velocidades medias de los vientos en el área de estudio son:

- En el mes de marzo, abril y mayo, el rumbo dominante del viento es el sur-este con una velocidad media de 5.2km/hora conociéndose con el nombre de ventisca.
- El viento presenta mayor velocidad en época seca que en la lluviosa.
- En la zona sur del terreno, las brisas del sur de cierta manera son obstaculizadas por las viviendas circundantes, ayudando a que estas no incidan de forma directa con el lugar, lo que provoca que la velocidad sea moderada y dispersa, convirtiéndola en un factor climatológico importante y característico del lugar en relación a su entorno.

Imagen N° 35: Vientos



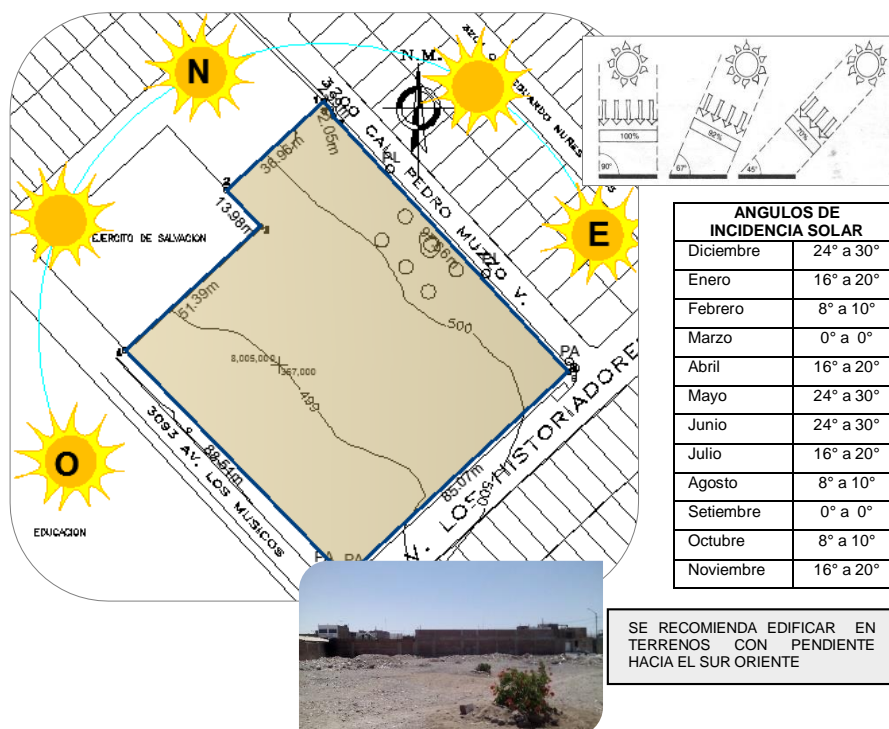
3.4.4.5. Asoleamiento

En la realización de un proyecto es necesario conocer la incidencia de los rayos solares y cómo influyen en este para alcanzar el confort térmico adecuado de la propuesta, por lo tanto se debe conocer la geometría solar y las características del mismo lo que permitirá lograr espacios habitables adecuados y regular el efecto de incidencia solar en aquellos donde predomine la radiación solar. El análisis realizado determina las siguientes características:

- La zona de estudio recibe una incidencia solar de 10 horas de sol por día y en invierno 6 horas de sol por día.
- Dentro de la zona no existe ningún control solar por la carencia de vegetación arbórea que intercepten y bloqueen el asoleamiento directo hacia el eje.

Por lo tanto se deberá tomar en cuenta esta condicionante en el desarrollo del proyecto.

Imagen N° 36: Asoleamiento



3.4.4.6. Geología

Tacna y sus distritos se encuentra en la repisa continental formada por rellenos aluviales, derrames lávicos, acumulaciones piroclásticas y cenizas volcánicas; del Cuaternario Pleistoceno; así como, por las acumulaciones fluviales del Cuaternario Holoceno o Reciente. Estas características litológicas determinan zonas geotécnicas diferentes en la ciudad de Tacna:

Zona de materiales fluviales (bloques, cantos, gravas y arenas), de buenas propiedades geotécnicas para las construcciones. Ubicada en el fondo del valle y en especial en el sector del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa sobre la cual se asienta la ciudad.

Zona de materiales piro clásticos y cenizas volcánicas (materiales finos muy frágiles), de baja resistencia; sobre todo cuando se encuentran formando laderas de moderada a fuerte pendiente, como es el caso del flanco norte del valle Caplina donde se ubican los distritos de Alto de La Alianza y Ciudad Nueva.

Las invasiones que se ubican en dichas zonas están expuestas a riesgos de asentamiento, por el exceso de carga muerta o la ocurrencia de sismos de gran intensidad.

3.4.4.7. Geomorfología

El medio en el cual se encuentra el distrito y la ciudad de Tacna en general, presenta un escenario dominado por la morfología de la repisa costanera, formado por planicies y valles desérticos.

Cuadro N° 32: Unidades Geomorfológicas

SISTEMA	UNIDAD	DESCRIPCIÓN
Fluvial	Río y Lecho Fluvial	Medio fluvial seco; con crecidas y flujos de barro en épocas de lluvia, zona de alto riesgo.
		Lechos secos, con flujo de huaycos muy excepcionales, zona de riesgo.
		Abanico aluvial formado por el río Uchusuma, invade la quebrada Viñani.
	Lecho de Huayco	Llanuras aluviales formadas por acumulación y relleno de valles antiguos.
	Abanico Aluvial	Pampas formadas por acumulación y relleno fluvial de la depresión costanera entre las cordilleras costaneras y los andes.
	Terrazas Aluviales	Taludes formados por desgaste y encajamiento fluvial entre las pampas.
Repisa Continental	Planicies Costanera	Taludes formados por desgaste y encajamiento fluvial entre las pampas. Relieve colinoso formado por desgaste hídrico en derrames volcánicos.
	Taludes	Taludes formados por desgaste y encajamiento fluvial entre las pampas.
Montañoso	Taludes Colinas Bajas	Relieve colinoso formado por desgaste hídrico en derrames volcánicos. Terrazas fluviales irrigadas.
	Colinas Bajas Tierras de Cultivo	Medio urbano metropolitano Medio Agrícola en proceso de urbanización (Huertos campestres)
Antrópico	Medio Urbano	
	Medio Agro-Urbano	

Fuente: Municipalidad Provincia de Tacna, Plan Director de la Ciudad de Tacna 2001-2010

a) Unidades Geomorfológicas del sistema Fluvial

El sistema morfológico fluvial en el que se encuentra la ciudad de Tacna, es complejo y muestra una dinámica evolutiva histórica muy activa, ligada a los diversos episodios climáticos y de erosión, con alternancia de periodos muy lluviosos y secos.

Es importante destacar que el lecho natural del río Caplina, aguas debajo de Calana (peligro), ha sido totalmente transformado por la ocupación urbana de la ciudad de Tacna (actual Av. Leguía); para lo cual se ha construido un canal de derivación hacia el río Uchusuma, desde Peligro hasta Piedras Blancas; así como un canal de derivación del río Uchusuma hacia la quebrada Viñani, siguiendo el pie del cerro Arunta.

b) Unidades Geomorfológicas del sistema Costanero

El entorno geomorfológico del valle Caplina está constituido por las planicies costeras; formadas por la acumulación aluvial y volcánica con derrames tufáceos; durante el Cuaternario Pleistoceno. El encajamiento fluvial entre las planicies costeras, ha dado lugar a la

formación de los taludes; que bordean el valle y la ciudad de Tacna. De igual forma las superficies colinosas.

c) Unidades Geomorfológicas del sistema Antrópico

Los procesos que inciden en el escenario de la ciudad de Tacna corresponden fundamentalmente a las transformaciones realizadas por la población. Estos se clasifican en Tierras de Cultivo, medio urbano y medio agro urbano.

3.4.4.8. Ecosistemas

Considerando las características fisiográficas del terreno, el tipo de vegetación reinante y el uso potencial, se tiene 02 tipos de zonas de vida, empleando como sistema de clasificación del mundo de L.R. Holdrige.

a) Desierto desecado Templado Cálido (dd -Tc)

Esta Zona de Vida se encuentra en la parte costanera baja correspondiente a la Cuenca del río Caplina, extendiéndose desde el litoral marítimo, hasta 400 m.s.n.m. Se caracteriza por un clima desecado con temperaturas semi-cálidas, precipitaciones pluviales menores a 25 mm y temperaturas entre 17 y 22 °C.

Por su carácter desértico el terreno en esta zona de vida no posee potencial agropecuario o forestal. Solamente donde el terreno, por su configuración, carácter edáfico y accesibilidad a los ríos semipermanentes existen pequeñas áreas regables y adaptadas al cultivo.

Imagen N° 37: Desierto Desecado (Tillandsiales)



b) Desierto Superarido Templado Cálido (ds -Tc)

Presenta un clima súper árido y templado cálido, con temperaturas moderadas entre 13 y 17°C, con temperaturas mínimas extremas de 5,4°C y precipitaciones muy bajas, alrededor de 50 a 70 mm anuales. Los suelos se asientan sobre un material de origen volcánico, con una superficie suave sin pendientes bruscas y sin la presencia de pedregosidad. La tierra es utilizada en aquellos lugares donde se cuenta con riego permanente, prosperando cultivos hortícolas, frutales, olivo y alfalfa, principalmente.

Imagen N° 38: Zonas de vida



3.5. ASPECTOS TECNOLOGICOS CONSTRUCTIVOS EN EL ENTORNO

3.5.4. Tecnología Constructiva

Por tratarse de un distrito relativamente joven La tecnología constructiva utilizada y predominante en las viviendas son de material noble en lo que corresponde al sector concéntrico del distrito y en referencia al sector de viñani las viviendas son de material noble en un gran porcentaje, también adobe y en las zonas más alejadas aún se

utilizan esteras, en cuanto al estado de conservación y la altura de edificación el distrito presenta en su mayoría edificaciones de 4 niveles, 3 niveles, 2 niveles y en el sector de viñani viviendas de un solo nivel.

3.5.5. Materiales Constructivos

Los materiales de construcción utilizados en el distrito se caracterizan por ser de un sistema constructivo en concreto armado con albañilería en ladrillo y edificaciones con sistema constructivo en concreto armado con albañilería en bloqueta.

En relación a este tipo de clasificación se ha determinado que se encuentran entre vulnerabilidad media a baja, pero su vulnerabilidad finalmente será determinada por el estado de conservación de estas viviendas ya sea regular a malo podrían determinar una Vulnerabilidad Alta.

3.6. ANALISIS FODA

FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Fácil accesibilidad al terreno por la interconexión de dos vías principales Av. La cultura y La Av. Los Historiadores. • Ubicación estratégica para desarrollar actividades de carácter social y cultural. • La topografía del terreno presenta un relieve uniforme. • Presenta una buena capacidad portante 3kg/cm². • La zona se encuentra totalmente consolidada y las viviendas en un 90% están construidas con material noble. • El terreno es adecuado para la edificación de un proyecto como el que se plantea por las actuales condiciones de Zonificación y ubicación. 		<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de áreas de carácter recreativo y educativo las que se complementaran con la propuesta sociocultural del proyecto arquitectónico. • Existencia de un suelo óptimo para la extracción de agregados las mismas que aportaran en la ejecución de la edificación. • La accesibilidad que ofrece la av. La Cultura hacia el terreno, la misma que se caracteriza por su actividad comercial y dinámica. 	
	F	O	
DEBILIDADES		AMENAZAS	
	D	A	
<ul style="list-style-type: none"> • En la actualidad deficiencia de equipamientos de carácter recreativo. • Los equipamientos destinados para educación y recreación colindantes al terreno aún no están consolidados por lo que genera polvaredas debido a la dirección de los vientos. • Poca de actividad comercial en referencia a la zona de estudio. • Ausencia de mecanismos para la aplicación de multas y sanciones en contra de las buenas costumbres. 		<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de personas alcohólicas y de mal vivir en los alrededores del terreno. • Acumulación de basura y otros desechos en los terrenos aldaños al sector de estudio. • Poca seguridad por parte de las autoridades de la zona lo que genera afluencia de personas de mal vivir. • Indiferencia de las autoridades en temas sanitarios. 	

3.7. CONCLUSIONES

- En la zona de estudio y en el distrito en general encontramos poca actividad comercial a gran escala por lo que las distintas actividades económicas se realizan fuera del distrito convirtiéndose en una ciudad dormitorio.
- La estructura urbana ortogonal en cuadrícula o dominó, es decir las vías que se cruzan en ángulo recto originan manzanas cuadradas y rectangulares, estas son producto de una planificación anticipada.
- La trama urbana que posee el sector de estudio conserva una estructura ordenada lo que genera la formación de vías de fácil acceso al terreno como al resto de sectores de la ciudad.
- El sector de estudio cuenta con los servicios básicos totalmente consolidados lo que permite condiciones de habitabilidad adecuada a la población.
- El equipamiento sectorial y las áreas verdes deben ser recuperadas con la finalidad de que la población tenga áreas destinadas a la recreación activa y pasiva.
- El distrito no cuenta con una infraestructura de carácter socio cultural que tenga la capacidad de soporte de grandes actividades culturales.
- Los equipamientos del sector en estudio no se encuentran consolidados hay una deficiencia en cuanto a infraestructura, por lo que se hace necesario la implementación de los mismos.
- La consolidación del aspecto urbano del sector ayudara a reducir la conflictividad social, ello significa el mejoramiento del entorno y el desarrollo comunitario.

CAPÍTULO IV: MARCO NORMATIVO

4.1. TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL – LEGISLACION PERUANA Y EXTRANJERA

4.1.1. Normas Constitucionales Peruanas sobre la Salud Mental y Enfermedades Mentales

La Constitución peruana tiene como fin la protección de la persona humana y de su dignidad (art 1 de la Constitución Política del Perú).

Artículo 1.- La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”.

Este es el gran principio del ordenamiento jurídico peruano. Implica un cambio de trescientos sesenta grados en la concepción del derecho peruano. Desde 1980 a través de la constitución de esa época y de la actual de 1993 es la persona humana el centro de las preocupaciones de la sociedad y del Estado.

Es por ello que todas y cada una de las personas tienen derechos Fundamentales tales como los siguientes:

Artículo 2.- Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

2. A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.

El Derecho a la vida es el derecho base sobre el cuál se viabilizan todos los demás derechos. Sin una existencia física asegurada ningún derecho tendría sentido. Esta vida de la persona para ser plena debe gozar de buena salud física y mental.

El Derecho a la salud es reconocido por la Constitución política del Perú:

Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber 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.

Es aquí donde la Constitución se refiere al enfermo mental la primera disposición regula claramente con carácter principista que la dignidad de la persona no se pierde con la enfermedad mental y por tanto el régimen legal debe ser siempre favorable para él . Se debe buscar su readaptación. En realidad el enfermo mental debe ser rehabilitado antes de ser readaptado. La rehabilitación es el resultado de un tratamiento adecuado para cualquiera de las modalidades de enfermedades mentales establecidas en el CIE-10.

4.1.2. Normas de Derecho Peruano sobre Salud Mental y Enfermedades Mentales

4.1.2.1. El Derecho de la Salud en la Ley Nacional

Tanto la legislación nacional como los estándares internacionales de derechos humanos ratificados por el Perú incluyen el derecho a la salud para las personas con discapacidades. En el ámbito nacional, el artículo 7 de la Constitución de 1993 del Perú, concede a todos el derecho de la protección de su salud. El artículo 7 también

establece que las personas con discapacidades tienen derecho al respeto de su dignidad y a la protección legal de sus derechos.¹⁵

La Ley General de Salud del Perú, Ley 26842, establece en el artículo II del Título Preliminar que la protección de la salud es de interés público y que el Estado tiene la responsabilidad de regular, salvaguardar y promover la salud. El artículo IV del Título Preliminar afirma que la salud pública es responsabilidad primordial del Estado, mientras que el artículo V reconoce específicamente la responsabilidad del Estado de salvaguardar y atender los problemas de la salud mental y la salud de las personas discapacitadas, entre otros, en situaciones de abandono social.

En 1998, el Perú adoptó la Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley 27050, la cual creó el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con discapacidad (CONADIS). La ley establece protecciones legales en relación a la salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que las personas con discapacidades alcancen el desarrollo económico y la integración cultural, tal como provee el Artículo 7 de la Constitución peruana de 1993.³¹ Varios artículos de la Ley 27050 conceden específicamente a las personas con discapacidades el derecho a acceder a los servicios de salud. El artículo 16 otorga a las personas con discapacidades el derecho a acceder a los servicios de salud del Ministerio de Salud, y especifica que el personal médico, profesional, asistencial y administrativo debe proveer una atención especial para facilitar el tratamiento de las personas con discapacidades. El artículo 20 trata sobre los servicios de salud en las instalaciones estatales

¹⁵ Álvarez Vita, *El Derecho a la Salud Cultural Cuzco*. Lima 1984.

para las personas con discapacidades, aseverando que el propósito del tratamiento es la recuperación.

El artículo 21 concierne a la inclusión en la Seguridad Social, y establece que CONADIS debe coordinar un régimen especial de beneficios de salud, los cuales serán asumidos por el Estado, para las personas con discapacidades severas y en situación de extrema pobreza.

Existe una percepción común equivocada en el Perú, incluso entre los defensores de los derechos humanos, de que los familiares de las personas con discapacidades mentales son las personas apropiadas para tomar las decisiones sobre el tratamiento, en vez de ellos. En muchas instancias, la familia es vista como el vocero y guardián de los derechos de sus miembros con diagnósticos psiquiátricos. Un representante de la oficina de discapacidad al interior de la Defensoría del Pueblo comentó que las personas con discapacidades mentales “no necesitan derechos independientes; tienen a sus familias para hablar por ellos”. Aquí tenemos un caso de prejuicio que genera discriminación.

