



**FACULTAD DE INGENIERÍA, ARQUITECTURA Y
URBANISMO**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ARQUITECTURA**

TESIS:

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
ARQUITECTO**

**“CENTRO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE
ENFERMEDADES MENTALES EN LA PROVINCIA DE
CHICLAYO”**

Autor(es):

Bach. Paiva Valdera Frank Michael

Bach. Zamora Cubas Miguel Ángel

Asesor:

Arq. Eduardo Itabashi Montenegro

Línea de investigación:

Equipamiento Comunal Arquitectónico

Pimentel - Perú

2018



CENTRO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES
MENTALES EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO

APROBACIÓN DE TESIS

ZAMORA CUBAS, MIGUEL ANGEL

PAIVA VALDERA, FRANK MICHAEL

Autor

ARQ. SAID VILLACREZ, Carlos David

Asesor Metodológico

ARQ. ITABASHI MONTENEGRO, EDUARDO ALFREDO

Asesor Especialista

M. ARQ. BRUNO UBILLÚS PERCY FRANCISCO

Presidente de Jurado

FERNANDO MURO VARÓN

Secretario de Jurado

Vocal de Jurado

DEDICATORIA

A Dios y mi familia, especialmente a mi madre, ya que su apoyo a sido incondicional a lo largo del transcurso de mi carrera, me ha ayudado a progresar y perfeccionarme como persona ; y la tesis misma, me ha permitido aumentar mis conocimientos personales, y profesionales permitiéndome mejorar y perfeccionar mis capacidades en el ámbito como profesional y como ser humano con la finalidades de aplicarlas posterior mente en el entorno social que este lo requiere.

FRANK A Dios por haberme acompañado en este camino, a lo largo de mi carrera profesional, hasta el día de hoy que puedo culminarla exitosamente.

A mi familia; mi amada madre Olga, mi tía María que desde cielo me guía en todo momento, mi tía Ítala, mi abuelita Anita y hermanos Miguel y Jorge, siempre me apoyaron en todo momento y estuvieron conmigo en los momentos más difíciles, me guiaron y encaminaron, me dieron su aliento y fuerzas para seguir adelante, siempre los tengo presente en mi corazón.

MIGUEL

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas interesadas del tema nuestros conocimientos en cuanto a solución de un problema existente en lo que respecta y concierne a nuestra carrera pero para poder lograr tener esta capacidad hemos tenido el apoyo de distintas personas a las cuales tenemos que darle las gracias.

En primer lugar y antes de nombrar a las personas tenemos que agradecer en primer lugar y ante todo a Dios por ayudarnos en forma espiritual y por permitirnos llegar hasta este punto de la carrera.

A nuestros distintos docentes a lo largo de la carrera ya que nos ayudaron adquirir distintas capacidades.

A nuestros asesores tanto nuestro asesor metodológico como nuestro asesor especialista ya que con su experiencia, paciencia y dedicación lograron que esta tesis saliera adelante.

A la Universidad “Señor de Sipán” que nos hizo parte de su alumnado y especialmente a la escuela profesional de Arquitectura que es nuestra escuela encargada de nuestra formación, Y son muchas personas más a quienes debemos agradecer tanto sea por su apoyo moral y su amistad a todos ellos queremos agradecerles. Para todas esas personas muchas gracias.

RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis fue diseñar un centro especializado en el tratamiento de enfermedades mentales.

Con respecto a su metodología, se utilizó una investigación descriptiva, con un diseño no experimental de tipo corte transversal. Por otro lado la muestra estuvo constituida por un grupo de 114 personas entre las que se encuentran, familiares de personas que padecen algún tipo de trastorno mental y personas que ejercen algún tipo de cargo en el ámbito hospitalario, en la provincia de Chiclayo en el año 2016 asimismo, se utilizó como instrumentos de recolección de datos guía de análisis documental y un cuestionario estructurado.

Los resultados finales sobre el déficit de infraestructura especializada en la provincia de Chiclayo nos arroja que del universo total de personas encuestadas, solo el 4% tiene alguna idea de lo que representa un centro de salud mental y el 79% desconoce las funciones que dicho establecimiento ejerce en la población.

Frente a esta situación, se ha identificado tres estrategias proyectuales las cuales se encargaran de ejercer un aporte significativo en el desarrollo del sector hospitalario, en el ámbito de salud mental en la provincia de Chiclayo, proponiendo una infraestructura especializada cuya función es brindar atención a todas las personas que padecen enfermedades mentales y de esta manera reducir significativamente la gran demanda poblacional existente carente de dicha infraestructura y a su vez reactivar el eje de salud a lo largo del eje de expansión (Chiclayo- monsefu)

PALABRAS CLAVE:

Tratamiento, establecimiento, enfermedades, mentales, especializado

ABSTRACT

With respect to its methodology, a descriptive, non-experimental design and cross-section type research was used. Whose sample was constituted by a group of 114 people among whom are, relatives of people suffering from some type of mental disorder and people who exercise some kind of position in the hospital environment, In the year 2016 through the use of instruments such as documentary analysis guides and a structured questionnaire respectively.

The final results on the deficit of specialized infrastructure in the province of Chiclayo show that of the total universe of people surveyed, only 4% have any idea of what a mental health center represents and 79% do not know the functions that said establishment exercises in the population.

Faced with this situation, three project strategies have been identified which will be responsible for making a significant contribution to the development of the hospital sector, in the mental health field in the province of Chiclayo, proposing a specialized infrastructure whose function is to provide care to all people suffering from mental illnesses and in this way significantly reduce the large population demand that is lacking in said infrastructure and in turn reactivate the health axis along the axis of expansion (Chiclayo-monsefu)

KEYWORDS

Treatment, establishment, diseases, mental, specialized

INDICE

I.-INTRODUCCIÓN	xxiii
1.1. SITUACIÓN PRÓBLEMÁTICA.....	27
1.1.1. Situación del problema	27
a) A nivel internacional.....	27
b) A nivel nacional.....	27
c) A nivel local (Lambayeque)..	28
1.1.2. Formulación del problema	28
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	29
1.2.1. Objetivo General.....	29
1.2.2. Objetivo Específicos.	29
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	29
1.3.1. Problemática Social.	29
1.3.2. Problemática Ambiental.	30
1.4. MARCO TEÓRICO	30
1.4.1. Conceptos y Definiciones	30
1.4.2. Marco Referencial.....	34
1.4.2.1. Tesis Referenciadas	34
1.4.3. Referencias Proyectuales	35
a) Cerramiento:	35
b)Funcional	36

c)Constructivo:.....	37
1.4.3.4. Conexión:.....	38
1.4.4. Cuadro Resumen de Aportes	39
1.4.5. Marco normativo.....	40
II.-MATERIAL Y MÉTODOS	50
2.1. Tipo y diseño de investigación.	51
2.2. Método de investigación.	51
2.3. Población y muestra.....	52
2.4. Operacionalización de las variables.....	54
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información.	55
2.6. Validación y confiabilidad de los instrumentos.....	57
III RESULTADOS	58
3.1. Desarrollo de contenidos	59
3.2. Programa arquitectónico	59
3.2.1. Organigrama funcional	59
3.2.2. Tramas de interacción.....	59
3.2.3. Flujograma de diseño.....	59
3.2.4. Organigrama	59
3.2.5. Diagrama de organización (Cuadro de matrices).....	59
3.2.6. Cuadro de necesidades según el tipo de usuario	59
3.3. Programa de áreas	59
3.4. Propuesta arquitectónica	59
3.4.1. Introducción	59

3.4.2. Estrategias proyectuales.....	59
a. Analisis macro.....	59
b. Analisis micro- ubicacion	59
c. Modulacion	59
d. circulaciones	59
e. Emplazamiento.....	59
f. Relacion con el entorno	59
g. Edificio y espacio publico.....	59
h. Relaciones funcionales	59
I. Criterio estructural.....	59
j. Pavimentos.....	59
k. Moviliario urbano	59
I. Vegetacion.....	59
3.4.3. Proyecto (imágenes del proyecto).....	59
IV.-DISCUSION	239
VCONCLUSIONES	241
VI.....	244
REFEENCIAS	244
ANEXOS	248

ÍNDICE DE TABLAS (A)

Tabla 01: Esquema general de las variables empleadas.....	54
Tabla 2: Niveles de atención de las infraestructuras y sus respectivos niveles de complejidad.....	63
Tabla 3: Cuadro comparativo de las infraestructuras de salud del sector privado y sus categorías.....	65
Tabla 4: Esquema general de los diferentes niveles de atención a nivel nacional.....	65
Tabla 5: Personas que padecen enfermedades mentales por departamentos.....	69
Tabla 6: Clasificación de la demanda poblacional que requiere atención por distritos.....	70
Tabla 7: Listado de la población en general poblacional por grupo etario.....	70
Tabla 8: Listado de los establecimientos de salud mental por departamento.....	72
Tabla 9: Listado poblacional de las provincias de Chiclayo en la salud mental.....	123
Tabla 10: Listado poblacional de las provincias de Chiclayo en la salud mental.....	123
Tabla 11: Listado de la clase poblacional de la provincia de Chiclayo.....	124
Tabla 12: Listado de la clase económica de la provincia de Chiclayo.....	125
Tabla 13: Listado del porcentaje de la población adulta en la provincia de Chiclayo.....	125
Tabla 14: Listado del porcentaje de la población adulta en la provincia de Chiclayo.....	126
Tabla 15: Listado del porcentaje de la población adulta enferma en la provincia de Chiclayo.....	126

Tabla 16: Listado del porcentaje de la población adulta enferma en la provincia de Chiclayo.....	127
Tabla 17: Listado del porcentaje de la población enferma en porcentajes en la provincia de Chiclayo.....	127
Tabla 18: Listado del porcentaje de la población enferma de acuerdo al género en Chiclayo.....	128
Tabla 19: Listado del porcentaje de la población enferma en salud mental en categoría moderada.....	128
Tabla 20: Listado del porcentaje de la población adulta que padece enfermedades mentales.....	129
Tabla 21: Listado de los distritos con el más alto índice de población que padece enfermedades mentales.....	129
Tabla 22: Listado de los distritos con el índice más alto en padecer enfermedades mentales por género.....	130
Tabla 23: Listado de los distritos con el índice más alto en padecer enfermedades mentales por género.....	130
Tabla 24: Listado de los distritos con el índice más alto en padecer enfermedades en porcentajes.....	130
Tabla 25: Listado de la clase poblacional en la provincia de Chiclayo.....	131
Tabla 26: Listado de la clase poblacional en la provincia de Chiclayo.....	131
Tabla 27: Tamizaje según el tipo de enfermedad y cantidad de personas atendidas en Chiclayo.....	132
Tabla 28: Tamizaje según el tipo de enfermedad y cantidad de personas atendidas en	

Chiclayo.....	132
Tabla 29:Tamizaje según el tipo de enfermedad y cantidad de personas atendidas en Chiclayo.....	132
Tabla 30: Tamizaje de las enfermedades mentales las comunes en la provincia de Chiclayo.....	133
Tabla 31: Número de personas que requieren una atención en la ciudad de Chiclayo..	133
Tabla 32: Diagrama de diseño de la zona administrativa.....	148
Tabla 33:Diagrama de diseño de la zona emergencia.....	148
Tabla 34:Diagrama de diseño de la zona complementaria.....	149
Tabla 35: Diagrama de diseño de la zona de internamiento.....	149
Tabla 36:Diagrama de diseño de la zona consultoría.....	150
Tabla 37:Diagrama de diseño de la zona terapéutica.....	150
Tabla 38:Diagrama de diseño de la zona de servicio.....	151
Tabla 39:Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, hall + espera.	157
Tabla 40:Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, admisión....	158
Tabla 41:Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, control.....	159

Tabla 42: Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, Secretaria.....	160
Tabla 43: Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, Administración.....	161
Tabla 44: Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, Gerencia.....	162
Tabla 45: Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, sala de Reuniones.....	163
Tabla 46: Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, Kitchen.....	164
Tabla 47: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Estación.....	165
Tabla 48: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, triaje	166
Tabla 49: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Control.....	167
Tabla 50: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Esterilización.....	168
Tabla 51: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Estación de enfermeras.....	169
Tabla 52: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Tópico.....	170

Tabla 53: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, área De cuidados.....	171
Tabla 54: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Oficina.....	172
Tabla 55: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Estares.....	173
Tabla 56: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, Caja.....	174
Tabla 57: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios - foyer.....	175
Tabla 58: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios.....	176
Tabla 59: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios.....	177
Tabla 60: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – auditorio.....	178
Tabla 61: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – camerinos.....	179
Tabla 62: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – galería.....	180
Tabla 63: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – escenario.....	181

Tabla 64: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- cuarto De monitoreo.....	182
Tabla 65: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- oficio	183
Tabla 66: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- Habitación simple.....	184
Tabla 67: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- Habitación doble.....	185
Tabla 68: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento.....	186
Tabla 69: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- psiquiatría.....	187
Tabla 70: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Terapéutica- Taller de dibujo.....	188
Tabla 71: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Deposito general.....	189
Tabla 72: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Almacén general.....	190
Tabla 73: Estudio de matriz espacio funcional de la zona de comercio	191
Tabla 74: Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Almacén general.....	192

ÍNDICE DE FIGURAS (B)

Figura 01: Análisis de cerramiento el isometría, y elevación respecto a la fachada principal.....	22
Figura 2: La concepción del patio como centro de organización.....	23
Figura 3: El orden consecutivo de los patios señala una clara organización espacial tanto en planta como en corte.....	23
Figura 4: El método constructivo influye mucho en la concepción espacial que se requiera mediante su sistema constructivo.....	24
Figura 5: El criterio del arriostre es fundamental tanto estética como estructural mente para luces amplias.....	24
Figura 6: El esquema de las conexiones es fundamental ya que el usuario tiene que sentir la espacialidad tanto interior como exterior mente.....	25
Figura 7: El esquema de abrirse hacia un lado y cerrarse hacia el otro lado nos habla del tema de jerarquía espacial	25
Figura 8: Esquema integral del sistema de salud en el Perú.....	46
Figura 9: Imagen de la jerarquía de las entidades que conforman el sistema de salud...	47
Figura 10: Esquema del sistema de salud privado y los establecimientos que lo conforman.....	49
Figura 11: Esquema general del minsa y de las entidades que lo conforman.....	51
Figura 12: Imagen de los sectores que presentan problemas en salud mental.....	52
Figura 13: Imagen general de la salud mental en el Perú y los sectores involucrados.....	52
Figura 14: Imagen de las enfermedades mentales y las principales causas	54
Figura 15: Imagen de general del número de personas involucras directamente.....	55

Figura 16: Imagen de general de la cobertura en salud mental a nivel nacional.....	58
Figura 17: Imagen de general de la cobertura de profesionales en salud mental a nivel nacional.....	60
Figura 18: vista principal del hosp. Almanzor marcando el ingreso hacia el público.....	65
Figura 19: Sistema de redes detectado en cada eje de expansión respectivamente.....	66
Figura 20: Eje de expansión (Chiclayo-pomalca).....	66
Figura 21: Ubicación del pabellón de psiquiatría.....	67
Figura 22: Ubicación del pabellón de psiquiatría.....	67
Figura 23: Interior del pabellón de psiquiatría, infraestructura (estado actual).....	67
Figura 24: Interior del pabellón de psiquiatría estado en el cual viven los pacientes	68
Figura 25: Pabellón de psiquiatría estado en el cual viven los equipamientos.....	68
Figura 26: vista principal del hospital las mercedes por la calle de acceso (av. Luis Gonzales).....	69
Figura 27: Sistema de redes detectado en cada eje de expansión respectivamente.....	70
Figura 28: Sistema de redes detectado en cada eje de expansión respectivamente.....	70
Figura 29: vista aérea del hospital las mercedes (av. Luis Gonzales).....	71
Figura 30: Ingreso principal (hospital las mercedes).....	71
Figura 31: vista aérea del hospital las mercedes (av. Luis Gonzalez).....	72
Figura 32: vista satelital del establecimiento privado el buen samaritano.....	73
Figura 33: Eje de tendencia urbana de la panamericana (Chiclayo-Reque).....	73
Figura 34: Eje de tendencia urbana a lo largo de la panamericana (Chiclayo-reque).....	74
Figura 35: Esquema de los profesionales dedicados a la salud mental según el minsa....	76
Figura 36: Imagen de los profesionales dedicados a la salud mental en el Perú.....	76

Figura 37: Imagen del profesional requerido para la especialidad de psiquiatría.....	77
Figura 38: Imagen de la labor de un médico general en salud mental.....	78
Figura 39: Imagen de los profesionales psicólogos dedicados a la salud mental.....	79
Figura 40: El psicólogo y su labor respecto a las enfermedades mentales.....	80
Figura 41: Imagen de la labor del la asistente social en el rubro de salud mental.....	82
Figura 42: Imagen de general del sistema nacional de salud y de quienes lo conforman.....	83
Figura 43: Las enfermedades mentales más comunes en la provincia de Chiclayo.....	84
Figura 44: Imagen de la clasificación de las enfermedades mentales respectivamente....	84
Figura 45: Imagen de la violencia psicológica ejercida hacia la pareja.....	86
Figura 46: Imagen de las enfermedades mentales más comunes en la provincia de Chiclayo.....	98
Figura 47: Imagen de las enfermedades mentales más comunes en la provincia de Chiclayo.....	104
Figura 48: Equipamientos movibles para establecimientos de salud.....	122
Figura 49: Los cerramientos como elemento fundamental de cada ambiente interno....	123
Figura 50: Equipamientos movibles para establecimientos de salud.....	123
Figura 51: Perspectiva de la concepción de los jardines terapéuticos.....	124
Figura 52: La importancia de los jardines terapéuticos en salud.....	124
Figura 53: La importancia de los jardines terapéuticos en salud.....	125
Figura 54: La flexibilidad espacial respecto a los establecimientos de salud.....	126
Figura 55: La flexibilidad espacial respecto a los establecimientos de salud.....	128
Figura 56: Organigrama funcional del proyecto arquitectónico.....	130

Figura 57: Organigrama funcional del proyecto arquitectónico.....	131
Figura 58: Trama de interacción, bloque de administración.....	131
Figura 59: Trama de interacción, bloque de emergencia.....	132
Figura 60: Trama de interacción, bloque de serv complementarios.....	132
Figura 61: Trama de interacción, bloque de internamiento.....	133
Figura 62: Trama de interacción, bloque de consultoria.....	133
Figura 63: Trama de interacción, zona terapeutica.....	134
Figura 64: Trama de interacción, zona de servicio.....	134
Figura 65: Esquema de relaciones por jerarquía z.Adm.....	135
Figura 66: Esquema de relaciones por jerarquía. z Emerg.....	135
Figura 67: Esquema de relaciones por jerarquía z Compl.....	136
Figura 68: Esquema de relaciones por jerarquía z Intern.....	136
Figura 69:Esquema de relaciones por jerarquía z Consultoría.....	137
Figura 70: Esquema de relaciones por jerarquía z Terapéutica.....	137
Figura 71: Esquema de relaciones por jerarquía z Servicio.....	138
Figura 72: Diagrama general de circulaciones del proyecto arquitectónico.....	139
Figura 73: Diagrama general de flujos zona administrativa.....	140
Figura 74: Diagrama general de flujos zona de emergencia.....	140
Figura 75: Diagrama general de flujos zona de emergencia.....	141
Figura 76: Diagrama general de flujos zona: internamiento.....	141
Figura 77: Diagrama general de flujos zona de consultoría.....	142

Figura 78: Diagrama general de flujos zona terapéutica.....	142
Figura 79: Diagrama general de flujos zona terapéutica.....	142
Figura 80: Vista aérea de la propuesta arquitectónica resultante.....	182
Figura 81: Estudio de preexistencias naturales y artificiales resultantes en el terreno.....	182
Figura 82: Estudio del algarrobo como preexistencia natural.....	183
Figura 83: Tipología del algarrobo como elemento natural en un espacio exterior.....	183
Figura 84: Estudio del molle como preexistencia natural.....	184
Figura 85: Estudio de la acequia colindante con el terreno como preexistencia natural.....	185
Figura 86: Preexistencias artificiales – vías y trochas cercanas al terreno.....	185
Figura 87: Estudio de preexistencias naturales cercanas al terreno.....	186
Figura 88: Plan general de ubicación de los cortes topológicos.....	186
Figura 89: Cortes longitudinales esquemáticos de las diferentes topologías.....	187
Figura 90: Estudio de curvas de topografía y curvas de nivel del terreno.....	187
Figura 91: Estudio del tipo de suelo que este presenta.....	188
Figura 92: Riesgo de inundación afectados por la cercanía a la acequia.....	188
Figura 93: Estudio del problema y solución de nuestro terreno.....	189
Figura 94: Estudio del problema de nuestro terreno respecto al entorno.....	189
Figura 95: Resumen estratégico desde el problema general hasta la solución Específica.....	190
Figura 96: Ubicación del proyecto respecto a un entorno más mediato a escala sectorial.....	191

Figura 97: vista aérea del proyecto respecto a un entorno más mediato a escala barrió.....	192
Figura 98: Estudio de la maya modular proyectada en el terreno para definir modulo	192
Figura 99: Estudio el modulo base a partir del cual se ordenara el proyecto.....	193
Figura 100: Vista en planta de las circulaciones exteriores y las circulaciones internas	193
Figura 101: Vista isométrica de las circulaciones horizontales y los paquetes de circulación vertical.....	194
Figura 102: Vista isométrica de las circulaciones horizontales	194
Figura 103: Vista isométrica de los criterios fundamentales del emplazamiento Proyectual.....	195
Figura 104: Vista isométrica de los criterios fundamentales del emplazamiento proyectual.....	196
Figura 105: Abstracción general de organización proyectual.....	197
Figura 106: Estudio de organización central y el tema de aproximación al edificio.....	197
Figura 107: Cortes esquemáticos que explican la concepción general del proyecto	197
Figura 108: Vista aérea del plot plan general de edificio y espacio público propuesto.....	198
Figura 109: Vista aérea del plot plan general de edificio y espacio público propuesto.....	198
Figura 110: Vista isométrica del posicionamiento de la pieza arquitectónica sobre el terreno.....	200

Figura 111: Propuesta arquitectónica de la utilización del verde en combinación con el concreto.....	200
Figura 112: Vista aérea del tratamiento de pavimento la alameda como espacio publico.....	201
Figura 113: Vista aérea del criterio de espacio público empleado a lo largo de la alameda.....	201
Figura 114: Vista aérea del criterio de espacio público empleado a lo largo de la alameda.....	201
Figura 115: Plantas estructurales donde se nos muestra el criterio de las juntas sísmicas.	202
Figura 116: Isometría estructural donde nos muestra el soporte del proyecto.....	202
Figura 117: Tipos de equipamientos tanto funcionales como económicos.	203
Figura 118: Vista aérea del plano general del proyecto.....	204
Figura 119: Plantas arquitectónicas de la propuesta proyectual.....	206
Figura 120: Plantas Estructurales de la propuesta proyectual.....	206
Figura 121: Cortes Arquitectónicas de la propuesta proyectual.....	207
Figura 122: Cortes Arquitectónicas de la propuesta proyectual.....	208
Figura 123: Elevaciones arquitectónicas de la propuesta proyectual.....	209
Figura 124: Vista aérea del proyecto arquitectónico.....	210
Figura 125: Vista aérea de la alameda con visuales hacia el auditorio.....	211
Figura 126: Vista principal de la entrada del auditorio hacia el proyecto.....	212
Figura 127: Vista aérea del espacio público hacia la entrada principal.....	213
Figura 128: Vista aérea posterior de la zona terapéutica.....	214

I INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida las enfermedades mentales han tenido una gran repercusión social sobre todo por el grado de incapacidad laboral que puedan llegar a generar, especial mente cuando no se hace un manejo adecuado de las mismas, para analizarlas llega a resultar muy importante valorar a la familia, puesto que guarda una relación funcional sistemática y progresiva con el organismo total de la sociedad de la cuál llega a formar parte.

La sociedad, como vínculo natural de la interacción humana es, aparentemente, caprichosa, cambiante y en un alto grado tendiente a hacerse más compleja, como consecuencia posiblemente de un mayor refinamiento del pensar, el sentir y el actuar humano. El hombre con su capacidad creadora y recreadora va generando un sinfín de actividades: música, pintura, literatura, ciencia etc. Y así como crea, destruye, se muestra saludable y en ocasiones enferma, este enfermar modifica en forma notoria las actividades humanas todas; parte de este enfermar está dado por las enfermedades mentales y entre estas se encuentra la esquizofrenia que ocupa un lugar imperante.

La organización mundial de la salud nos da a conocer que entre el año 2008 y el 2016 esquizofrenia, representa uno de los problemas con más incidencia en la salud mental y se ha constituido en la base de estudios epidemiológicos en psiquiatría por los altos costos económicos y sociales que está incluido para los pacientes y el estado, así como por la grave discapacidad que causa en los pacientes, y la poca probabilidad de inserción al medio, siendo una de estas razones por la cual el Perú se encuentra en el puesto n° 34^a nivel mundial en tener una población con más alto índice en padecer enfermedades mentales y en los primeros lugares del continente también al tener una población que padece alguna enfermedad mental en categoría moderada en el control de la población. Por otra parte, el organismo central de salud (minsa) nos dice que para el año 2024 la población tiene una tendencia muy fuerte en ir en aumento a doblar el porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad mental actual mente cuyos porcentajes son considerablemente altos siendo el departamento de Amazonas con el 44%, Lima con el 45 % Ica con el 43% y Lambayeque con el 35% siendo los departamentos con más alto índice cuya población adulta padece algún tipo de enfermedad mental.

De acuerdo también con la dirección general de salud de la región nos arroja que los distritos con más alto índice de población adulta que padece alguna enfermedad mental son, Chiclayo

con 4.423 , jose Leonardo Ortiz con 1.643, y la victoria con 1.094 siendo los distritos con un índice altamente considerable , lo cual llega a repercutir tanto en el tema social , como en el tema urbano y el tema social ya que diariamente se reportan casos de deambulaci3n continua por parte de estas personas que en la mayoría de los casos no son conscientes de lo que hacen ni de lo que dicen y mucho menos de sus actos. Ocasionando tráfic3n en las calles, incluso que alguno de estas personas pueda ser atropellada, ya que al día se reportan algo de 4 atropellos diarios a estas personas que en la mayoría de ocasiones sufren abandono por parte de sus familiares. también repercute mucho en el tema social que estas personas sean inmersos a ser rechazados por la sociedad en general, y también repercute en el tema de insalubridad tanto en las calles como en lugares p3blicos, entre otros aspectos que generan un impacto tanto social como psicol3gico.

Lo que determino a la generaci3n de la siguiente problemática: ¿ de qué manera , un centro especializado en el tratamiento de enfermedades mentales en la provincia de Chiclayo , puede disminuir la demanda poblacional de personas que padecen alguna de estas enfermedades mentales y que requieren una debida atenci3n especializada en la provincia de Chiclayo ? este proyecto de investigaci3n busca reducir la gran demanda poblacional de personas padezcan alg3n tipo de enfermedad mental de categoría moderada y que requieran alg3n tipo de tratamiento y capacitaci3n tanto para el paciente como para los familiares mediante terapias psicol3gicas, conductuales , talleres psico activos , jardines terapéuticos y una serie de ambientes de relajaci3n y confort tanto para el paciente , como para los familiares en los días de visita y a su vez generar un tipo de integraci3n tanto social como psicol3gica en la persona para de alguna manera poder reinsertarlos nuevamente a la sociedad.

El objetivo general que busca esta investigaci3n es Determinar de qué manera un centro especializado en salud mental ayudará en el tratamiento de pacientes adultos con enfermedades mentales en la provincia de Chiclayo y así disminuir la demanda existente. Ayudará a reducir la demanda existente de personas que padecen alg3n tipo de enfermedad mental teniendo en consideraci3n también los siguientes objetivos específicos : Analizar el sistema de salud del país a nivel p3blico y privado en salud mental, Analizar el estado actual y funcionamiento de infraestructuras en salud mental de la provincia, Estudiar y

diagnosticar el tipo y función de los usuarios, Analizar la demanda de los usuarios por enfermedad de acuerdo a su clasificación y complejidad, Analizar los factores de diseño arquitectónico que influyen en el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales, Definir un terreno que cumpla con las características y requerimientos necesarios para el emplazamiento de la infraestructura a proponer.

Como justificación se plantean cinco aspectos importantes: urbano, ambiental, social, educativo, y económico con el fin de reducir la alta demanda poblacional de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental y a su vez reducir el déficit de infraestructura especializada y a su vez recuperar el eje de salud trazado en los ejes de expansión (Chiclayo-monsefu)

El siguiente proyecto de investigación está conformado de cinco capítulos los cuales son: Capítulo I: Problema de investigación, se describe la realidad problemática en 3 niveles posteriormente, Capítulo II: Marco teórico, se detallaran las variables que sirven de sustento teórico en la investigación, Capítulo III: Marco referencial, se detallaran referente de tesis, así como proyectos construidos, Capítulo IV: Marco normativo, se detalla la normativa vigente establecida por el RNE, Capítulo V: Desarrollo de contenidos, se detalla de forma continua cada capítulo el cual permitirá verificar cada uno de los objetivos, Capítulo VI: Programa arquitectónico, se detalla la propuesta arquitectónica.