4.1.3. La Interdicción por causal de enfermedad mental en el código civil peruano

4.1.3.1. La incapacidad en el código civil peruano de 1994

El Código Civil en el inciso 3 del artículo 44 hace mención a la incapacidad relativa de las personas que adolecen de deterioro mental que les impide expresar su libre voluntad.

Es del caso indicar que, de conformidad con el artículo 576° del CC, el curador protege al incapaz, provee en lo

posible a su restablecimiento y, en caso necesario, a su colocación en un establecimiento adecuado; y lo representa o lo asiste, según el grado de la incapacidad, en sus negocios.

La incapacidad del enfermo mental ¿Considera el Código incapaces a todos los deficientes psíquicos?

El texto del inc. 2 del artículo 43, que reproduce anacrónicamente el concepto de “discernimiento” usado tan imprecisamente por el Código del 36, no usado por ningún código importante, conduce a esa conclusión. Se refuerza aún más esta conclusión con la lectura complementaria de los incisos. 2 y 3 del artículo 44, que solo se refieren a las causales de retardo mental y de deterioro mental. En resumen, el código peruano, que en esto solo puede ser aplicado de modo taxativo, porque así lo impone el contexto enumerativo de los artículos 43 y 44, se reduce a considerar la posibilidad de declarar incapaces a quienes “ por cualquier causa se encuentren privados de discernimiento”, o sea a quienes no puedan emitir juicio por cuyo medio se perciba y declare diferencia entre varias cosas, (artículo 43, inc. 2) y a quienes tengan retardo mental (inc. 2 del 44) y adolezcan deterioro mental . Dentro de estas tres cerradas y estrechas categorías, no es posible incluir varios casos que pudieran ser considerados causales de incapacidad de ejercicio. Por ejemplo, los desórdenes de personalidad múltiples y desórdenes disociativos (diversas formas de amnesia).

a) Discernimiento

“Para Brevia el discernimiento es la facultad para conocer la realidad y poder decidir entre diversas posibilidades. Se trata de un estado de conciencia determinado por el

desarrollo intelectual del sujeto, que lo dota de conocimiento genérico para formar un juicio por medio del cual percibe y declara la diferencia que existe entre varias cosas, de apreciar y juzgar sus actos y los ajenos o en términos más simples, de distinguir los diversos actos en sus diferentes categorías. Es por eso que el discernimiento requiere de determinado desarrollo mental que se plasma en lo que se denomina capacidad.¹⁶

En cuanto a las previsiones del legislador para el tema de la reforma del Código Civil en materia de goce de los derechos civiles se ha propuesto lo siguiente:

“El nuevo artículo 3 aprobado por la Comisión encargada de elaborar las enmiendas al Código Civil de 1984 propone la siguiente enmienda:

Art 3: “Toda persona tiene el goce de los derechos civiles, salvo las excepciones expresamente establecidos por la ley.¹⁷

4.1.3.2. La Interdicción del enfermo mental rehabilitado

La interdicción es “Es el estado de una persona a quien se ha declarado Incapaz de los actos de la vida civil por causa de mentecatez, demencia o prodigalidad, privándola en su consecuencia del manejo y la administración de sus bienes y negocios, para cuyo cuidado se le nombra un curador sujeto a las mismas reglas y obligaciones que los tutores o curadores de menores.

Para Cabanellas es el estado de una persona a quien judicialmente se ha declarado incapaz, privándola de

¹⁶ Romero montes, Javier Curso de Acto Jurídico Editorial Liberia Portocarrero Lima 2003. P.59

¹⁷ Fernández Sessarego, Carlos “El derecho de las personas . En el umbral del siglo XXI Ediciones jurídicas Lima 2002 p.348

ciertos derechos, bien, por razón de delito o por otra causa prevista en la ley.¹⁸

Para Cornejo Chávez la interdicción es determinada por el Juez quien basado en la opinión de peritos está dirigida a beneficiar al incapaz. El juez, en la sentencia que declara la interdicción del incapaz, fija la extensión y límites de la curatela según el grado de incapacidad (art 581 de C.CC)

La declaración de rehabilitación puede ser pedida por el interdicto, su curador o quien afirme tener interés y legitimidad para obrar, siguiendo el trámite establecido para declarar la interdicción.

Se debe emplazar a los que intervinieron en el proceso de interdicción y al curador, en su caso (art 584 CPC).¹⁹

Muchas veces y esto es lo terrible la decisión la toma la familia completa quienes deciden no levantar la interdicción por que recuerdan que el cuadro de enfermedad mental implicó mucha violencia y para prever recaídas prefieren dejar que pase un tiempo más. Esta decisión de otros sobre la capacidad de ejercicio de una persona no surte efectos cuando la persona ya se rehabilito.

Se deben denunciar estas situaciones, en apariencia solucionadas por las leyes, pero que en la realidad cotidiana son el problema de muchos paciente rehabilitados del Hospital Larco Herrera. Por ejemplo en muchos hospitales nacionales las personas rehabilitadas no pueden recuperar sus derechos porque no tienen familiares y el curador está en el extranjero, o porque el

¹⁸ Cabanellas diccionario jurídico Tomo II Buenos Aires 1980 p.1345

¹⁹ Rodríguez Domínguez, Elvito "Derecho procesal Civil" sexta edición – Grijley Lima 2005

juez dolosa o culposamente dilataba el proceso de declarar la rehabilitación del interdicto.

4.1.4. Acuerdos Y Tratados Internacionales

El Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos adoptado por la Organización de Naciones Unidas mediante resolución N 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966 y aprobado en el Perú mediante Decreto Ley N 22128 de 28 de marzo de 1978 en el artículo 14 inciso 1 establece: “Todas las personas son iguales ante los Tribunales y cortes de Justicia. Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un Tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley en la substentación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil”.

4.1.4.1. Doctrina Italiana

Los disminuidos psíquicos en la experiencia jurídica italiana: Hacia una igualdad efectiva en la tutela de sus intereses. El requisito de la habitualidad.

El art 414 c.c. italiano somete a tutela especial a los mayores de edad y los menores emancipados que se “encuentran en condiciones de enfermedad de mente habitual que los hace incapaces de proveer a sus propios intereses”, En cuanto respecta la enfermedad de mente, se pueden mover dos consideraciones preliminares: la primera reside en los criterios que se deberían utilizar para su determinación , teniendo en cuenta que el concepto de normalidad es diverso a través del tiempo y de las diversas sociedades y responde a modelos fijados en función de la mayoría o de una elección político”.

“La segunda consideración se mueve de la constatación que la presencia de la enfermedad de mente no coincide, necesariamente, con la incapacidad de entender y de querer (o ausencia de discernimiento): Por consiguiente, podemos encontrar sujetos con algún disturbio psíquico (ej. Neurosis); pero que pueden y saben cuidar perfectamente sus intereses”

Un notable ejemplo, a nivel legislativo, del reconocimiento de la capacidad de obrar del enfermo de mente lo encontramos en la Ley del 13.05.78, n 180, de acercamientos y tratamientos sanitarios voluntarios y obligatorios, en Italia. En efecto, en esta ley se abroga el art 430 c.c. italiano, que preveía el nombramiento de un tutor provisorio para la realización de los actos más urgentes, en caso de internamiento en un manicomio. Se tiende a impedir la restricción de las libertades personales todas las veces que ésta no se presente como terapéuticamente necesaria o cuando no hayan las condiciones ni las medidas sanitarias extra hospitalarias (art 2, parr 2). A nivel patrimonial, se prevé que el juez tutelar, en caso de necesidad, adopte los procedimientos urgentes que se requieren para conservar o para administrar el patrimonio del enfermo (art 3, parr 6). En el ámbito de estos procedimientos se puede autorizar el nombramiento de un administrador provisorio, pero sin reducir considerablemente la capacidad de obrar del disminuido psíquico.

4.1.5. Ministerio de Salud – Política y Programas de Salud Mental (OMS)

En muchos países ha demostrado ser muy útil la existencia de un equipo multidisciplinario nacional o regional a cargo de la política, los planes y los programas de salud mental. El tamaño del equipo variará de acuerdo al tamaño del país o región, los recursos

disponibles y la prioridad que se conceda a la salud mental (desde dos personas a tiempo parcial en regiones o países pequeños con pocos recursos de salud mental hasta más de diez personas a tiempo completo en países o regiones más grandes con más recursos). Los profesionales a considerar incluyen psiquiatras, médicos de salud pública, psicólogos, profesionales de enfermería psiquiátrica, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Las funciones principales de este equipo son desarrollar, gestionar, controlar y evaluar la política, los planes y los programas. El equipo debe también respaldar y coordinar los grupos de usuarios y familiares y llevar a cabo iniciativas de apoyo.²⁰

4.1.5.1. Distrito/Área sanitaria

Es necesario un profesional o, preferiblemente, un equipo multidisciplinar similar al del ministerio de salud, en cada una de las áreas o regiones del país para poner en práctica un plan o programa local de salud mental. El tamaño de estos equipos variará según el tamaño del distrito/área sanitaria.

4.1.5.2. Equipos comunitarios de salud mental

Es altamente recomendable que cada equipo comunitario de salud mental (o grupo similar dedicado a la atención especializada en salud mental) tenga un coordinador. Esta persona debería dedicar unas pocas horas a la semana, además de a sus actividades de promoción, prevención y clínicas, a la salud pública y al trabajo de gestión. Él/ella será responsable de la relación con el distrito/área sanitaria y de asistir a las reuniones de coordinación. Las funciones de este profesional incluyen coordinar las actividades de los miembros del equipo, asegurarse de que se siguen las directrices, definir procedimientos de

²⁰ Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2005 bajo el título de Mental Health Policy, Plans and Programmes © Organización Mundial de la Salud 2005 Editores Médicos S.A. EDIMSA - 2006

derivación y servir de enlace con otros sectores y dispositivos de salud.

4.1.5.3. Equipos de atención primaria

Al igual que en los equipos comunitarios de salud mental, es recomendable que cada dispositivo o equipo de atención primaria disponga de un coordinador de salud mental. Esta persona debería dedicar unas horas a la semana a la salud pública y al trabajo de gestión. Él o ella será responsable del enlace con el coordinador del equipo comunitario de salud mental y asistirá a las reuniones de coordinación.

4.1.5.4. Elaborar proyectos piloto en áreas de demostración

Es recomendable que el ministerio de salud cree proyectos piloto en una o varias áreas de demostración donde la política, los planes y los programas se puedan poner en práctica más rápidamente y evaluarse de forma más exhaustiva que en otro lugar del país. El área de demostración puede ser una región geográfica o un sector de una ciudad grande, siempre que sea representativa de la mayoría de la población del país. El conocimiento que se puede obtener de estas áreas de demostración es vital para el futuro éxito de la política en el país.

Los proyectos piloto sirven para valorar si la puesta en práctica es posible teniendo en cuenta las restricciones económicas y las condiciones habituales del sistema sanitario del país. Esto puede facilitar el proceso de aplicación de la nueva política a una escala mayor.

Un ejemplo de proyecto piloto, que puede ejercer una gran influencia en la formulación de una política sobre salud mental, es la transformación de un hospital psiquiátrico en una red de dispositivos y servicios comunitarios. Muchos

profesionales de salud mental han recibido toda su formación y pasado toda su vida profesional en hospitales psiquiátricos. Puede resultarles muy difícil aceptar que se logren idénticos o mejores resultados clínicos con las personas con trastornos mentales graves en la comunidad.

Otro tipo de experiencia piloto con una influencia potencial significativa sobre la formulación de la política es la inclusión de camas psiquiátricas en un hospital general. En muchos países los médicos de cabecera y los profesionales de salud general se resisten a este cambio. Se sienten incómodos al estar cerca de personas que sufren episodios psicóticos o que expresan ideas suicidas. Un proyecto piloto puede ser una herramienta útil para evaluar estas actitudes profesionales y el potencial para el cambio.

Un proyecto piloto, en los distritos/áreas sanitarias, es también útil para orientar e informar a los profesionales de salud mental, pues ellos pueden aprender cómo poner en práctica la política en sus propias poblaciones. Además, sirve de centro de formación donde el personal sanitario de otros distritos/áreas puede aprender acerca de nuevas técnicas de salud pública, prevención, promoción y habilidades clínicas.

4.2. REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES

Para la presente propuesta arquitectónica se tomó en cuenta la norma A050 del RNE correspondiente a establecimientos de salud, La misma que tiene por objeto establecer las condiciones que deberán tener las edificaciones de Salud en aspectos de habitabilidad y seguridad, en concordancia con los objetivos de la Política Nacional de Salud

Capítulo V

Accesos y pasajes de circulación

Artículo 25:

- Los pasajes para el tránsito de las personas deberán cumplir con las siguientes características:
- La dimensión mínima del ancho de los pasajes y circulaciones horizontales interiores, medido entre muros que lo conforman será las siguientes:
- Para locales de salud 1.80 m.

Capítulo VI

Escaleras

Artículo 26.

- Escalera integrada cuando es hasta " niveles, y cuando es más de 3 niveles se hace escalera de evacuación.

Artículo 27.

- tener pasamanos a ambos lados separados de la pared a un mínimo de 5 cm
- Deberán ser construidas de material incombustible
- Únicamente son permitidas la instalaciones de sistemas de protección contra incendio

Artículo 28

Uso no residencial a 250 ocupantes ancho total requerido 1.20m. En una escalera

Artículo 29

- Las escaleras contarán con un máximo de 17 pasos entre descansos.
- La dimensión de los descansos deben tener un mínimo de 0.90m
- En cada tramo de escaleras, los pasos y los contrapaso deberán ser uniformes, debiendo cumplir con la regla de dos contrapasos / 1 paso

deberá tener entre 0.60 y 0.64m con un mínimo de 0.25m. para los pasos y un mínimo de 0.18 para los contrapasos.

- Deberán comunicar todos los niveles incluyendo el acceso a la azotea

Artículo 32

Las rampas para personas deberán tener las siguientes características:

- Tendrán un ancho mínimo de 0.90 entre los paramentos que la limitan.
- La pendiente máxima será de 12% y estará determinada por la longitud de la rampa.
- Deberán tener barandas según el ancho siguiendo los mismos criterios que para una escalera.

Capítulo VI

Servicios Sanitarios

Artículo 39

Los servicios sanitarios deberán cumplir los siguientes requisitos:

- La distancia máxima para acceder al servicio sanitario será de 50m.
- Los materiales de acabados de los servicios sanitarios será de material antideslizantes en piso e impermeables en paredes y de superficie lavable.
- Todos los ambientes donde se instalen servicios sanitarios deberán contar con sumideros para evacuar el agua de una posible inundación.
- Los sistemas de control de paso de agua en servicios sanitarios de uso público deberá ser de cierre automático de válvula fluxométrica.

CAPITULO II

CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONAMIENTO

Sub Capítulo I

Artículo 11

- Las áreas de estacionamiento de vehículos deberán de estar separadas para personal del Hospital, visitantes y pacientes ambulatorios.

- Se debe considerar un vehículo por cada cama.
- Establecer espacios reservados exclusivamente para los vehículos de personas con discapacidad.

CAPÍTULO V: PROPUESTA

5.1. CONSIDERACIONES PARA LA PROPUESTA

5.1.1 Determinantes

El Terreno.

En referencia al terreno es predominantemente plana, lo cual es lo ideal para el desarrollo de un establecimiento de salud.

- Posee una buena capacidad portante, por lo que permite ejecutar edificaciones de regular capacidad.
- El certificado de parámetros indica que el terreno pertenece a la Zonificación OU R3 Lo cual no genera inconveniente para la ubicación de un proyecto de tipo Salud y de algún modo el de Zona Recreacional por su equipamiento socio cultural.
- No existe ninguna de las actividades que podrían condicionar su ubicación por su cercanía, tal cual señala el RNE: “áreas de influencia industrial, establos, crematorios, basurales, depósitos de combustible e insecticidas, fertilizantes, morgues, cementerios, mercados o tiendas de comestibles, grifos, depósitos de combustibles, cantinas, bares, locales de espectáculos y en general lugares que puedan impactar negativamente en el funcionamiento de la edificación de salud.”
- Las condiciones ambientales: el buen clima, la ausencia de tráfico, contaminación ambiental, visual o sonora, permiten llevar la rehabilitación de los pacientes libre de cualquier tipo de estrés.
- Finalmente, se puede concluir que el terreno y la ubicación permitirán el desarrollo de un Centro de Rehabilitación como el que se propone bajo los conceptos antes expuestos en cuanto al énfasis y la tipología.

5.1.2 Criterios de Diseño

Por las características de la propuesta se menciona las siguientes:

5.1.2.1. Aspecto Formal

El espacio donde se desea que la luz natural sea la protagonista, no debería competir con formas complejas; las cuales también dificultarían una circulación clara, sencilla y limpia que requiere un establecimiento como éste.

Imagen N° 39: Criterios de Diseño (Aspecto Formal)



Por otro lado, las formas puras (ortogonales o circulares) permiten optimizar el ingreso de luz, ya que una forma intrincada dificultaría este fin, se puede optar por jugar con tramas y texturas, a través de celosías por ejemplo, para generar un ingreso de luz más lúdico y no tan uniforme, sobre todo para los espacios terapéuticos.

Imagen N° 40: Ingreso de Luz



Imágenes de proyectos referenciales en cuanto a énfasis arquitectónico.

Escala y proporciones

El ambiente en el que se desenvuelve un paciente psiquiátrico es muy importante para su tratamiento y recuperación, por lo tanto es muy importante que los espacios que utiliza no le resulten aplastantes ni asfixiantes, sin embargo, tampoco pueden resultar sobre abrumadores. Además, como se desea generar la imagen de un ambiente doméstico, las alturas y proporciones deben ser similares a la de una casa, sin embargo para ambientes comunes como salas y comedores se puede incrementar un poco la escala. Por lo tanto, será primordial manejar una escala media, con presencia de dobles alturas que permitan buena iluminación, ventilación y percepción del espacio.

Imagen N° 41: Escala y proporciones

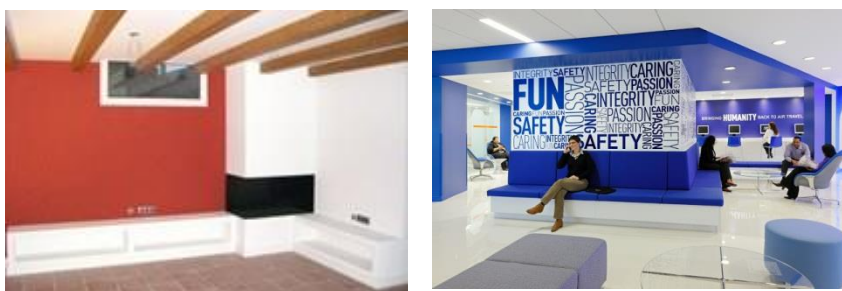


Superficie y color

Para que una habitación esté bien iluminada los colores deben ser claros, un matiz intenso podrá ser efectivo para darle más vida al espacio, pero reduce notablemente la claridad de la habitación,

En los espacios pequeños no deben ser utilizados los colores cálidos, por la cualidad saliente de estos, tampoco en las grandes los fríos, porque estos, por su cualidad entrante harán que aquellas parezcan mayores aun. Y esto es muy importante para usuarios que padecen trastornos psiquiátricos, ya que son muy sensibles y pueden sentirse “aplastados” por la sensación de angostura, o del otro lado, pueden sentirse abrumados por la escala del espacio.

Imagen N° 42: superficie y color



5.1.2.2. Aspecto Funcional

Para la tipología del proyecto, y en relación estricta con el paciente existe la necesidad de brindarle un cierto nivel de resguardo y seguridad. En todo caso, la relación con el entorno podría ser visual, que espacialmente y visualmente el usuario se sienta relacionado con el exterior, pero sin que llegue a tener acceso directo a él.

Otra opción es la idea de generar un “espacio exterior en el interior”. Como lo podría ser el patio central de la arquitectura tradicional árabe y española. En la que se les da la posibilidad de “la ilusión de un dominio figurado” (Blaser 2006: 7)

Mobiliario y Equipamiento:

Existen espacios que necesitarán cierto equipamiento específico, como los consultorios que necesitan una cama de

observación o divanes, o los talleres que necesitan mesas de trabajo y maquinarias específicas. Por ello es importante que en el programa se hayan definido los mobiliarios necesarios para el correcto funcionamiento del espacio.

5.1.2.3. Aspecto Tecnológico

En primer lugar, los materiales utilizados deben ser similares a los utilizados en la comunidad, para generar la imagen del espacio en el cual el usuario se desenvolvería normalmente;. A lo largo del documento, se ha establecido que los materiales son unos de los intérpretes de la luz; sin embargo, los materiales se presentan en la arquitectura de manera física y tangible. Para los ambientes más dependientes como son las residencias protegidas se propone usar recubrimiento de muros tipo campestre, materiales como la piedra laja familiariza al paciente no se sienta segregado ni aislado.

Imagen N° 43: Aspecto Tecnológico



5.1.3 Premisas de Diseño

Relación con el entorno

El edificio no debe llamar la atención ni tener un carácter institucional ni clínico ya que debe asimilarse como uno más de la comunidad para evitar la estigmatización de los usuarios, por ello, las alturas se

manejarán de acuerdo al entorno. Lo mismo debe suceder con la arquitectura que si bien no debe imitar, ni ser exactamente igual, debería respetar formas, lenguaje, proporciones y materiales.

- Escala relativa a multifamiliares
- Escala relativa a villas residenciales
- Plaza circundante

En el proceso de investigación también se pudo tomar como referencia el Centro para discapacitados de Mallorca en España en donde se puede observar cómo afrontar las escalas y alturas existentes para adaptarse al lugar, Además se maneja la presencia de la plaza dejando que ingrese al lote. De esa manera, se manejan las tres escalas del entorno en el mismo edificio.

Recubrimientos (protección al paciente y asepsia)

Además, una necesidad imperativa es que los materiales sean seguros y que no permitan que los pacientes se puedan lastimar. Entonces será importante el uso de recubrimientos acolchados donde sea necesario, protección de puntas o esquinas peligrosas.

Iluminación

La luz natural puede ingresar a los distintos espacios de diferentes maneras, lo que se desea en este tema es que la luz ingrese de manera moderada y en cantidades aprovechables para el usuario.

Existen distintas formas de aprovechar la luz natural como persianas, celosías, teatinas, entre otra; puede ingresar directa o indirectamente, de manera lateral o cenital. Hay distintas formas de atenuar la cantidad de luz para que no entre de manera abrupta y desproporcionada.

Además, el cuadernillo de normas técnicas de MINSA37 indica que “Todos los ambientes para uso de pacientes, personal, y público en general deberá tener ventanas que abran hacia el exterior.”²¹

No está permitido abrir las ventanas hacia los corredores, pasajes de circulación internos y cubiertos. El área mínima de iluminación será de 20% del área del ambiente. El área mínima de ventilación de las ventanas, será el 50% del área de la ventana.”

Ventilación

Así como es importante la iluminación natural en los principales espacios como los dormitorios, la sala común, etc. Lo es también la ventilación, si es posible natural.

Para espacios de trabajo como las aulas y los talleres será necesario el uso de ventanas altas con buena proporción de luz y ventilación, así se evita ambientes cargados que no son óptimos para el desarrollo de trabajos mentales y manuales.

5.2. PROGRAMACION

5.2.1. Criterios Utilizados para la Programación

Dentro de los lineamientos y recomendaciones que realizan las instituciones de salud como el MINSA el año 2004 en el documento “Lineamientos para la acción de Salud Mental” **Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes**, solicita:

“Iniciar un proceso gradual de reorganización de la atención en salud mental y psiquiatría, orientado hacia un nuevo modelo de atención integral con enfoque comunitario y descentralizado, caracterizado por:”

- Proceso paulatino de deshospitalización: ir pasando de los hospitales psiquiátricos, hacia servicios especializados

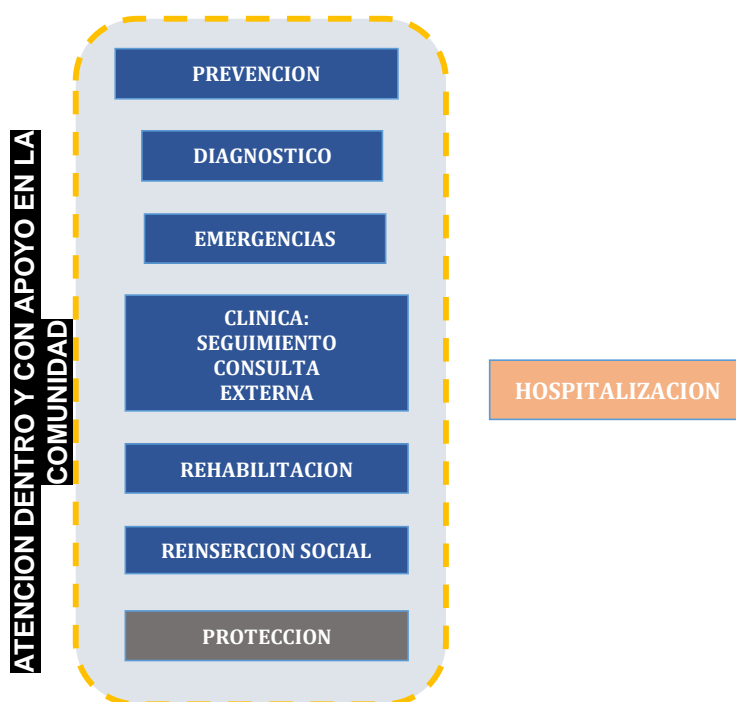
²¹ Minsa37 1994.15

comunitarios de rehabilitación. (Declaración de Caracas 1990 y Propuesta de Redes MINSA).

- Fortalecer servicios de atención primaria, trasladar especialistas a la comunidad.
- Instalar de manera progresiva instancias especializadas y apoyo a la comunidad que brinden atención efectiva a los trastornos y problemas de salud mental y que solo se deriven a los hospitales para internamientos necesarios y transitorios.

Estas recomendaciones estipulan un esquema de atención similar al siguiente:

Grafico N° 13: Atención con apoyo en la comunidad.



Fuente: Centro comunitario Chosica

5.2.1.1. Determinación de Usuarios

De acuerdo a las normativas Internacionales los establecimientos bajo estas características como son los centros de rehabilitación comunitarios en salud mental a

escala poblacional deben tener un alcance no mayor de 40 000 hab.²² Pero la falta de establecimientos asistenciales en salud mental en la región Tacna hace necesaria el desarrollo de un proyecto como el que se propone. Las cifras del MINSA indican que en los últimos años se ha incrementado la población que sufre algún problema de salud mental de un 33% a un 47.9% siendo la violencia una de las primeras causas. Se prevé por lo tanto que dicha población que acuda a los servicios de asistencia preventiva, familias y la comunidad en general hacer uso de los ambientes correspondientes de la propuesta como es el área sociocultural (restaurantes, tiendas, biblioteca, auditorio, S.U.M.)

Imagen N° 44: Clasificación de pacientes por sus características.



Esquema extraído de Tesis centro comunitario en Chosica Lima, se toma como referencia ya que nos permitirá la clasificación de pacientes por sus características y

²² MINSAL CHILE. Red de servicios de salud mental (No existe normativa en cuanto al alcance demográfico del servicio en Perú.)

necesidades que se ven traducidas en ambientes para el programa arquitectónico.

Usuario de la Residencia Protegida:²³

- Condición de discapacidad psíquica severa y dependencia.
- Ausencia de habilidades para vivir en forma independiente y para cuidados básicos de sí mismo(a), requieren la asistencia y supervisión permanente de un tercero.
- Con insuficiente capacidad de apoyo de sus familias para su condición de discapacidad.
- Necesidad temporal de un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y/o de cuidados de enfermería.
- Se establece como máximo 12 pacientes por unidad de residencia, en donde en cada habitación podrá haber hasta 3 personas.
- El usuario tendrá una estancia prolongada debido a la instancia residencial de este dispositivo.
- Visitas (Familia): hasta dos visitas al mismo tiempo por paciente.

Paciente en Rehabilitación: ²⁴

- Los pacientes poseen una discapacidad psíquica severa, a pesar de encontrarse estables gracias al tratamiento y la rehabilitación, se les considera así debido a la intensidad y daño de la enfermedad psiquiátrica.
- Por lo tanto, son personas con nivel de autonomía muy básico: comen solos, se asean un poco a la persistencia pero su tiempo no tiene una estructura establecida.
- Esencialmente está en su casa, echado en la cama, viendo televisión o sin hacer ninguna actividad productiva, van y vienen del Centro con ayuda de un familiar o persona cercana.

²³ En base a Chile.. Norma Técnica para Residencias Protegidas

²⁴ En base a: Chile. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Residencias Protegidas (Para Personas con Discapacidad de Causa Psíquica)

- No llega a ser violento o alterado pero no realiza ninguna actividad productiva.
- Deberían manejarse grupos de hasta 15 personas.
- La separación por géneros no existe en la sociedad normal, tampoco debería existir en un proceso de rehabilitación donde lo que se intenta es acercar al paciente a dicha realidad.
- Su estancia es de carácter ambulatorio.

○ **Conclusión de Usuarios**

Los usuarios del centro serán:

1. Pacientes Internos (Residencias Protegidas)
2. Pacientes Externos
 - 2.1. Paciente en Riesgo
 - 2.2. Paciente en Crisis
 - 2.3. Paciente Ambulatorio
3. Personal Médico y Especialistas
4. Personal de Servicio
5. Familiares y Vecinos

5.2.1.2. Espacios Generados por las Actividades

El siguiente cuadro ha sido elaborado a groso modo en base a conclusiones obtenidas de la información de los proyectos referenciales analizados, se determina la relación de ambientes en base a las actividades y necesidades de los usuarios.

Cuadro N° 33: Espacios generados por las Actividades

RELACION DE AMBIENTES POR USUARIO		
PERSONAL	PACIENTE	VISITA
Administración	1 residencias con: - 4 habitaciones con 3 camas c/u con SS.HH.	sala de espera c/ SS.HH.
Secretaria de administración	Sala común (12 Personas)	Cafetería
Consultorio de psiquiatría	Comedor (12 personas)	Estacionamientos
Secretaria	Aula para 15 personas	
Consultorio médico general	Taller multiusos par 15 personas	
Consultorio Psicólogo	Puesto para guardia Nocturna	
Estar de personal	polideportivo	
Estar de enfermeras	Taller de cocina/repostería (para 15 personas)	
Oficina de asistencia social	Laboratorio de cómputo para 15 personas	
Despacho de Talleristas	Sala de usos múltiples c/SS.HH.	
Cafetería	Huerto	
Departamento de Limpieza		
SS.HH.		
Estacionamientos		

5.2.2. Programación Cualitativa

USUARIOS	ACTIVIDADES	NECESIDADES	AMBIENTES	EQUIPAMIENTO
De la Residencia Protegida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duerme ▪ Come ▪ Toma medicinas ▪ Se rehabilita ▪ Se entretiene 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad ▪ Supervisión ▪ Confort 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salas de estar ▪ Comedores ▪ Dormitorios ▪ Sh. Hh 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Camas ▪ Mesas ▪ Cortinas divisorias ▪ Rampas ▪ Materiales seguros
Del Centro de Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Física ▪ Psicomotora ▪ Pedagógica ▪ Laboral ▪ Deportes ▪ sembrar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confort ▪ Seguridad ▪ Relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talleres ▪ Salas de clases ▪ Módulos de alfabetización ▪ Gimnasios ▪ Losa multiusos ▪ Huerto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barandas ▪ Rampas ▪ Equipos ▪ Maquinas ▪ Camillas ▪ Sillas de rueda ▪ Materiales seguros

De la Administración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administra ▪ Dirige ▪ planifica ▪ controla ▪ Toma decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organización ▪ Comunicación con el personal ▪ confort ▪ seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficinas ▪ Archivos ▪ Sala de reuniones ▪ Hall ▪ Sala de espera ▪ Ss. Hh. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorios ▪ Computadoras ▪ sillas ▪ sofá de espera ▪ Estantes ▪ fotocopiadoras
Médico Psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe pacientes ▪ Administra ▪ Toma decisiones ▪ Diagnostica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilidad ▪ Concentración ▪ Privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultorio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorio ▪ Computadora ▪ Sillas de espera ▪ Diván
Médico Neurólogo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe pacientes ▪ Administra ▪ Toma decisiones ▪ Diagnostica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilidad ▪ Concentración ▪ Privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultorio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorio ▪ Computadora ▪ Sillas de espera ▪ Diván
Psicólogos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizan ▪ Dialogan ▪ Asesoran ▪ Diagnostican ▪ Reciben pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilidad ▪ Concentración ▪ Privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultorio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorio ▪ Computadora ▪ Sillas de espera ▪ Diván
Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidan ▪ Suministran medicinas, Alimentos ▪ Aseo , higiene 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descanso ▪ Relevos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Despacho ▪ Almacén ▪ Sala de estar ▪ Vestuarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muebles ▪ Escritorio ▪ Lockers
Técnico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidan ▪ Suministran, Alimentos ▪ Aseo , higiene ▪ Asisten a Drs. Y enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descanso ▪ Relevos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Despacho ▪ Sala de estar ▪ Vestuarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muebles ▪ Escritorio ▪ Lockers
Secretaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma apuntes ▪ Recepciona ▪ Informa ▪ Asiste a los Drs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación con el personal ▪ Concentración ▪ Accesibilidad a información 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficina despacho ▪ Sala de espera ▪ Archivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorio ▪ Computadora ▪ Sillas de espera
Terapistas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehabilitan ▪ Guían ▪ Realizan actividades físicas, psicomotoras ▪ Motivan ▪ Estimula 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplitud ▪ Comodidad ▪ Dinamismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Despacho ▪ Vestuario ▪ Sala de terapias Físicas y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lockers ▪ Equipos ▪ Maquinas
Asistente social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reciben familiares ▪ Dialogan ▪ Toman decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privacidad ▪ Tranquilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficinas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorio ▪ Computadora ▪ Sillas de espera
Lic. Educ. Preventiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da charlas ▪ Enseña técnicas ▪ Realiza actividades grupales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentración ▪ Privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficinas ▪ Aulas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escritorio ▪ Computadora ▪ Sillas de espera
Personal de Servicio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpia ▪ Lava ▪ Apoya en diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad ▪ Diligencia ▪ Privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Almacén ▪ Cuarto de servicio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Material de limpieza ▪ Equipos de aseo

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tareas Asiste en diferentes tareas 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estantes
Familia - Publico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita ▪ Participa ▪ Apoya en diferentes actividades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien estar ▪ Confort ▪ seguridad ▪ Tranquilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de terapia familiar ▪ Salas de espera ▪ Hall ▪ Salón de usos múltiples ▪ Ss.Hh. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas de espera ▪ sofá ▪ Lockers