Finalmente se presentara las conclusiones, recomendaciones respectivas y referencias bibliografía.

1.1. SITUACIÓN PRÓBLEMATICA

1.1.1 Situación del problema

a) A nivel internacional

En estos últimos tiempos ha aumentado la cantidad de personas que padecen enfermedades mentales según se calcula que del año 2000 al 2050 dicha proporción pasara de 22 a 47% en personas que se encuentren de 22-38 años, y el número de personas adultas que padecen enfermedad mental categoría moderada es aproximadamente 450 a 560 millones de personas.

Las personas adultas pueden llegar a sufrir tanto problemas mentales como físicos, por lo que es preciso reconocer que más de un 20% de las personas cuya edad esta entre 22-38 años adquiere alguna enfermedad mental de una intensidad moderada cuyos factores llegan a ser muy diversos pero siempre partiendo de los tres más comunes (sociales, adicciones y violencia) los cuales dan origen a la propagación de estas enfermedades mentales teniendo en cuenta su espacio físico en el que se encuentra esta persona como también su entorno.

Entre las enfermedades mentales que presentan este grupo de personas las más comunes llegan a ser: la depresión en un 38%, los trastornos por adicciones 27% y los trastornos por algún tipo de violencia 35%.

b) A nivel nacional

Las patologías mentales de categoría moderada son frecuentes. Los estudios epidemiológicos actuales realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi indican que el 43% de la población padece alguna enfermedad mental en esta categoría, lo que nos da a entender que gran porcentaje de la población en el Perú tiene un alto índice de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida.

La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%³, en la sierra peruana de 16,2%⁴ y en la Selva de 21,4%⁵. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima

Metropolitana, el 0,7% en la sierra⁵ y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas, los factores por los cuales se propagan estas enfermedades por lo general los más comunes son (violencia, adicciones ,exclusión social)

Según el psiquiatra de los hospitales ‘Hermilio Valdizán’ y de la Solidaridad, Víctor Alcázar, existen dos factores que desencadenan la violencia en la persona: El primero, es el colapso de la institución familiar, que provoca inestabilidad en los niños. El comportamiento violento depende de dónde sale el individuo. Si los menores crecen en una familia disfuncional (donde falta uno de los padres o ambos), no tendrá un buen desarrollo psicológico.

c) A nivel local (Lambayeque)

El gerente regional de Salud de Lambayeque, doctor Carlos Uriarte Núñez, reveló que en lo que va del año 2013 un total de 10 mil 412 casos de individuos que sufren patologías mentales de categoría moderada se han reportado en todos los establecimientos de la región, cifra superior a los tres primeros meses del año 2012.

En el día de la salud mental, el funcionario expresó que los problemas de salud mental cuyos factores principales como causa de dichas enfermedades llegan a ser (violencia , exclusión social y adicciones) estas personas que padecen distintas enfermedades mentales por lo general en su gran mayoría son personas entre las edades 22-38 años (adultos ocupan los primeros lugares de atención en los distintos nosocomios y se agravan con intentos de suicidio que son atendidos en su mayoría en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

1.1.2. Formulación del problema

- Problemática: El déficit de infraestructura especializada en el tratamiento de enfermedades mentales en la Provincia de Chiclayo.

¿En qué medida un centro especializado ayudará en el tratamiento de enfermedades mentales en la provincia de Chiclayo?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. Objetivo General.

Determinar de qué manera un centro especializado en salud mental ayudará en el tratamiento de pacientes adultos con enfermedades mentales en la provincia de Chiclayo y así disminuir la demanda existente.

1.2.2. Objetivo Específicos.

- a. Analizar el sistema de salud del país a nivel público y privado en salud mental.
- b. Analizar el estado actual y funcionamiento de infraestructuras en salud mental de la provincia.
- c. Estudiar y diagnosticar el tipo y función de los usuarios.
- d. Analizar la demanda de los usuarios por enfermedad de acuerdo a su clasificación y complejidad.
- e. Analizar los factores de diseño arquitectónico que influyen en el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales.
- f. Definir un terreno que cumpla con las características y requerimientos necesarios para el emplazamiento de la infraestructura a proponer.

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.3.1. Problemática Social.

Esta edificación ayudaría a prevenir enfermedades mentales y a su vez desarrollar las actividades para el tratamiento de los pacientes, lo cual beneficiaría ampliamente a la sociedad ya que disminuirá las personas con problemas mentales desde muy leves hasta las más complejas. Otro punto fundamental es que las personas ya no tendrían que viajar grandes distancias buscando lugares especializados ya que podrán contar con una adecuada infraestructura en la zona norte Del país.

1.3.2. Problemática Ambiental.

En este tipo de infraestructura se designa una partida en su presupuesto subsidiar la rehabilitación de individuos que no pueden sufragar sus gastos (indigentes). Por otra parte el internamiento de pacientes con recursos suficientes para su tratamiento lo sufragan sus propios familiares, en ambos casos el ingreso económico para trabajadores y mantenimiento de la infraestructura está asegurado.

1.2.3. Problemática Económica

En este tipo de infraestructura se designa una partida en su presupuesto subsidiar la rehabilitación de individuos que no pueden sufragar sus gastos (indigentes). Por otra parte el internamiento de pacientes con recursos suficientes para su tratamiento lo sufragan sus propios familiares, en ambos casos el ingreso económico para trabajadores y mantenimiento de la infraestructura está asegurado.

1.4. MARCO TEÓRICO

1.4.1. Conceptos y Definiciones

1.4.1.1. Definición de la Terminología.

a) Enfermedades mentales:

Las enfermedades mentales son 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. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

b) Disfuncionalidad urbana:

Algo disfuncional es aquello que no funciona como corresponde, que no cumple adecuadamente su fin, por alguna alteración física, química o conductual. Son muchas las cosas que pueden padecer disfunciones (todas aquellas que cumplen una función, entendiendo por función un servicio o rol hacia un objetivo). Respecto a lo urbano se establece como disfuncionalidad a la falta de organización en cuanto o

respecto a defectos urbanísticos en calles, vías, espacios públicos que generan disconformidad en la población.

c) Deambulaci3n continu3a:

Se le denomina deambulaci3n continua a la persona que camina a determinada hora por la calle transitando sin ning3n rumbo alguno, la necesidad de deambular continuamente suple alguna necesidad de ansiedad esto se relaciona directamente con alguna anomalía mental.

1.4.1.2. Bases Te3ricas.

INVERTIR EN SALUD MENTAL (ORGANIZACI3N MUNDIAL DE LA SALUD)

El presente libro nos habla sobre la salud mental en el mundo entero las limitaciones de algunos países respecto a sus diferentes tipos de coberturas y el aspecto econ3mico que llega a representar el gasto en salud mental respecto al gasto total de salud en general.

Tambi3n nos habla respecto a las diferentes aspectos que este problema perjudica tanto econ3micos sociales de salud en general y las p3rdidas millonarias que este llega a ser en un futuro a mediano y largo plazo en las personas afectando sociedades enteras y economías entorno a estos trastornos por lo que a organizaci3n mundial de la salud como soluci3n est3 implementando lineamientos a nivel mundial para que dichas normas lleguen a incidir la mayoría de países de todo el mundo.

SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y ARQUITECTURA

El presente libro (servicios psiquiátricos) nos habla sobre la influencia de la arquitectura en el servicio psiquiátrico para las personas que padezcan trastornos mentales en general o alguno en específico por lo que resalta que el hombre es un elemento muy importante del medio en el que este vive. Los edificios no representan solamente la soluci3n de necesidades inmediatas del ser humano, sino que adem3s reflejan su cultura y sus aspiraciones. En la mayor parte de los países los edificios

sobreviven a la generación que los levanta, se suerte que la arquitectura de una generación influye siempre en la de la siguiente.

En los últimos decenios la psiquiatría se ha interesado cada vez más por la influencia que pueden ejercer en los enfermos mentales ciertos factores sociológicos entre los que hay que contar con la arquitectura. Las enfermedades mentales vistas desde un contexto arquitectónico desde una mirada distinta tomando en cuenta el punto fundamental del como las enfermedades mentales llegan repercutir en el diseño.

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS.

El presente libro habla sobre nuestro país, los problemas de salud mental se han visto agravados de manera muy significativa debido a factores socioeconómicos y culturales como consecuencia de la crisis política, las diversas expresiones de violencia, el creciente consumo de sustancias adictivas y la grave situación de pobreza en la que vive la mayoría de peruanos. Es preciso señalar que un importante número de las víctimas que la violencia política desatada entre 1980 y 2000 dejó en nuestro país presenta algún trastorno mental o ha adquirido algún otro tipo de discapacidad.

Los prejuicios sociales y la desinformación respecto de las causas y tratamientos de los problemas de salud mental han motivado al resto de la sociedad a considerar a estos trastornos como incurables, y a ver a quienes los presentan como personas peligrosas, que no pueden convivir con los demás.

GUÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

El presente libro nos habla sobre la Guía de atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género. Si bien la violencia de género está en un proceso de franca visibilización y contamos desde hace algunas décadas con legislación y políticas nacionales específicas, la respuesta eminentemente legal no es exclusiva ni determinante para que las mujeres afectadas por violencia puedan sobrevivir a uno de los mecanismos más brutales de control y dominación, logrando reconstruirse y planear proyectos de vida propios.

La salud mental es una de las esferas críticas a abordar en vinculación con la violencia de género, y tal como señala la Defensoría del Pueblo, la salud mental permanece aún en una zona no abordada, careciendo de prioridad en las políticas y en la agenda pública nacional.

1.4.1.3. Bases Históricas.

A. CUIDADOS EN LA ÉPOCA MEDIEVAL (ESPAÑA)

Los hospitales medievales prácticamente nacieron de la caridad cristiana y se podían considerar básicamente de dos tipos: aquellos que estaban situados en las ciudades, siempre fundados por los obispos o custodiados a instancia de los reyes, de la aristocracia del momento o de los municipios; y los situados en zonas rurales, que no eran sino simples dependencias de los monasterios. Estos últimos, dirigidos por religiosos, eran pequeños centros de acogida a enfermos y necesitados, con escasas camas y recursos, donde se llegó a contar con personal específico de enfermería y sólo se aportaba consuelo espiritual y cuidados enfermeros, tanto psicológicos como materiales.

B. EN LA EDAD MODERNA.

El reinado de los Reyes Católicos, del año 1474 al 1505, supuso el fin de la reconquista, la unificación de los reinos hispánicos, la consolidación del poder real, la consecución de la unidad religiosa, la expulsión de los judíos, la persecución de los conversos, la Inquisición y el inicio de la cultura renacentista... Bajo su mandato, la edad moderna, acentúa el proceso de concentración hospitalaria, sobre todo en las grandes ciudades, y una progresiva secularización.

C. EN LA EDAD CONTEMPORÁNEA.

En el último tercio del siglo XVIII, hubo cambios administrativos y policiales introducidos por Carlos III, el ingreso de los dementes debía de hacerse a instancias de los alcaldes de barrio y otras autoridades civiles, que sobre todo debían tener en cuenta el peligro de hacer violencia en otras personas o en las propiedades de otros. En Valencia también era preciso el certificado médico para el ingreso y para la salida de los dementes del Hospital General de Valencia y lo mismo sucedía en el de inocentes

de Sevilla. Sin embargo, los médicos casi no tenían mayor intervención administrativa en los citados establecimientos.

1.4.2. Marco Referencial

1.4.2.1. Tesis Referenciadas

Las láminas formato A3 se encuentran anexadas en digital/ (ubicación)

1.4.3. Referencias Projectuales

1.4.3.1. Cerramiento:

El cerramiento por ser la parte más visible del proyecto es una de las cosas más importantes que se deben decidir en un proyecto, en este caso para el cerramiento se buscó un cerramiento que ayudara a bloquear parte de los rayos solares que según la Ubicación del proyecto el cual esta está en una zona con un alto índice de asoleamiento en gran parte del año se buscó un cerramiento que no sea tan pesado visual mente y que rompa un poco con la horizontalidad del proyecto es por eso que se optó por las lamas , este elemento vertical que ayudaría a disipar el contacto con los rayos solares con gran parte del edificio .

- **Proyecto:** Centro de servicios odontológicos USAT.
- **Año de proyecto:** 2015
- **Lugar:** Chiclayo - Perú



Figura 01: Análisis de cerramiento el isometría, y elevación respecto a la fachada principal.

Fuente: Tomado de: www.archdaily.pe

1.4.3.2. Funcional

El tipo de edificio que se plantea requería de grandes espacios de esparcimiento y/o grandes áreas verdes como se le quiera llamar, ya que estas áreas libres son necesarias para el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales de una categoría moderada por un tema sensorial y visual de los pacientes ya que diferentes estudios revelan que los espacios más idóneos para el tratamiento de este tipo de pacientes es estar en espacios agradables que transmitan paz relajación y donde se ponga mucho énfasis la parte de la comodidad tanto en lo visual como en lo sensitivo.

- **Proyecto:** Hospital General Universitario de Toledo
- **Año de proyecto:** 2016
- **Lugar:** Santiago – Chile



Figura 02: La concepción del patio como centro de organización a partir del cual se puede comenzar a proyectar.

Fuente: Tomado de: /www.archdaily.pe



Figura 03: El orden consecutivo de los patios señala una clara organización espacial tanto en planta como en corte.

Fuente: Tomado de: /www.archdaily.pe

1.4.3.3. Constructivo:

La parte constructiva es fundamental para darle un carácter único y una personalidad al edificio y de esta manera hacer que sea único en su categoría, en este caso utilizamos un sistema tradicional de construcción para todos los bloques como es el aporricado, pero en una parte que ayuda a la conexión de dos volúmenes importantes utilizamos un elemento que se estructura así mismo y genera una transición de un espacio hacia otro y que funciona como puente de acero.

- **Proyecto:** Centro cultural el tranque
- **Año de proyecto:** 2015
- **Lugar:** Santiago - Chile



Figura 04: El método constructivo influye mucho en la concepción espacial que se requiera mediante su sistema constructivo.

Fuente: Tomado de: /www.archdaily.pe

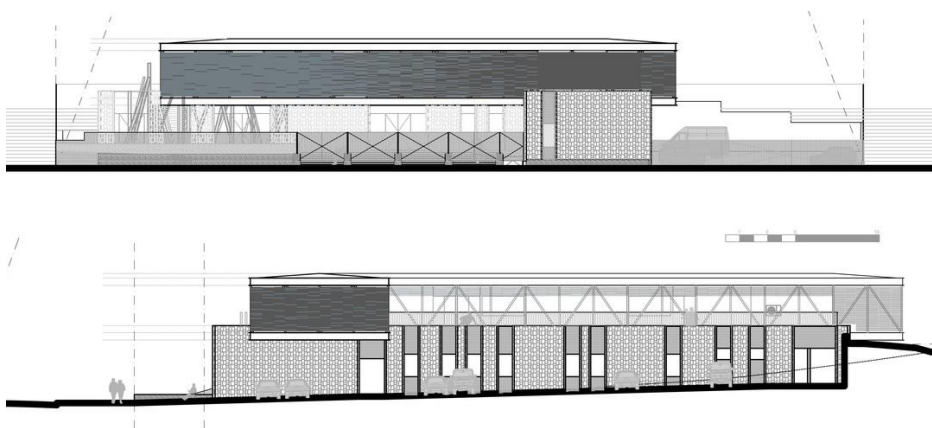


Figura 05: El criterio del arriostre es fundamental tanto estética como estructural mente para luces amplias

Fuente: Tomado de: /www.archdaily.pe

1.4.3.4. Conexión:

Como conexión tomamos principalmente la conexión exterior e interior el abrirse en una esquina de manera espacial a la avenida y así generar un punto de encuentro de público de distintas partes dependiendo a las trayectorias de estos mismos.

- **Proyecto:** Pabellón técnico de obras del hospital general universitario de Toledo
- **Año de proyecto:** 2009
- **Lugar:** Toledo - España



Figura 06: El esquema de las conexiones es fundamental ya que el usuario tiene que sentir la espacialidad tanto interior como exterior mente.

Fuente: Tomado de: /www.archdaily.pe

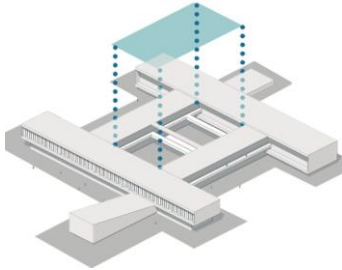


Figura 07: El esquema de abrirse hacia un lado y cerrarse hacia el otro lado nos habla del tema de jerarquía espacial

Fuente: Tomado de: /www.archdaily.pe

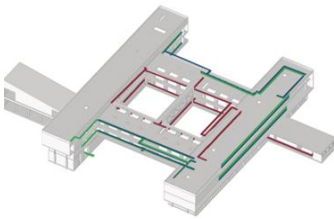
1.4.4. Cuadro Resumen de Aportes.

APORTE VOLUMETRICO



EL APORTE VOLUMETRICO ES A PARTIR DE LA COLOCACION DE LOS VOLUMENES SEGUN SU IMPORTANCIA Y QUE GENEREN ENTRE ELLOS ESPACIOS LIBRES QUE SE NECECITAN COMO ESPACIOS DE INTEGRACION.

APORTE PROGRAMATICO



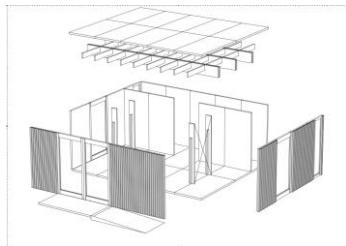
EL APORTE PROGRAMATICO SE BASA DIRECTAMENTE A LAS NECESIDADES DEL EDIFICIO Y DE ESA MANERA SE AGRUPA EN VOLUMENES PARA DEFINIR FORMAS Y DE ESTA MANERA FORMAR ESPACIOS LIBRES QUE SON FUNDAMENTALES PARA EL TIPO DE USUARIO.

APORTE TECNOLOGICO



EL APORTE TECNOLOGICO SE BASA A PARTIR DE EL USO DE LOS NUEVOS SISTEMAS NOVEDOSOS QUE NOS OFRECE EL MUNDO DE LA CONSTRUCCION Y DE LA INNOVACION DE SISTEMAS DE VENTILACION COMO, ACUSTICOS Y DE OBTENCION DE ENERGIA LOS CUALES PERMITAN AL USUARIO UN MAYOR CONFORT.

APORTE CONSTRUCTIVO



EL APORTE CONSTRUCTIVO NACE A PARTIR DE USAR UN SISTEMA CONSTRUCTIVO QUE SE ADAPTE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES QUE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LO REQUIERA EN ESTE CASO RESPECTO A LA OBTENCION DE GRANDES LUCER Y UNA GRAN FLEXIBILIDAD ESPACIAL.

1.4.5. Marco normativo

1.4.5.1. NORMA CUALITATIVA

ARTÍCULO 1.

La presente Resolución Suprema será refrendada por la Ministra de Relaciones Exteriores Aprueban el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

ARTÍCULO 2.

Apruébese el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, que consta de cinco (5) títulos, veintisiete (27) artículos, dos (2) disposiciones complementarias transitorias y una (1) disposición complementaria final, que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

ARTÍCULO 1: Este reglamento regula las disposiciones establecidas en la ley 29889.

ARTÍCULO 2: Las disposiciones contenidas en el presente Reglamento son de aplicación general para los establecimientos de salud y servicios médicos.

ARTÍCULO 3: para los efectos del presente reglamento se entenderá por listado de acrónimos:

- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.

CAPÍTULO II: DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS A LA SALUD MENTAL.

ARTÍCULO 15: establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; y adicionalmente asisten a las personas con problemas de salud mental los siguientes derechos específicos Ley N° 26842.

ARTÍCULO 05: de la conformación de redes de atención para la atención de personas con problemas de salud mental. artículos 45, 52 y 85 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA.

ARTÍCULO 06: De los establecimientos de salud del primer nivel de atención con servicios de atención de salud mental.

ARTÍCULO 08: De las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones.

ARTÍCULO 09: De las Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones.

- a. La Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones es un servicio ambulatorio especializado, de estancia parcial (6-8 horas por día), dependiente del hospital general o psiquiátrico, desde el nivel II-2, con capacidad según la demanda proyectada.
- b. Brinda servicios complementarios a la hospitalización psiquiátrica, durante el lapso necesario para lograr la estabilización clínica total y su derivación al servicio de salud mental ambulatorio correspondiente, más cercano al domicilio del usuario.

ARTÍCULO 10: De los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

- a. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial, son servicios médicos de apoyo, de atención especializada en rehabilitación psicosocial, destinados a personas con trastornos mentales con discapacidades, para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social.

- b. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial dependen de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, los Centros de Rehabilitación Laboral y los Hogares o Residencia Protegidas y las organizaciones sociales y comunitarias de su ámbito territorial.

ARTÍCULO 11: De los establecimientos de rehabilitación laboral.

- a. Los Centros de Rehabilitación Laboral, son servicios médicos de apoyo, especializados en rehabilitación laboral, destinados a personas con discapacidad laboral de diversa severidad producida por algún trastorno mental.
- b. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial dependen de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, los Centros de Rehabilitación Psicosocial y los Hogares o Residencia Protegidas y las organizaciones sociales y comunitarias de su ámbito territorial.

CAPITULO III: DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 13: de la atención de la salud mental.

- a. La atención de la salud mental se realiza obligatoriamente desde el primer nivel de atención y en el marco de la política de redes integradas de servicios de salud y de acuerdo al nivel de complejidad.
- b. Las autoridades que dirigen la instancia comprendidas en el ámbito de aplicación del presente Reglamento son responsables de: Garantizar la continuidad de cuidados de salud que cada persona con problemas de salud mental.
- c. Todos los establecimientos de salud públicos realizan la vigilancia activa o tamizaje de problemas psicosociales y/o trastornos mentales y del comportamiento más comunes, entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas.
- d. Todos los servicios de salud públicos incorporan la atención de la salud mental de sus usuarios o su población asignada. Los médicos, principalmente los médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras y geriatras, deben

evaluar y atender los aspectos mentales básicos que presenten sus usuarios, en todas las etapas de vida.

- e. Es de responsabilidad del médico tratante, principalmente de los médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras y geriatras, formular el plan de tratamiento básico relacionado a la salud mental orientado por las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 14: De la reestructuración de los hospitales generales para garantizar la atención de la salud mental, y el establecimiento de camas para los usuarios.

- a. Contar con unidades de hospitalización y de hospital de día de salud mental y adicciones y atención de emergencias psiquiátricas en el servicio de emergencias.
- b. Brindar atención de salud mental de emergencia, hospitalización breve (hasta 60 días) y hospital de día, a usuarios provenientes de sus ámbitos de influencia, inclusive de ámbitos colindantes.
- c. Brindar la atención de las emergencias psiquiátricas en su servicio de emergencia, por el equipo de emergencia o de guardia, y/o el médico psiquiatra del hospital.
- d. Contar con unidades asistenciales que integren los recursos de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y disciplinas afines, para garantizar la calidad de las intervenciones.
- e. Contar con unidades asistenciales que integren los recursos de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y disciplinas afines, para garantizar la calidad de las intervenciones.
- f. Coordinar con el sistema de referencia y contra referencia la atención del paciente, a través de sus departamentos o servicios de salud mental, de ser necesario.
- g. Brindar, a través de sus departamentos o servicios de salud mental o sus equivalentes, el apoyo técnico, monitoreo y supervisión de las atenciones de salud mental en los Centros de Salud de su área de influencia, en los territorios donde no se hayan instalado Centros de Salud Mental Comunitarios.

ARTÍCULO 15: Del internamiento u hospitalización.

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

ARTÍCULO 16: La atención de la persona con problemas de salud mental, requiere del consentimiento informado para su estudio y tratamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

- a. Es previo a cualquier procedimiento médico.
- b. El documento en el que se refrenda el consentimiento informado del paciente, debe hacer evidente por escrito el proceso de información y decisión que ha recibido. Constituye un documento oficial.
- c. En caso que el paciente o su familiar directo no supiera firmar, imprimirá su huella digital.
- g. En caso de personas con adicciones que presentan capacidad de juicio afectada, su tratamiento o internamiento involuntario indicado por el médico tratante, procederá previa evaluación de la capacidad de juicio por una junta médica.

ARTÍCULO 17: De la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención.

- a. La provisión de psicofármacos deberá basarse fundamentalmente en las Guías de Práctica Clínica vigentes y en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos. El Ministerio de Salud promueve el uso racional de los mismos.
- b. Los establecimientos de salud disponen permanentemente de psicofármacos desde el primer nivel de atención, en forma sostenida, y preferentemente de aquellos psicofármacos de mayor demanda entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas bajo su responsabilidad.
- c. Los médicos cirujanos pueden prescribir medicamentos psicofármacos orientados por las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y su formación universitaria básica.

CAPÍTULO III DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

ARTÍCULO 19: De las personas con discapacidad mental con estancia prolongada en el establecimiento de salud.

ARTÍCULO 20: De la desinstitucionalización de la persona con discapacidad mental.

- a. Los médicos cirujanos pueden prescribir medicamentos psicofármacos orientados por las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y su formación universitaria básica.
- b. Todo establecimiento de salud con internamiento y que atienda a personas con problemas de salud mental, debe constituir el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental.

1.4.5.1. NORMA CUANITATIVA.

Norma técnica de salud para infraestructura y equipamiento para establecimientos de salud.

1. FLUJOS DE CIRCULACIONES:

En el planeamiento y diseño de Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención, es necesario contar con los flujos de circulaciones, que permitan movimientos fáciles del personal y pacientes en el interior del Establecimiento de Salud.

2. PRINCIPALES NÚCLEOS DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

Nucleó de pacientes ambulatorios donde acuden los pacientes para consulta y evaluación física o mental.

TIPOS DE CIRCULACIONES:

- a. 1. Circulación de pacientes ambulatorios
- b. 2. Circulación de pacientes internados
- c. 3. Circulación de personal
- d. 4. Circulación de visitantes
- e. 5. Circulación de suministros
- f. 6. Circulación de ropa sucia
- g. 7. Circulación de desechos.

FLUJOS DE CIRCULACIÓN HORIZONTAL:

Los corredores de circulación para pacientes ambulatorios e internos, personal médico y técnico y personal de servicio, tendrán un ancho mínimo de 2.20 m. para permitir el paso de las camillas y sillas de ruedas. En el caso de la UPSS Emergencia tendrá un ancho mínimo de 2.80 m.

Los corredores externos y auxiliares, destinados al uso exclusivo del personal de servicio y/o de cargas deben tener un ancho mínimo de 1.20 metros; los corredores dentro de una Unidad deben tener un ancho de 1.80 metros y son para uso de personal.

FLUJOS DE CIRCULACIÓN VERTICAL:

Escaleras: Las escaleras de uso general tendrán un ancho mínimo de 1.80 metros entre paramentos y estará provista de pasamanos.

En las UPSS de Hospitalización, la distancia entre la última puerta del cuarto de pacientes y la escalera no debe ser mayor a 25.00 metros lineales.

Las escaleras de Servicio y Emergencia tendrán un ancho mínimo de 1.50 metros entre paramentos y tendrá pasamanos a ambos lados.

El paso de las escaleras tendrá una profundidad de 30 cm. y el contrapaso no será menor de 16 cm. ni mayor de 17 cm.

Las escaleras no deberán tener llegada directa hacia los corredores y/o elevadores. Para ello, se prevé un vestíbulo que cuyo retiro mínimo será de 3.00 m. medido desde el primer contrapaso.

Las escaleras de seguridad y evacuación se especifican en la Norma.

a.130 Requisitos de Seguridad indicada en el RNE.

b. Rampas: Los criterios de diseño para rampas serán aquellos considerados en la Norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad del RNE.

c. Montacargas: El traslado de limpio y sucio debe realizarse por vía separada de preferencia mediante el uso de montacargas mecánicos independientes.

d. Ascensores (ver especialidad mecánica) Su uso es obligatorio en edificaciones de establecimientos a partir de dos niveles, a excepción de aquellos cuyo segundo nivel sea de uso técnico o administrativo.

En los accesos con áreas de circulación y salidas deberán evitarse los cruces de elementos sucios y limpios, así como de pacientes internados y ambulatorios.

Como en el caso de las escaleras, los ascensores no deberán tener llegada directa hacia los corredores y/o escaleras. Para ello, se prevé un vestíbulo que cuyo retiro mínimo será de 3.00 metros lineales.

CALCULO DE SALIDA DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA:

El número de ocupantes de una edificación de salud para efectos del cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y

ancho y número de escaleras, se determinará según lo estipulado en la norma A.130 Requisitos de Seguridad indicadas en el RNE el número de consultorios según la cartera de servicios estará determinado por el estudio de pre inversión (SNIP), según su demanda y oferta, para que la solución sea útil, permanente, bien dimensionado, con costos adecuados.