5.2.3. Programación Cuantitativa

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA CONSTRUIDA			
		AREA PARCIAL	AREA TOTAL	TOTAL	
ZONA ADMINISTRATIVA					
<u>DIRECCION GENERAL</u>					
Ofic. Director general	1	25.00 m2	25.00 m2	81.00 m2	
SS.HH.	1	3.00 m2	3.00 m2		
Secretaria	1	20.00 m2	20.00 m2		
SS.HH.	1	3.00 m2	3.00 m2		
Sala de reuniones	1	30.00 m2	30.00 m2		
<u>OFICINA DE ASESORÍA LEGAL</u>					
Consultores	1	12.00 m2	12.00 m2	21.00 m2	
Auxiliares	1	9.00 m2	9.00 m2		
<u>SUB ZONA ADMINISTRATIVA</u>					
Unidad de Personal					
Administrador	1	16.00 m2	16.00 m2	150.00 m2	
Jefe de personal	1	12.00 m2	12.00 m2		
Oficina de capacitación					
Jefe de oficina	1	12.00 m2	12.00 m2		
Unidad de logística					
Jefe de oficina	1	20.00 m2	20.00 m2		
Unidad de Contabilidad					
Jefe de oficina	1	12.00 m2	12.00 m2		
Caja interna	1	9.00 m2	9.00 m2		

Auxiliares	1	9.00 m2	9.00 m2	
Unidad de Informática				
Jefe de área	1	12.00 m2	12.00 m3	
Auxiliares	1	8.00 m2	8.00 m3	
SSHH hombres	1	20.00 m2	20.00 m2	
SSHH mujeres	1	20.00 m2	20.00 m2	

ZONA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<u>SUB ZONA - CONSULTA EXTERNA</u>				
Hall	1	90.00 m2	90.00 m2	335.00 m2
Farmacia	1	35.00 m2	35.00 m2	
Entrevistas	1	12.00 m2	12.00 m2	
Tópico	1	12.00 m2	12.00 m2	
Consultorio psicología	1	12.00 m2	12.00 m2	
Consultorio psiquiatría	1	16.00 m2	16.00 m2	
Medicina general	1	20.00 m2	20.00 m2	
Neurología	1	20.00 m2	20.00 m2	
Estar cuerpo medico	1	20.00 m2	20.00 m2	
Estar cuerpo enfermería	1	20.00 m2	20.00 m2	
Vestidores varones	1	24.00 m2	24.00 m2	
Vestidores mujeres	1	24.00 m2	24.00 m2	
SS.HH. varones	1	15.00 m2	15.00 m2	
SSHH mujeres	1	15.00 m2	15.00 m2	
<u>SUB ZONA - UNIDAD DE EMERGENCIA</u>				
Hall	1	30.00 m2	30.00 m2	220.00 m2
Jefatura	1	16.00 m2	16.00 m2	
Sala de espera	1	18.00 m2	18.00 m2	
Sala de cirugía menor	1	20.00 m2	20.00 m2	
Cuarto de equipos	1	16.00 m2	16.00 m3	
Sala de estabilización	1	24.00 m2	24.00 m2	
Estación de enfermeras	1	30.00 m2	30.00 m2	
Depósito de sucios	1	18.00 m2	18.00 m2	
Depósito de limpios	1	18.00 m2	18.00 m2	
Alm. De equipos y Mat. Nuevo	1	30.00 m2	30.00 m2	
<u>SUB ZONA - UNIDAD DE AYUDA Y DIAGNOSTICO</u>				
Hall	1	30.00 m2	30.00 m2	144.00 m2
Jefatura	1	16.00 m2	16.00 m2	
Evaluación y diagnostico	1	12.00 m2	12.00 m2	
Estar de enfermeras	1	20.00 m2	20.00 m2	
Toma de muestras lab.	1	12.00 m2	12.00 m2	
Resultado de muestras	1	12.00 m2	12.00 m2	
Laboratorio descarte	1	12.00 m2	12.00 m3	
SSHH hombres	1	15.00 m2	15.00 m2	
SS:HH: mujeres	1	15.00 m2	15.00 m2	

ZONA DE REHABILITACION					
Hall	1	30.00 m2	30.00 m2	841.00 m2	
Jefatura	1	15.00 m2	15.00 m2		
SUB ZONA - ÁREA LABORAL					
Taller de manualidades (Papel- Cartulina)	1	35.00 m2	35.00 m2		
Taller de manualidades (Madera - Metal)	1	35.00 m2	35.00 m2		
Taller de costura	1	48.00 m2	48.00 m2		
Taller de Tejido	1	48.00 m2	48.00 m2		
SUB ZONA – AREA PEDAGOGICA					
Taller de computación	1	18.00 m2	18.00 m2		
Taller Literario	1	35.00 m2	35.00 m2		
Taller fotográfico	1	35.00 m2	35.00 m2		
Salas de clases	1	35.00 m2	35.00 m2		
Módulos de Alfabetiz.	1	18.00 m2	18.00 m2		
SUB ZONA - ÁREA FÍSICO PSICOMOTORA (Talleres exploratorios expresivos)					
Taller de Danza	1	35.00 m2	35.00 m2		
Taller de Baile	1	35.00 m2	35.00 m2		
Taller de Música	1	35.00 m2	35.00 m2		
SUB ZONA - ÁREA SOCIAL					
Sala de terapia grupal	1	30.00 m2	30.00 m2		
Sala de terapia Familiar	1	48.00 m2	48.00 m2		
Depósito de materiales	1	30.00 m2	30.00 m2		
Taller multiusos	1	90.00 m2	90.00 m2		
Estar Prof. Y talleristas	1	18.00 m2	18.00 m2		
Gimnasio	1	90.00 m2	90.00 m2		
Vestidores varones	1	24.00 m2	24.00 m2		
Vestidores mujeres	1	24.00 m2	24.00 m2		
SSHH hombres	1	15.00 m2	15.00 m2		
SS:HH: mujeres	1	15.00 m2	15.00 m2		

ZONA RESIDENCIAS PROTEGIDAS				
Hall	1	24.00 m2	24.00 m2	424.00 m2
Tópico	1	15.00 m2	15.00 m2	
Comedor	1	48.00 m2	48.00 m2	
Cocina	1	12.00 m2	12.00 m2	
Habitación con 3 camas	4	42.00 m2	168.00 m2	
Habitación/ cuidador	4	16.00 m2	64.00 m2	
Taller multiusos	1	42.00 m2	42.00 m2	
Deposito	1	12.00 m2	12.00 m2	
Estar Enfermeras	1	15.00 m2	15.00 m2	
SSHH hombres	1	12.00 m2	12.00 m2	
SS:HH: mujeres	1	12.00 m2	12.00 m2	

ZONA SOCIOCULTURAL				
Auditorio	1	640.00 m2	640.00 m2	772.00 m2
Hall	1	30.00 m2	30.00 m2	
Sala de exposiciones	1	20.00 m2	20.00 m2	
Sala de lectura	1	20.00 m2	20.00 m2	
Sala de video y Música	1	20.00 m2	20.00 m2	
Deposito	1	12.00 m2	12.00 m2	
SSHH hombres	1	15.00 m2	15.00 m2	
SS:HH: mujeres	1	15.00 m2	15.00 m2	

ZONA DE SERVICIOS GENERALES				
Ofic. control de personal	1	24.00 m2	24.00 m2	280.00 m2
Cuarto de maquinas	1	15.00 m2	15.00 m2	
Sala control de equipos	1	30.00 m2	30.00 m2	
Almacén de residuos	2	15.00 m2	15.00 m2	
almacén General	1	70.00 m2	70.00 m2	
Lavandería	1	36.00 m2	36.00 m2	
Mantenimiento	1	30.00 m2	30.00 m2	
Vestuario hombres	1	30.00 m2	30.00 m2	
Vestuario mujeres	1	30.00 m2	30.00 m2	

ZONA DE ESTACIONAMIENTOS				
Personal / Pacientes	1	400.00 m2	400.00 m2	680.00 m2
Visitas / Publico	1	280.00 m2	280.00 m2	
AREA CONSTRUIDA			3,948.00 m2	
CIRCULACION Y MUROS (35%)			1,381.80 m2	5,329.80 m2
AREA LIBRE				2,811.99 m2
AREA TOTAL				8,141.79 m2

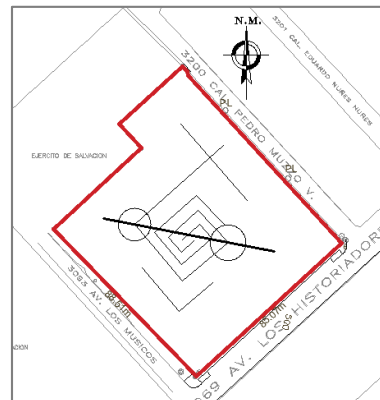
5.3. CONCEPTUALIZACION Y PARTIDO

5.3.1. Concepto

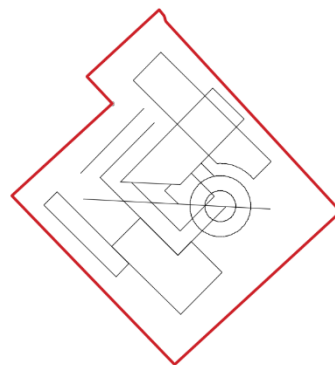
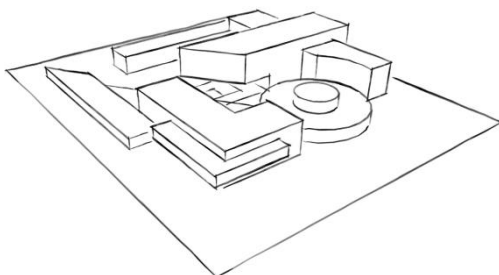
Cuando hablamos de la pérdida de contacto con la realidad, hablamos de las personas que sufren algún tipo de alteración mental.

Organizando los espacios y siguiendo la secuencia de la simbología se ordenan los mismos sobre un eje central que vendría a ser el estado emocional transitorio tratando de salir a la realidad.

“Mundo con alucinaciones - Mundo real”

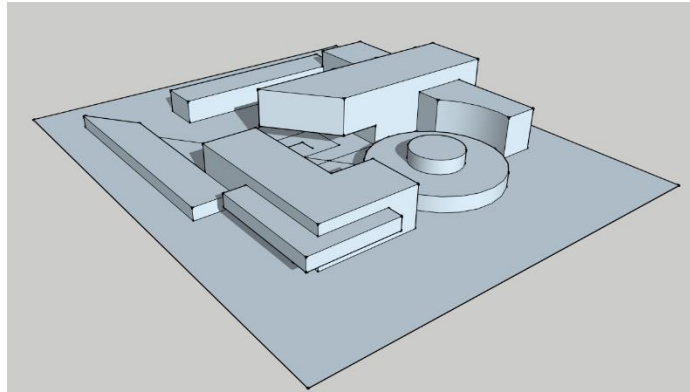


5.3.2. Partido



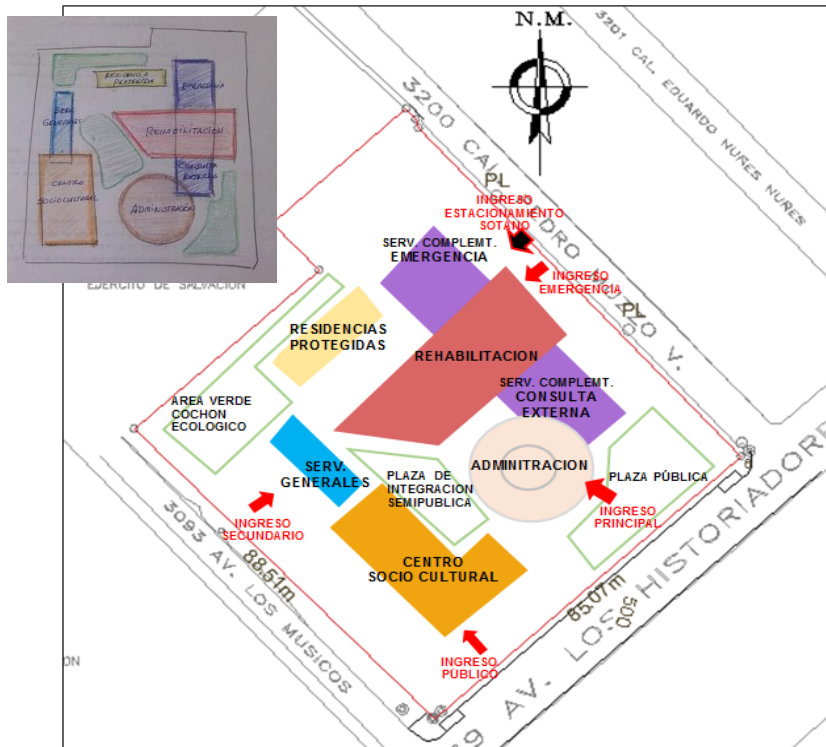


“Mundo Transitorio real”



5.3.3. Proceso Analítico - Ubicación de Espacios

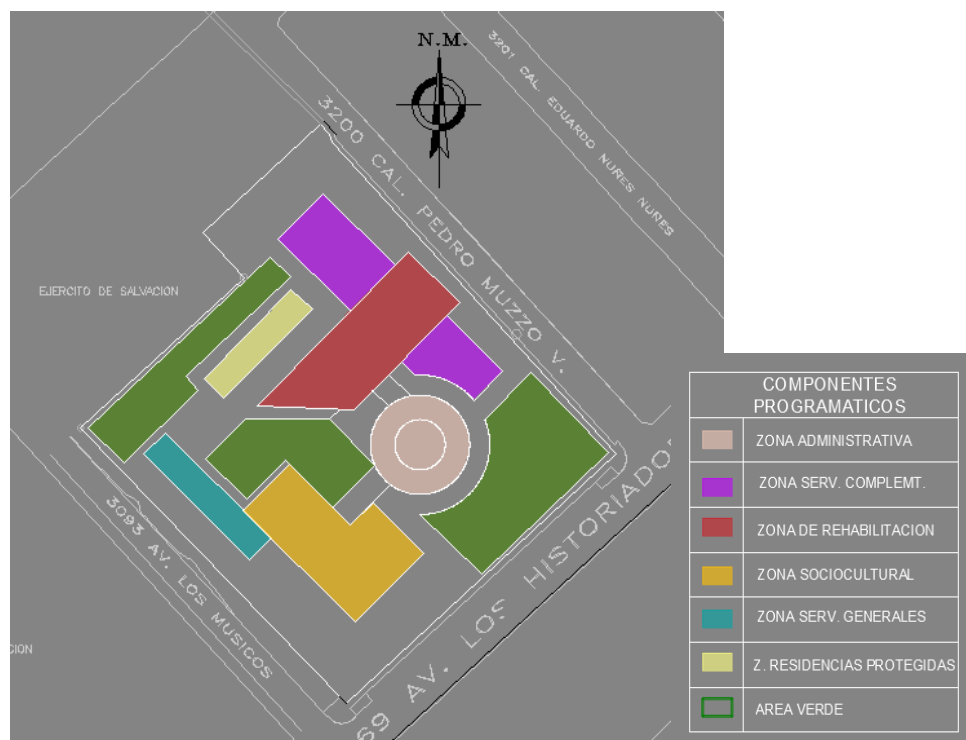
Imagen N° 45: Ubicación y espacios



5.4. ZONIFICACION

5.4.1. Zonificación General

Imagen N° 46: Zonificación General



5.4.2. Zonificación Específica

5.4.2.1. Zona Administrativa

Este espacio está diseñado para el control, gestión, administración y dirección del centro de rehabilitación psiquiátrico, y el mismo comprende de las siguientes áreas:

- Dirección general.
- Asesoría legal.

Sub dirección administrativa

Comprende del área de:

- Atención pública.
- Área de contabilidad.
- Área de Logística.
- Área de capacitación.

- Área de informática.
- Servicio social.

5.4.2.2. Zona de Servicios Complementarios

Espacio diseñado para uso complementario en el cual se brindara servicio de atención médica, control y diagnostico a pacientes internos, externos y público en general con problemas de salud mental, el mismo que comprende las siguientes áreas:

- Consulta Externa
- Unidad de Emergencia
- Unidad de ayuda y diagnostico

5.4.2.3. Zona de Rehabilitación

Espacios diseñados exclusivamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico clínico de enfermedad mental, en donde mediante talleres y ambientes especializados recibirán las respectivas terapias, técnicas y procesos de tratamientos de rehabilitación y recuperación de la salud mental.

- Talleres laborales
- Talleres educacionales
- Salas de terapia grupal
- Gimnasios
- Salones multiusos etc.

5.4.2.4. Zona de Residencias Protegidas

Espacios diseñados exclusivamente para albergar temporalmente a pacientes con diagnóstico clínico critico en salud mental, pero con posibilidades de recuperación mediante diferentes terapias y tratamientos de rehabilitación de la salud mental.

5.4.2.5. Zona Socio cultural

Espacios destinados para el desarrollo de diferentes actividades las mismas que reforzaran y complementaran los distintos procesos de tratamiento y rehabilitación del paciente, entre los que tenemos los siguientes:

- Auditorio
- Plaza de rehabilitación
- Plazas de integración semipública
- Salas de lectura
- Salas de exposiciones
- Salas de relajación etc.

5.4.2.6. Zona Servicios Generales

Estos espacios están destinados albergar al personal que se encargara de dar el apoyo logístico al centro de rehabilitación mediante los diferentes servicios que allí se desarrollen, tanto en seguridad, mantenimiento, servicios de limpieza, control, y almacenamiento.

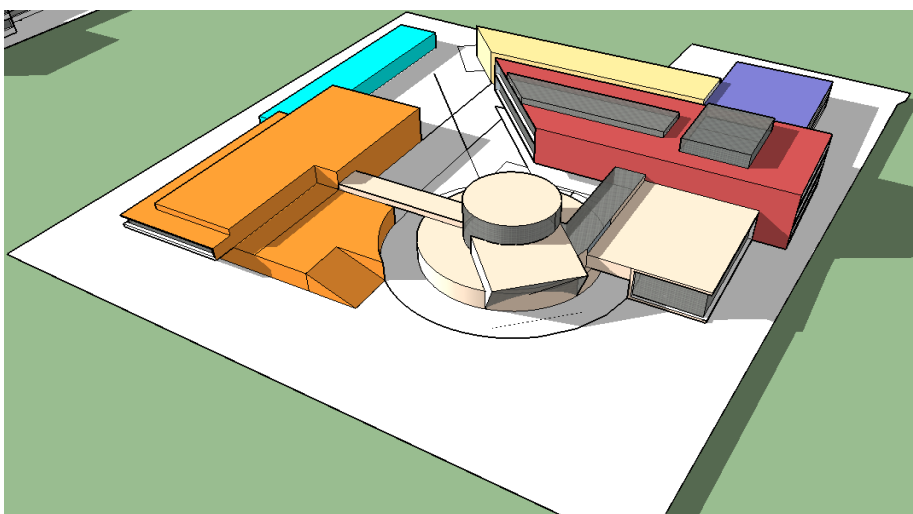
5.4.2.7. Zona de Estacionamientos







Estos espacios están destinados albergar vehículos de los distintos usuarios y visitantes del centro de rehabilitación, estos son:

- Pacientes externos
- Personal del centro de rehabilitación
- Público en general.

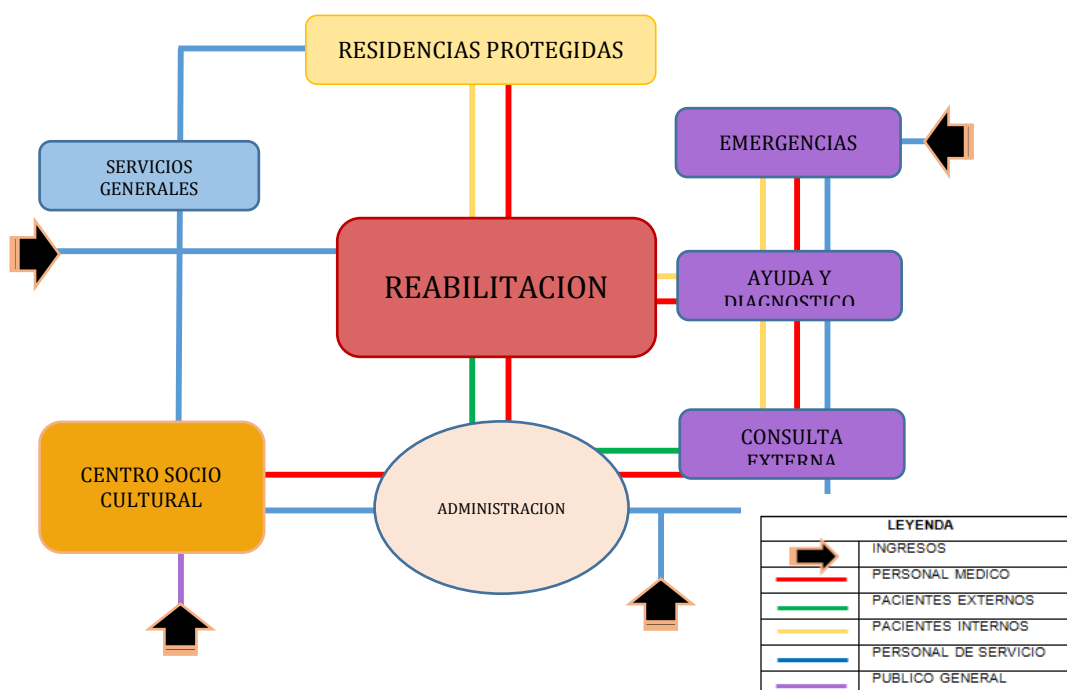
5.4.3. Zonificación Volumétrica

Imagen N° 47: Zonificación Volumétrica



LEYENDA	
	ZONA ADMINISTRATIVA
	ZONA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
	ZONA REHABILITACION
	RESEDENCIAS PROTEGIDAS
	ZONA SOCIOCULTURAL
	ZONA SERVICIOS GENERALES

5.4.4. Flujograma

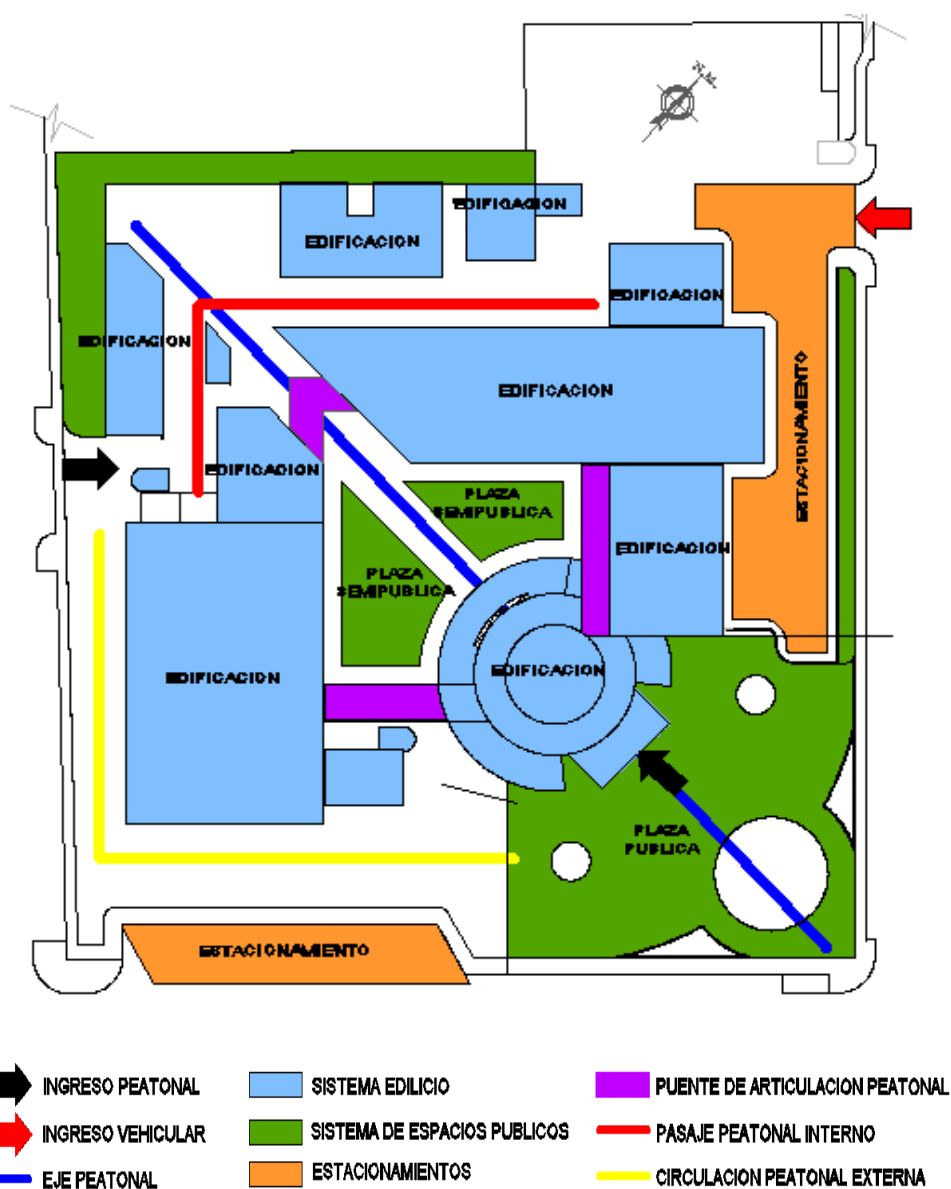


5.5. SISTEMATIZACION

5.5.1. Sistema Funcional

El acceso peatonal al centro de rehabilitación se da a través de un hall antecedido por la plaza pública principal, todos los espacios posteriores están distribuidos a través de un gran eje el mismo que se extiende por todo el terreno, los espacios abiertos se dan a través de la plaza principal pública y otra semipública, los espacios superiores se articulan a través de puentes peatonales internos.

Imagen N° 48: Sistema Funcional



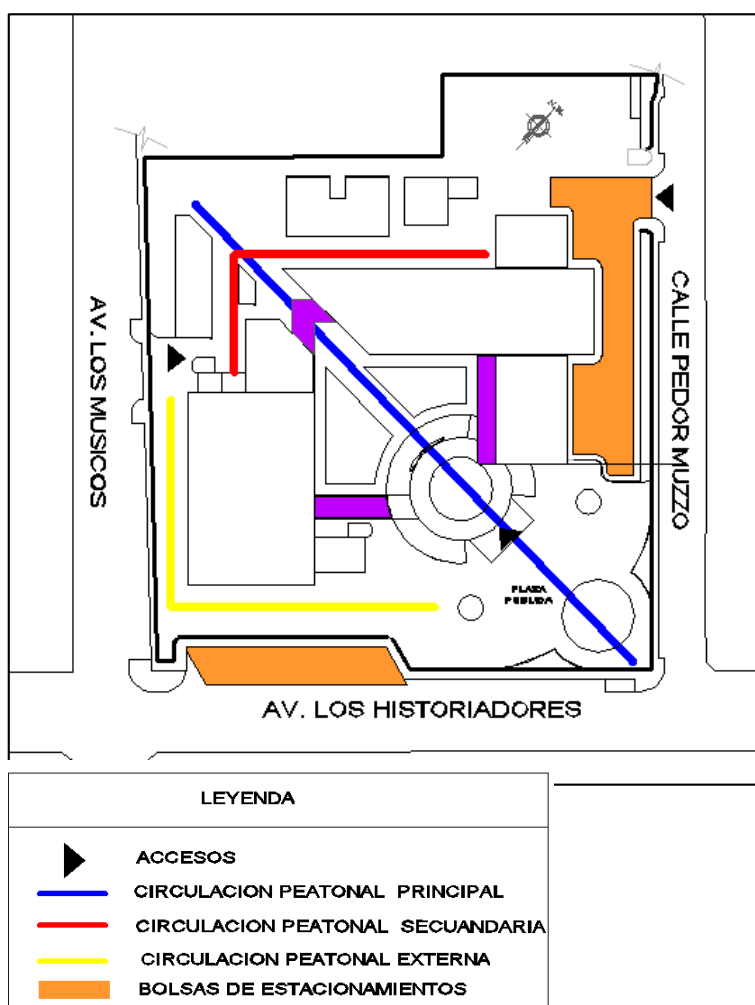
5.5.2. Sistema de Movimiento

Acceso Principal (Av. Los Historiadores).- Esta vía recepcionara el flujo peatonal de los distintos usuarios del centro de rehabilitación y público en general, ya que se trata de una avenida principal la misma que se articula con la av. La cultura que es una de las más importantes y de mayor flujo del distrito.

Acceso Secundario (Calle Pedro Muzzo).- Esta vía es de menor flujo vehicular por lo tanto tendrá acceso a la zona de emergencia y a la bolsa de estacionamientos destinado para el personal del centro de rehabilitación.

Acceso de Servicios (Av. Los Músicos).- Esta vía recepcionara a todo el personal que desarrollara los trabajos de mantenimiento, control y servicios dentro del centro de rehabilitación.

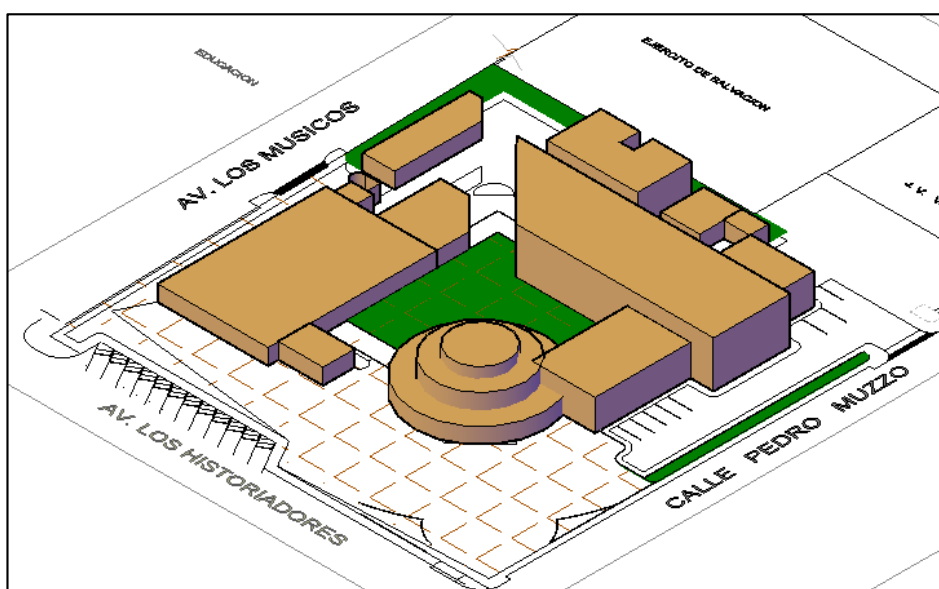
Imagen N° 49: Sistema de Movimiento



5.5.3. Sistema Formal

El centro de rehabilitación psiquiátrico consiste en una edificación con una altura máxima de tres niveles en lo que corresponde al departamento de rehabilitación, La fachada del acceso principal que se da por la av. Los Historiadores y el acceso secundario que se da por la calle Pedro Muzzo se le ha dado un tratamiento especial exterior de concreto cara vista, y un gran muro cortina de vidrio verde reflejante orientado al SO, para permitir una gran vista al usuario del distrito. Los demás ambientes de la edificación cuentan con 1 y 2 niveles respetando de esta manera el entorno en el que se desarrolla el proyecto.

Imagen N° 50: Sistema Formal



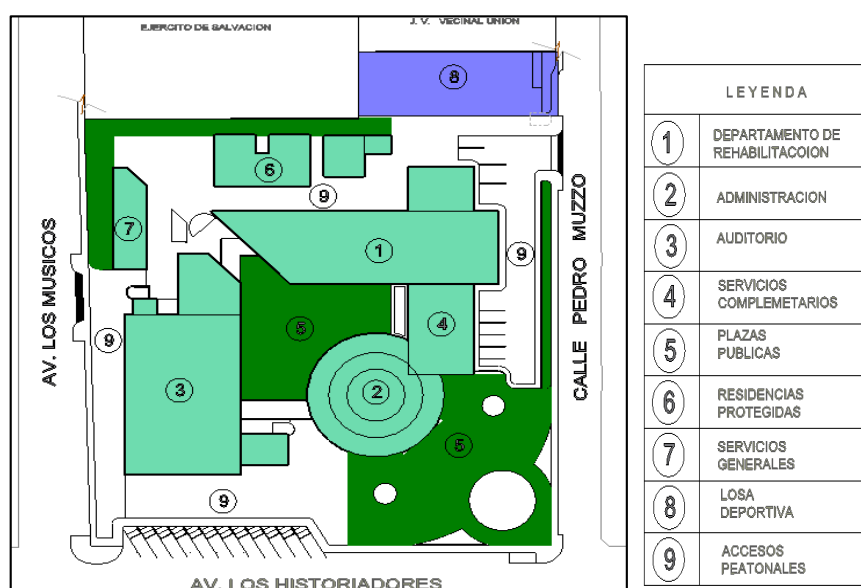
5.5.4. Sistema Espacial

1.- Departamento de Rehabilitación.- espacios destinados al tratamiento y rehabilitación de los pacientes con problemas de salud mental. Tiene un área construida de 693.06 m².

2.- Zona Administrativa.- espacio destinado a dirigir, gestionar las distintas actividades que se realicen dentro del centro de rehabilitación. Tiene un área construida de 514.71m².

- 3.- Auditorio.-** Este espacio está destinado a brindar distintas actividades como son de las charlas de prevención y actividades culturales hacia la población, tiene un área construida de 715.56 m².
- 4.- Servicios complementarios.-** Este espacio está destinado para brindar servicios de atención médica y de diagnóstico a los distintos usuarios con problemas de salud mental. Tiene un área construida de 243.64 m².
- 5.- Plazas Públicas.-** el centro de rehabilitación cuenta con 2 plazas las mismas que están destinadas a la integrar a usuarios externos e internos.
- 6.- Residencias Protegidas.-** Espacios destinado a proteger y albergar a pacientes con problemas de salud mental severo y con posibilidades de recuperación. Cuenta con un área construida de 172.70 m².
- 7.- Servicios generales.-** este espacio está destinado albergar al personal del área de mantenimiento, control y servicios del centro de rehabilitación. Tiene un área construida de 122.51 m².
- 8.- Losa Deportiva.-** espacio destinado a las actividades de recreación que forman parte del proceso de rehabilitación, tiene un área reglamentaria de 14.30 m x 26.60 m.
- 9.- Pasajes Peatonales.-** espacios destinados a las circulaciones internas como externas del centro de rehabilitación psiquiátrico.