Consultorio de Psiquiatría: Es el ambiente donde se efectúa la entrevista del médico al paciente, cuya peculiaridad es que no se requiere exploración orgánica. El área será igual al Consultorio de medicina.

Consultorio del Adulto Mayor: Es el ambiente donde se evalúa, diagnostica y prescribe el tratamiento de pacientes de la tercera edad que requieren la atención de especialistas médicos. Es un consultorio igual al de Medicina General.

Consultorio de Psicología: Es el ambiente donde el profesional en psicología efectúa la entrevista al paciente, explorando conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente.

La Psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento. Es un consultorio igual al de Medicina General.

CAPITULO IV DE LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS HOSPITALES GENERALES PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

ARTÍCULO 22: Ambientes de recepción. Ver anexos pg. 287.

ARTÍCULO 23: Agua fría y caliente. Ver anexos pg. 287.

ARTÍCULO 24: Pisos y revestimientos. Ver anexos pg. 287.

ARTÍCULO 25: Sistemas de calefacción. Ver anexos pg. 289.

ARTÍCULO 26: Sistema de telefonía. Ver anexos pg. 289.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según el reglamento de edificaciones se rige a los parámetros de diseño, ello ayudara en el desarrollo del proyecto a la hora de afrontar el la funcionalidad y espacial de la edificación

Se tomaran en cuenta tanto las circulaciones verticales como horizontales, según lo establece la norma y plantear accesos a través de las escaleras.

En el tema de seguridad se tomaron en cuenta el uso de escaleras vestibuladas y sistemas de flujos de evacuación para mantener seguro a nuestros usuarios se establece los requisitos según lo establece INDECI.

Respecto la iluminación y ventilación, se dispuso el uso de patios en cada módulo de habitaciones, de esta manera solucionara los criterios obtenidos del RNE, en consecuencia del asoleamiento se utilizara un sistema de cerramiento tipo cajón para establecer un confort térmico y acústico.

II

MATERIAL Y

MÉTODOS

SUB CAPÍTULO 1: TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

2.1. Tipo y diseño de investigación.

Estudio cuantitativo y descriptivo, la investigación trata una realidad social enfocada en la ciudad, la cual presenta momentos distintos, se considerara una posible objetividad de lo planteado en base a las contabilizaciones y porcentajes arrojados en la investigación los cuales justifican los planteamientos de la hipótesis a través de un estudio estadístico y detallado de datos encontrados en encuestas.

2.2. Método de investigación.

El estudio y análisis de una intervención: mediante un equipamiento arquitectónico de tipo de salud y espacios públicos el cual ayudan a contribuir a la solución de la problemática la cual es objeto de estudio.

Se estudió el sector y aquellos problemas que son evidentes al equipamiento arquitectónico a proponer, haciendo énfasis en los espacios públicos los cuales están deteriorados o son depredados por la misma ciudad de crecimiento.

Se analizó el sector y los problemas sociales que lo afectan determinando así una propuesta arquitectónica, siendo están indicada, la cual contribuirá a la mejora de la ciudad.

Se estudió y analizo la elección del eje de Chiclayo- manseque debido a la centralización educativa y como fuente latente de crecimiento debido a la expansión de la ciudad que se viene propagando en dirección a ese eje.

Se estudió detalladamente al usuario, haciendo un énfasis respecto a las principales necesidades, en cuanto a la salud mental y de estudio para lograr un entendimiento reciproco de los espacios y el uso adecuado de ellos sin alterar su concepción.

Se analizó y estableció propuestas de sistematización para lograr generar espacios públicos de interacción entre los pacientes que acuden al establecimiento a recibir tratamiento y a su vez contribuyan a mejorar la ciudad generando un vínculo de aporte con el entorno más próximo.

Se estudió la problemática latente respecto a la falta de equipamiento de salud debido a la fuerte demanda poblacional que padece enfermedades mentales de categoría moderada, de esta manera afianzar en la propuesta de un establecimiento de salud con espacios públicos que potencien el eje de expansión que conecta Chiclayo- monsefu y a su vez supla las necesidades de la demanda poblacional que distintos distritos de Chiclayo que estos presentan.

Se propone un establecimiento de salud cuya categoría se encuentra en un segundo nivel de atención junto con una secuencia de espacios públicos que puedan conectarse entre sí y a su vez potenciar el eje de expansión que este presenta y a su vez reactivar el entorno más mediato que este presenta.

Las variables empleadas en la organización de los datos técnicos se formulan en base ha:

Variable dependiente (VD) las enfermedades mentales son un problema respecto a salud muy complejo en la sociedad contemporánea ya que pueden llegar a afectar la salud incluso física de las personas que la llegan a padecer, en el siguiente estudio que se realizó se puso mucho énfasis en los principales problemas que sufre la población y como contexto se eligió la provincia de Chiclayo, ya que según la misma investigación arroja que hay un gran porcentaje de población que padece enfermedades mentales y que las cantidades de personas que sufren van en aumento.

Variable independiente (VI) centro especializado enfocado en la intervención arquitectónica resultante, la cual contribuya al aporte significativo en la reducción de población que padece enfermedades mentales y a su vez contribuir con la expansión de la ciudad y reactivación en el entorno más mediato.

2.3. Población y muestra.

La investigación muestra un estudio de crecimiento de población que padece enfermedades mentales y de la carencia de infraestructura que alberguen y atiendan a este porcentaje de personas respectivamente, consultando paralelamente las fuentes estadísticas del INEI. Se utilizó encuestas, dirigidas para los usuarios (personas adultas que requieren tratamiento) formulando preguntas dirigidas al mejoramiento de

condiciones de salud y calidad de vida, lo cual dichas necesidades repercutirán en el proyecto, la muestra se compone de 325 personas, a las cuales se les asignó una encuesta de 8 preguntas.

Población de estudio.

La población de estudio estará formada por todas las personas que sufren de distintas enfermedades mentales en todos los establecimientos de salud mental encargados de brindar el servicio de alojamiento y tratamiento, en este caso por la falta de establecimientos solo se tomó muestra a los que eran atendidos en el pabellón de psiquiatría del hospital Almanzor y establecimientos adaptados para brindar este tipo de atención; Y posteriormente se recaba información de datos que nos arroja el ministerio de salud del tamizaje que ellos sacaron a nivel de Chiclayo.

Tamaño de muestra.

Debido a que se conoce el número de personas que conforman la población, estadísticamente se dice que es una población finita y que una vez dada esta condición se podrá aplicar una fórmula que a continuación se presenta y se describen sus elementos que la integran:

n = Es el tamaño de muestra

N = El tamaño de la población, que es de 1519 sujetos de investigación.

S = La desviación estándar, o sea la probabilidad de que ocurra el evento que en este estudio es = 50%, porque no hay estudios ni información previos.

E = Es el margen de error que se esté dispuesto a aceptar en el estudio, que será = 5%.

Z = nivel de confiabilidad que se requerirá tenga la información obtenida, en este caso será del 95%, por lo tanto el valor será de $Z = 1.9$

Sustituyendo los valores en la fórmula, se tienen:

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

$$n = \frac{(.5)^2}{\frac{(.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(.5)^2}{1519}} = \frac{0.25}{\frac{0.0025}{3.84} + \frac{2.5}{1519}} = \frac{0.25}{0.0022} = 113,6$$

n= 113.6 significa, que este será el número de personas a las que se les aplicara el cuestionario de la encuesta.

2.4. Operacionalización de las variables.

Tabla 01:

Esquema general de las variables empleadas.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	SUB INDICADOR
DEPENDIENTE	EMOCIONAL	VIOLENCIA	- MALTRATO INFANTIL
			- INESTABILIDAD EMOCIONAL
	AMBIENTAL	DISFUNCIONALIDAD URBANA	- FAMILIAS DESINTEGRADAS
			- DEAMBULACION CONTINUA
ENFERMEDADES MENTALES	SALUD	ADICCIONES	- INSALUBRIDAD EN LAS CALLES
	SOCIAL	EXCLUSION SOCIAL	- INCREMENTO DE PERSONAS DEPRESIVAS - FALTA DE INTERES POR LOS PACIENTES - MAL CONTROL DE COMPORTAMIENTO - EXCLUSION SOCIAL
INDEPENDIENTE	URBANO	IRREGULARIDADES EN EL PERFIL URBANO	- MALTRATO INFANTIL
			- INESTABILIDAD EMOCIONAL
	ARQUITECTONICO	DEFICIT DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA	- FAMILIAS DESINTEGRADAS
			- DEAMBULACION CONTINUA
ESTRUCTURA	REQUERIMIENTOS NECESARIOS PARA SU CONSTRUCCION	- INSALUBRIDAD EN LAS CALLES	
			- INCREMENTO DE PERSONAS DEPRESIVAS - FALTA DE INTERES POR LOS PACIENTES - MAL CONTROL DE COMPORTAMIENTO - EXCLUSION SOCIAL

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

En cuanto a métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos se utilizó la observación directa y la encuesta. El Método de investigación que utilizaremos para el presente trabajo de investigación es el deductivo e inductivo.

a) Encuesta.

Las cuáles serán explicadas a las personas que implícitamente o explícitamente tiene conocimiento o relación con el tema motivo del presente trabajo de grado; encuestas que serán aplicadas a la población o universo investigado por método no probabilístico por conveniencia.

b) Método inductivo.

Es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales:

La observación de los hechos para su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contratación.

c) Método deductivo.

Es un método científico que considera que la conclusión se halla implícita dentro las premisas. Esto quiere decir que las conclusiones son una consecuencia necesaria de las premisas, cuando estas resultan verdaderas y el razonamiento deductivo tiene validez, no hay forma de que la conclusión no sea verdadera.

Conclusion no sea verdadera.

Instrumentos de medición.

El principal instrumento para recopilar la información fue una encuesta que se diseñó necesariamente para ésta investigación.

Recopilación de datos.

Se aplicó las encuestas a los padres o apoderados de las personas que sufren de enfermedades mentales de distinto tipo y también a profesionales que están involucrados de alguna manera a la salud mental o salud en general ya que sus opiniones son de mayor importancia.

El proceso.

El número de encuestas se dividieron en partes proporcionales al número de personas de cada distrito, es decir, del número total de la muestras, se determinó el porcentaje de personas que corresponden a la provincia de Chiclayo, así como a José Leonardo Ortiz, y en esa misma proporción se aplicaron las encuestas.

Procedimiento para la recolección de datos.

Una vez que se ha determinado la cantidad de encuestas ha aplicar a cada distrito, se procedió a aplicar los siguientes pasos:

1. Fotocopiar las encuestas.
2. Solicitar cita con los padres a encuestar.
3. Se pidió a los padres que de preferencia se conteste la encuesta en presencia del encuestador.
4. Se tomó la decisión que de no aceptar el padre designado será sustituido por otro de la población.

Análisis de datos

Para Tal efecto, se procederá a revisar la información y se tabularán y agruparán los datos de acuerdo a Como se realizarán cálculos de frecuencias y porcentajes.

2.6. Validación y confiabilidad de los instrumentos.

Procedimiento de validación.

Una vez concluido con la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, para su posterior validación, se llegó a someter a una piloto tanto a personas apoderadas que tengan algún familiar que padezca algún tipo de enfermedad mental, Como a personal médico dedicado al rubro de la salud mental siguiendo el procedimiento que a continuación se indica.

Se eligió bajo un criterio arbitrario un aproximado de 100 personas entre las que figuran apoderados y personal médico dedicado a la salud mental respectivamente, mayores que el número de ítems, para poder impedir que en el análisis de los factores se opere al azar, luego a ser necesario tener un buen número mayor de sujetos que de determinadas medidas.

Parafraseando la afirmación anterior, se llegó a la regla de aplicar una determinada muestra piloto en un número de sujetos mayores que el número de ítems de un instrumento de medición, para evitar así la introducción del error aleatorio, es así que se eligió aleatoriamente 100 personas en los cuales engloba al universo de personas que tienen algún familiar que padezca alguna enfermedad mental.

Como también personal médico dedicado a la salud mental en general, se llegaron a eliminar aquellas en las que los sujetos no respondieron o eran evasivos quedando finalmente la muestra reducida a un número de 80 personas (familiares) y 81 personal médico dedicado a la salud mental.

III

RESULTADOS

SUB CAPÍTULO 1: “SISTEMA DE SALUD EN EL PERU”

3.1. Desarrollo de contenidos

3.1.1. El sistema de salud en el Perú

El sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. tiene como objetivo que las instituciones que lo integran cumplan roles coordinados y complementarios, por una política y estrategia común que asegure una atención de las prioridades regidos sanitarias del país.



Figura 08: Esquema integral del sistema de salud en el Perú

Fuente: ministerio de salud 2015

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto Y régimen contributivo directo que es el que corresponde a la seguridad social.

“La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al CIS se realiza a través de la red de establecimientos del ministerio de salud”. (MINSa, s.f).

El sistema de seguridad social en salud tiene dos sub sistemas:

El seguro social con provisión tradicional (Es Salud) y la provisión privada (EPS). Es Salud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones pero desde la promulgación de la ley de modernización de la seguridad social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a Es Salud a través

de las entidades prestadoras de salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio sub sistema de salud integrado por las sanidades de las fuerzas armadas (FFAA) y la policía nacional del Perú (PNP) .

EL SECTOR PÚBLICO

En el nivel central, instancia de gobierno y normatividad, existe el área de Salud Mental A Ministerio de Salud (MINSA) Además de su rol de gobierno garantiza el acceso a los servicios de salud de los sectores más pobres (aproximadamente el 60% de la población nacional). Para ello funcionalmente está organizado en un nivel central, direcciones regionales y cuatro niveles de atención.

EL SECTOR PRIVADO

Los organismos no gubernamentales (ONG) que brindan: “La atención de salud mental, no lo hacen en todos los niveles de resolución, de tal manera que cuando se realizan referencias se recurren a los establecimientos del ministerio de salud”

3.1.2. Organigrama del sistema nacional de salud en el Perú.

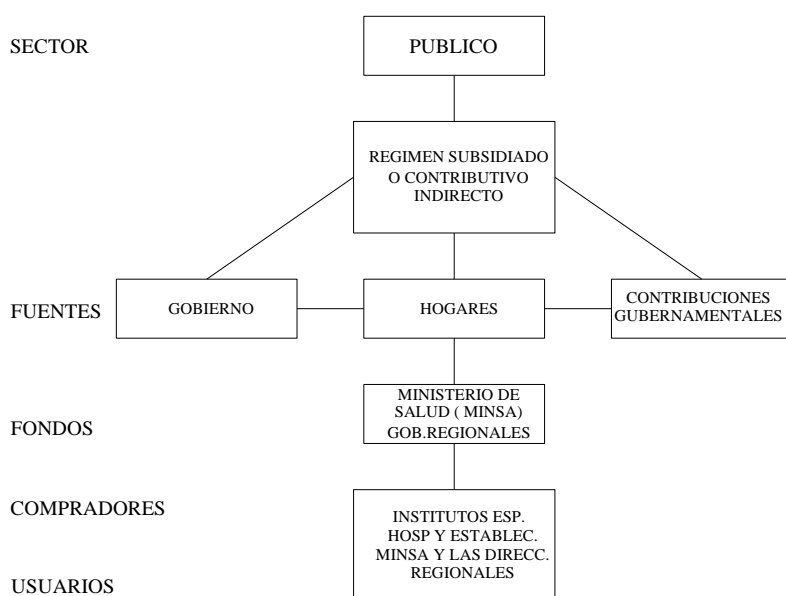


Figura 09: Imagen de la jerarquía de las entidades que conforman el sistema de salud.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

3.1.3. Análisis de la oferta privada en los servicios de salud a nivel nacional

GRUPO CRUZ BLANCA

Principal grupo empresarial chileno especializado en seguros médicos con presencia en el Perú desde el 2011. Entre sus accionistas figuran el Grupo Said y Linzor Capital. En el 2014, el holding de origen inglés Bupa adquirió el 56% de las acciones de Cruz Blanca. Su filial en Lima, Cruz Blanca Perú, fue fundada por Luis Miguel Elías Morote y Romina Buso Alemán.

GRUPO SALUD DEL PERU.

Corporación formada en el 2008 con la alianza del Fondo de Inversiones Enfoca (accionista de Frecuencia Latina, los almacenes Talma y Ace Home Center) y Oncosalud. Esta última es la compañía emblemática del grupo y la más importante del país en cobertura y terapias contra el cáncer.

GRUPO CREDICORP

Holding financiero fundado en las Islas Bermudas en 1995 por un grupo de empresarios liderado por el banquero piurano Dionisio Romero Seminario. Está ligado al Grupo Romero y es propietario del Banco de Crédito del Perú, la compañía Pacífico Peruano Suiza y la administradora de fondos e inversiones Atlantic Security Bank. En el 2005 creó la AFP Prima. Credicorp cotiza en las bolsas de Lima y Nueva York.

GRUPO BRECA

Conglomerado empresarial de la familia Brescia-Cafferata fundado a fines del siglo XIX. Tiene el 50% de las acciones del BBVA Banco Continental y es propietario de más de 50 empresas en diversos sectores económicos, entre las que destacan la aseguradora Rímac Internacional, la administradora de fondos de pensiones Horizonte, la pesquera Tasa y la Clínica Internacional.

GRUPO SAN PABLO

Empezó en 1991 con la creación del Complejo Hospitalario San Pablo, dirigido por el cardiólogo José Álvarez Blas. Dos décadas después, se transformó en el Grupo San

Pablo y construyó una red de siete clínicas ubicadas en Lima, Huaraz y Trujillo. Es también propietario de la cadena de hoteles Aranwa.

GRUPO MAPFRE

Holding empresarial español que desarrolla actividades en el mercado de seguros, financiero, inmobiliario y de servicios. Fue creado en 1933 por la Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España. En América Latina opera a través de su compañía subsidiaria Mapfre América.

GRUPO RICARDO PALMA

La Clínica Ricardo Palma, fundada en 1975, es el núcleo de una corporación médica que hace tres años decidió extender sus servicios con la construcción de centros médicos en grandes cadenas comerciales del país.

GRUPO INVERSIONES EN SALUD

Holding formado en el 2012 por la compañía aseguradora La Positiva y tres empresas accionistas de ColSanitas Perú (Medicina Propagada Colsanitas, Inversiones Sector Salud y Sopriperu). Es propietario de la Entidad Prestadora de Salud La Positiva-Sanitas.

Esquema del sector privado y público en el sistema de salud en el Perú.

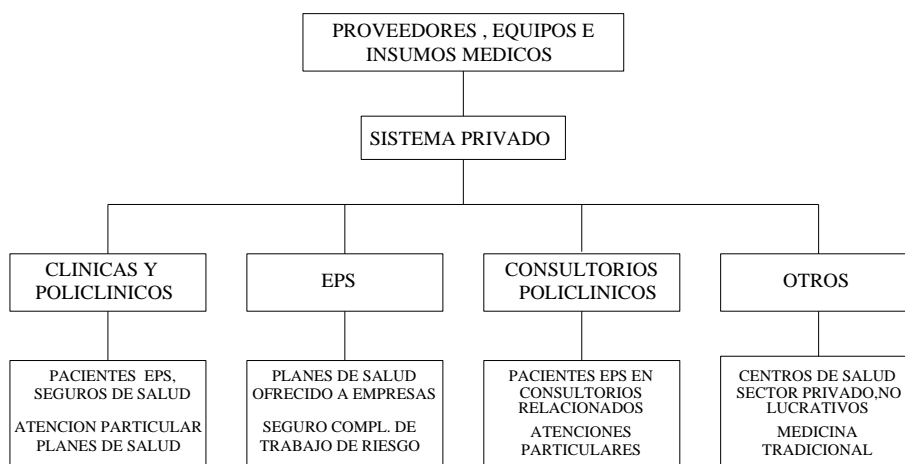


Figura 10: Esquema del sistema de salud privado y los establecimientos que lo conforman.

Fuente: www.minsa.gob.pe

3.1.4 Niveles de atención, complejidad y categorías de establecimientos del sector salud tanto público como privado.

Tabla 2.

Niveles de atención de las infraestructuras y sus respectivos niveles de complejidad

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLEC.
PRIMER NIVEL DE ATENCION	1 NIVEL DE COMPL.	I -1
	2 NIVEL DE COMPL.	I -2
	3 NIVEL DE COMPL.	I -3
	4 NIVEL DE COMPL.	I -4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	5 NIVEL DE COMPL.	II -1
	6 NIVEL DE COMPL.	II -2
TERCER NIVEL DE ATENCION	7 NIVEL DE COMPL.	III -3
	8 NIVEL DE COMPL.	III -4

Fuente: www.minsa.gob.pe

DEFINICIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios es para resolver los problemas de salud que se enmarca predominantemente en el auto cuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito, este nivel está constituido por: Brigadas Móviles de Salud, Puesto de Salud, Consultorio Médico, Centro de Salud con y sin camas, policlínicos y poli consultorios; incluyendo todos los subsectores.

DEFINICION DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización apacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias.

DEFINICION DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas.

3.1.5. Esquema de una infraestructura en salud mental (privada) insertado en el sistema de salud en el Perú.

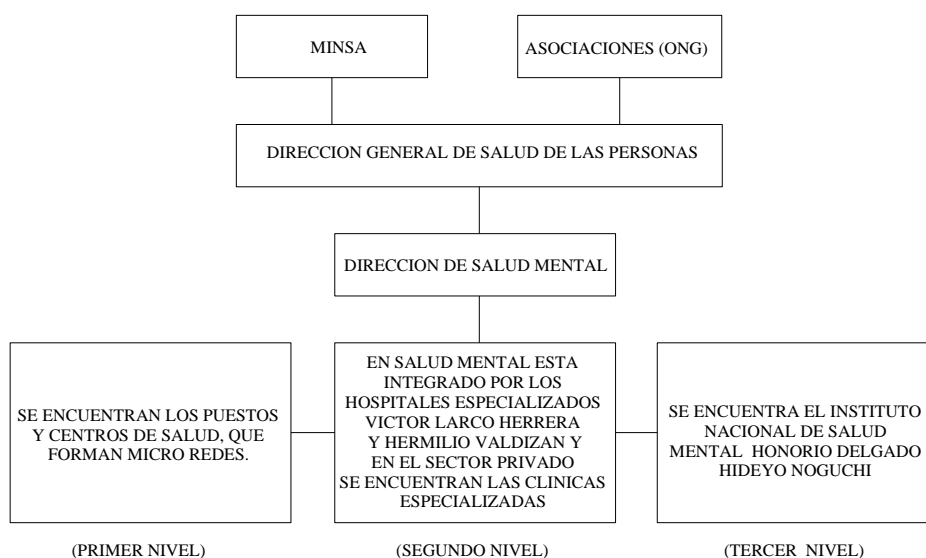


Figura 11: Esquema general del minsa y de las entidades que lo conforman.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

Cuadro comparativo del tipo de establecimiento del sector privado en el segundo nivel de atención.

Tabla 3.

Cuadro comparativo de las infraestructuras de salud del sector privado y sus categorías.

CATEGORIAS	MINSA	ES SALUD	P N P	F A P	NAVAL	PRIVADO
I - 1	PUESTO DE SALUD		PUESTO SANITARIO	POSTA MEDICA	- ENFERMERIA - SERV.SANIDAD	CONSULTORIO
I - 2	PUESTO DE SALUD CON MEDICO	POSTA MEDICA	POSTA MEDICA	DEPARTAMENTO SANITARIO	- SANIDAD - POSTA NAVAL	CONSULTORIO MEDICO
I - 3	CENTRO DE SALUD	CENTRO MEDICO	POLICLINICO		CENTRO MEDICO	POLICLINICOS
I - 4	CENTRO DE SALUD CON INTERNAMIENTO	POLICLINICO	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL ZONAL	POLICLINICO NAVAL	CENTROS MEDICOS
II - 1	HOSPITAL I	HOSPITAL I - II		HOSPITAL REGIONAL	CLINICA NAVAL	CLINICAS
II - 2	HOSPITAL II	HOSPITAL III - IV				CLINICAS
III - 1	HOSPITAL III	HOSPITAL NACIONAL	HOSPITAL NACIONAL	HOSPITAL CENTRAL FAP	HOSPITAL NAVAL	CLINICAS
III - 2	INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO				INSTITUTOS

Fuente: <http://www.digemid.minsa.gob.pe>

Definición de los tipos de establecimiento en el segundo nivel de atención, según su categoría y su nivel de complejidad.

Tabla 4.

Esquema general de los diferentes niveles de atención a nivel nacional.

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD		CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCION	PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD	I - 1	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON PROFESIONAL NO MEDICO CIRUJANO
	SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD	I - 2	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON PROFESIONAL MEDICO - CIRUJANO
	TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD	I - 3	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO SIN HOSPITALIZACION
	CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD	I - 4	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON STAF PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO CON INTERNAMIENTO
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	QUINTO NIVEL DE COMPLEJIDAD	II - 1	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ATENCION AMBULATORIA EMERGENCIA E INTERNAMIENTO
		II - 2	ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESPECIALIZADO CON CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ATENCION AMBULATORIA EMERGENCIA E INTERNAMIENTO
	SEXTO NIVEL DE COMPLEJIDAD	III - 1	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ATENCION AMBULATORIA EMERGENCIA E INTERNAMIENTO U CUIDADOS INTENSIVOS

Fuente: www.digemid.minsa.gob.pe

3.1.6. Antecedentes de la salud mental en el Perú

El Perú está siendo considerado dentro de los países pobres del mundo compartiendo un conjunto de características, económicas, sociales y culturales que actúan en contra del desarrollo integral en lo que respecta en salud mental y el acceso a los servicios de la salud y la eficiencia de los mismos.

Esquema de los sectores que presentan problemas referidos a la salud mental en el Perú.



Figura 12: Imagen de los sectores que presentan problemas en salud mental.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

Modelo conceptual de salud mental en el Perú.

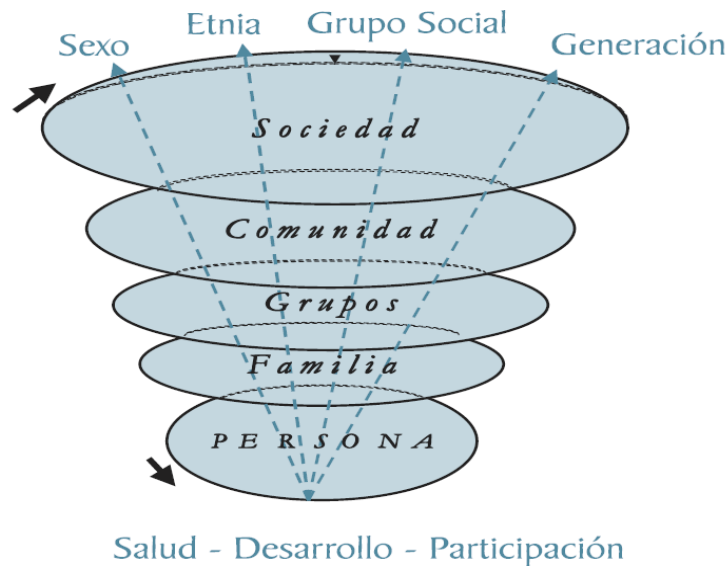


Figura 13: Imagen general de la salud mental en el Perú y los sectores involucrados.

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

3.1.7. Principales problemas referidos a la salud mental en el Perú.

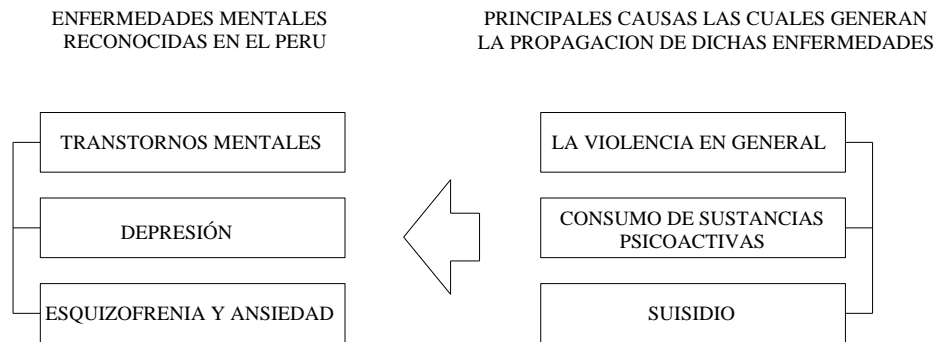


Figura 14: Imagen de las enfermedades mentales y las principales causas.

Fuente: www.digemid.minsa.gob.pe

Componentes para un modelo conceptual integral de salud mental

Es parte de revalorar el sentido de la persona y su vida humana concreta desde una perspectiva biológica psicológica y social enfatizando particularidades impuestas por el contexto nacional asumiendo un equilibrio.