Imagen N° 51: Sistema Espacial

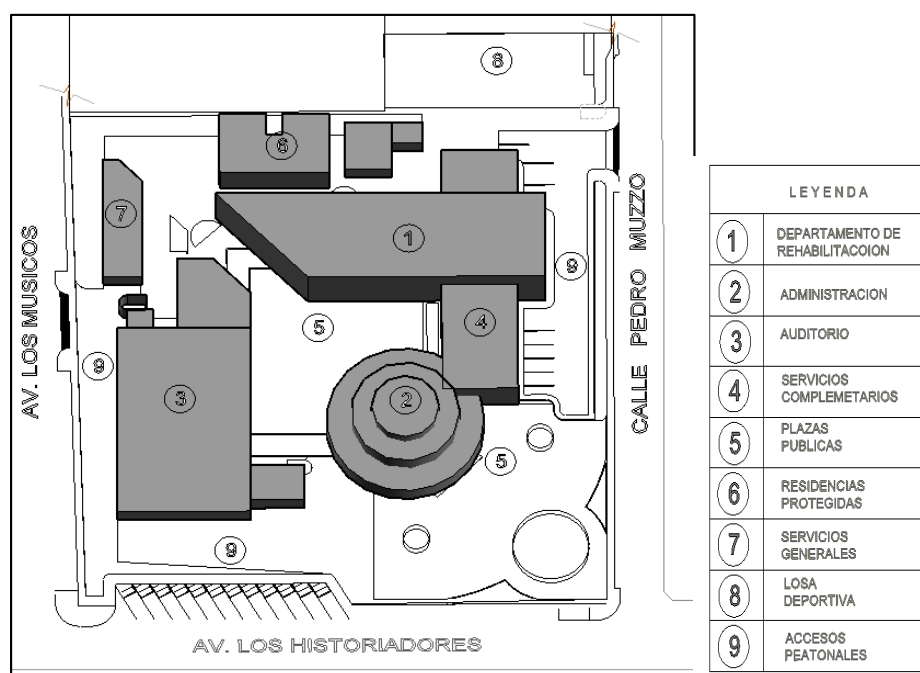


5.5.5. Sistema Edilicio

La ubicación en una zona poblada y consolidada del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa como es la Av. Los Historiadores permiten una imagen netamente contextual y su expresión edilicia de fácil identificación tomando en cuenta elementos formales y contemporáneos con la tecnología actual, otorgan a este sistema un lenguaje arquitectónico marcando la pauta de espacios, formas y recorridos.

Este sistema edilicio se consolida respetando el entorno urbano con una edificación de hasta tres niveles.

Imagen N° 52: Sistema Edilicio

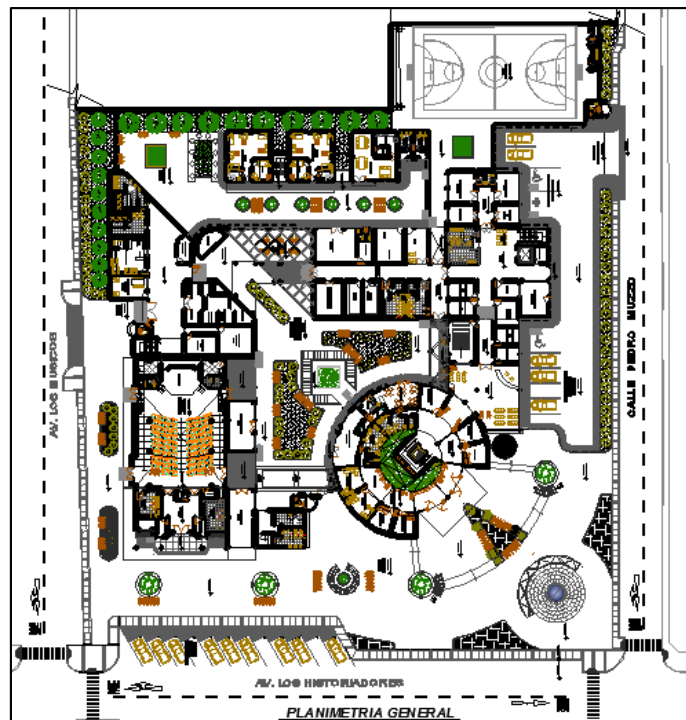
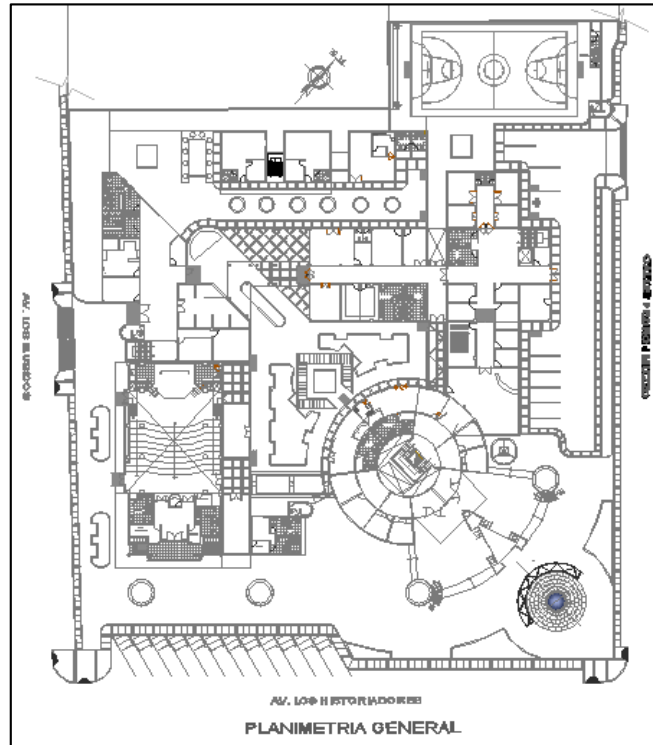


5.6. ANTEPROYECTO

5.6.1. Distribución de Plantas

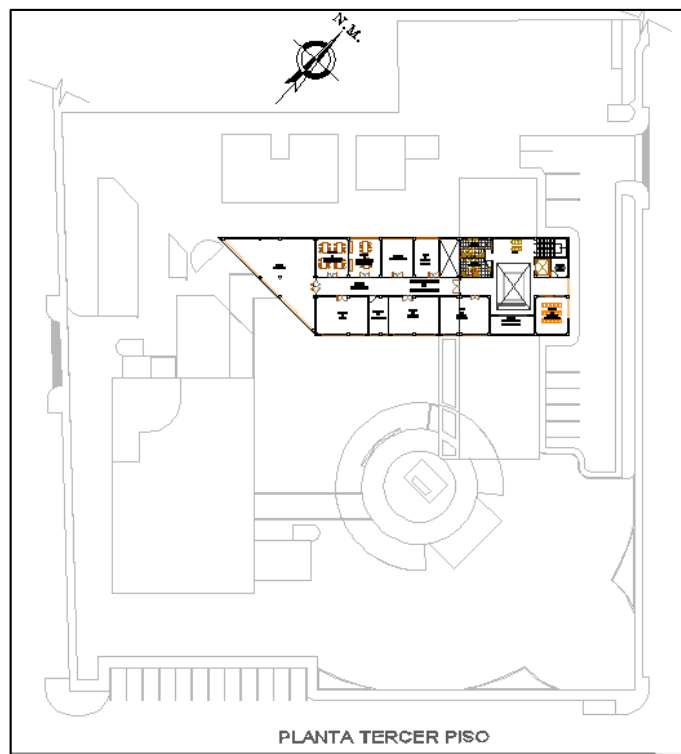
- Planimetría general

Imagen N° 53: Planimetría General (anteproyecto)



- Planta Segundo y Tercer piso

Imagen N° 54: Planta Segundo y Tercer Piso (anteproyecto)



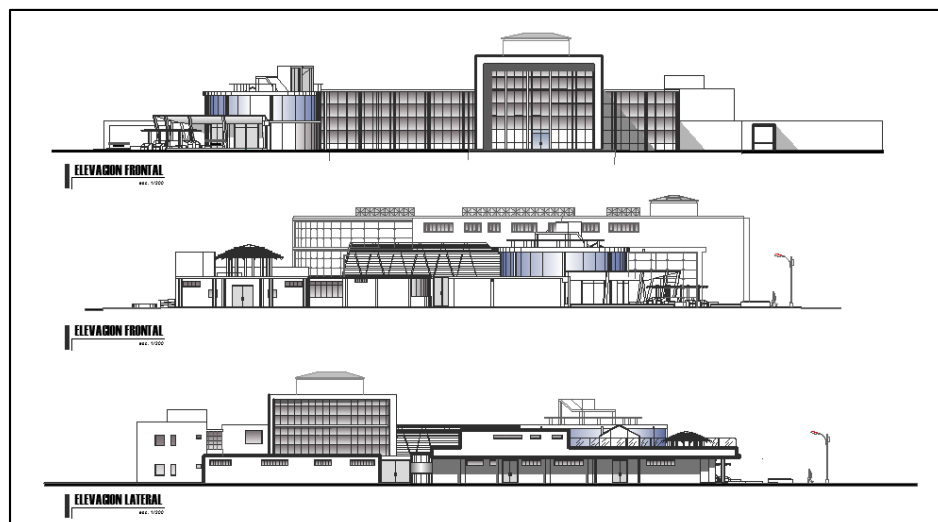
- Cortes

Imagen N° 55: Cortes (anteproyecto)



- Elevaciones

Imagen N° 56: Elevaciones (anteproyecto)

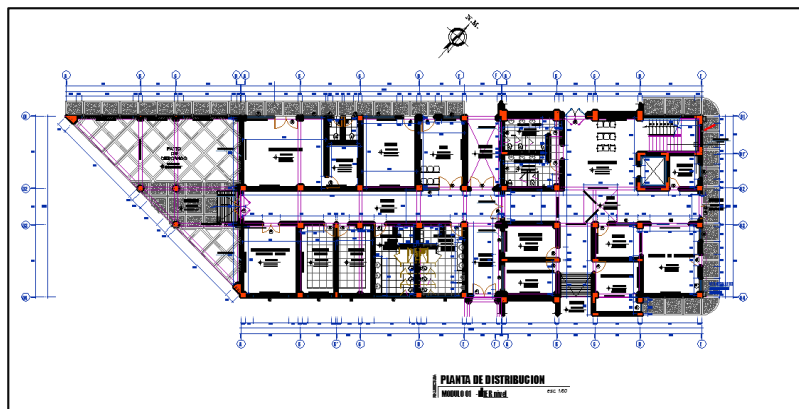


5.7. PROYECTO

A. Departamento de Rehabilitación

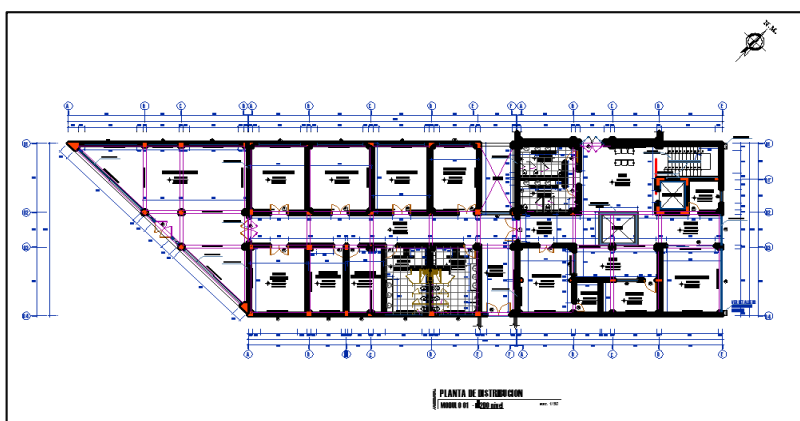
- Planta de Distribución primer piso

Imagen N° 57: Depto. de Rehabilitación Planta Primer Piso (Proyecto - 01)



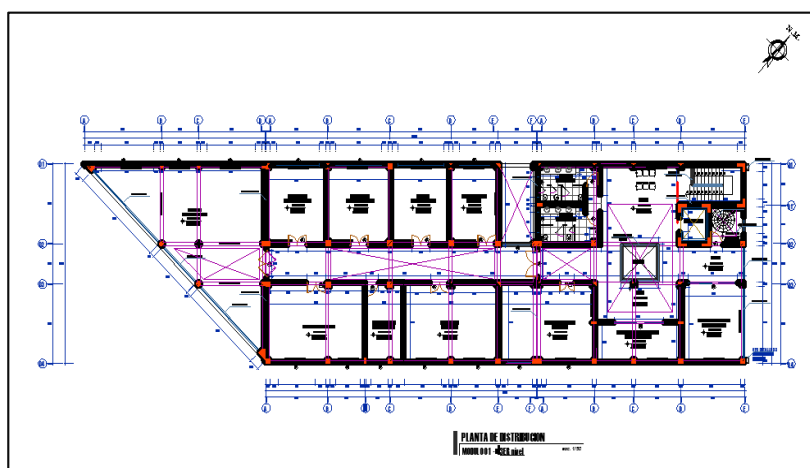
- Planta de Distribución Segundo piso

Imagen N° 58: Planta de distribución Segundo Piso (Proyecto - 01)



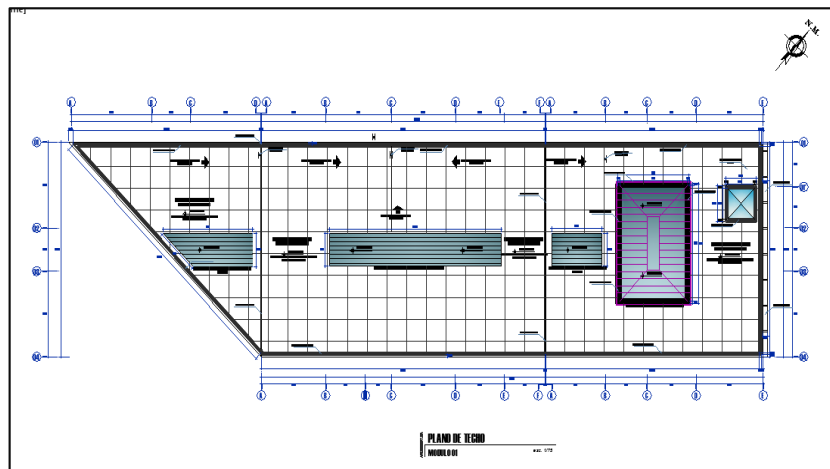
- Planta de Distribución Tercer piso

Imagen N° 59: Planta de distribución Tercer piso (Proyecto - 01)



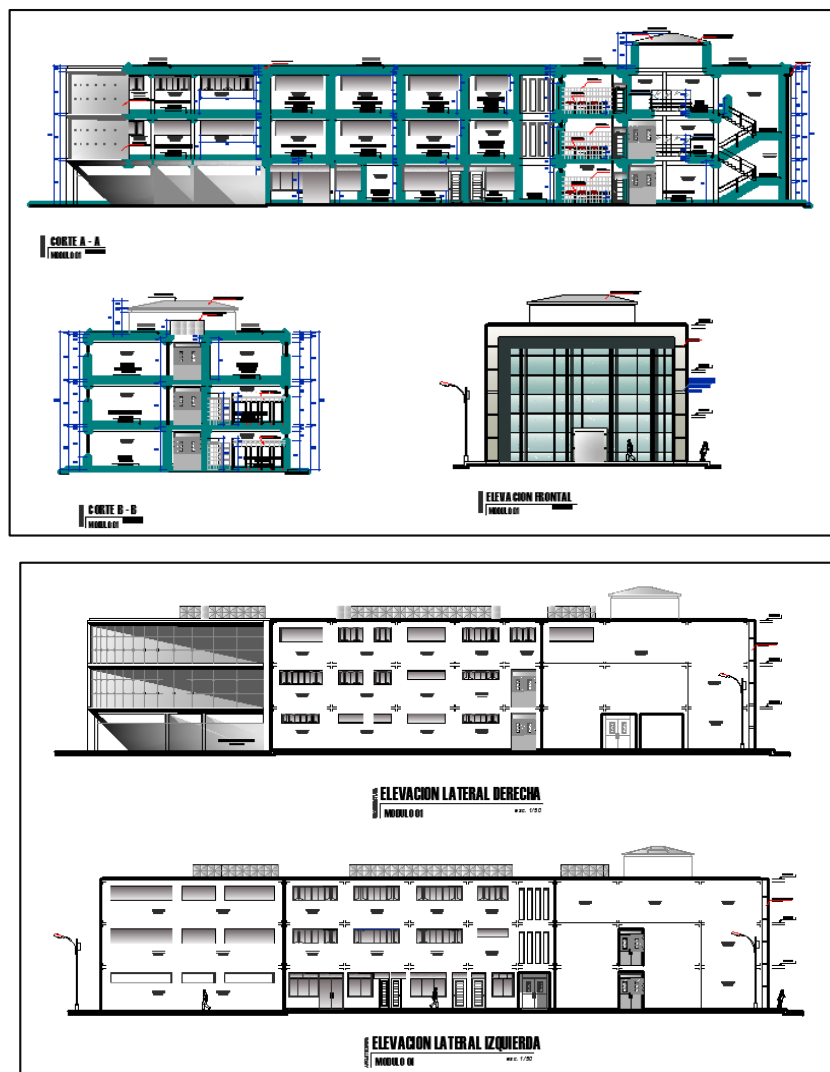
- Plano de Techo

Imagen N° 60: Plano de techo (proyecto - 01)



- Cortes y Elevaciones

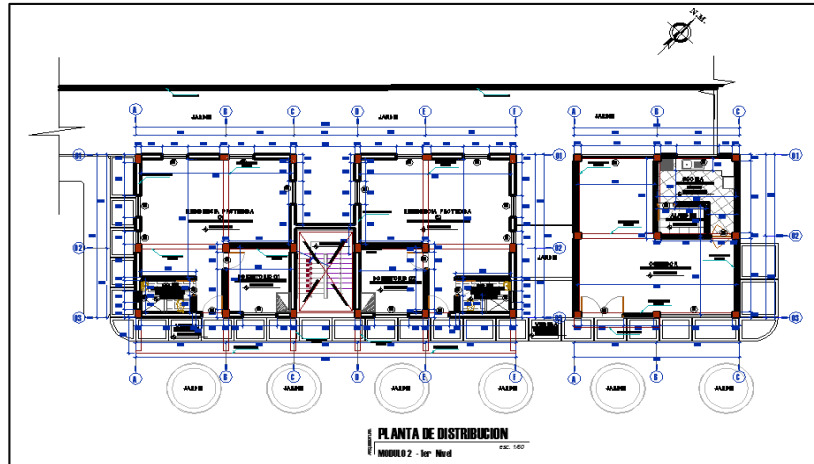
Imagen N° 61: Cortes y Elevaciones (Proyecto - 01)



B. Residencias Protegidas

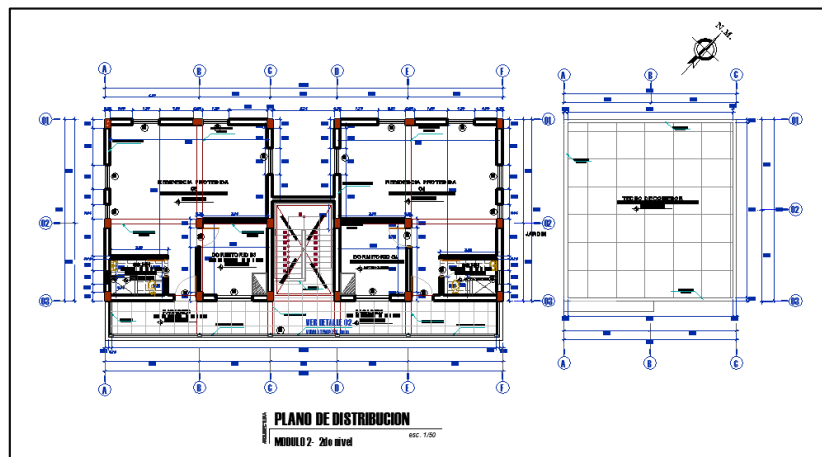
- Planta de Distribución Primer piso

Imagen N° 62: Residencias Protegidas Planta de distribución primer piso (Proyecto - 02)



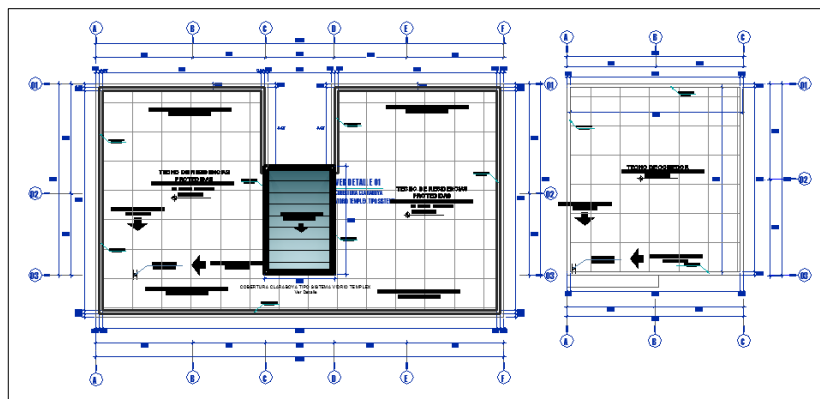
- Planta de Distribución Segundo Piso

Imagen N° 63: Planta de distribución Segundo Piso (proyecto - 02)



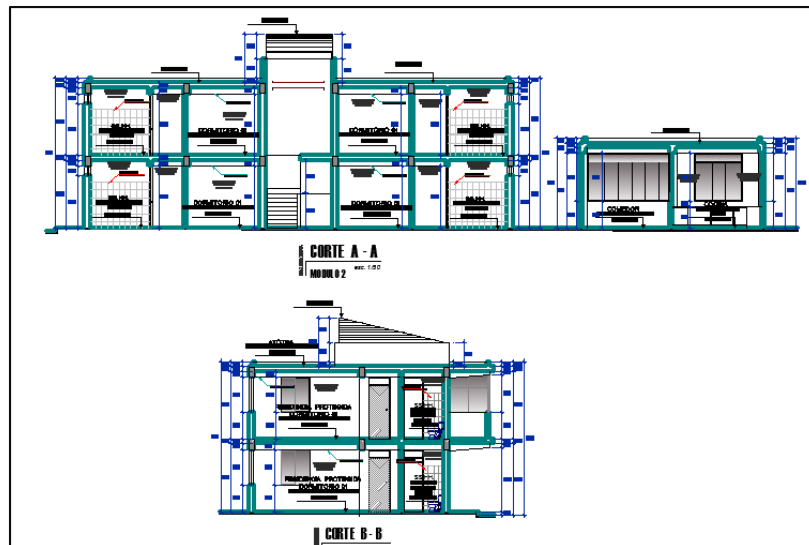
- Plano de Techo – (Residencias Protegidas)

Imagen N° 64: Plano de Techo (proyecto - 02)



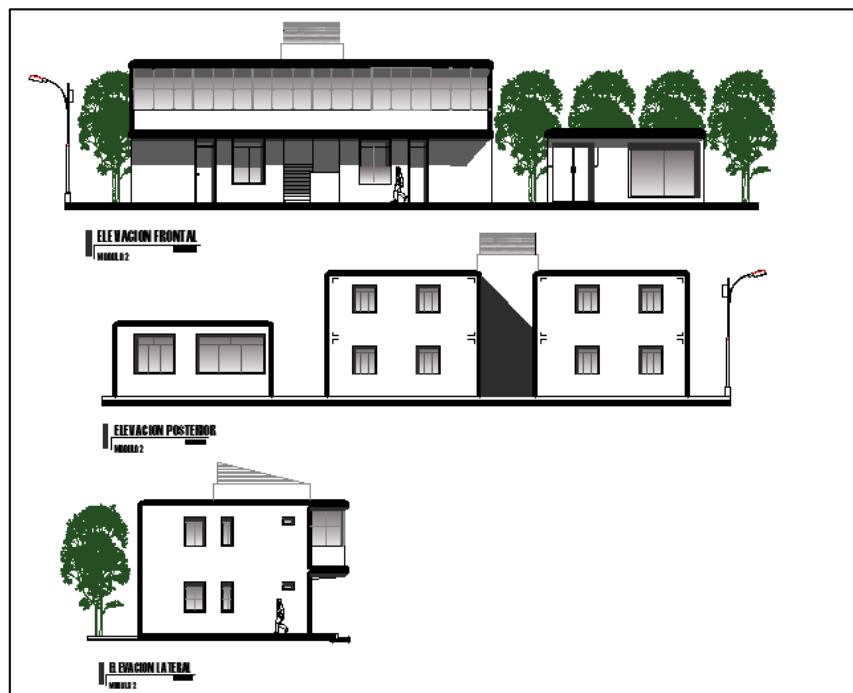
- Cortes

Imagen N° 65: Cortes (Proyecto – 02)



- Elevaciones

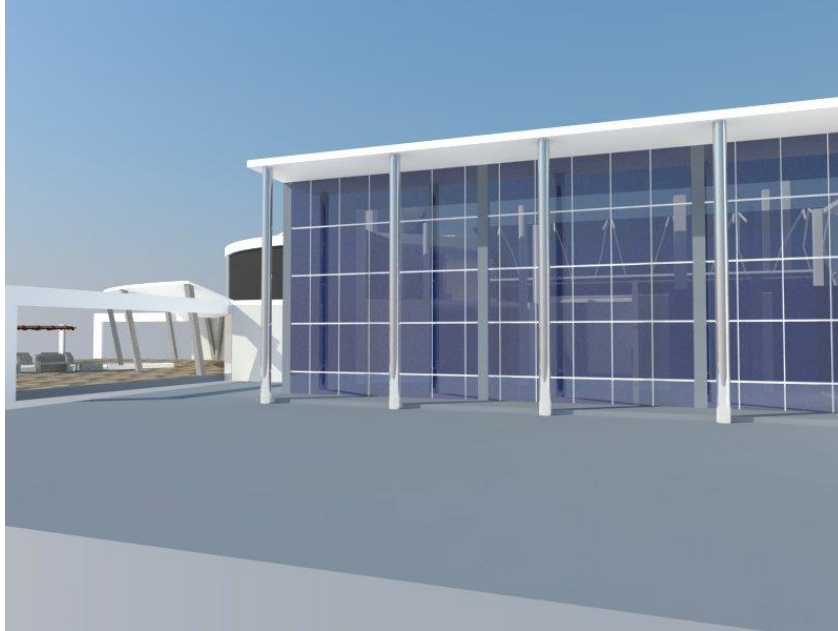
Imagen N° 66: Elevaciones (proyecto – 02)



5.8. PRESPECTIVAS 3D

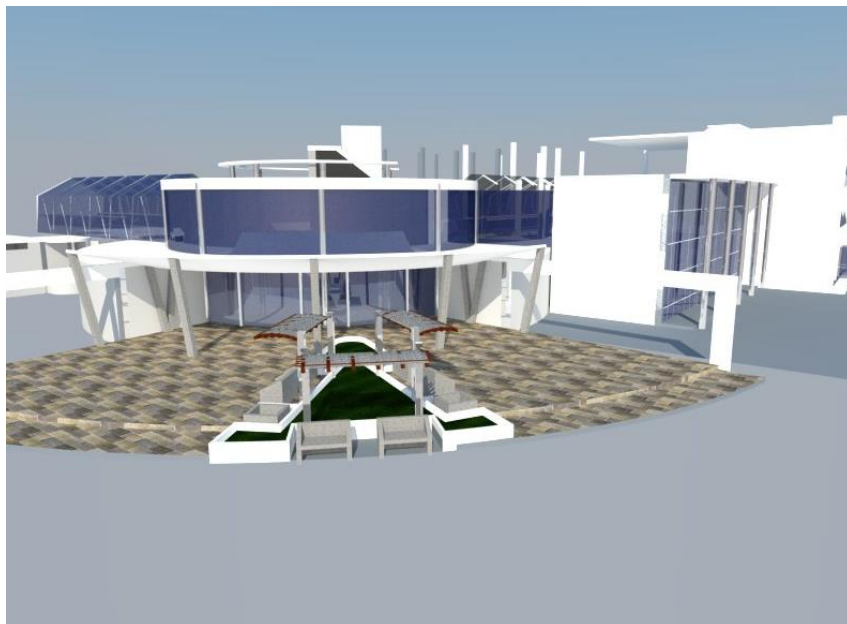
- Consulta Externa

Imagen N° 67: Perspectiva 3D – Consulta Externa)



- Ingreso principal

Imagen N° 68: Perspectiva 3D – Ingreso Principal



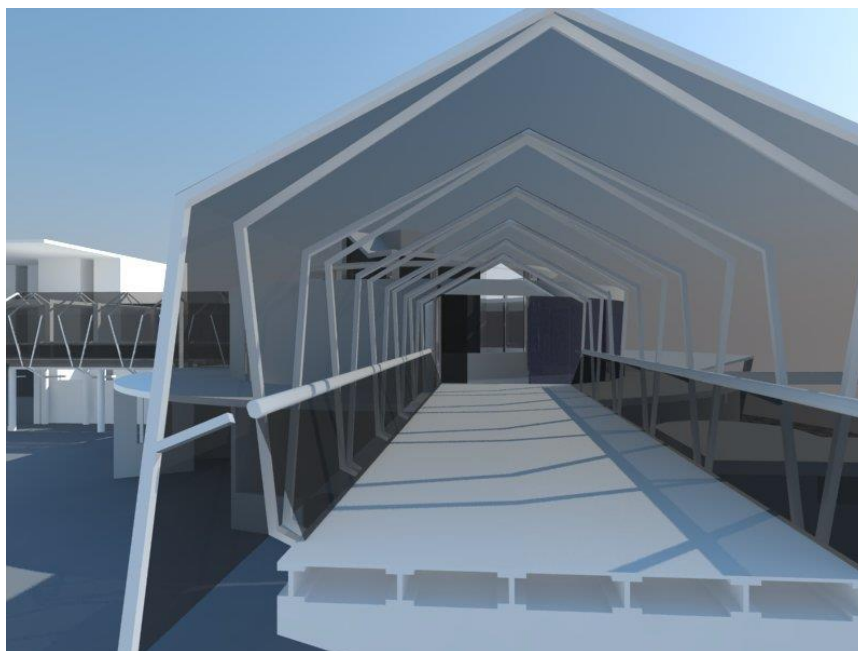
- Ingreso emergencia

Imagen N° 69: Perspectiva 3D – Ingreso emergencia



- Puentes articuladores

Imagen N° 70: Perspectiva 3D – Puentes articuladores



5.9. DESCRIPCION DEL PROYECTO

5.9.1. Memoria Descriptiva

Generalidades

La presente memoria descriptiva Trata de la propuesta Arquitectónica correspondiente al “**CENTRO DE REHABILITACION Y PREVENCION PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS EN LA CIUDAD DE TACNA**”

1. Ubicación

Departamento : Tacna
Distrito : Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa

2. Límites del Terreno

Por el Norte : Colinda con la calle Pedro Muzzo 102.51 ml
Por el Sur : Colinda con la Av. Los Músicos 88.45 ml
Por el Este : Colinda con la Av. Historiadores 85.07 ml
Por el oeste : Colinda con la Junta Vecinal Unión 102.46 ml

3. Área

El área total donde se ubica el Centro de Rehabilitación está compuesto por un terreno destinado por el plano de zonificación del distrito para Otros Usos (OU) siendo el área total del terreno de: 8,141.79 m².

4. Accesos

Se propone 1 acceso peatonal principal por la Av. Los Historiadores, y un acceso vehicular para el área de Emergencia y estacionamientos por la calle Pedro Muzzo.

5. Descripción Arquitectónica del Conjunto

El proyecto se inserta en el área urbana del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa delimitando por una de las avenidas importantes del distrito como es la Av. Los Historiadores. Siendo de un tránsito regular. Se optó por un proyecto de espacios amplios bien iluminados y ventilados en ambientes diseñados específicamente para tales fines con características de fácil identificación.

El proyecto se ha concebido como un conjunto a través de elementos estructuradores como los ejes de origen espiral, definida por 07 zonas que conforman el conjunto arquitectónico. El proyecto considera el diseño de áreas correspondientes a actividades de carácter social, cultural, recreación y rehabilitación constituido por la primera planta, segunda planta, y tercera planta.

El conjunto se organiza a partir de una plaza pública que une los espacios administrativos con las áreas de consultas externas y emergencia. Está definida por unas áreas libres para el esparcimiento de los pacientes y personas que vendrán a visitar a sus familiares brindando iluminación y ventilación. A partir de un gran hall y acceso peatonal se desarrolla los diferentes tipos de circulación hacia los pisos de diferente altura.

5.1 Zonificación

Con la zonificación se intenta hacer la distribución entre las cualidades funcionales que tiene cada una de las actividades en su localización. Este análisis ayuda a interrelacionar las actividades dentro de la actividad mayor, como lo es la rehabilitación de enfermos mentales.

La actividad de rehabilitación en la zona sociocultural está ligada a atraer al paciente a una nueva forma de ver el tratamiento psiquiátrico, por lo que es lógico pensar que las

actividades culturales y de ocio se establezca en la primera planta del proyecto con el fin de que el cliente recorra ese nivel y por consiguiente no asuma el centro de rehabilitación como un internado.

Dentro del desarrollo de la propuesta también se encuentran espacios de consultas externas designadas para todo aquel individuo que necesite orientación adicional sobre su estado mental. Se ubican aledañas a la Calle Pedro Muzzo, donde también se encuentra el ingreso vehicular a la zona de emergencias.

Debido a la falta de equipamientos de estas características, se diseñó también la zona de Las Residencias Protegidas un área destinada acoger pacientes con diagnóstico clínico más severo pero con altas posibilidades de recuperación de sus facultades psicomotoras los mismos que quedaran internados temporalmente antes del proceso de rehabilitación.

5.2 Descripción de Zonas Desarrolladas

La propuesta arquitectónica está comprendida por 07 zonas:

- ZONA ADMINISTRATIVA
- ZONA CONSULTA EXTERNA
- ZONA EMERGENCIA
- ZONA DE RESIDENCIAS PROTEGIDAS
- ZONA DE REHABILITACION
- ZONA SOCIOCULTRAL
- ZONA DE SERVICIOS GENERAL

a. Zona Administrativa

Comprendida por ambientes tales como: dirección general, salas de reuniones, sala de capacitación, oficinas de informática, logística, asesoría legal, entre otros.

b. Consultas Externas

Comprende espacios como son consultorios por especialidad, área de emergencia, ayuda y diagnóstico preliminar, tópico, estar de enfermeras, farmacia y otros.

c. Emergencias

Comprende espacios como son sala de estabilización, cuarto de equipos, sala de cirugía menor, jefatura etc.

d. Zona de Residencias Protegidas

Comprende espacios de internamiento para pacientes con diagnóstico clínico severo y con posibilidades de recuperación; como son los dormitorios, taller multiusos comedor y otros.

e. Zona de Rehabilitación

Comprende espacios donde se desarrollara el proceso de rehabilitación y recuperación de los pacientes, estos son los distintos talleres, salas de clases, gimnasio y otros.

f. Zona Sociocultural

Comprende espacios donde la actividad de rehabilitación constituye una nueva forma de tratamiento psiquiátrico, espacios como sala de lectura, sala de exposiciones, auditorio, también espacios de ocio como son la sala de video y música, tiendas y stand de productos entre otros.

g. Zona de Servicios Generales

Destinado al área de servicios, vestidores, camerinos, lavandería, almacén general entre otros.

6. Especificaciones Técnicas**6.1 Puertas**

Las puertas que se utilizaran en el proyecto estarán diferenciados en algunas zonas por carpintería de madera y en otras carpintería metálica, en el área de rehabilitación zona de talleres y otras puertas de doble hoja color azul acero, en las residencias protegidas serán de una hoja de tipo batiente color cedro.