Reconocemos como componentes básicos del modelo:

Las personas se encuentran mentalmente sanas cuando saben quiénes son y como son siendo una condición de logro de la individualización la aceptación de las siguientes características:

- ✓ el hecho de ser hombre o mujer.
- ✓ de pertenecer a una raza determinada.
- ✓ de su identificación con las costumbres y tradiciones.

Formulación del concepto de salud mental en el ámbito nacional.

Salud mental es el estado dinámico de bienestar subjetivo y de interacción inclusiva con el medio social derivado de las dimensiones biopsicosociales y espirituales que llegan a sintetizarse de manera compleja a nivel cortical dicho en otros términos la salud mental es un estado dinámico.

3.1.8. Los servicios de salud mental del sector público y sus serias limitaciones.

La seguridad social no cubre las secuelas de intentos de suicidio y los seguros privados no consideran la salud mental en sus coberturas.

Minsa (2012) afirma: “En relación a los recursos humanos, existe ineficiencia, escasa capacitación en salud mental y en ocasiones poca sensibilidad en el trato, todo lo cual dificulta la Atención de calidad”.

3.1.9. Diagnóstico de población adulta que padece enfermedades mentales en Categoría (moderada) a nivel nacional.



Figura 15: Imagen de general del número de personas involucradas directamente

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

Cuadro resumen de la población adulta que padece enfermedades mentales en la categoría moderada.

Tabla 5.

Listado de las personas que padecen enfermedades mentales por departamentos

N	PORCENTAJE DE POBLACION ADULTA QUE PADECE ENFERMEDADES MENTALES, CATEGORIA MODERADA A NIVEL NACIONAL.	POBLACION ADULTA QUE PADECE. E F	OTRO TIPO DE ENFERMEDADES
01	DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	44 %	56 %
02	DEPARTAMENTO DE ANCASH	31 %	69 %
03	DEPARTAMENTO DE APURIMAC	28 %	72 %
04	DEPARTAMENTO DE AYACUCHO	25 %	75 %
05	DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	42 %	58 %
06	DEPARTAMENTO DE CUSCO	32 %	68 %
07	DEPARTAMENTO DE HUANCANELICA	22 %	78 %
08	DEPARTAMENTO DE HUANUCO	25 %	75 %
09	DEPARTAMENTO DE ICA	43 %	56 %
10	DEPARTAMENTO DE JUNIN	36 %	64 %
11	DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	43 %	57 %
12	DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	35 %	65 %
13	DEPARTAMENTO DE LIMA	45 %	55 %
14	DEPARTAMENTO DE LORETO	22 %	78 %
15	DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	18 %	82 %
16	DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	21 %	79 %
17	DEPARTAMENTO DE PASCO	19 %	81 %
18	DEPARTAMENTO DE PIURA	32 %	68 %
19	DEPARTAMENTO DE PUNO	22 %	78 %
20	DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN	31 %	69 %
21	DEPARTAMENTO DE TACNA	23 %	77 %
22	DEPARTAMENTO DE TUMBES	27 %	73 %
23	DEPARTAMENTO DE UCAYALI	33 %	67 %
24	DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	31 %	69 %

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

Porcentaje de población adulta en la provincia de Chiclayo.

Tabla 6.

Clasificación de la demanda poblacional que requiere atención por distritos.

DISTRITOS	POBLACION ADULTA	POBLACION ADULTA ENFERMA	PORCENTAJE	POBLACION ADULTA CON ENFERM. MENT.	POBLACION ADULTA CON OTRAS ENF.
JOSE LEONARDO ORTIZ	43 %	21 %	100 %	32 %	68 %
LA VICTORIA	39 %	18 %	100 %	35 %	65 %
LAMBAYEQUE	36 %	16 %	100 %	29 %	71 %
PIMENTEL	34 %	14 %	100 %	34 %	66 %
REQUE	45 %	21 %	100 %	33 %	67 %
POMALCA	42 %	19 %	100 %	32 %	68 %
SAN JOSE	38 %	17 %	100 %	21 %	79 %
MONSEFU	47 %	15 %	100 %	24 %	76 %
SANTA ROSA	45 %	21 %	100 %	22 %	78 %
ETEN	52 %	23 %	100 %	23 %	77 %
PUERTO ETEN	32 %	19 %	100 %	32 %	68 %
CHICLAYO	44 %	25 %	100 %	45 %	55 %

Fuente: INEI

Porcentajes de población adulta que padece enfermedades mentales en la categoría (moderada) a nivel distrital en la provincia de Chiclayo.

Tabla 7.

Listado de la población en general poblacional por grupo etario.

PROVINCIA DE CHICLAYO, PORCENTAJE POBLACIONAL 16% = 100%				
	DISTRITOS	POBLACION	PORCENTAJE	POB.ADULTA
01	JOSE LEONARDO ORTIZ	182.859	100 %	43 %
02	LA VICTORIA	86.423	100 %	39 %
03	LAMBAYEQUE	72.534	100 %	36 %
04	PIMENTEL	39.256	100 %	34 %
05	REQUE	14.167	100 %	45 %
06	POMALCA	21.496	100 %	42 %
07	SAN JOSE	12.156	100 %	38 %
08	MONSEFU	31.191	100 %	47 %
09	SANTA ROSA	12.127	100 %	45 %
10	ETEN	10.412	100 %	52 %
11	PUERTO ETEN	2.121	100 %	32 %
12	CHICLAYO	272.140	100 %	44 %

3.1.11. Cobertura de establecimientos especializados en el segundo nivel de atención en salud mental a nivel nacional (sector público)

En nuestro país, los problemas de salud mental se han visto agravados de manera muy significativa debido a factores socioeconómicos y culturales como consecuencia de la crisis política, las diversas expresiones de violencia, el creciente consumo de sustancias adictivas y la grave situación de pobreza en la que vive la mayoría de peruanos.

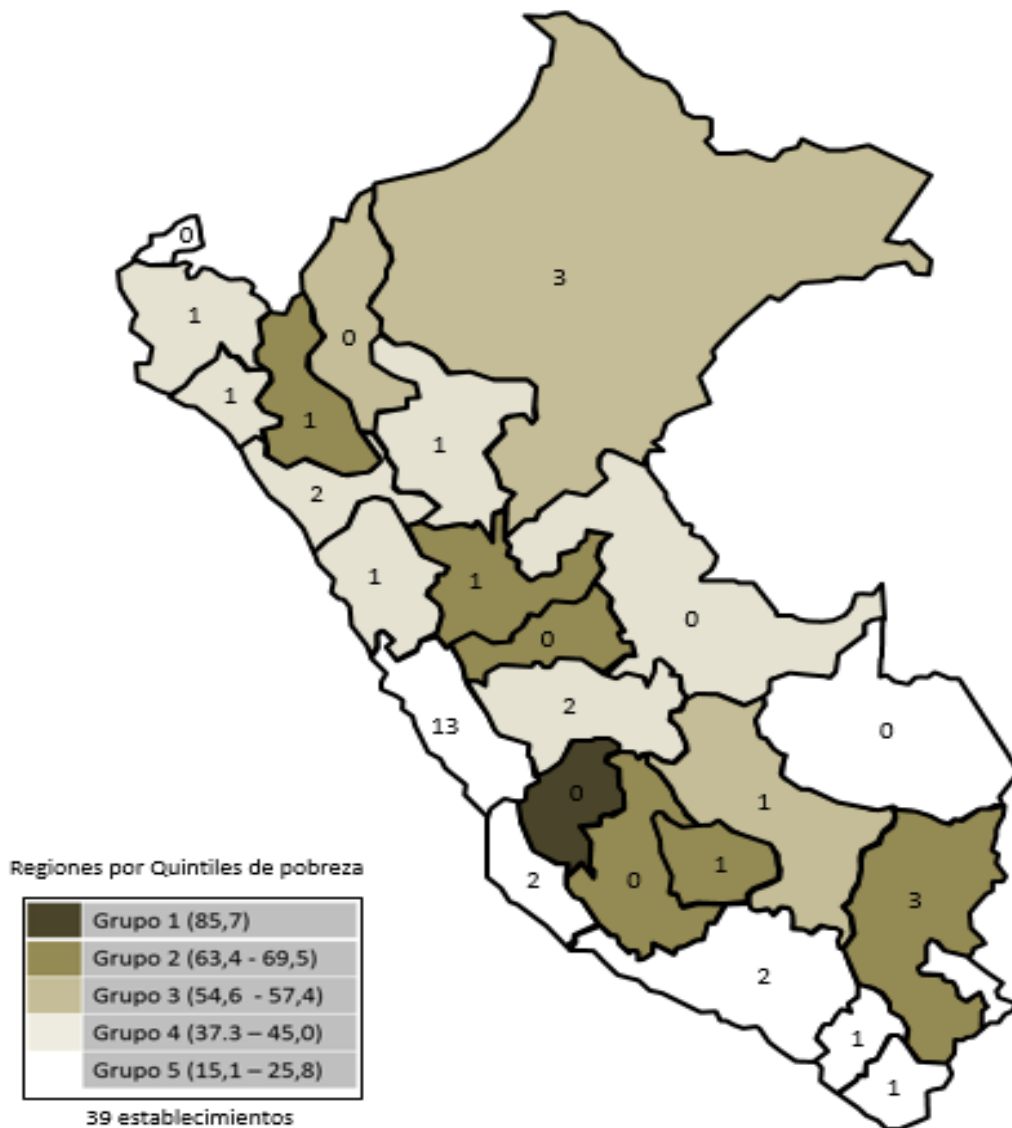


Figura 16: Imagen de general de la cobertura en salud mental a nivel nacional

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

Número de establecimientos de salud mental especializados del segundo nivel de atención en salud a nivel nacional (sector privado)

Tabla 8.

Listado de los establecimientos de salud mental por departamento.

N	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	DEPARTAMENTOS
01	HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON	ANCASH
02	HOSPITAL HONORIO DELGADO	AREQUIPA
03	HOSPITAL GOYENECHÉ	AREQUIPA
04	HOSPITAL DE APOYO SAN JOSE	APURIMAC
05	HOSPITAL REGIONAL ALCIDES CARRION	CALLAO
06	HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO	CALLAO
07	CENTRO DE SALUD PERU- KOREA	CUSCO
08	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE ICA	HUANUCO
09	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	ICA
10	HOSPITAL DE APOYO DOMINGO OLAVEGOYA	ICA
11	HOSPITAL DE APOYO DANIEL ALCIDES CARRION	JUNIN
12	HOSPITAL BELEN	JUNIN
13	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	LA LIBERTAD
14	HOSPITAL HONORIO DELGADO	LAMBAYEQUE
15	HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA	LIMA
16	HOSPITAL DE APOYO MARIA AUXILIADORA	LIMA
17	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	LIMA
18	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	LIMA
19	HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	LIMA
20	HOSPITAL LAS MERCEDES	LA LIBERTAD
21	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	LIMA
22	HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	LIMA
23	HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES	ANCASH
24	HOSPITAL PUENTE PIEDRA	LIMA
25	HOSPITAL REZOLA	LIMA
26	HOSPITAL DE CHANCAY	LIMA
27	HOSPITAL DE HUARAL	LIMA
28	CENTRO DE REHABILITACION CREMI	LIMA
29	HOSPITAL DE APOYO IQUITOSA	LIMA
30	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	LORETO
31	HOSPITAL DE KENEDY	LORETO
32	CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS	LORETO
33	HOSPITAL REGIONAL DE PUNO MANUEL NUÑEZ	MOQUEGUA
34	HOSPITAL REGIONAL DE JULIACA	PIURA
35	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	PUNO
36	HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO	PUNO
37	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE	PUNO

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

3.1.13. Cobertura de profesionales en salud mental (psiquiatría) en el territorio nacional.

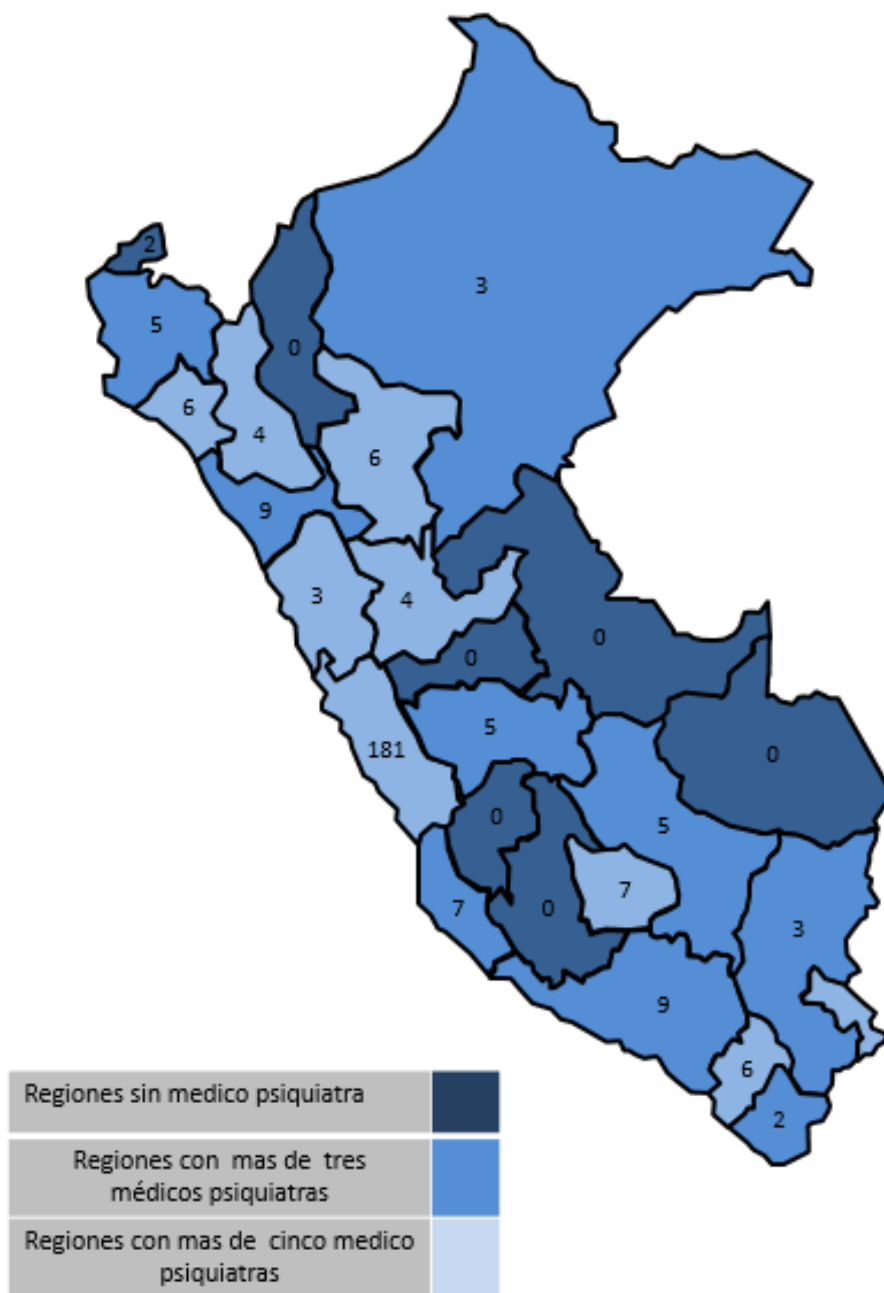


Figura 17: Imagen de general de la cobertura de profesionales en salud mental a nivel nacional

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineasm.pdf

Principios para la acción en salud mental en el Perú según los lineamientos en salud mental.

- Respeto irrestricto por los derechos de las personas
- Equidad.
- Integralidad para el desarrollo sostenible.
- Universalidad
- Solidaridad
- Responsabilidad compartida
- Autonomía y dignidad.

Objetivos para la acción en salud mental en el Perú para los sectores (público y privado)

- Institucionalizar el componente de salud mental como inherente necesario dentro del integral de salud.
- Garantizar el acceso equitativo y la cobertura de la atención y la rehabilitación de los trastornos y problemas de la salud mental.
- Legitimar socialmente la importancia de la prevención y promoción de salud mental.
- Institucionalizar espacios de concentración multisectorial en el estado y con otros actores de la sociedad civil
- Crear un sistema de información en salud mental.
- Mejorar la calidad de atención en salud mental.
- Impulsar la organización y planificación de la acción corresponsable de pacientes ex pacientes y familiares.

3.1.14. Lineamientos para la acción en salud mental en el Perú a tomar en cuenta

GESTION Y RECTORIA EN SALUD MENTAL.

- contar con la autoridad rectora de un órgano de directores de salud mental que funcione con un sistema normativo y fortalezca la articulación sectorial.
- promover iniciativas legislativas en salud mental relacionada a los aspectos para una atención de calidad garantizando la equidad y el respeto por los derechos humanos.

Integración de la salud mental en la concepción de la salud

La visión tradicional, aborda los problemas psíquicos de modo aislado dificultando a la persona como un ser bio psicosocial manteniendo la dicotomía entre lo físico y lo mental.

Un modelo integral de salud precisa de una política que incorpore la salud mental con un componente explícito e inherente otra razón para incluir el componente de salud mental es el que esta se encuentra afectada generando sufrimiento y discapacidad, afectando la productividad teniendo un efecto negativo en el aspecto socio económico.

Desarrollo humano y su ampliación al campo de la salud mental.

Pone énfasis en la promoción y su aporte al desarrollo humano su aplicación al campo de la salud mental en todos los espacios de socialización como la familia, escuela, trabajo y comunidad. Comprende la diversificación de estilos de vida y ambientes saludables.

- Es una manera de aportar al desarrollo humano integral a una salud general y a la construcción de una sociedad más democrática y cada vez más justa.

Concertación multisectorial de la salud mental.

- Las redes multisectoriales han venido funcionando de manera fragmentada y focalizada, sin apoyo político suficiente.

- Sin embargo todavía no se aprecia que no están claramente definidos sus roles por lo que se confunden acciones de prevención y promoción se cruzan o se duplican programas similares.

Desarrollo de los recursos humanos

Los recursos humanos están poco capacitados para la atención en salud mental o reciben capacitaciones referidas del mismo tema están centralizados. Todo esto impide la acumulación de experiencia y general problemas en el trato dado a la población.

- La efectividad y consideraciones éticas de los modelos de intervención también los aspectos estrechamente vinculados con la formación de recursos humanos.

3.1.15. Plan nacional en salud mental objetivos generales y específicos a tomar en cuenta para el sector público y privado.

El presente plan nacional de salud mental se basa en los lineamientos para la acción en salud mental (del ministerio de salud 2004), contiene objetivos, resultados esperados y acciones, por lo que constituye un documento técnico normativo que promueve iniciativas y actividades sectoriales e intersectoriales tanto para el sector público como el privado.

OBJETIVOS: GENERALES

- Posicionar la salud mental como un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país.
- Fortalecer el rol rector del ministerio de salud en salud mental de manera concertada en el ámbito nacional, regional y local.

OBJETIVOS: ESPECIFICOS

- Colocar en la agenda Pública las políticas y prioridades, enfoques y normativa en salud mental, como resultado de un proceso intenso de abogacía sectorial e intersectorial
- Crear un sistema de información e investigación intersectorial e salud mental que centralice información, investigue causas y factores de riesgo, prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental.
- Elaborar y conducir las políticas y planes de salud mental, recogiendo opinión de los sectores público y privado.
- Concertar acciones de la salud mental con otros sectores y la sociedad civil.
- Implementar un sistema de planificación, monitoreo, supervisión evaluación y sistematización en salud mental de carácter intra sectorial.
- Desarrollar un modelo de intervención integral en salud mental, descentralizado, con participación comunitaria, el cual incluya la promoción, preventiva, tratamiento y rehabilitación.

**SUB CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LAS
INFRAESTRUCTURAS DEDICADAS A LA SALUD
MENTAL EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO.**

6.2.1. Análisis del hospital Almanzor Aguinaga pabellón de psiquiatría en cuanto a su infraestructura, servicios e instalaciones respecto a salud mental.

Datos generales

Tipo: Con internamiento

Establecimiento: Hospital Aguinaga asenjo.

Clasificación: Hospital tipo II



Figura 18: vista principal del hospital Almanzor remarcando el ingreso hacia el público

Fuente: Adaptado de: ministerio de salud 2015

Conceptualización:

Es un hospital de nivel IV que cuenta con un pabellón de psiquiatría dedicado al tratamiento de enfermedades mentales de categoría severa en personas de la tercera edad.

Indicadores:

- Falta de equipamientos modernos.
- Falta de aforo para albergar a más pacientes.
- Mobiliarios en el interior con medidas mínimas.
- Abandono por parte de los familiares hacia los pacientes internados.
- Falta de concientización por reinsertar a los pacientes a la sociedad.
- Falta de servicios de autoayuda.

Tipo de enfermedades que esta entidad atiende:

- Esquizofrenia, psicosis (estado moderado y severo)

Grupo Etario

- Adultos, adulto mayor.

Categorización de las enfermedades tratadas

- Categoría severa (intensidad moderada)

Tipo de servicio que este establecimiento ofrece

- Servicio de hospitalización. (Sector público)

Análisis del hospital Almanzor Aguinaga (pabellón de psiquiatría) a escala metropolitana, sistema de redes detectado por jerarquía de establecimiento y nivel de complejidad.



Figura 19: Sistema de redes detectado en cada eje de expansión respectivamente



Figura 20: eje de expansión (Chiclayo-pomalca)

Fuente: Adaptado de: www.google.com/maps/place/Chiclayo.

Identificación de la infraestructura respecto a su entorno más inmediato



Figura 21: ubicación del pabellón de psiquiatría

Fuente: Adaptado de: www.google.com/maps/place/Chiclayo.

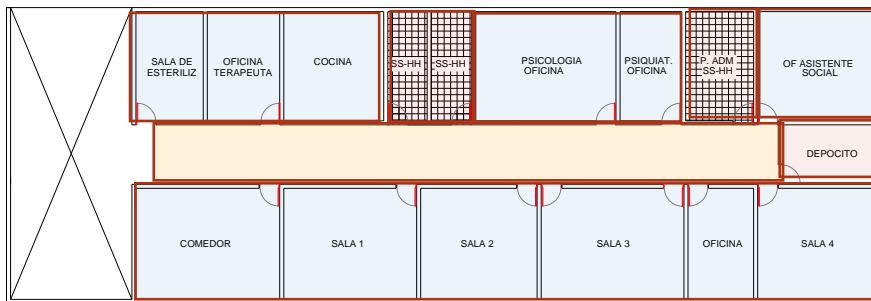


Figura 22: ubicación del pabellón de psiquiatría (zonas)

Zonificación.

Servicios Circulaciones Terapia

Diagnóstico de la infraestructura en estado actual.



Figura 23: Interior del pabellón de psiquiatría, infraestructura (estado actual)



Figura 24: Interior del pabellón de psiquiatría estado en el cual viven los pacientes



Figura 25: Interior del pabellón de psiquiatría estado en el cual viven los pacientes

Conclusiones generales:

presenta una infraestructura mala ya que basándose en los requerimientos mínimos requeridos por el instituto nacional en salud mental supervisado por el MINSA su infraestructura está hecha en gran parte de Adobe lo cual no es el material más adecuado para edificar ciertos ambientes que demandan ciertos requerimientos debido a que es del sector privado apoyado por algunas ONG en cuanto al equipamiento requerido presenta dificultades al no contar con los equipamientos mínimos sobre todo para el área de rehabilitación.

6.2.2. Análisis del hospital las mercedes en cuanto a su infraestructura, servicios e instalaciones respecto a salud mental.

Datos generales

Tipo: Con internamiento

Establecimiento: Hospital Regional Docente las mercedes

Clasificación: Hospital tipo II



Figura 26: vista principal del hospital las mercedes por la calle de acceso (av. Luis Gonzales)

Conceptualización:

El hospital regional docente las mercedes" de Chiclayo, es una de las instituciones de mayor importancia y complejidad de la región Lambayeque, tal es así que actualmente nuestro hospital ha sido re categorizado al nivel II-2.

Indicadores:

- Falta de equipamientos modernos.
- No cuenta con un pabellón de psiquiatría con los ambientes requeridos
- Falta de aforo para albergar a más pacientes
- Mobiliarios en el interior con medidas mínimas.
- Falta de concientización por reinsertar a los pacientes a la sociedad
- Falta de servicios de autoayuda.

Tipo de enfermedades que esta entidad atiende:

- Episodios depresivos temporales de corta duración

Grupo Etario

- Adolescentes, jóvenes, adultos.

Categorización de las enfermedades tratadas

- Categoría moderada (intensidad leve, moderada)

Tipo de servicio que este establecimiento ofrece

- Servicio ambulatorio. (Sector público)

Análisis del hospital docente las mercedes a escala metropolitana, sistema de redes detectado por jerarquía de establecimiento y nivel de complejidad.



Figura 27: Sistema de redes detectado en cada eje de expansión respectivamente.

Fuente: adaptado de: www.google.com/maps/place/Chiclayo



Figura 28: Sistema de redes detectado en cada eje de expansión respectivamente.

Identificación de la infraestructura respecto a su entorno más inmediato.



Figura 29: vista aérea del hospital las mercedes (av. Luis Gonzales)

Adaptado de: www.google.com/maps/place/Chiclayo

Diagnóstico de la infraestructura del hospital las mercedes.



Figura 30: Ingreso principal (hospital las mercedes)

Conclusiones generales:

Observamos que en el hospital las mercedes presenta una infraestructura regular en cuanto a equipamiento y infraestructura pero basándose en los requerimientos mínimos requeridos por el instituto nacional en salud mental supervisado por el minsa no cuenta con los ambientes que el instituto nacional impone debido a que solo brinda atención ambulatoria por el contar con un consultorio por lo que se determina que no abastece la gran demanda de pacientes enfermos en la ciudad de Chiclayo que requieran internamiento.

6.2.3. Análisis del establecimiento el buen samaritano en cuanto a su infraestructura, servicios e instalaciones respecto a salud mental.

Datos generales

Tipo: Con internamiento

Establecimiento: El buen samaritano

Clasificación: Entidad privada



Figura 31: vista aérea del hospital las mercedes (av. Luis Gonzales)

Conceptualización:

El establecimiento es una vivienda adaptada para el internamiento de pacientes con problemas adictivos como en alcoholismo, drogas y el juego.

Indicadores:

- Falta de equipamientos modernos.
- Falta de aforo para albergar a más pacientes
- Mobiliarios en el interior con medidas mínimas.
- Falta de concientización por reinsertar a los pacientes a la sociedad
- Falta de servicios de autoayuda.

Tipo de enfermedades que esta entidad atiende:

- Episodios depresivos temporales de corta duración

Grupo Etario

- Adolescentes, jóvenes, adultos.

Categorización de las enfermedades tratadas

- Categoría moderada (intensidad leve, moderada)

Tipo de servicio que este establecimiento ofrece

- Servicio con internamiento. (Sector privado)

Análisis del establecimiento el buen samaritano a escala metropolitana, sistema de redes detectado por jerarquía de establecimiento y nivel de complejidad.

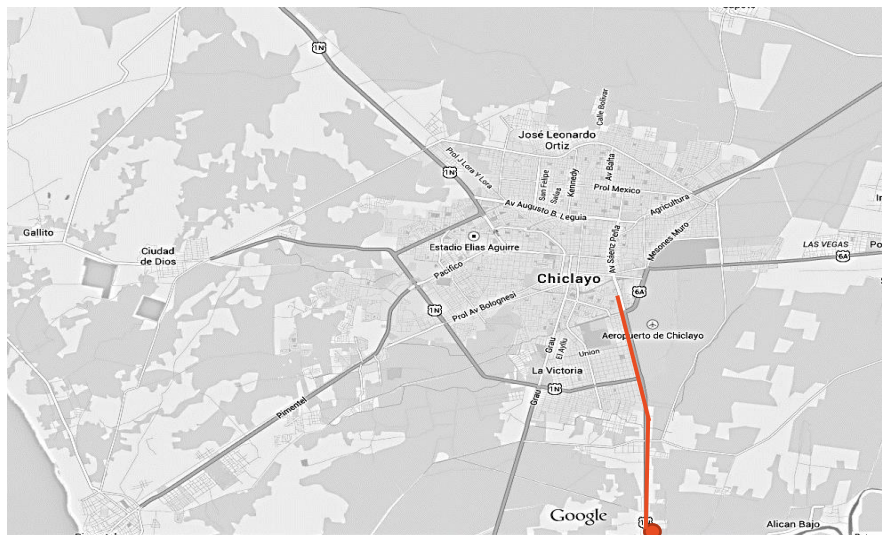


Figura 32: vista satelital del establecimiento privado el buen samaritano.

Fuente Adaptado de: <https://www.google.com/maps/place/Chiclayo>.



Figura 33: Eje de tendencia urbana a lo largo de la panamericana (Chiclayo-Reque)

Fuente Adaptado de: <https://www.google.com/maps/place/Chiclayo>.

Identificación de la infraestructura respecto a su entorno más inmediato



Figura 34: Eje de tendencia urbana a lo largo de la panamericana (Chiclayo-reque)

Fuente: Adaptado de: <https://www.google.com/maps/place/Chiclayo>



Zonificación

■ Estacionamiento ■ circulación ■ servicio ■ z. adm.

Conclusiones generales:

presenta una infraestructura mala ya que basándose en los requerimientos mínimos requeridos por el instituto nacional en salud mental supervisado por el minsa su infraestructura está hecha en gran parte de Adobe lo cual no es el material más adecuado para edificar ciertos ambientes que demandan ciertos requerimientos debido a que es del sector privado apoyado por algunas ONG en cuanto al equipamiento requerido presenta dificultades al no contar con los equipamientos mínimos sobre todo para el área de rehabilitación.

**SUB CAPÍTULO III:
ESTUDIO DEL USUARIO**

7.3.2 tipo de profesionales en la salud mental requerida según lo establece el ministerio de salud para el sector público y privado.

El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de un conjunto de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”

Es así que para la realización de este derecho se requiere, entre otros aspectos, de personal médico, profesional y asistencial capacitado. En el caso específico del derecho a la salud mental, implica la existencia en número suficiente de médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos, así como de otros profesionales capacitados en salud mental.

Profesionales en la salud mental en el Perú (esquema)

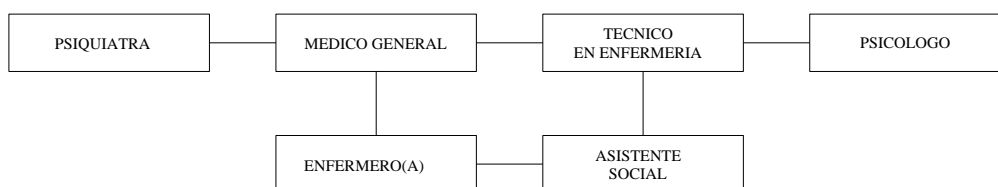


Figura 35: Esquema de los profesionales dedicados a la salud mental según el Minsa

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineasm.pdf



Figura 36: Imagen de los profesionales dedicados a la salud mental en el Perú

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineasm.pdf

6.3.3. Profesionales en la salud mental, concepto, definición y sus funciones referidas al tratamiento de enfermedades mentales.

El psiquiatra concepto de la especialidad.

El concepto y las funciones de la psiquiatría han variado considerablemente a lo largo del tiempo a la par de la concepción de la enfermedad mental en la medicina y en la sociedad. En la antigüedad, se explicaban las enfermedades mentales desde perspectivas mágicas, mitológicas o religiosas; hoy, los trastornos psiquiátricos tienen la misma consideración que otros trastornos o enfermedades médicas, con la peculiaridad de que afectan a la experiencia del ser humano de un modo bastante amplio y especial.

La labor del psiquiatra en la salud mental

Minsa indica: Los psiquiatras como especialistas médicos, y otros profesionales en Salud Mental no médicos (como los psicólogos, etc.) intentan proporcionar alivio al sufrimiento de las personas con trastornos mentales mediante diversos medios terapéuticos disponible.



Figura 37: Imagen del profesional requerido para la especialidad de psiquiatría.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

Todo usuario que se acerque a un Servicio de Psiquiatría y/o Salud Mental debe esperar ser tratado con respeto y confidencialidad por parte del psiquiatra o profesional que le atienda; no ser objeto de juicio, ni de crítica por su enfermedad; tener la opción de conocer el diagnóstico de su caso, la naturaleza del mismo y los posibles tratamientos

efectivos disponibles (así como los efectos secundarios que puedan ocasionar) así como la seguridad de que le será recomendado el más adecuado y efectivo en función del conocimiento vigente.

Médico general conceptos de la especialidad

La formación de un médico acorde con las necesidades actuales del país, exige que éste cumpla a cabalidad y en forma integrada actividades de promoción de la salud, curativas y de rehabilitación, atendiendo al hombre como un ente bio-psico-social. Todo esto implica una capacitación para comunicarse adecuadamente con los miembros del equipo de salud, el paciente y la comunidad, para así ejercer sus funciones de líder democrático comunitario.

Cuidado continuo

Para los pacientes que lidian con problemas de salud crónicos o continuos, el médico general es el que los ayuda a manejar el cuidado de éstos. Algunos pacientes necesitan de chequeos regulares para que el médico pueda monitorizar su condición y determinar si ha mejorado o empeorado.

La labor del médico general en la salud mental

La mayor parte de las veces, los médicos familiares trabajan en consultorios privados, a diferencia de muchos otros especialistas que pueden trabajar en la consulta privada o en ambientes hospitalarios.



Figura 38: Imagen de la labor de un médico general en salud mental.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

Tratamiento

Cuando el médico general se involucra directamente en el plan de tratamiento, usualmente es en casos simples. Guiar a los pacientes al cuidado personal y prescribir medicamentos son dos formas en la que los médicos familiares tratan de forma activa a sus pacientes.

Éste puede, por ejemplo, recomendarle a un paciente que sufre de dolor de espalda que use un colchón térmico durante cierta parte del día. También puede prescribir un medicamento para el dolor que le cause alivio.

Enfermería conceptos de la especialidad

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.



Figura 39: Imagen de los profesionales psicólogos dedicados a la salud mental.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

La labor de la enfermería en la salud mental

La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte en paz que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

El psicólogo concepto de psicología.

La Psicología es la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales. Trata de describir y explicar todos los aspectos del pensamiento, de los sentimientos, de las percepciones y de las acciones humanas. Por ser una ciencia, la Psicología se basa en el método científico para encontrar respuestas.

Por muy completas que fueran y son todas estas teorías siempre aparecen lagunas o puntos en los que flaquean. Con el paso del tiempo esto parece que se va solventando y las líneas de investigación y tratamiento se van apoyando unas en otras.

La labor del psicólogo en la salud mental

Una de las funciones del psicólogo es la de asistir directamente a un paciente que se encuentra en dificultades relacionadas a su comportamiento o forma de ser, en su mayoría.

Este tipo de profesional no soluciona de forma directa los problemas de nadie, sino que más bien sirve como canalizador para que el afectado comprenda cuál es el problema que padece y cómo solucionarlo con las herramientas de las que dispone.



Figura 40: El psicólogo y su labor respecto a las enfermedades mentales.

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

Investigar y estudiar los comportamientos humanos

Otra de las funciones de estos profesionales de la salud es el estudio e investigación de la ciencia de la psicología, con el fin de realizar un avance científico-social y descubrir nuevas posibilidades.

A veces puede realizarse mediante una simple investigación privada o para un ente público, pero el fin último de esta labor de estudio consiste en hallar respuestas que ayuden a comprender mejor los comportamientos humanos y procesos mentales.

Mostrar empatía y confidencialidad

Por último, un psicólogo también juega un papel importante mostrando empatía con sus pacientes. Escuchar a las personas con problemas es una acción que se ha ido perdiendo con el tiempo, y es ahí donde el buen saber hacer del psicólogo sirve al afectado para que alivie sus preocupaciones. El primer paso para superar una dificultad es reconocerla.

No hace falta decir que cualquier charla o relación establecida vía paciente-psicólogo se queda en la consulta, puesto que esta profesión es una de las que garantizan la privacidad y confidencialidad por encima de cualquier otra cosa.

Asistente social conceptos de la especialidad

La acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.

Intervención profesional que se basa en los fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos del Trabajo Social, desde un enfoque global, plural y de calidad.



Figura 41: Imagen de la labor del la asistente social en el rubro de salud mental

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

La labor del asistente social en la salud mental

La intervención profesional de los trabajadores sociales parte del objeto de la disciplina, que está centrado en las situaciones de dificultad de las personas y los obstáculos del medio social que limitan o impiden.

Los mismos tratan de generar cambios para ayudar a las personas, grupos o comunidades, a satisfacer sus necesidades; a superar las dificultades materiales y no materiales, los problemas sociales y los obstáculos que impiden o limitan la igualdad de oportunidades; a potenciar las capacidades de las personas; así como a contribuir a promover el bienestar social, el desarrollo humano y la calidad de vida de la ciudadanía.

Enfermería técnica conceptos de la especialidad

La carrera de Enfermería Técnica trata sobre las actividades de un profesional en la asistencia y cuidado de pacientes en la recuperación de la salud de pacientes, en la promoción y fomento de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades.

Esta es una carrera en la que la vocación de servicio y la creatividad le permite ofrecer múltiples posibilidades de acción no sólo en los establecimientos hospitalarios sino en centros laborales, educativos y en forma independiente.

Funciones específicas de la especialidad dedicada a la salud mental

- Brindar atención integral básica de salud a las persona familia y comunidad asignada por el profesional de salud, según niveles de atención y prevención basados en políticas de salud y normas legales.
- Orientar a la persona familia y comunidad en estilos de vida saludable según indicaciones del profesional de salud, de acuerdo al contexto social y plan institucional.
- Participar en la vigilancia del saneamiento básico de las viviendas y la comunidad de acuerdo a guías y procedimientos establecidos.
- Ejecutar trámites administrativos para la atención de la persona de acuerdo a procedimientos institucionales.
- Colaborar en el diagnóstico del saneamiento básico de la comunidad, de acuerdo a procedimientos establecidos.
- Desarrollar actividades de saneamiento básico según indicaciones del profesional de salud, de acuerdo a manuales y técnicas.
- Participar en el control de materiales y equipos del servicio de salud de acuerdo a procedimientos establecidos.

6.3.4. Diagnóstico de las enfermedades mentales más comunes que se presentan en la provincia de Chiclayo.



Figura 42: Imagen de general del sistema nacional de salud y de quienes lo conforman

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

Tamizaje de enfermedades mentales más comunes en la ciudad de Chiclayo por edades y sexo respectivamente.

II. ATENDIDOS

ETAPA DE VIDA	ADOLESCENTE				JOVEN				ADULTO			
	12 - 14		15 - 17		18 - 24		25 - 29		30 - 39		40 - 59	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	43	42	21	48	13	202	1	113	14	173	12	129
TRASTORNO DEPRESIVO	12	34	22	88	48	369	27	195	41	320	72	392
TRASTORNO CONSUMO DE ALCOHOL	0	0	4	0	3	6	11	0	8	1	21	5
TRASTORNO CONSUMO DE OTRAS DROGAS	2	1	3	2	28	4	26	0	25	4	8	3
INTENTO DE SUICIDIO	0	0	0	1	2	2	0	5	0	0	0	1
ANSIEDAD	37	82	51	139	72	454	37	278	65	421	88	435
SÍNDROME y/o TRASTORNO PSICÓTICO	0	0	1	3	3	1	1	2	3	0	2	6
TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO (F90 - F91)	47	26	24	15	0	0	0	0	0	0	0	0
VIOLENCIA ESCOLAR (Y072 - BULLYNG)	1	1	0	0	0	0	0	0				
TRASTORNOS ALIMENTARIOS (F500 - F508 ANOREXIA, BULIMIA)	0	3	0	2	0	5	0	1	0	1	0	1
* AFECTADO POR VIOLENCIA POLITICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	142	189	126	298	169	1043	103	594	156	920	203	972

Figura 43: las enfermedades mentales más comunes en la provincia de Chiclayo.

Fuente: Tomado del ministerio de salud sucursal Chiclayo 2016

6.3.5. Clasificación de las enfermedades mentales por categoría respectiva mente en términos generales.

E N F E R M E D A D E S M E N T A L E S	
LEVE	EPISODIOS DEPRESIVOS
MODERADA	INCONCIENCIA PARCIAL DE LA REALIDAD
SEVERA	INCONCIENCIA TOTAL DE LA REALIDAD

Figura 44: Imagen de la clasificación de las enfermedades mentales respectivamente.

Fuente: www.psycoactiva.com/cie10/cie1.htm

Los episodios depresivos

Los episodios depresivos típicos el enfermo de corto o mediano plazo en el cual se sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Por lo general un episodio depresivo se le considera una categoría leve por que como su nombre lo dice un episodio depresivo no es constante en la persona por lo que por lo general es estacionaria en la persona.

La categoría moderada

Nivel general selecciona a todos los trastornos mentales que tienen a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.

En este marco, resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental de categoría moderada es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad de la cual aún se es consciente por lo que requiere una atención de mayor complejidad a diferencia de la categoría leve que es algo simplemente transitorio.

Categoría severa

la persona es total mente inconsciente de la realidad la cual no se llega a hacer responsable de sus actos por lo que no tiene conciencia lo cual nos lleva a requerir una atención mucho más compleja a las dos categorías anteriores por lo cual se llega a necesitar constantemente un cuidado muy intensivo llegando a requerir incluso medicación y vigilancia constante en la mayoría de los casos.

6.3.6 tipo de paciente adulto según enfermedad diagnosticada (concepto definición características, y tratamiento a realizar)

Definición de la violencia

La Organización Mundial de la Salud (s.f) define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Tipos de violencia la clasificación

De la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

La violencia se presenta en distintos ámbitos, por ejemplo, la violencia en el trabajo, que incluye no sólo el maltrato físico sino también psíquico. Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, al acoso sexual, a amenazas, a la intimidación y otras formas de violencia psíquica.

En investigaciones efectuadas en el Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo, y 78% han presenciado dicho comportamiento.

Los actos repetidos de violencia desde la intimidación, el acoso sexual y las amenazas hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo. En Suecia, se calcula que tal comportamiento ha sido un factor en 10% a 15% de los suicidios.

Esquema general de la violencia según la OMS organización mundial de la salud



Figura 45: Imagen de la violencia psicológica ejercida hacia la pareja.

Adaptado: [search?q=violencia+en+la+pareja&tbs=isch&tbs](https://www.google.com/search?q=violencia+en+la+pareja&tbs=isch&tbs)

El niño golpeado

Uno de los síndromes del maltrato de menores es el del “niño golpeado”. Este término se aplica en general a los niños que presentan lesiones repetidas y graves en la piel, el aparato esquelético o el sistema nervioso. Incluye a niños con fracturas múltiples producidas en distintas fechas, traumatismo craneoencefálico y traumatismo visceral grave, con indicios de un castigo repetido. (INEI 2007)

Abuso sexual

Los niños pueden ser llevados a servicios profesionales debido a problemas físicos o de conducta que, cuando se investigan más a fondo, resultan ser consecuencia del abuso sexual.

Los niños que han sido maltratados sexualmente presentan síntomas de infección, lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conducta.

Para poder detectar el abuso sexual de menores se requiere una gran suspicacia y estar familiarizado con los indicadores verbales, conductuales y físicos del abuso. Muchos niños revelan espontáneamente el abuso a las personas que los cuidan o a otras personas, aunque quizá también haya signos indirectos físicos o de conducta. (INEI 2007)

Violencia de pareja.

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. Esto contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo.

Características físicas y del comportamiento

- Abuso de alcohol y otras drogas
- Depresión y ansiedad
- Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño
- Fobias y trastorno por pánico

- Inactividad física
- Poca autoestima
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos psicósomáticos
- Hábito de fumar
- Depresión
- Intentos de suicidio,
- Síndromes de dolor crónico,
- Trastornos psicósomáticos,
- Lesiones físicas,
- Trastornos del aparato digestivo,
- Síndrome del colon irritable,
- Diversas consecuencias para la salud reproductiva.

Tipos de prevención

Las intervenciones de salud pública se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención:

- **Prevención primaria:** intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- **Prevención secundaria:** medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención pre hospitalarias, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.
- **Prevención terciaria:** intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas o la discapacidad de larga duración asociada con la violencia.

Tratamiento de las personas adultas maltratadoras

Los tratamientos dirigidos a hombres que ejercen violencia de género tienen que contener criterios específicos que se estructuran de la siguiente manera:

- Programas incluidos dentro de la red asistencial.

- Profesionales capacitados y con perspectiva de género.
- Duración de la intervención basada en objetivos.
- Programas de tratamientos específicos en el que se incluyan procedimientos grupales e individuales.
- Evaluación integral continua y análisis de la motivación.

Principios básicos en la intervención con agresores que causan trastornos mentales por violencia de género:

El primer criterio señala que estos programas deben tener unos principios o valores que guían cada una de las acciones a realizar y que tienen que ser compartidos por todo el equipo técnico. Estos valores determinan el modo de intervención y la posición de los y las terapeutas.

Programas incluidos dentro de la red asistencial

- El tratamiento a hombres que ejercen violencia de género debe estar inserto dentro de la red asistencial como un recurso más destinado a erradicar la violencia.
- El espacio en el que se desarrollará la intervención debe delimitarse en qué organismo se incluirá el recurso, qué objetivos tendrá y cuál será su mecanismo de financiación.
- Procedimientos de derivación efectivos que garanticen que los agresores asistan al tratamiento: si uno de los problemas enunciados es la dificultad de que las personas acudan por su baja motivación, se hace esencial crear protocolos que faciliten y agilicen la derivación.
- En el que se indique qué funciones tendrán los y las profesionales del programa en la red asistencial y los procedimientos de interacción con el resto de instituciones y equipos técnicos.
- Los y las profesionales deben estar capacitados en intervención con maltratadores y tener un nivel alto de formación en violencia de género.
- Debido a las particularidades de esta problemática, no basta con que el equipo técnico tenga una alta especialización clínica, sino que además debe estar formado en temas de igualdad de género y violencia.

Elaboración de la propia perspectiva de género

Este punto es esencial para llevar a cabo una labor eficaz, puesto que los y las profesionales crecen, se forman o deforman y adquieren sus identidades dentro de una cultura que los determina, por lo que tienen que procesar y elaborar sus propias distorsiones, estereotipos, micro machismos, ideas preconcebidas sobre las parejas, los roles de género, etc. que afectarán la posición y el modo de intervenir ante los agresores.

Formación en violencia de género y en intervención con maltratadores.

puesto que esta problemática tiene sus características específicas es importante tener un amplio conocimiento sobre malos tratos, consecuencias en las víctimas, modelos de tratamientos a mujeres víctimas y sus hijos e hijas, formación en temas jurídicos relacionados con este tema y conocimientos sobre las características que presentan los maltratadores, entre otros.

Formación en intervención con personas no motivadas

Generalmente en nuestra profesión se nos enseña cómo trabajar con usuarios/as que en cierto grado quieren que les ayudemos a superar sus problemas. En este caso, la persona acude por condicionamiento judicial o familiar y suele negar, minimizar y/o justificar sus conductas, por lo que piensa y siente que no tiene un problema o que en todo caso, la dificultad es su mujer y no él.

Manejo terapéutico de las resistencias

Otro punto central en la formación de las y los profesionales es que aprendan a conocer los mecanismos de defensas y a afrontar las resistencias que presentan estas personas, como se ha señalado en el punto anterior, si los usuarios niegan o justifican sus conductas será resistentes a cualquier intervención.

Formación y experiencia en tratamiento grupal e individual con personas agresivas.

La dinámica tanto grupal como individual es diferente cuando se interviene con usuarios agresivos, no motivados y resistentes. Por ello, se debe poseer conocimientos para evitar las pseudocoheiones o las resistencias grupales.

Control de nuestras propias ansiedades y miedos.

Generalmente se nos enseña a que las personas con las que trabajamos deben aumentar su tolerancia a la frustración, pero nos dicen poco de nuestro propio manejo de la ansiedad y frustraciones.

Trabajar con sujetos agresivos, no motivados y resistentes puede ser muy desgastante si no estamos preparados para ello, bajando nuestras expectativas y permitiéndonos ver los pequeños avances en la intervención.

La duración del tratamiento debe estar determinada por los objetivos propuestos. La mayoría de los programas implementados en España, tienen la particularidad de que realizan intervención grupal determinado por un lapso de tiempo, que pueden oscilar desde las 12 (4 meses), 24 (seis meses) o 36 Sesiones (9 meses).

Programas de tratamientos específicos en el que se incluyan procedimientos grupales e individuales.

Generalmente en la intervención con agresores se prioriza el proceso grupal como el más idóneo para trabajar con estas personas, sin tener en cuenta que existe gran variabilidad dentro de esta población y no siempre es el tratamiento más efectivo. Por eso es importante contar también con dispositivos terapéuticos individuales.

Trastorno depresivo concepto definición.

El trastorno depresivo es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o

incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas.

Factores de riesgo la depresión mayor

Es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya 28 guías de práctica clínica en el SNS sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida⁵⁶, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado.

Tratamiento para el trastorno depresivo en personas adultas.

Psicoterapia

La psicoterapia de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados

asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

La terapia individual

(12 sesiones de frecuencia semanal de 50 minutos) en comparación con tratamiento farmacológico con cetrarina y la combinación de ambas terapias en adolescentes con depresión leve-moderada.

La terapia grupal

En este apartado, en la guía NICE se incluyeron los resultados de ocho ECA (tabla 14), que ponen de manifiesto que: La TCC grupal es un tratamiento eficaz en cuanto a la reducción de síntomas en comparación con la lista de espera, el no tratamiento o los cuidados habituales.

Terapia interpersonal

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente.

Terapia psicodinámica individual.

La terapia psicodinámica deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

Terapia familiar

La terapia familiar (TF) hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

Prevención de recaídas

Un 30% de los niños y adolescentes con depresión mayor, presentan recurrencia en un periodo de cinco años, muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio en la vida adulta.

Tratamiento farmacológico

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.

Trastorno de ansiedad en personas adultas (concepto y definición)

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Clasificaciones

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes.

Clasificación de trastornos de ansiedad según el dsm-iv-tr y la cie-10: equivalencias

Cuadro clínico del trastorno por pánico.

El TP se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad

Generalizada (TAG) y Trastorno de Angustia (TA) en Atención Primaria tiene los siguientes objetivos: aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad en términos de coste/beneficio. Se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

Tratamiento psicológico

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo⁷¹, con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva.

Terapias cognitivo-conductuales

Bajo este nombre se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta –que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de éstos– y la Terapia Cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta.

Psicoterapias psicodinámicas

Se agrupan bajo esta denominación toda una serie de psicoterapias que tienen su origen histórico en las investigaciones de Freud y en el psicoanálisis, y tienen en común ciertos conceptos fundamentales como el conflicto entre los diferentes aspectos del Yo, la existencia de motivaciones inconscientes en nuestra conducta, la importancia de las experiencias tempranas, los mecanismos de defensa como estrategias para modular el dolor psíquico y la angustia y la consideración de la relación terapéutica como factor promotor de la comprensión del origen y mantenimiento de la sintomatología.

El objetivo de las psicoterapias psicodinámicas.

Es promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar éstos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo.

En sus últimos desarrollos, las psicoterapias psicodinámicas han incluido aspectos de las teorías cognitivas y conductuales, que han llevado a la utilización de técnicas de intervención más directivas y con delimitación precisa de los conflictos a trabajar. Entre éstas se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo analítica.

Trastorno de ansiedad generalizada.

El tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) debe plantear técnicas que permitan al paciente aprender a controlarse paulatinamente, teniendo en cuenta que es previsible un aumento de la sintomatología en situaciones extremas.

Se busca dotar al sujeto de recursos que pueda poner en marcha en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad, sin tener que recurrir automáticamente a los fármacos.

En la guía del MOH, se refleja que de los pacientes tratados con TCC, aproximadamente el 50% muestra una mejoría clínica significativa con mantenimiento de ésta en un rango de 6 a 12 meses de seguimiento.

La revisión concluye que la terapia psicológica que emplea un enfoque cognitivo-conductual.

Es efectiva para el tratamiento del TAG; pero acaba mostrando que no hay evidencia sobre la efectividad de la terapia psicológica para tratar el TAG a largo plazo, más de 12 meses.

Tampoco se pueden aportar datos que demuestren la efectividad de enfoques distintos a la TCC porque no hay suficiente evidencia.

Se deben realizar más estudios para establecer si las terapias psicodinámicas y de apoyo son efectivas para tratar el TAG, y si la TCC es más útil que éstas para tratar este trastorno.

La característica de cronicidad asociada a los trastornos de ansiedad

El fracaso en completar el tratamiento y la cantidad de tratamientos intermedios durante el período de seguimiento, hace que los buenos resultados obtenidos a corto plazo no se garanticen en un período de tiempo más largo.

No se encontró evidencia de que una mayor duración de la TCC consiga efectos a más largo plazo, por lo que concluyen que es improbable que los clínicos que van más allá de los protocolos de tratamiento estándar de aproximadamente 10 sesiones durante un período de 6 meses consigan una mayor efectividad.

La eficacia de la TCC ha generado la necesidad de desarrollar técnicas accesibles para la práctica en Primaria, basadas en estos principios. Los ECA analizados para la elaboración de esta guía muestran modelos diferentes, pero los resultados llegan a ser similares.

En el contexto de AP, compara tres intervenciones de menor a mayor complejidad: autoayuda con un manual –guiada por el médico de familia–, seguimiento de las

recomendaciones de guías de práctica clínica y derivación a TCC en Atención Especializada.

En todas las intervenciones se obtienen buenos resultados, pero la más viable y útil, según los propios médicos de familia, es la autoayuda guiada, consistente en 5 sesiones de 20 minutos, en las que los médicos explican la ansiedad y técnicas cognitivas simples, basadas en ejercicios de relajación y exposición in vivo, para identificar los pensamientos antigénicos y cambiarlos por otros más realistas y racionales.

La efectividad de la TCC se ha demostrado también en experiencias de nuestro propio contexto, donde diversos estudios realizados en centros de salud evalúan la utilidad de talleres de técnicas cognitivas y de relajación de carácter grupal en la reducción de trastornos como el TAG.

6.3.7 Tipo de paciente según enfermedad diagnosticada a atender (concepto definición, características y tratamiento a realizar)

PROBLEMA	Nº HOMBRES	Nº MUJERES
Violencia familiar/ maltrato infantil	59	346
Trastorno depresivo	69	630
Trastorno de consumo de alcohol	158	48

Figura 46: Imagen de las enfermedades mentales más comunes en la provincia de Chiclayo.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

El trastorno depresivo es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad).

6.3.8 Factores de riesgo la depresión mayor.

Es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya 28 guías de práctica clínica en el SNS sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos³⁴. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales²¹, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco³⁵ y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia.

Riesgo de suicidio.

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida⁵⁶, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado.

Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. Uno de los principales problemas que surgen al interpretar los hallazgos de los estudios acerca de la conducta suicida es su baja representatividad, ya que el suicidio es una conducta infrecuente.

El comportamiento impulsivo y agresivo como factor de riesgo de suicidio fue estudiado en un estudio de casos (pacientes varones que se suicidaron durante un

episodio depresivo) y controles (pacientes varones vivos con depresión mayor). Los autores observaron que el abuso o dependencia de alcohol u otras drogas y el trastorno límite de la personalidad aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor, así como altos niveles de impulsividad y agresividad.

Tratamiento para el trastorno depresivo en personas adultas.

La psicoterapia de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia. Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad, en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes. Para el estudio de la eficacia de las intervenciones psicológicas, los ensayos clínicos aleatorios se han convertido en una pieza clave, si bien, en general, presentan una serie de dificultades.

La variabilidad al aplicar una misma intervención puede afectar a los resultados y hace imprescindible la utilización de manuales de tratamiento, así como realizar una evaluación de la adherencia del terapeuta a dicho manual de tratamiento.

Las características de los pacientes seleccionados (gravedad del trastorno depresivo, personalidad, historia biográfica, etc....) y la utilización de diferentes variables de medida, dificultan la comparación entre estudios.

Terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas.

Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.

Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.

La terapia individual.

12 sesiones de frecuencia semanal de 50 minutos) en comparación con tratamiento farmacológico con cetrarina y la combinación de ambas terapias en adolescentes con depresión leve-moderada. Tras 12 semanas de tratamiento, los tres grupos obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa, y esta mejoría se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses. El tratamiento combinado no fue mejor que la TCC ni la cetrarina.

Los resultados de la TCC individual a corto plazo en general son positivos, y se obtiene mayor eficacia frente a otras intervenciones (relajación, terapia de apoyo o terapia familiar conductual), aunque no frente a placebo ni frente a pacientes en lista de espera. Mientras que a corto plazo, la TCC individual fue menos eficaz que la fluoxetina, a largo plazo obtuvo similares tasas de respuesta que el fármaco solo o la combinación de ambas.

La terapia grupal.

En este apartado, en la guía NICE se incluyeron los resultados de ocho ECA (tabla 14), que ponen de manifiesto que: La TCC grupal es un tratamiento eficaz en cuanto a la reducción de síntomas en comparación con la lista de espera, el no tratamiento o los cuidados habituales. Las diferencias no se mantienen a largo plazo, aunque, al igual que en la TCC individual, esta ausencia de diferencias pudiera deberse al inicio del efecto de los cuidados aplicados al grupo control. Frente a otras intervenciones, como relajación, resolución de problemas y auto modelado, no existe evidencia concluyente.

Terapia interpersonal.

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías.

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Se basa en la asunción de que los problemas interpersonales pueden actuar como activadores o exacerbar la depresión. Por ello, se centra en los problemas interpersonales con la finalidad de favorecer cambios adaptativos, para que, a su vez, se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres componentes: sintomatología, funcionamiento social y personalidad. Su finalidad es incidir sobre los dos primeros componentes. El modelo terapéutico se focaliza en cuatro problemas interpersonales: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales.