6.2 Carpintería Metálica

En las zonas de consulta externa como son consultorios, laboratorios y otros se instalaran puertas contra placadas metálicas, deberá utilizar elementos como ángulos, tes, platinas, planchas, tubos circulares, cuadrados y rectangulares, y mallas electro soldadas del tipo normal estructural liviano, planchas o perfiles especiales sin metalizar, los cuales no deberán presentar defectos que alteren su apariencia, durabilidad y resistencia; serán de calidad comercial de preferencia los que se expenden en el mercado nacional. Las tuercas, clavos, pernos, tornillos y otros serán de acero inoxidable de los tamaños, tipos y cantidades necesarias para asegurar el funcionamiento óptimo de los mismos.

En lo que corresponde a carpintería también se usaran perfiles de aluminio anodizado, requeridos en las diferentes áreas del proyecto.

6.3 Carpintería de Madera

Esta especificación se refiere al suministro, fabricación y colocación de todos los elementos indicados en planos arquitectónicos de las diferentes plantas así como también, puertas, ventanas, muebles y otros.

Las uniones serán instaladas adecuadamente (las espigas pasantes, clavos, tornillos) llevaran elementos de sujeción. Las puertas interiores serán contra placadas con triplay las que llevarán armazón de madera de primera calidad y bisagras de 3"

Los acabados de las diferentes puertas y mobiliario deberán contar con un acabado óptimo no debiendo presentar desniveles, rayones ni imperfecciones de ningún tipo.

a. Ventanas

Las ventanas serán de carpintería de aluminio, cuya modulación será de acuerdo a la plástica formal del edificio.

6.4 Pisos

En general los ambientes internos contaran con piso cerámico en diferentes medidas y de acuerdo a las especificaciones técnicas por áreas, los ambientes de rehabilitación y otros se vaciara sobre el falso piso debiendo tener un espesor de 5 cm. aplicado en dos capas sucesivas, donde la primera capa o base tendrá un espesor de 3.5 cm. y se usará para el asentamiento de la última capa más fina y pulida.

6.5 Pintura

Se recomienda en general el uso de pintura del tipo látex lavable, y se aplicara en dos capas sucesivas sobre una base, en todos los casos requeridos se masillará y

resanarán las superficies que deberán estar perfectamente limpias y libre de polvo, grasa o cualquier otro elemento que pueda alterar la pintura.

6.6 Vidrios y Cristales

Serán de primera calidad tipo sistema templex de 6mm color transparente plano, deberán de tomarse las medias en campo antes de su fabricación y pasar los controles de calidad correspondientes, también en algunas zonas se utilizara los muros cortina.

Todo trabajo de corte, entalle y perforación del cristal debe efectuarse antes del proceso de templado. Este deberá ser cortado exactamente a las medidas y formas requeridas, debiendo tener en cuenta las dimensiones máximas recomendables del cristal.

Todos los vidrios se adecuan a la normatividad vigente para espacios públicos los mismos que serán fabricados de vidrio templado.

El vidrio templado templex de 6mm Se ubicará en los grandes ventanales como: en los ingresos principales y secundarios del centro de rehabilitación.

5.9.2. Estimación de Costos

El presupuesto de la obra está calculado en base al costo actual de metro acabado terminado y con acabados normales, los mismos que concuerdan con los precios actualizados del mercado publicado mensualmente en la revista GRUPO S-10.

Cuadro N° 34: Estimación de costos

COSTOS DE ÁREAS TECHADAS

EDIFICACION	AREA m2	COSTO S/. m2	COSTO PARCIAL
Administración (2)	1029.42	1593.54	1640421.94
Serv. Complementarios (2)	685.40	1593.54	1092212.31
Depto. Rehabilitación (3)	2079.18	1593.54	3313256.49
Residenc. Protegidas (2)	351.32	1593.54	559842..47
Comedor	62.15	1593.54	99038.51
Auditorio	561.05	1593.54	894055.61
Sala de exposiciones	97.29	1593.54	155035.50
Sala de Lectura	45.33	1593.54	72235.16
Cafetería	40.23	1593.54	64108.11
Casetas de control	9.82 x (3)	1593.54	46945.68
Serv. Generales	122.51	1593.54	195224..58
Almacén	128.30	1593.54	204451.18
Ss. Hh.	71.64	1593.54	114161.20
	5 303.28		s/. 8 450 998.71

Fuente: Publicidad Mensual Grupo S-10

Cuadro N° 35: Costos áreas libres y espacios abiertos

COSTOS ÁREAS LIBRES Y ESPACIOS ABIERTOS

ZONA	AREA m2	COSTO S/. m2	COSTO PARCIAL
Plaza Publica	1921.27	185	355434.95
Plaza Semipública	751.55	185	139036.75
Losa deportiva	540.47	160	86475.20
Estacionamientos (2)	698.96	185	129307.60
	3 912.25		s/. 710 254.50

Cuadro N° 36: Costo total del proyecto

COSTOS TOTAL DEL PROYECTO

ZONA	AREA m2	COSTO S/. m2	COSTO PARCIAL
Área Techada	2 884.09	-	8 450 998.71
Áreas Libres	3 912.25	-	710 254.50
	6 796.34		s/. 9'161 253.21

5.9.3. Financiamiento

Las fuentes de financiamiento para efectos de la construcción de este proyecto arquitectónico se dará a través de:

- Fondos e Inversión Privada
- Aporte del gobierno Regional
- Aporte del gobierno Local
- Cooperación a través de fondos de desarrollo destinados al apoyo en la construcción de infraestructuras de Salud por parte del estado.

El centro de rehabilitación será de carácter Privado pero contará con el área social correspondiente en apoyo a la población más necesitada del distrito que se encuentren en condiciones de salud mental deficiente.

5.10. CONCLUSIONES

- El planeamiento de un Centro de Rehabilitación en su emplazamiento y ubicación estratégica, permite aprovechar el contexto, y el manejo de diseño arquitectónico, el cual lo hace más interesante, atractivo e innovador.
- El espacio abierto y las plazas juegan un rol importante dentro del diseño del proyecto como el que se propone, el uso vital de este, recrea el cuerpo y la imaginación, es el espacio público abierto de desenvolvimiento el que permitirá que los pacientes puedan desarrollar sus actividades en relación con el entorno y hacia la comunidad.
- Las circulaciones también son elementos claves de ordenamiento y desplazamiento del usuario, que junto al sistema de espacios públicos permiten un buen funcionamiento.
- El empleo del sistema constructivo aporticado, ofrece mejores condiciones sísmicas en una edificación. El empleo de tecnologías de sistemas de protección sísmica para la edificación da un valor agregado, evitando reducir el daño estructural ante un eventual evento sísmico,
- El centro de Rehabilitación se configura en torno al lugar donde se ubica, se adapta sin romper con su entorno y forma parte de el, integrándose a las edificaciones existentes.

5.11. RECOMENDACIONES

- Se debe aprovechar las oportunidades que genera la globalización, la diversificación de inversiones privadas y las intervenciones que vienen desde el gobierno nacional.
- Los gobiernos locales y regionales son las entidades que deben liderar este proceso, sobre todo en el aspecto de la Salud.
- Es importante contar con recursos técnicos (instrumentos de planeamiento y gestión) humanos adecuados a los nuevos desafíos.
- Esta visión permite reducir conflictos y generar esquemas de colaboración entre diferentes entidades (locales, regionales y nacionales) así como con el sector privado.
- La salud mental no es un problema aislado o solo de un sector reducido de personas, por el contrario se ha venido incrementado los casos con el pasar de los años, por lo que se debe incrementar los programas en relación a esta patología, y el desarrollo de este tipo de propuestas arquitectónicas contribuirá en los diferentes procesos de rehabilitación que allí se desarrollen.

5.12. BIBLIOGRAFIA

- Human Rights Mental Health- Spanish (2000) Derechos Humanos y Salud Mental en Mexico (informe de Investigacion)
- Augusto Mosquera del águila (2003) Perfil Epidemiológico de Pacientes Hospitalizados por intento de suicidio en el hospital “hermilio Validizan” (Tesis de Investigación) Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Junior Castillo (2005) Hospital psiquiátrico de Rehabilitación Lima (Tesis de Grado) Universidad de Ciencias Aplicadas Lima
- Dra. Dinnia Ramírez Orías (2009) Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios y usuarias que tienen seguimiento en la Consulta externa del Hospital Diurno (tesis de Grado) Universidad de Costa Rica
- Dirección Regional de Salud (DIRESA) (2009) Análisis de la Situación de Salud Mental por etapas de vida en la región Tacna
- Aq.Cordero(2013) Reposorio para pacientes Psiquiátricos (Tesis de Grado) Universidad de Chile
- Geraldine Bermejo (2013) Hospital Psiquiátrico (Tesis de Grado) Universidad Privada de Tacna Facultad de Arquitectura
- Hermes Marroquí Campos (1965) Hospital Psiquiátrico (Tesis de grado) Universidad San Carlos de Guatemala Fac. de Arquitectura
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) informe sobre Políticas de salud Mental en el Mundo.
- Defensoría del pueblo (2014) Informe: La Salud Mental en el Perú

5.12.1. Web gráfica:

- Discapacidad Mental en el Perú Revolución (2005)
<https://redaccion.lamula.pe/2015/06/30/las-personas-con-discapacidad-mental-en-el-peru-estan-a-punto-de-iniciar-una-revolucion/ecabral/>
- Informe de la Salud Mental en el Perú (2008)
<http://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Peru-Report-Eng-Final.pdf>
- Sitio Medico Dr. Ángel M, Ginés
- <http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>
- Salud mental Ministerio de Salud (2013)
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf
- Reporte de los Derechos Humanos en Perú. Naciones Unidas (2013)
www.internationaldisabilityalliance.org/.../Informe%20alternativo%20C
- Influencia del Hospital Psiquiátrico en Pacientes diagnosticado con esquizofrenia (2013)
<https://sencillezutopica.wordpress.com/2013/07/23/influencia-del-hospital-psiquiatrico-en-los-pacientes-diagnosticados-con-esquizofrenia/>

5.13. ANEXOS

Listado de hospitales que brindan servicio de hospitalización en psiquiatría de acuerdo con el MINSA

Establecimientos de salud		Ubicación
1	Hospital Aplao	Arequipa (Arequipa)
2	Hospital Honorio Delgado	Arequipa (Arequipa)
3	Hospital Apoyo Huanta	Ayacucho (Huanta)
4	Hospital Departamental de Ica	Ica (Ica)
5	Hospital San José de Chincha	Ica (Chincha)
6	Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya	Junín (Jauja)
7	Hospital de Apoyo Junín	Junín (Junín)
8	Hospital de Apoyo Manuel Higa Arakaki	Junín (Satipo)
9	Hospital Regional Docente de Trujillo	La Libertad (Trujillo)
10	Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	Lima (Lima)
11	Hospital Víctor Larco Herrera	Lima (Lima)
12	Hospital Hermilio Valdizán	Lima (Lima)
13	Hospital Regional de Puno Manuel Núñez Butrón	Puno (Puno)
14	Hospital de Apoyo II Tarapoto	San Martín (Tarapoto)
15	Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue	Tacna (Tacna)

Fuente: MINSA

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Número de psiquiatras por región identificados por la Defensoría del Pueblo en el ámbito nacional

Región		Número de psiquiatras
1	Amazonas	0
2	Ancash	1
3	Apurímac	1
4	Arequipa	5
5	Ayacucho ²⁴⁷	0
6	Cajamarca ²⁴⁸	1
7	Callao	7
8	Cusco ²⁴⁹	2
9	Huancavelica	0
10	Huánuco ²⁵⁰	1
11	Ica ²⁵¹	2
12	Junín	3
13	La Libertad	5
14	Lambayeque	1
15	Lima	146
16	Loreto	3
17	Madre de Dios	0
18	Moquegua	1
19	Pasco	0
20	Piura ²⁵²	2
21	Puno	3
22	San Martín	1
23	Tacna	2
24	Tumbes	0
25	Ucayali	0
TOTAL		187

Fuente: MINSA / DIRESA / Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

FICHA - ENCUESTA

Nombre y apellido:	Indique su sexo y edad: M <input type="text"/> F <input type="text"/> Edad <input type="text"/>
Indique su Nacionalidad:	Indique lugar de Residencia:
Actividad Laboral:	Ha cursado estudios: Sí <input type="text"/> No <input type="text"/>
1.-¿Ha tenido o ha creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> continuamente	6.-¿Conoce la diferencia entre un psicólogo y un psiquiatra? <input type="checkbox"/> Si, Perfectamente <input type="checkbox"/> Tengo alguna duda <input type="checkbox"/> No, creía que era algo parecido
2.-De haber tenido algún problema, ¿buscó la ayuda de un profesional? <input type="checkbox"/> Si, fui al psicólogo <input type="checkbox"/> Si, fui al psiquiatra <input type="checkbox"/> Si, fui al Psiquiatra y al Psicólogo <input type="checkbox"/> Si, fui al médico de cabecera <input type="checkbox"/> No	7.-¿Si ha ido alguna vez al psiquiatra, ¿cree usted que le ayudó? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho
3.-Si ha ido alguna vez al psicólogo, ¿cree usted que le ayudo? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	8.-¿Cuál es su experiencia con la atención psiquiátrica en el Sistema Público de Salud Mental? <input type="checkbox"/> No tengo ninguna experiencia, no he tenido que usarlo <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
4.-¿Ha tomado alguna vez ansiolíticos / pastillas para dormir? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una Noche suelta / ocasionalmente <input type="checkbox"/> En periodos de estrés laboral, familiar o personal <input type="checkbox"/> Creo que estoy o estuve dependiente de ellas	9.-¿ Si no es la adecuada, ¿cuál cree que es la causa? <input type="checkbox"/> Malos profesionales <input type="checkbox"/> Malas instalaciones <input type="checkbox"/> Sobrecarga <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Pocos Medios <input type="checkbox"/> Listas de espera <input type="checkbox"/> Otros
5.-¿Cómo llamaría a lo que le ocurrió? <input type="checkbox"/> Tenía ansiedad <input type="checkbox"/> Estaba deprimido <input type="checkbox"/> Tuve problemas con el Alcohol <input type="checkbox"/> Tuve Problemas con las drogas y otras sustancias <input type="checkbox"/> Tuve problemas con los medicamentos <input type="checkbox"/> Me costaba conciliar el sueño <input type="checkbox"/> Otros	

Tabla N° 01

**POBLACION INEI DE TACNA POR PROVINCIAS
AÑO 2009**

Provincia	Población INEI	%
CANDARAVE	8629	2.82
JORGE BASADRE	8206	2.67
TACNA	283394	92.42
TARATA	6416	2.09
TOTAL	306,645	100

**POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA AÑO 2009 SEGÚN INEL
REGIÓN DE SALUD TACNA**

ETAPA DE VIDA	POBLACION	%
ADULTO MAYOR	23433	7.64
NiNO	51258	16.71
ADOLESCENTE	55850	18.21
ADULTO	176104	57.42
TOTAL POBLACIÓN	306645	100%

Fuente: inf. Mensual – HIS Salud mental 2009 OIT - RTS

Tabla N° 02

**RED DE ESTABLECIMIENTOS QUE INTERVIENEN EN SALUD MENTAL
REGION DE SALUD TACNA**

MINS	PNP	EJERCITO	ESSALUD	UNIVERSIDAD
01 Hospital (CADES)	01 Hospital	01 Centro Médico	01 Hospital	01OBUN-UPT
17 C.S				01 OBUN-UNJBG
54 P.S				
72	01	01	01	02

OTRAS INSTITUCIONES QUE BRINDAN ATENCION A CASOS DE VIOLENCIA.

MIMDES CEM	MINSTERIO DEL INTERIOR (Policia Nacional)	MINISTERIO PUBLICO (Fiscalia e instituto de Medicina Legal)	Ministerio De Justicia (Juzgado de familia)	Defensoria del Niño Y adolescente (municipalidades)
01	01	01	01	04

Fuente: inf. Mensual – HIS Salud mental 2009 OIT - RTS

Tabla N° 03

**COMPARACION DE TRASTORNOS MENTALES
AÑOS DEL 2008 Y 2009.
REGION DE SALUD TACNA**

Grupo de causa/ atendidos	2008	%	2009	%
1.- Violencia familiar	694	33.48	1337	47.99
2.- Trastorno Depresivo	346	16.69	440	15.79
3.-Abuso de alcohol	151	7.28	469	16.83
4.- Abuso de otras drogas	59	2.85	115	4.13
5.- Intento de suicidio	7	0.34	3	0.11
6.- Ansiedad	299	14.42	244	8.76
7.- Síndrome y/o trast. Psicótico	105	5.07	23	0.83
8.- Otros	412	19.87	155	5.56
TOTAL	2073	100.00	2786	100.00

Fuente: Inf. mensual –HIS salud mental 2008-2009 OITE-RST

**TRASTORNOS MENTALES SEGUN ETAPAS DE VIDA
AÑO 2009. REGION DE SALUD TACNA**

Grupo de causa/ atendidos	Total Acum.	Niño	%	Adol	%	Adul	%	AM	%
1.- Violencia familiar	1337	407	30.44	224	16.75	658	49.21	48	3.59
2.- Trastorno Depresivo	440	8	1.82	95	21.59	247	56.14	90	20.45
3.-Abuso de alcohol	469	0	0.00	147	31.34	283	60.34	39	8.31
4.- Abuso de otras drogas	115	0	0.00	35	30.43	77	66.96	3	2.6
5.- Intento de suicidio	3	0	0.00	1	33.33	2	66.67	0	0
6.- Ansiedad	244	6	2.46	59	24.18	166	68.03	13	5.32
7.- Síndrome y/o trast. Psicótico	23	0	0.00	2	8.70	18	78.26	3	13.04
8.- Otros	155	22	14.19	54	34.84	72	46.45	7	4.51
TOTAL		443	15.90	617	22.15	1523	54.67	203	7.28

Fuente: Inf. mensual –HIS salud mental 2009 OITE-RST