Terapia psicodinámica individual.

La terapia psicodinámica deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

En la guía NICE se incluyeron datos preliminares del estudio de Trowell et al. (2007) sobre terapia psicodinámica individual en niños y adolescentes con depresión. En este ECA multicéntrico se compara la terapia psicodinámica individual (16-30 sesiones de 50 minutos durante 36 semanas) con la terapia familiar (8-14 sesiones de 90 minutos durante 36 semanas).

Ambas terapias mostraron ser igualmente eficaces en niños y adolescentes con depresión moderada a grave. En el seguimiento a las 36 semanas, la totalidad del grupo tratado con terapia psicodinámica individual no presentó criterios clínicos de depresión, lo que sugiere un buen mantenimiento de los resultados de esta modalidad de terapia.

Terapia familiar

La terapia familiar (TF) hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

Aunque existen diferentes escuelas dentro del enfoque familiar, de modo genérico podría dividirse en terapia familiar conductual, psicodinámica y sistémica. Las intervenciones familiares tienen una serie de características comunes.

Varias fases diferenciadas: evaluativa, psi coeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.

En uno de los estudios se evaluó la TF en comparación con un grupo control de pacientes en lista de espera, y se obtuvieron buenos resultados en cuanto a la reducción de sintomatología depresiva. Los adolescentes que recibieron TF también presentaron menor conflicto familiar y menores niveles de ansiedad e ideación suicida. A los seis meses, se encontraron altas tasas de remisión.

En otro, se comparó la TF con TCC individual y terapia de apoyo. La terapia que obtuvo mejores resultados en cuanto a reducción de sintomatología depresiva y tasas de remisión fue la TCC individual. En el seguimiento no se observaron diferencias entre los grupos. La TF redujo en mayor medida el conflicto familiar en relación con la TCC individual.

Prevención de recaídas

Un 30% de los niños y adolescentes con depresión mayor, presentan recurrencia en un periodo de cinco años, muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio en la vida adulta.

En los ensayos clínicos, también se pone de manifiesto que al final del tratamiento una cantidad considerable de pacientes continúan presentando síntomas. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no realizan seguimiento más allá de los nueve meses, y los

que lo hicieron (nueve meses-dos años) encontraron que un gran porcentaje de la muestra continuaba presentando síntomas depresivos o recurrencia.

Tratamiento farmacológico

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.

Tipo de paciente según enfermedad diagnosticada a atender (concepto definición, características y tratamiento a realizar)

PROBLEMA	Nº HOMBRES	Nº MUJERES
Violencia familiar/ maltrato infantil	59	346
Trastorno depresivo	69	630
Trastorno de consumo de alcohol	158	48

Figura 47: Imagen de las enfermedades mentales más comunes en la provincia de Chiclayo.

Fuente: Tomado del ministerio de salud 2015

Trastorno de ansiedad en personas adultas (concepto y definición)

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo³⁰. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales.

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. (MINSA 2004)

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida^{36, 37}. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.

Clasificaciones.

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS). La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Generalizada (TAG) y Trastorno de Angustia (TA) en Atención Primaria tiene los siguientes objetivos: aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad en términos de coste/beneficio. Se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

Tratamiento psicológico.

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo⁷¹, con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva.

Los resultados publicados de estudios que preguntan a las personas que acuden a Atención Primaria indican que, o bien éstas aceptan positivamente las intervenciones psicológicas²², o prefieren las terapias psicológicas a los tratamientos farmacológicos como una modalidad de tratamiento para los trastornos de salud mental.

En una investigación clínica realizada en nuestro país se hace hincapié en los principios que debe incluir una relación “de apoyo”, ofrecida por el médico de Atención Primaria⁷⁴ y que suponen el núcleo y el inicio de cualquier intervención terapéutica. Es crucial la entrevista clínica y la adecuada comunicación del diagnóstico y del planteamiento etiológico para el paciente. La propia relación médico-paciente puede considerarse en sí misma un importante instrumento terapéutico. (MINSa 2004).

Cuando el profesional, haciendo uso de lo que sería el buen arte de la entrevista clínica, construye una relación desde la escucha activa, valida los sentimientos e ideas del paciente, favorece la expresión de emociones y desde ahí reconforta, disiente, informa y refuerza la autonomía.

Terapias cognitivo-conductuales.

Bajo este nombre se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de éstos– y la Terapia Cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias

disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta.

Psicoterapias psicodinámicas.

Se agrupan bajo esta denominación toda una serie de psicoterapias que tienen su origen histórico en las investigaciones de Freud y en el psicoanálisis, y tienen en común ciertos conceptos fundamentales como el conflicto entre los diferentes aspectos del Yo, la existencia de motivaciones inconscientes en nuestra conducta, la importancia de las experiencias tempranas, los mecanismos de defensa como estrategias para modular el dolor psíquico y la angustia y la consideración de la relación terapéutica como factor promotor de la comprensión del origen y mantenimiento de la sintomatología.

El objetivo de las psicoterapias psicodinámicas.

Es promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar éstos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo.

En sus últimos desarrollos, las psicoterapias psicodinámicas han incluido aspectos de las teorías cognitivas y conductuales, que han llevado a la utilización de técnicas de intervención más directivas y con delimitación precisa de los conflictos a trabajar. Entre éstas se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo analítica.

En el estudio de los trastornos de ansiedad las intervenciones basadas en las teorías psicodinámicas han recibido poca atención. La guía se centra fundamentalmente en las intervenciones de TCC. Sin embargo, la distinción entre las intervenciones incluidas en los tratamientos con TCC en los diferentes estudios revisados es difícil de realizar, y a menudo se mezclan diferentes tipos de intervenciones en cada TCC descrita.

Trastorno de ansiedad generalizada.

(TAG) El tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) debe plantear técnicas que permitan al paciente aprender a controlarse paulatinamente,

teniendo en cuenta que es previsible un aumento de la sintomatología en situaciones extremas. Se busca dotar al sujeto de recursos que pueda poner en marcha en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad, sin tener que recurrir automáticamente a los fármacos.

Las guías de Práctica Clínica seleccionadas para su consulta^{70, 80-82} en la elaboración de esta guía, consideran la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como tratamiento de elección para el TAG. En la guía canadiense las metas análisis demuestran que la TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para el TAG que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. Las ventajas de la terapia, en estudios a largo plazo, tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después de la terminación del tratamiento.

La característica de cronicidad asociada a los trastornos de ansiedad.

El fracaso en completar el tratamiento y la cantidad de tratamientos intermedios durante el período de seguimiento, hace que los buenos resultados obtenidos a corto plazo no se garanticen en un período de tiempo más largo. Se obtienen peores resultados en el tratamiento a largo plazo cuando los pacientes presentan TAG más complejos y graves.

No se encontró evidencia de que una mayor duración de la TCC consiga efectos a más largo plazo, por lo que concluyen que es improbable que los clínicos que van más allá de los protocolos de tratamiento estándar de aproximadamente 10 sesiones durante un período de 6 meses consigan una mayor efectividad.

En los que se utiliza un modelo integrado en el que los médicos de familia son apoyados por especialistas. La intervención dura entre cuatro y ocho sesiones durante 8 semanas en las que se ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades cognitivo-conductuales, que incluyen:

estrategias de relajación física y cognitiva, reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, técnicas de detención de estos pensamientos, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa.

SUB CAPÍTULO VI:
ESTUDIO DE LA DEMANDA POBLACIONAL EN LA
PROVINCIA DE CHICLAYO

6.4.1. Porcentaje de población adulta que padece enfermedades mentales a nivel departamental, provincial y distrital.

Tabla 9.

Listado poblacional de las provincias de Chiclayo respecto a la salud mental.

ENFERMEDADES MENTALES			
DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE		PORCENTAJE	TOTAL 35 %
PROVINCIA	CATEGORIA	GRUPO ETAREO	PORCENTAJE
CHICLAYO	(MODERADA)	(ADULTOS)	16 %
FERREÑAFE	(MODERADA)	(ADULTOS)	09 %
LAMBAYEQUE	(MODERADA)	(ADULTOS)	10 %

Fuente: INEI 2015.

6.4.1. Evolución poblacional por distrito respectivamente en la provincia de Chiclayo.

Tabla 10.

Listado poblacional de las provincias de Chiclayo respecto a la salud mental.

DISTRITOS	EVOLUCION DE LA POBLACION EN CHICLAYO			
	POBLACION 2014		POBLACION 2019	
	N°	%	N°	%
01 CHICLAYO	272.140	35.7	279.662	34.6
02 JOSE LEONARDO ORTIZ	182.859	23.6	197.961	24.5
03 LA VICTORIA	86.423	11.4	92.655	11.5
04 PIMENTEL	39.256	5.2	44.193	5.5
05 MONSEFU	31.191	4.5	25.498	4.0
06 POMALCA	24.496	3.2	15.283	3.2
07 REQUE	14.167	1.8	14.167	1.9
08 SANTA ROSA	12.127	1.5	12.956	1.6
09 ETEN	10.412	1.3	10.226	1.3
10 PUERTO ETEN	2.121	0.3	2.037	0.3
11 LAMBAYEQUE	72.534	9.5	79.069	9.8
12 SAN JOSE	14.507	1.9	16.243	2.0
TOTAL	762.233	100.00	807.737	100.00

Fuente: INEI 2015.

6.4.1. Tipo de población por distrito respectivamente en la provincia de Chiclayo.

Tabla 11.

Listado de la clase poblacional de la provincia de Chiclayo.

DISTRITOS	CLASE POBLACIONAL EN CHICLAYO				
	AÑO 2014		AÑO 2019		
	POBLACION URBANA		POBLACION RURAL		
	N°	%	N°	%	
01	CHICLAYO	279.662	100.00	0.000	0.00
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	197.663	99.85	298	0.15
03	LA VICTORIA	88.264	95.22	4.391	4.74
04	PIMENTEL	40.866	92.47	3.327	7.53
05	MONSEFU	23.499	73.54	8.455	26.46
06	POMALCA	21.502	84.33	3.996	15.67
07	REQUE	11.137	72.87	4.146	27.13
08	SANTA ROSA	12.805	98.84	151	1.16
09	ETEN	9.940	97.21	286	2.79
10	PUERTO ETEN	2.037	100.00	000	0.00
11	LAMBAYEQUE	59.614	75.39	19.455	24.61
12	SAN JOSE	14.914	91.82	1.329	8.18
TOTAL		761.903		45.834	

Fuente: INEI 2015.

6.4.1. Área metropolitana de Chiclayo Población y condición de pobreza según distrito.

Tabla 12.

Listado de la clase económica de la provincia de Chiclayo.

	DISTRITOS URBANOS	CLASE POBLACIONAL EN CHICLAYO					RANKING DE POBREZA
		POBLACION	TOTAL DE POBRES	EXTREMO	NO EXTREMO	NO POBRE	
01	CHICLAYO	266.976	20.0	2.4	17.6	80.0	1724
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	165.453	35.3	5.1	30.2	64.7	1454
03	LA VICTORIA	79.494	33.8	4.5	29.3	66.2	1489
04	LAMBAYEQUE	65.389	34.0	4.9	29.1	66.0	1483
05	PIMENTEL	33.093	27.4	3.4	24.0	72.6	1605
06	MONSEFU	12.897	28.8	3.4	25.5	71.2	15.82
07	POMALCA	23.625	27.8	3.4	24.4	72.2	16.00
08	REQUE	12.460	44.2	6.8	37.4	55.8	13.06
09	SANTA ROSA	30.819	51.5	11.4	40.1	48.5	11.44
10	ETEN	11.218	45.6	7.8	37.8	54.4	12.78
11	PUERTO ETEN	10.920	37.6	5.7	32.0	62.4	14.13
12	SAN JOSE	14.914	15.4	1.2	14.2	84.6	1772
	TOTAL	714.634	33.5	5.0	28.47	67	

Fuente: INEI 2015.

6.4.1. Porcentaje poblacional en la provincia de Chiclayo año (2014)

Tabla 13.

Listado del porcentaje de la población adulta en la provincia de Chiclayo.

POBLACION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO			
	DISTRITOS	POBLACION TOTAL	POB.ADULTA
01	CHICLAYO	272.140	43 %
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	182.859	39 %
03	LA VICTORIA	86.423	36 %
04	PIMENTEL	39.254	34 %
05	MONSEFU	31.191	45 %
06	POMALCA	21.496	42 %
07	REQUE	14.167	38 %
08	SANTA ROSA	12.127	47 %
09	ETEN	10.412	45 %
10	PUERTO ETEN	2.121	52 %
11	LAMBAYEQUE	72.534	32 %
12	SAN JOSE	14.507	44 %

Fuente: INEI 2015.

Población adulta en la provincia de Chiclayo año (2014)

Tabla 14.

Listado del porcentaje de la población adulta en la provincia de Chiclayo.

POBLACION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO				
	DISTRITOS	POBLACION	PORCENTAJE	NUMERO
01	CHICLAYO	272.140	43 %	117.020
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	182.859	39 %	71.315
03	LA VICTORIA	86.423	36 %	31.112
04	PIMENTEL	39.256	34 %	13.347
05	MONSEFU	31.191	45%	14.035
06	POMALCA	24.496	42 %	10.288
07	REQUE	14.167	38 %	5.383
08	SANTA ROSA	12.127	47 %	5.699
09	ETEN	10.412	45 %	4.685
10	PUERTO ETEN	2.121	52 %	1.102
11	LAMBAYEQUE	72.534	32 %	23.210
12	SAN JOSE	14.507	44 %	6.383

Población adulta enferma en la provincia de Chiclayo año (2014)

Tabla 15.

Listado del porcentaje de la población adulta enferma en la provincia de Chiclayo.

POBLACION ADULTA ENFERMA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO					
	DISTRITOS	POBLACION	PORCENTAJE	POB. ENFERMA	CANTIDAD
01	CHICLAYO	117.020	100 %	21 %	24.574
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	71.315	100 %	18 %	12.836
03	LA VICTORIA	31.112	100 %	16 %	4.977
04	PIMENTEL	13.347	100 %	14 %	1.448
05	MONSEFU	14.035	100 %	21 %	2.974
06	POMALCA	10.288	100 %	19 %	1.954
07	REQUE	5.383	100 %	17 %	915.11
08	SANTA ROSA	5.699	100 %	15 %	854.85
09	ETEN	4.685	100 %	21 %	983.85
10	PUERTO ETEN	1.102	100 %	23 %	253
11	LAMBAYEQUE	23.210	100 %	19 %	4.409
12	SAN JOSE	6.383	100 %	25 %	1.195

Población adulta que padece enfermedades mentales en la provincia de Chiclayo año (2014)

Tabla 16.

Listado del porcentaje de la población adulta enferma en la provincia de Chiclayo.

POBLACION ADULTA CON ENFERMEDADES MENTALES EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO					
DISTRITOS	POBLACION ADULTA ENFERMA	PORCENTAJE	POBLACION QUE PADECE ENFERM. MENTALES	CANTIDAD	
01	CHICLAYO	24.574	100 %	45 %	11.058
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	12.836	100 %	32 %	4.107
03	LA VICTORIA	4.977	100 %	55 %	2.737
04	PIMENTEL	1.448	100 %	35 %	506.8
05	MONSEFU	2.947	100 %	24 %	707.28
06	POMALCA	1.954	100 %	32 %	625.28
07	REQUE	915.11	100 %	33 %	301.95
08	SANTA ROSA	854.85	100 %	22 %	187.88
09	ETEN	983.85	100 %	23 %	226.09
10	PUERTO ETEN	253	100 %	32 %	80
11	LAMBAYEQUE	4.409	100 %	29 %	1278
12	SAN JOSE	1.595	100 %	21 %	334

Población adulta que padece enfermedades mentales en las tres categorías en la provincia de Chiclayo año (2014)

Tabla 17.

Listado del porcentaje de la población enferma en porcentajes en la provincia de Chiclayo.

POBLACION ADULTA CON ENFERMEDADES MENTALES EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO					
DISTRITOS	POBLACION QUE PADECE ENFERM. MENTALES	LEVE 55 %	MODERADA 40 %	SEVERA 05 %	
01	CHICLAYO	11.058	6.081	4423	552
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	4.107	2.258	1.642	205
03	LA VICTORIA	2.737	1.505	1.094	136
04	PIMENTEL	506.8	278	202	25
05	MONSEFU	707.28	388	282	35
06	POMALCA	625.28	434	250	31
07	REQUE	301.95	165	120	15
08	SANTA ROSA	187.88	102	74	09
09	ETEN	226.09	124	90	11
10	PUERTO ETEN	80	44	32	04
11	LAMBAYEQUE	1278	702	512	64
12	SAN JOSE	334	183	133	16
	TOTAL	22.9510	12.173	8.854	1.103

Población adulta que padece enfermedades mentales en la categoría moderada en la provincia de Chiclayo año 2014 por diferencia de género.

Tabla 18.

Listado del porcentaje de la población enferma de acuerdo al género en Chiclayo.

	DISTRITOS	MODERADA	HOMBRES 43%	MUJERES 57%
01	CHICLAYO	4.423	1.901	2.522
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	1.642	706	936
03	LA VICTORIA	1.094	470	624
04	PIMENTEL	202	86	116
05	MONSEFU	282	121	161
06	POMALCA	250	107	143
07	REQUE	120	51	59
08	SANTA ROSA	74	31	43
09	ETEN	90	38	52
10	PUERTO ETEN	32	13	19
11	LAMBAYEQUE	512	220	292
12	SAN JOSE	133	57	76
	TOTAL	8.854	3.801	5.053

Población adulta que padece enfermedades mentales en la categoría moderada en la provincia de Chiclayo año 2014.

Tabla 19.

Listado del porcentaje de la población enferma en salud mental en categoría moderada.

01	CHICLAYO	6.081	2.601	3.466
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	2.258	979	1.287
03	LA VICTORIA	1.505	647	857
04	PIMENTEL	278	119	158
05	MONSEFU	388	166	221
06	POMALCA	343	147	195
07	REQUE	165	70	94
08	SANTA ROSA	102	43	58
09	ETEN	124	53	70
10	PUERTO ETEN	44	18	25
11	LAMBAYEQUE	702	301	401
12	SAN JOSE	183	78	104
	TOTAL	12.173	5.234	6.938

Población adulta que padece enfermedades mentales en la categoría leve en la provincia de Chiclayo año 2014 por diferencia de género.

Tabla 20.

Listado del porcentaje de la población adulta que padece enfermedades mentales.

	DISTRITOS	LEVE	HOMBRES 43%	MUJERES 57%
01	CHICLAYO	552	237	315
02	JOSE LEONARDO ORTIZ	205	88	117
03	LA VICTORIA	136	58	78
04	PIMENTEL	25	10	15
05	MONSEFU	35	15	20
06	POMALCA	31	13	18
07	REQUE	15	06	09
08	SANTA ROSA	09	03	06
09	ETEN	11	04	07
10	PUERTO ETEN	04	01	03
11	LAMBAYEQUE	64	27	37
12	SAN JOSE	16	06	10
	TOTAL	1.103	474	629

Población adulta en los distritos con más alto índice de personas que padecen enfermedades mentales en las categorías (leve-severa-moderada) en la provincia de Chiclayo.

Tabla 21.

Listado de los distritos con el más alto índice de población que padece enfermedades mentales.

	DISTRITOS	POB. ADULTA ENFERMA	POB. ADULTA ENFERM. MENTALES	CANTIDAD
01	CHICLAYO	24.574	45%	11.058
02	LA VICTORIA	4.977	55%	2.737
03	TOTAL	29.551	100%	13.795

Población adulta en los distritos con más alto índice de personas que padecen enfermedades mentales en la categoría leve por diferencia de género.

Tabla 22.

Listado de los distritos con el índice más alto en padecer enfermedades mentales por género.

DISTRITOS		LEVE	HOMBRES 43%	MUJERES 57%
01	CHICLAYO	6.081	2.601	3.466
02	LA VICTORIA	1.505	647	857
03	TOTAL	7.586	3.248	4.323

Población adulta en los distritos con más alto índice de personas que padecen enfermedades mentales en la categoría moderada por diferencia de género.

Tabla 23.

Listado de los distritos con el índice más alto en padecer enfermedades mentales por género.

DISTRITOS		MODERADA	HOMBRES 43%	MUJERES 57%
01	CHICLAYO	4.423	1.901	2.522
02	LA VICTORIA	1.094	470	624
03	TOTAL	5.517	2.371	3.146

Población adulta en los distritos con más alto índice de personas que padecen enfermedades mentales en la categoría severa por diferencia de género.

Tabla 24.

Listado de los distritos con el índice más alto en padecer enfermedades en porcentajes.

DISTRITOS		MODERADA	HOMBRES 43%	MUJERES 57%
01	CHICLAYO	552	237	315
02	LA VICTORIA	136	58	78
03	TOTAL	688	295	393

Porcentaje Económico poblacional en la provincia de Chiclayo con sus respectivos distritos.

Tabla 25.

Listado de la clase poblacional en la provincia de Chiclayo.

DISTRITOS URBANOS	CLASE POBLACIONAL EN CHICLAYO							
	POBLACION	PORCENTAJE	N.ECONOM	PORCENTAJE	N.ECONOM	PORCENTAJE	N.ECONOM	
01 JOSE LEONARDO ORTIZ	182.859	64.7	118.31	30.2	55.223	5.1	9.326	
02 CHICLAYO	272.140	80	217.712	17.6	47.897	2.4	6.531	
03 LA VICTORIA	86.423	66.2	57.212	29.3	25.322	4.5	3.889	
04 POMALCA	24.496	72.2	17.686	24.4	5.977	3.4	0.833	
05 PIMENTEL	39.256	72.6	28.500	24.0	9.421	3.4	1.335	
06 MONSEFU	31.191	48.5	15.128	40.1	12.507	11.4	3.556	
07 REQUE	14.167	71.2	10.087	25.5	3.613	3.4	0.467	
08 CIUDAD ETEN	10.412	62.4	6.497	32	3.332	5.7	0.583	
09 PUERTO ETEN	2.121	84.6	1.794	14.2	0.301	1.2	0.026	
TOTAL	663.065		472.926		163.593		26.546	

Fuente: INEI 2015.

Conclusión: La clase socioeconómica que tiene más población en la provincia de Chiclayo y sus distritos es la clase A y B.

Tabla de tamizaje según el tipo de enfermedad y la cantidad de población respectivamente.

Tabla 26.

Listado de la clase poblacional en la provincia de Chiclayo.

ETAPA DE VIDA	TOTAL DE TAMIZAJES											
	ADOLESCENTE				JOVENES				ADULTOS			
	12 - 14		15 - 17		18 - 24		25 - 29		18 - 24		25 - 29	
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VIOLENCIA FAMILIAR	491	599	377	1249	207	4365	89	2596	183	3728	240	2108
TRANSTORNO DEPRESIVO	192	187	222	374	173	1305	71	737	143	1206	188	1003
TRANSTORNO CONSUMO ALCOHOL	86	80	156	217	165	753	80	438	163	648	196	453
TRANSTORNO PSICOTICO	25	48	72	161	71	604	28	349	44	544	65	382
SOLO TAMIZAJES POSITIVOS												
VIOLENCIA FAMILIAR	0	0	37	21	63	92	1	67	9	82	9	63
TRANSTORNO DEPRESIVO	10	26	6	45	19	165	4	80	16	159	14	155
TRANST. CONSUMO DE ALCOHOL	2	0	11	2	19	8	15	4	43	20	68	14
TRANST. CONSUMO DE TABACO	1	0	0	0	1	1	2	2	2	1	3	4
TRANST. CONSUMO DE DROGAS	0	0	17	0	43	3	6	2	5	1	7	0
TRANSTORNO PSICOTICO	1	2	0	6	1	31	1	19	2	24	1	20

Fuente: MINSA 2016.

Tabla de tamizaje según el tipo de enfermedad y la cantidad de población Respectivamente.

Tabla 27.

Tamizaje según el tipo de enfermedad y cantidad de personas atendidas en Chiclayo.

VIOLENCIA FAMILIAR	AÑO 2012		AÑO 2013		AÑO 2014	
	TAMIZADOS	ATENDIDOS	TAMIZADOS	ATENDIDOS	TAMIZADOS	ATENDIDOS
01 NIÑO	3.971	2.563	4.465	2.037	4.134	1.338
02 ADOLESCENTE	3.297	1.186	4.584	1.260	3.455	751
03 JOVEN	10.289	3.479	11.213	3.065	6.663	1.426
04 ADULTO	7.405	2.657	8.473	2.754	5.468	1.354
05 ADULTO MAYOR	1.315	435	1.769	490	1.235	222
06 TOTAL	26.277	10.320	30.504	9.606	20.955	5.091

Fuente: MINSA 2016.

Tabla 28.

Tamizaje según el tipo de enfermedad y cantidad de personas atendidas en Chiclayo.

TRANSTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	AÑO 2012		AÑO 2013		AÑO 2014	
	TAMIZADOS	ATENDIDOS	TAMIZADOS	ATENDIDOS	TAMIZADOS	ATENDIDOS
01 NIÑO	98	2	89	3	112	
02 ADOLESCENTE	1.450	184	2.034	208	1.375	120
03 JOVEN	3.763	882	5.088	917	2.771	293
04 ADULTO	3.102	799	4.589	953	2.513	234
05 ADULTO MAYOR	725	154	1.433	279	783	53
06 TOTAL	9.138	2.021	13.233	2.360	7.554	700

Fuente: MINSA 2016.

Tabla 29.

Tamizaje según el tipo de enfermedad y cantidad de personas atendidas en Chiclayo.

VIOLENCIA FAMILIAR	AÑO 2012		AÑO 2013		AÑO 2014	
	TAMIZADOS	ATENDIDOS	TAMIZADOS	ATENDIDOS	TAMIZADOS	ATENDIDOS
01 NIÑO						
02 ADOLESCENTE	1.143	93	1.454	107	1.052	32
03 JOVEN	3.101	361	4.591	674	2.499	182
04 ADULTO	2.388	327	4.012	826	2.149	181
05 ADULTO MAYOR	621	55	1.116	184	729	24
06 TOTAL	7.253	836	11.220	1.791	6.429	419

Fuente: MINSA 2016.

Personas atendidas según tipo de trastorno, grupo etario, sexo y edad.

Tabla 30.

Tamizaje de las enfermedades mentales las comunes en la provincia de Chiclayo.

ETAPA DE VIDA	JOVEN				ADULTO			
	12 - 14		15 - 17		12 - 14		15 - 17	
EDAD								
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F
VIOLENCIA FAMILIAR	13	202	1	213	14	173	12	129
TRANSTORNO DEPRESIVO	48	369	27	195	41	320	72	392
TRANST. CONSUMO DE ALCOHOL	3	6	11	0	8	1	21	5
TRANST. CONSUMO DE DROGAS	28	4	26	0	25	4	8	3
TRANSTORNO PSICOTICO	3	1	1	2	3	0	2	6

Fuente: MINSA 2016.

Número de personas adultas que requieren atención

Tabla 31.

Número de personas que requieren una atención en la ciudad de Chiclayo.

TIPOS DE TRANSTORNOS MENTALES	HOMBRES	MUJERES
01 TRANSTORNO POR VIOLENCIA FAMILIAR	59	346
02 TRANSTORNO DEPRESIVO	69	630
03 TRANSTORNO DE ANSIEDAD	06	102
04 TOTAL	134	1007

Fuente: MINSA 2016.

**SUB CAPÍTULO VI:
DISEÑO ARQUITECTÓNICO RESPECTO A SALUD
MENTAL**

6.5.1 Equipamiento de salud descentralizado.

Se busca que los centros de Salud sean descentralizados que no pertenezcan a una concentración urbana netamente de salud donde se encuentren ubicados el resto de los equipamientos de salud o cercano a ellos, ya que lo ideal en el futuro es que el equipamiento de salud este ubicado en distintos puntos de la ciudad y sea fraccionado por especialidad, es decir cada equipamiento este especializado en solucionar un problema de salud en específico sea tanto la salud del cuerpo como la salud mental.



Figura 48: equipamientos movibles para establecimientos de salud

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineasm.pdf

6.5.2.Muros cortina

El uso del vidrio en edificios de salud se ha convertido en el principal material utilizado ya que proporciona una sensación de mayor espacialidad o espacialidad permeable en cuanto a ambientes se refiere pero principalmente proporciona una mejor iluminación natural en todos los ambientes y así lograr un mejor confort en lo que respecta a espacialidad. Por otro lado es utilizado también en parapetos y pasamanos en compañía de otros materiales como es el aluminio y el acero.

6.5.3 Elementos de Cerramiento

Existen una variedad de cerramientos para establecer en un centro de salud pero lo que más destaca en gran parte es la carpintería de aluminio y metal ayudado con perfiles de acero en su estructura, pero en cerramientos propiamente dicho se ha convertido en una tendencia utilizar planchas de aluminio como mandiles jugando con la fachada y colocar también lamas y persianas en las fachadas que tienen contacto directo con el asolamiento.

Aquí se puede jugar con las formas tanto sea para el tipo de lamas o persianas ya que dependería de la propuesta y diseño.



Figura 49: Los cerramientos como elemento fundamental de cada ambiente interno.

http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf



Figura 50: Equipamientos móviles para establecimientos de salud.

http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

6.5.4. Jardines terapéuticos

El común denominador de gran parte de los centros de salud reconocidos es que plantean una espacialidad volumétrica entre sus bloques es decir le dan mucha prioridad a áreas libres o también llamadas áreas verdes donde pacientes pueden interactuar en ambientes relajantes y con mucha tranquilidad el cual proporciona este tipo de espacio y su respectiva vegetación.

Esto a su vez ayuda para la terapia en distintas formas de los pacientes que sufren de enfermedades de tipo trastorno.



Figura 51: Perspectiva de la concepción de los jardines terapéuticos.

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineasm.pdf



Figura 52: La importancia de los jardines terapéuticos en salud.

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineasm.pdf

6.5.5. El retorno al ambiente natural.

Se propone que en infraestructuras dedicadas a salud se integre naturaleza, es decir recurrir a espacialidad con formas que dependan y se integren a vegetación existente o vegetación a proponer esto de alguna manera generará un ambiente más agradable para los pacientes y ayudará para su pronta recuperación.

Esto se basa a la utilización de juegos los cuales son necesarios utilizar la inteligencia mental y la fuerza de todo el cuerpo para el uso de distintas personas como un método de relajación, esto serviría para que la manera que tienen de ver las personas un centro de salud cambien radicalmente y lo vean como un lugar donde uno debe acudir para relajarse llenarse un poco más de vida de alguna manera y de fortalecer y cuidar el cuerpo y la salud.



Figura 53: La importancia de los jardines terapéuticos en salud.

Fuente: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

6.5.7 Flexibilidad espacial.

Aquí se refiere al termino espacial como el lugar que se va a ocupar y de la manera se va a establecer, es decir en lo que refiere flexibilidad espacial se refiere a que tanto la materialidad como la pieza arquitectónica se puede modificar sin dejar de cumplir los estándares normativos existentes y de esta manera crear espacios más vanguardistas y que tengan su propia personalidad alejando un poco la manera clásica de ver un centro de salud el cual mucha gente rechaza por la forma tan estricta de llevar a cabo su composición.

El espacio va variando en lo que respecta a su composición espacial dependiendo a lo que se requiera o a la actividad que está destinada a desarrollarse ahí esto depende tanto para qué tipo de usuario sea género o edad eso determina las formas, los colores y otros tipos de requerimientos para hacer que la espacialidad se vea y se sienta la adecuada para llevar a cabo la actividad asignada en este caso la actividad de tratar a la gente con problemas de salud.

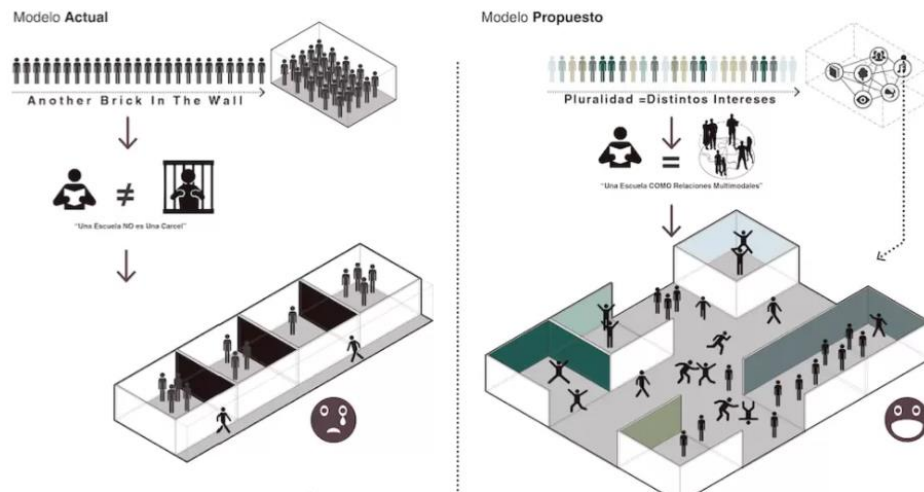


Figura 54: La flexibilidad espacial respecto a los establecimientos de salud.

Fuente: Adaptado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf

6.5.8. Gama de colores para espacios de internamiento y tratamiento.

Los científicos, los médicos y los profesionales de la salud mental han venido estudiando la correlación entre el color y el estado anímico durante años. Actualmente, muchos de ellos creen que los colores no sólo pueden provocar distintas reacciones emocionales, sino también mejorar el humor y el bienestar interior.

Incluso, recientes estudios sugieren que más que ver el color, las personas lo experimentan. Por eso, los especialistas ahora son más propensos a creer que cada persona "siente" el color con el corazón, y no con la cabeza.

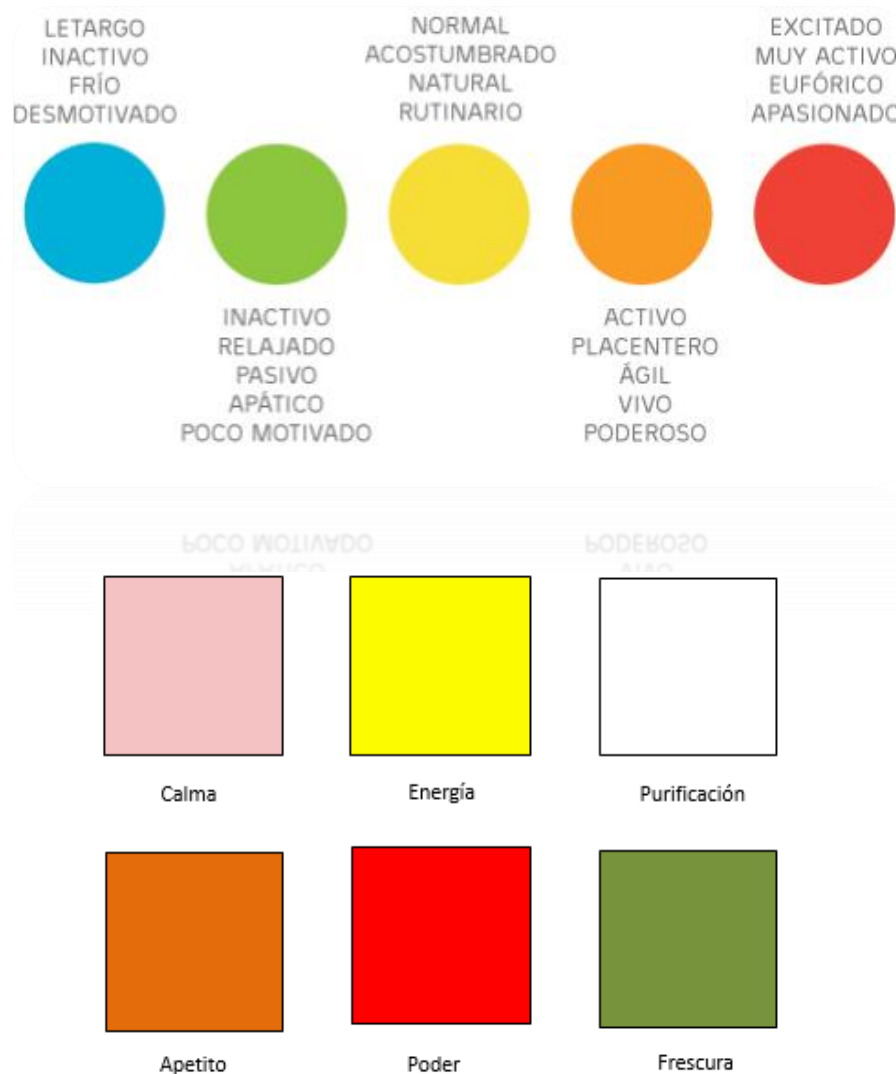


Figura 01: La flexibilidad en cuanto a los colores para los establecimientos hospitalarios.

6.5.9. Gama de píos sofisticados para establecimientos de salud mental.

Las plantas PAVIFLOOR son diseñadas por el proceso de cuidado, que contiene una capa de poliuretano (PUR) resistente que facilita su aplicación en cualquier entorno. Las plantas PAVIFLOOR son un piso de vinilo homogéneo, disponible en mantas.

Las plantas PAVIFLOOR tienen tecnología PU (Prism) y PUR (Eclipse), lo que da una mayor resistencia y durabilidad de los productos. Así pisos PAVIFLOOR son muy recomendables para escuelas, hospitales y comercio en general.

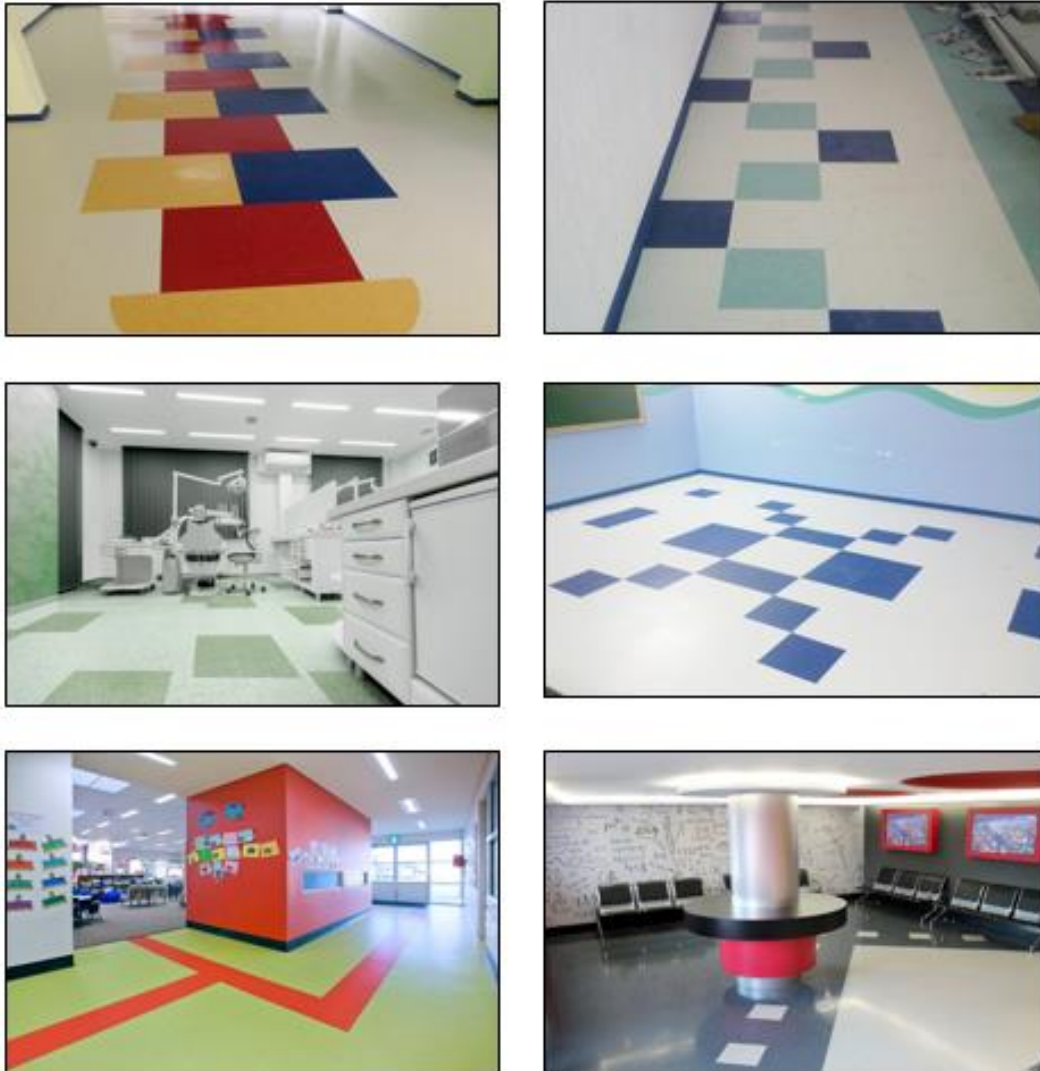


Figura 55: La flexibilidad espacial respecto a los establecimientos de salud.

Adaptado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf.

CAPITULO VI:
PROGRAMA ARQUITECTONICO ANALISIS ESPACIO
FUNCIONAL

3.2 Programa arquitectónico - análisis espacio funcional

3.2.1 Organigrama funcional

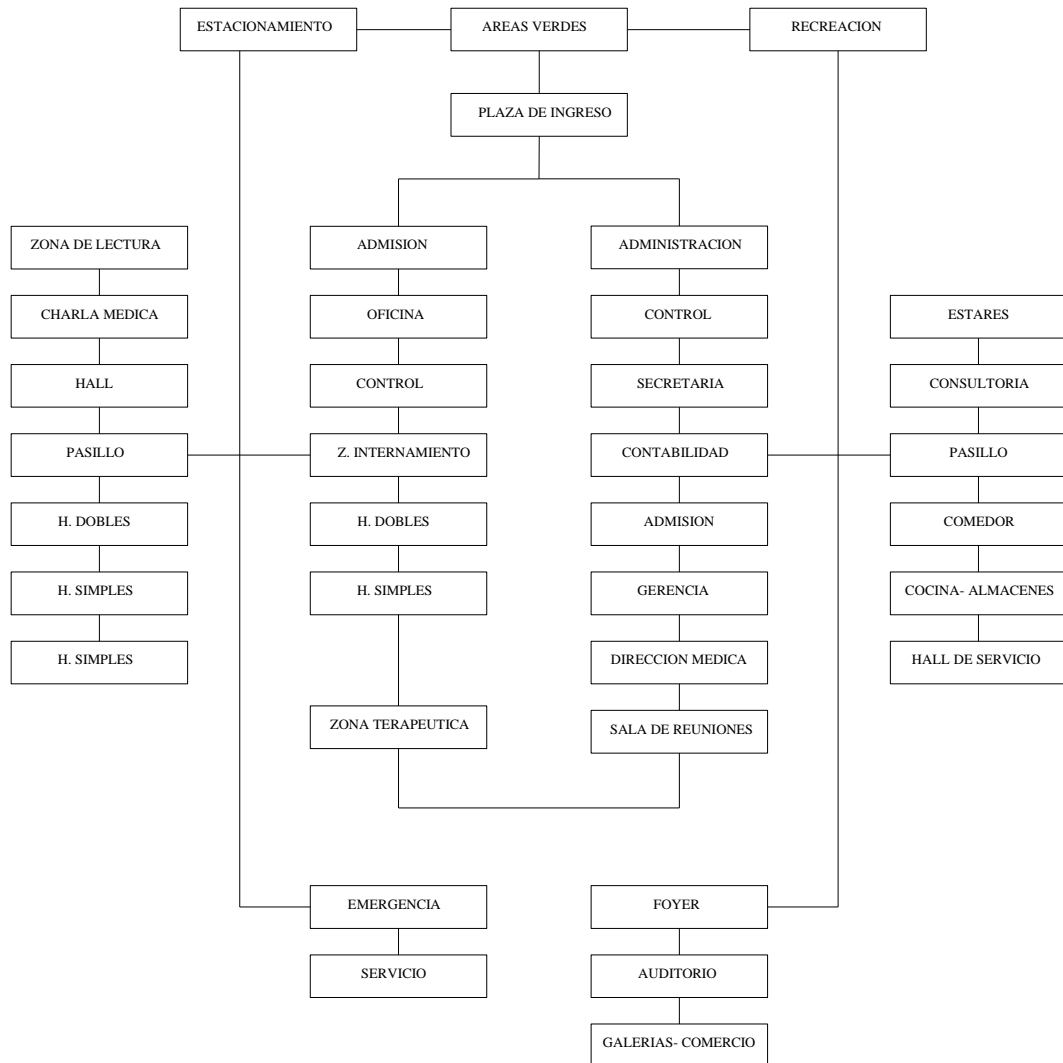


Figura 56: organigrama funcional del proyecto arquitectónico

3.2.1 Organigrama para lograr el programa de áreas.

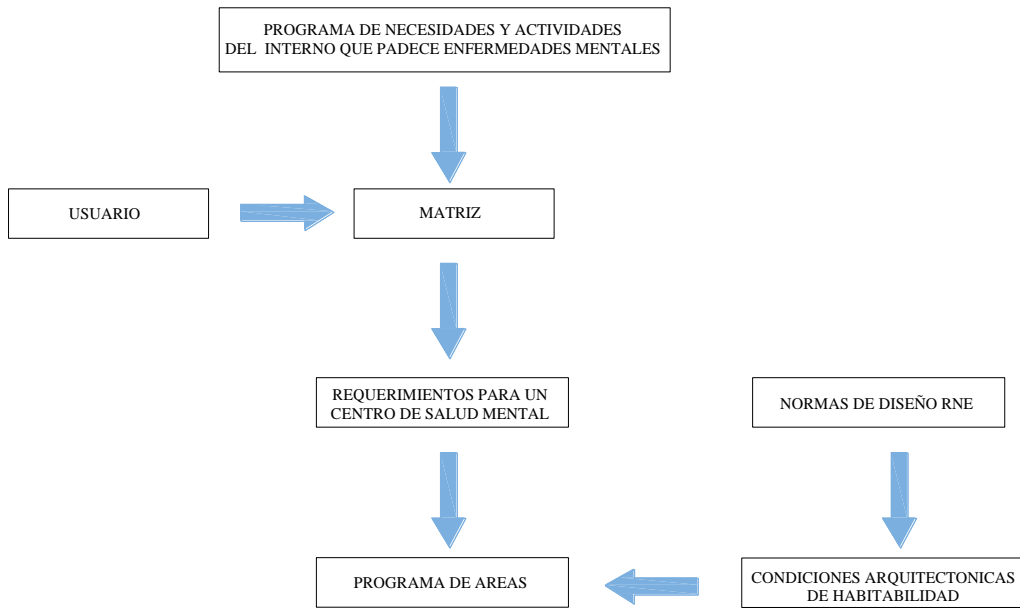


Figura 57: organigrama funcional del proyecto arquitectónico

3.2.1 Tramas de interacción.

a) Bloque de administración.

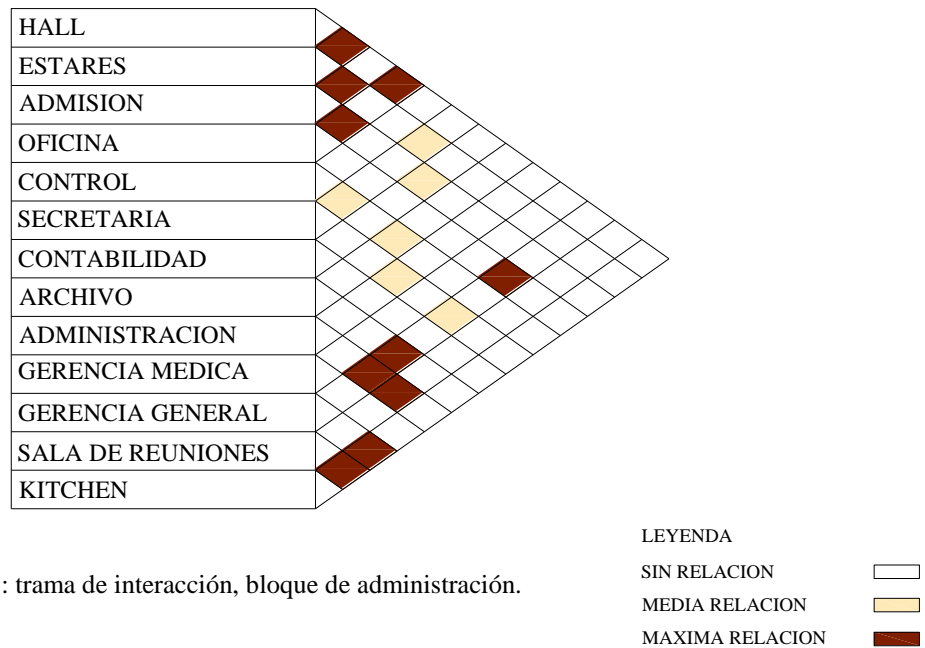
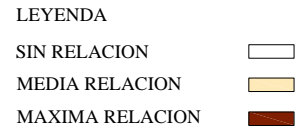


Figura 58: trama de interacción, bloque de administración.

B) Zona de emergencia.



Figura 59: trama de interacción, bloque de emergencia.



C) Zona de Servicios complementarios.

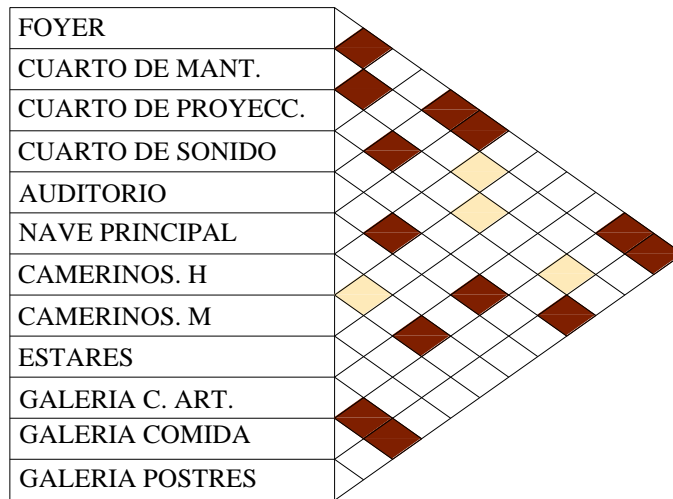
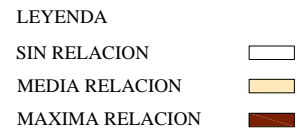


Figura 60: trama de interacción, bloque de serv.compl.



C) Zona de internamiento.

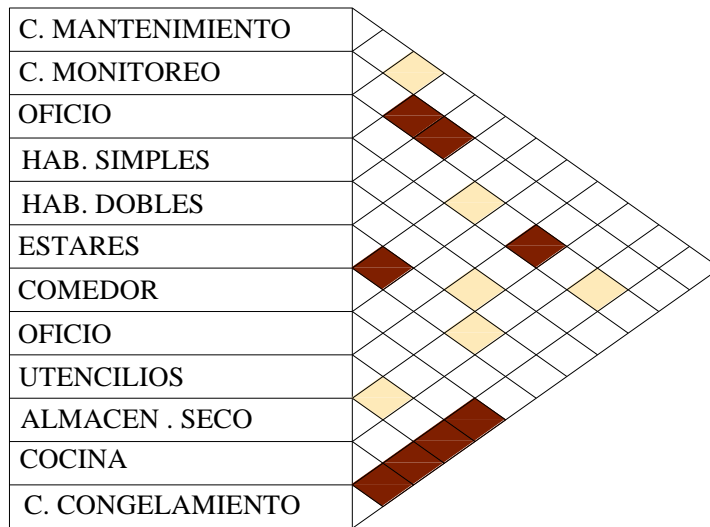


Figura 61: trama de interacción, bloque de internamiento.

LEYENDA

- SIN RELACION
- MEDIA RELACION
- MAXIMA RELACION

C) Zona consultoría.

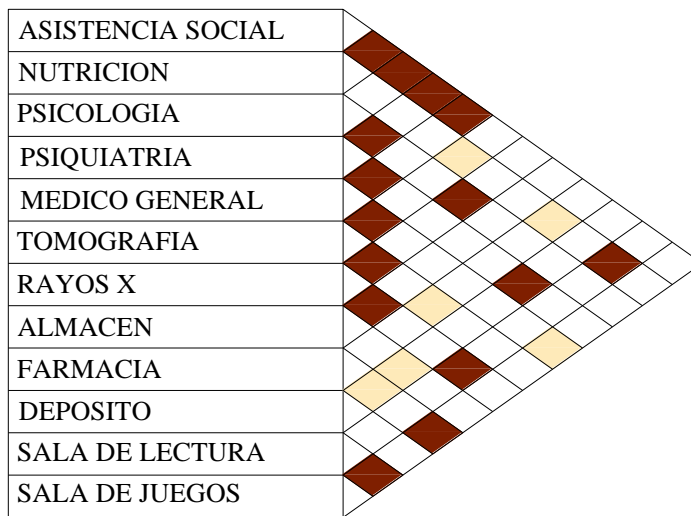


Figura 62: trama de interacción, bloque de consultoria.

LEYENDA

- SIN RELACION
- MEDIA RELACION
- MAXIMA RELACION

C) Zona terapéuticas.

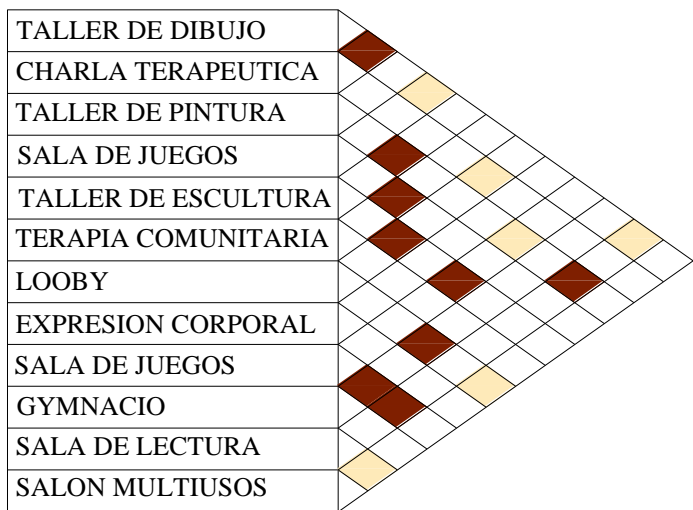
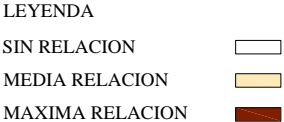


Figura 63: trama de interacción, bloque de terapia.



C) Zona de servicio.

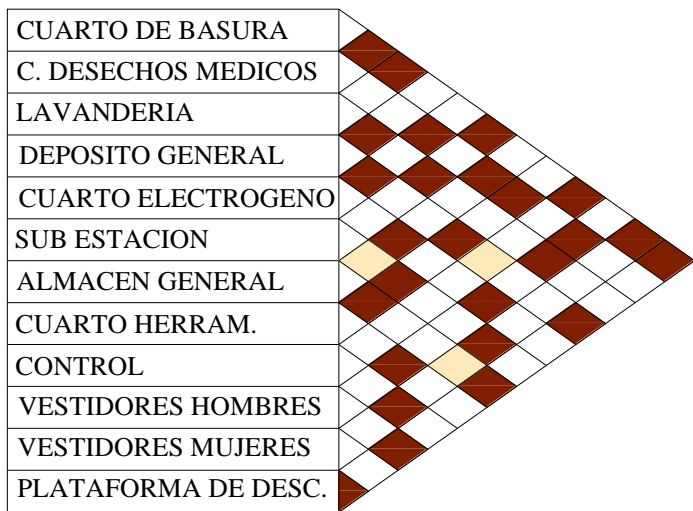
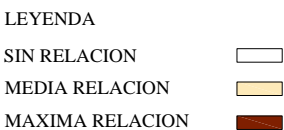


Figura 64: trama de interacción, bloque de servicio.



3.2.1 Flujograma de diseño.

C) Diagrama de diseño.

Tabla 32.

Diagrama de diseño de la zona administrativa.

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ADMINISTRACION	hall
2		estares
3		admision
4		oficina
5		control
6		secretaria
7		contabilidad
8		archivo
9		administracion
10		gerencia medica
11		gerencia general
12		sala de reuniones
13		kitchen

Tabla 33.

Diagrama de diseño de la zona emergencia.

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ZONA DE EMERGENCIA	estacion
2		control
3		limpieza
4		area de esteriliz.
5		estacion de enf.
6		vestidor. h
7		vestidor. m
8		topico
9		medico de turno
10		area de cuidados
11		oficina
12		estares
13		caja

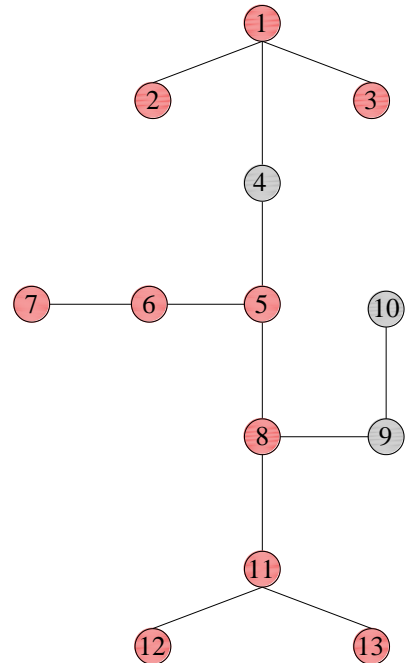


Figura 65: Esquema de relaciones por jerarquía z.adm.

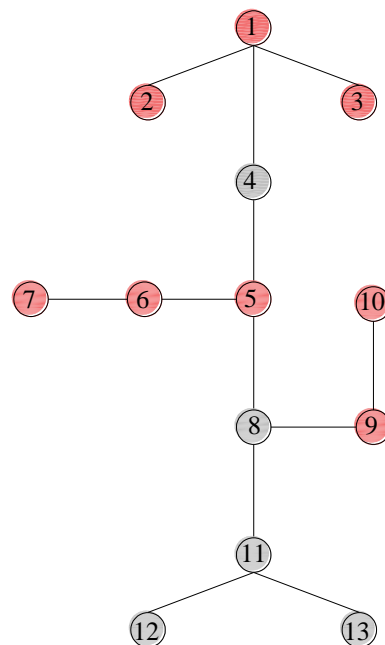


Figura 66: Esquema de relaciones por jerarquía. z Emerg.

Tabla 34.

Diagrama de diseño de la zona complementaria

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	SERV.COMPLEMENTARIOS	foyer
2		cuarto de mantenimiento
3		cuarto de proyeccion
4		cuarto de sonido
5		auditorio
6		nave principal
7		camerinos. h
8		camerinos . m
9		estares
10		galeria c . art
11		galeria .comida
12		galeria. postres
13		pasaje

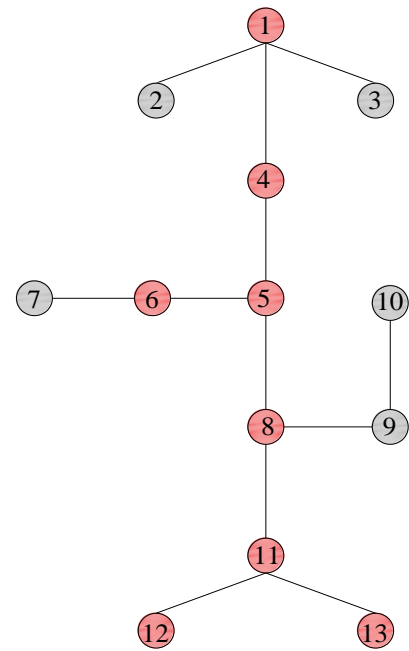


Figura 67: Esquema de relaciones por jerarquía.
Zona compl.

Tabla 35.

Diagrama de diseño de la zona de internamiento.

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ZONA. INTERNAMIENTO	cuarto de mantenimiento
2		cuarto de monitoreo
3		oficio
4		habitaciones. simples
5		habitaciones. dobles
6		estares
7		comedor
8		oficio
9		utencilios
10		almacen seco
11		cocina
12		cuarto de congelamiento
13		pasillo

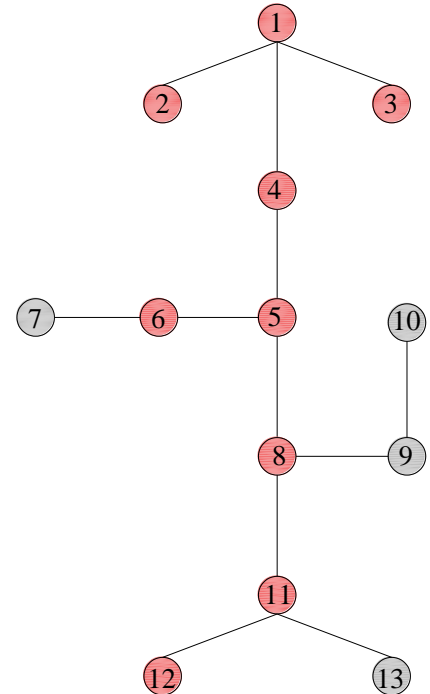


Figura 68: Esquema de relaciones por jerarquía.
Z intern.

Tabla 36.

Diagrama de diseño de la zona consultoría.

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ZONA. CONSULTORIA	asistencia social
2		nutricion
3		psicologia
4		psiquiatria
5		medico general
6		tomografia
7		rayos x
8		almacen
9		farmacia
10		depocito
11		sala de lectura
12		sala de juegos
13		pasillo

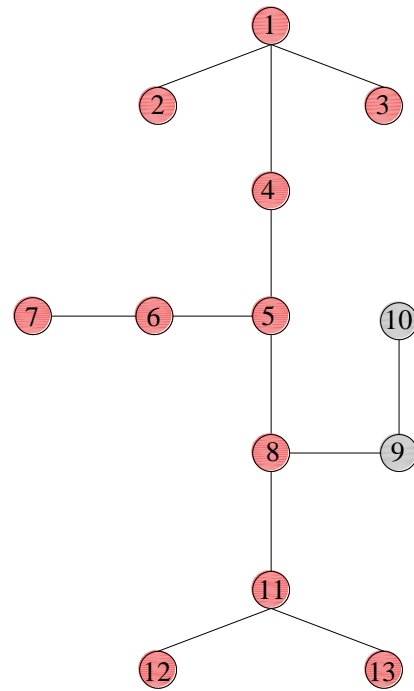


Figura 69: Esquema de relaciones por jerarquía Z consultoría.

Tabla 37.

Diagrama de diseño de la zona terapéutica.

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ZONA. TERAPEUTICA	taller de dibujo
2		charla terapeutica
3		taller de pintura
4		sala de juegos
5		taller de escultura
6		terapia comunitaria
7		looby
8		expresion corporal
9		sala de juegos
10		gymnacio
11		sala de lectura
12		salon multiusos
13		pasillo

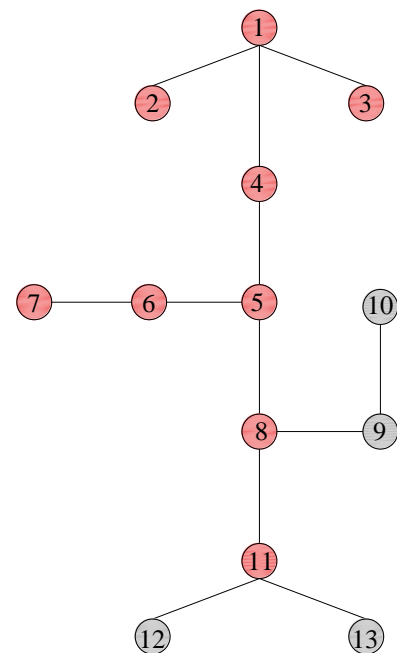


Figura 70: Esquema de relaciones por jerarquía. Z terapéutica.

Tabla 38.

Diagrama de diseño de la zona de servicio.

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ZONA DE SERVICIO	cuarto de basura
2		desechos médicos
3		lavanderia
4		deposito general
5		cuarto electrogeno
6		sub estacion
7		almacen general
8		cuarto de herramientas
9		control
10		vestidores hombres
11		vestidores mujeres
12		plataforma de descarga

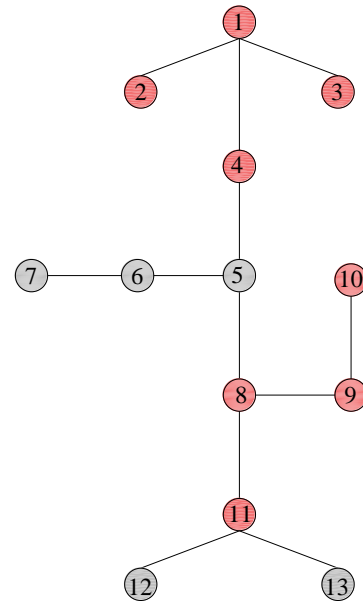


Figura 71: Esquema de relaciones por jerarquía.
Z terapéutica.

B) Diagrama de circulacion.

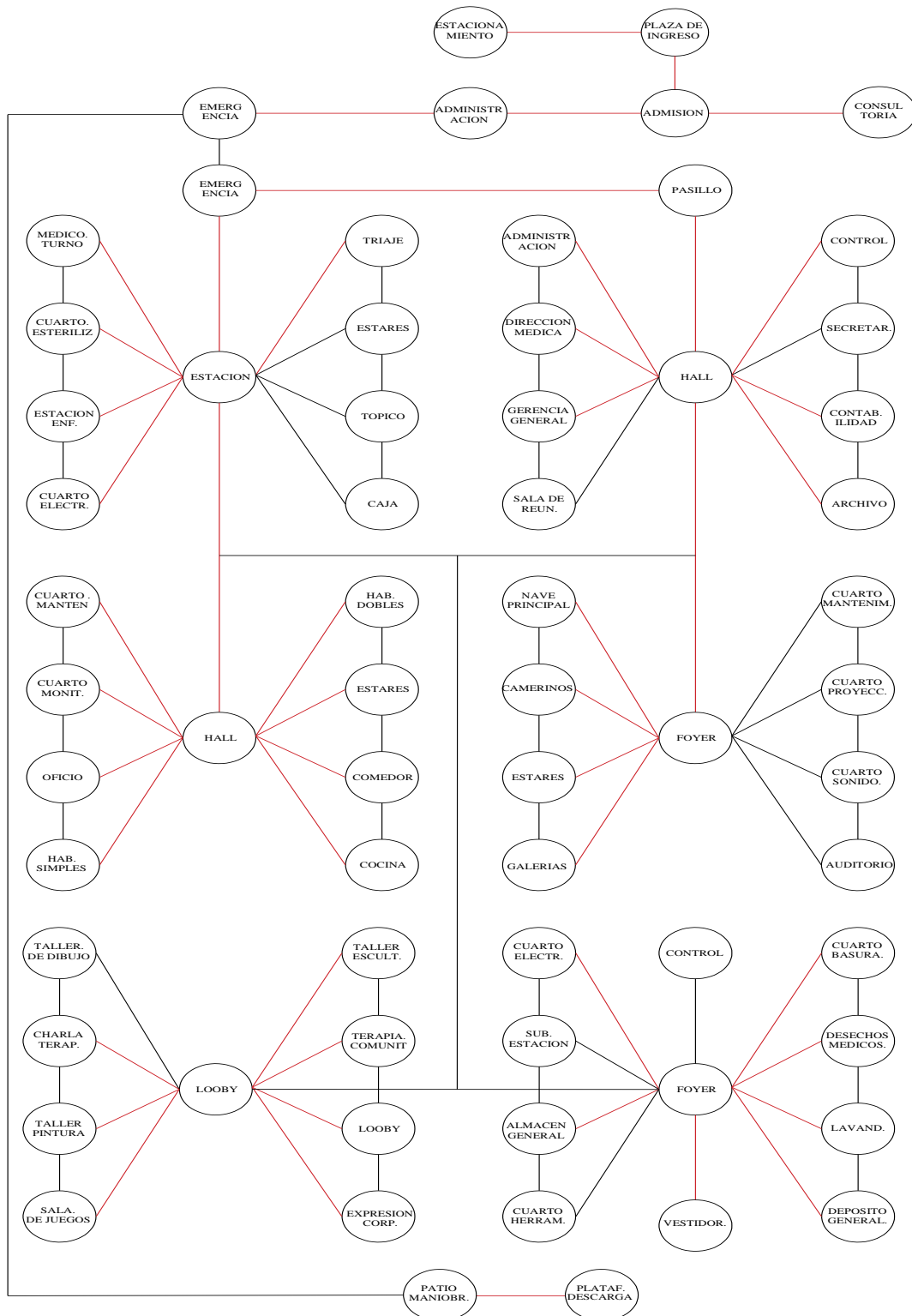


Figura 72: diagrama general de circulaciones del proyecto arquitectónico.

C) Diagrama de flujo.

- Administracion

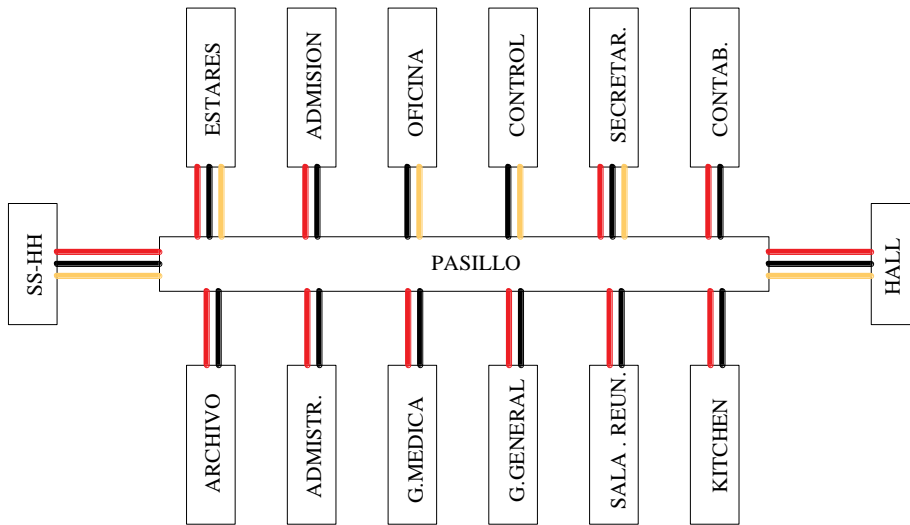


Figura 73: diagrama general de flujos zona administrativa.

- Emergencia.

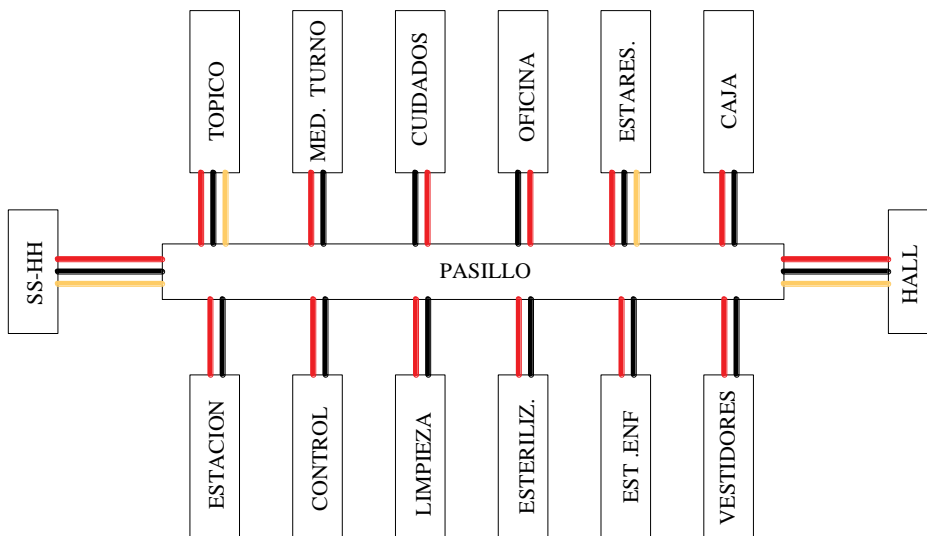


Figura 74: diagrama general de flujos zona de emergencia.

- Serv. Complementarios.

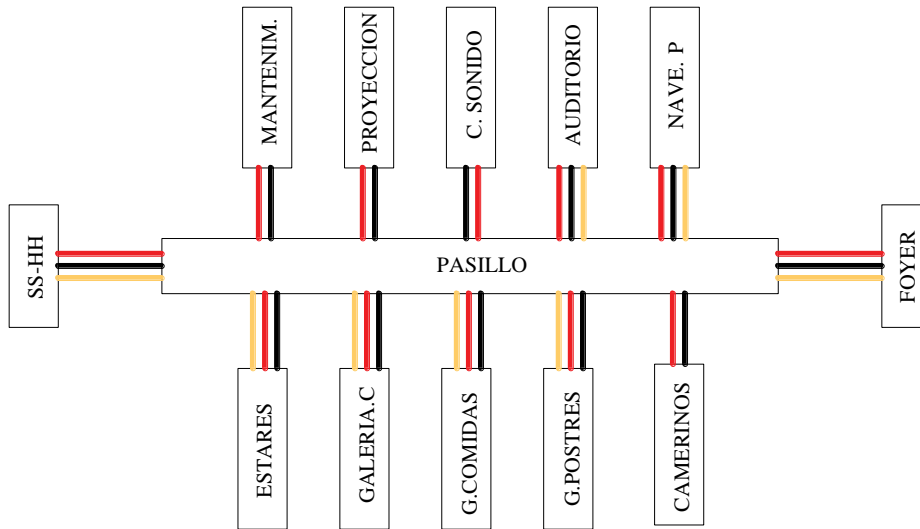


Figura 75: Diagrama general de flujos zona: serv. Complementarios.

- Internamiento.

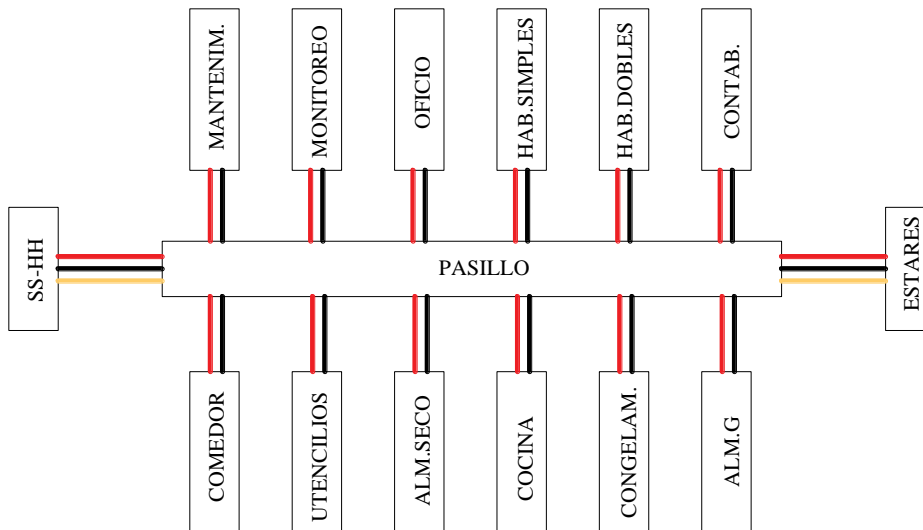


Figura 76: Diagrama general de flujos zona: internamiento.

- Zona Consultoria.

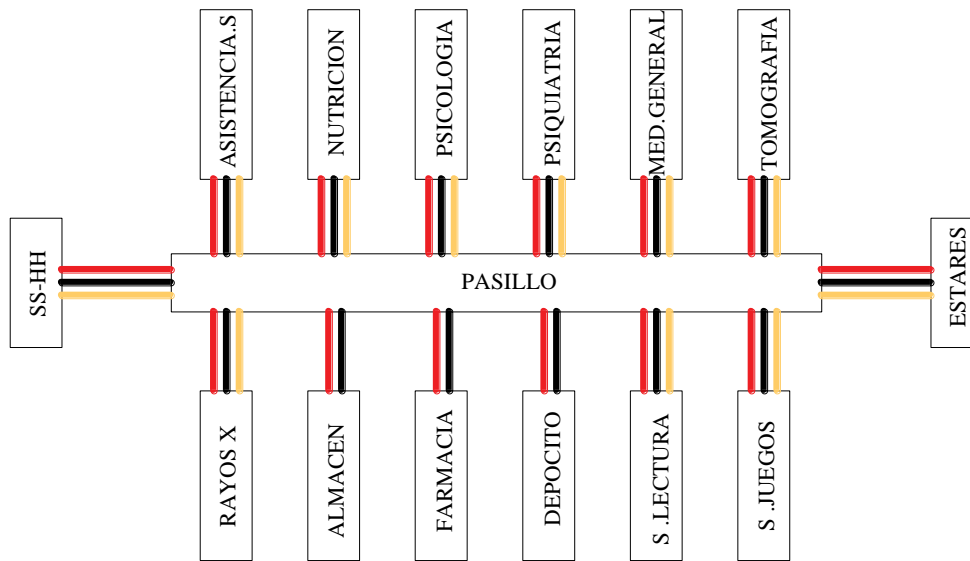


Figura 77: Diagrama general de flujos zona de consultoria.

- Zona Terapeutica.

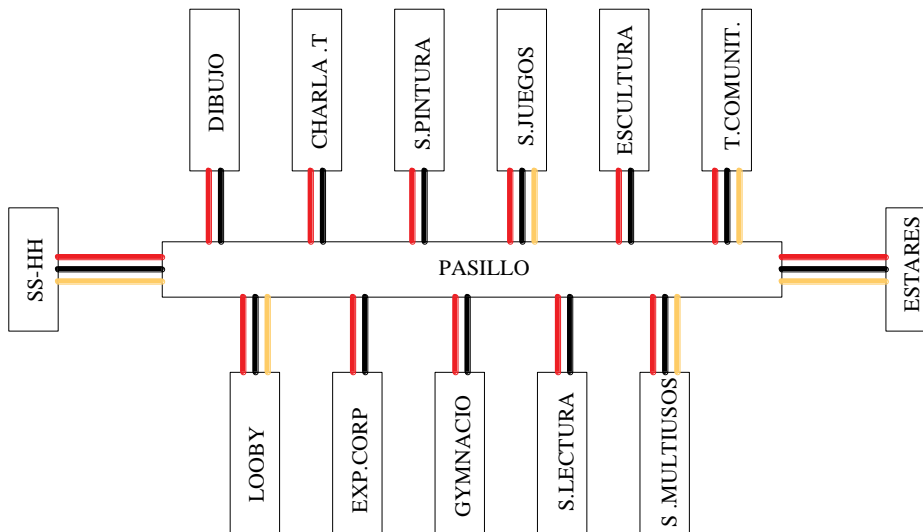


Figura 78: Diagrama general de flujos zona terapeutica.

- Zona Servicio.

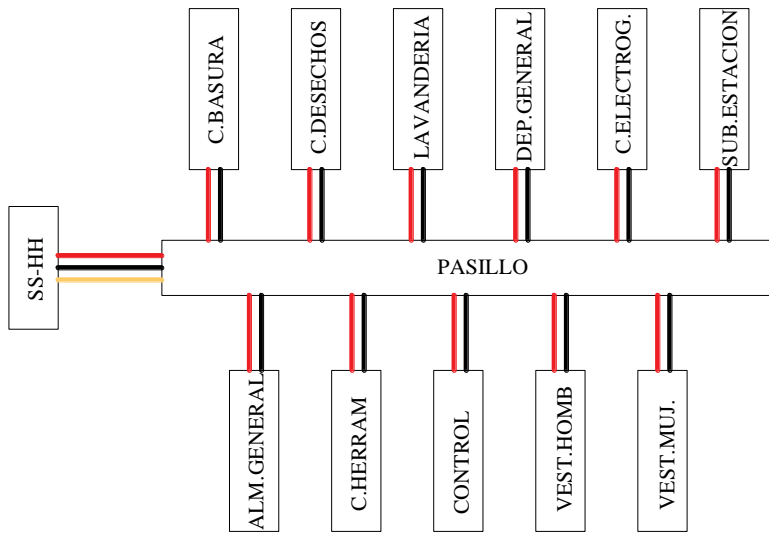


Figura 79: Diagrama general de flujos zona de servicio.

3.2.1 Diagrama de organización.

Tabla 39.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, hall + espera.

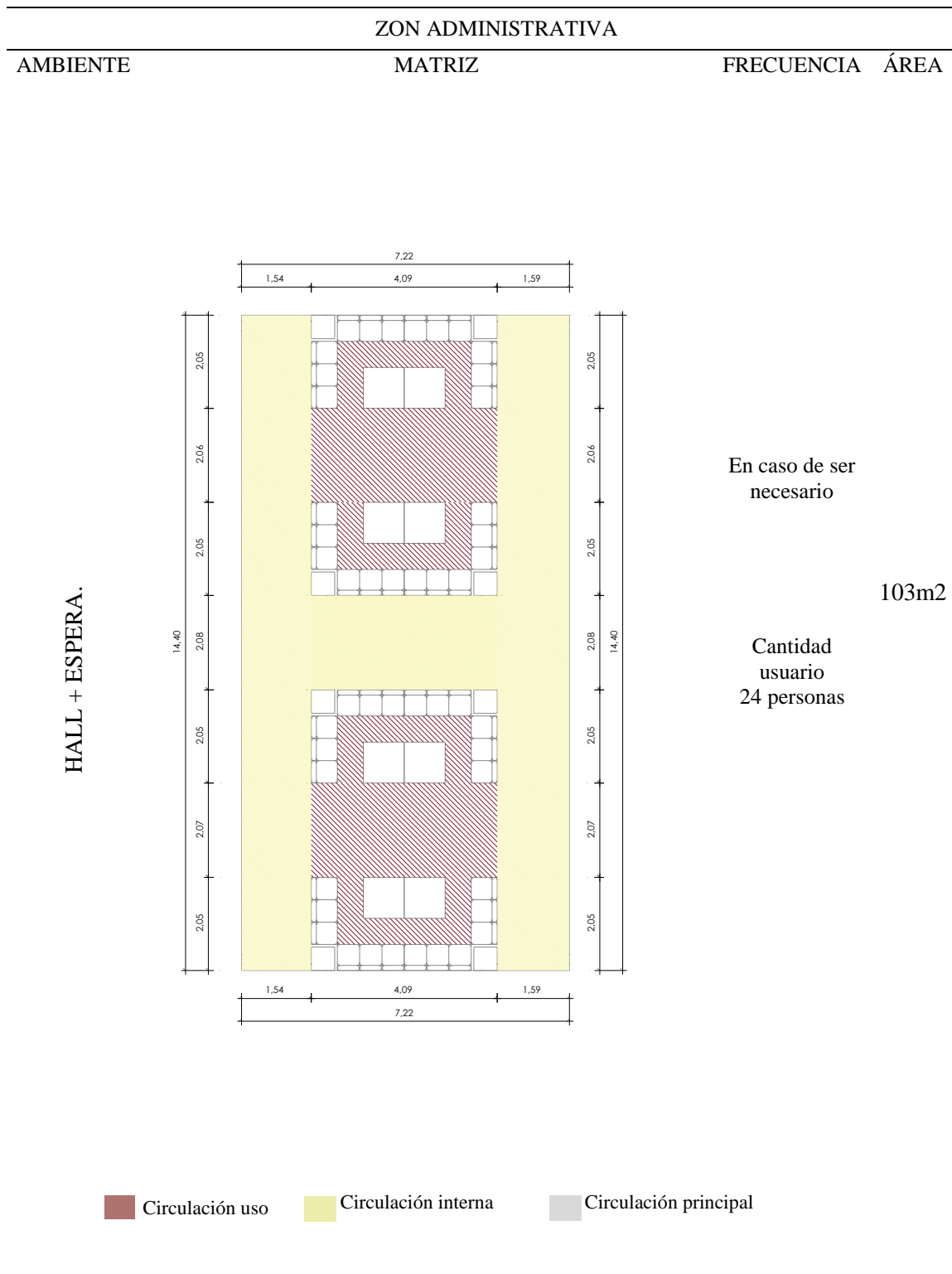
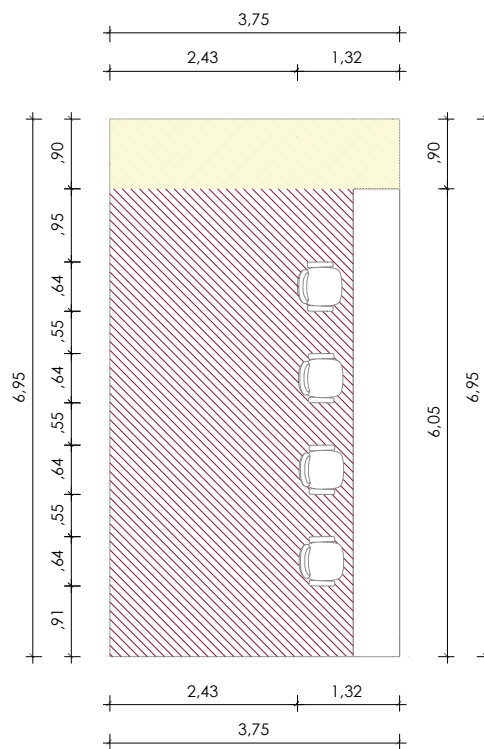


Tabla 40.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, admisión.

ZON ADMINISTRATIVA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

ADMISION



En caso de ser necesario

26.06m²

Cantidad usuario
04 personas

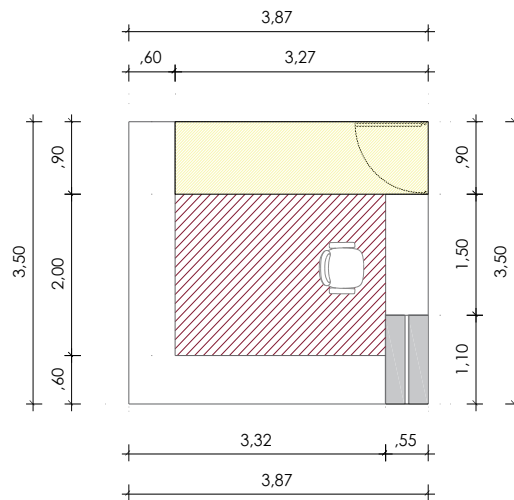
Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 41.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, control

ZON ADMINISTRATIVA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

CONTROL



En caso de ser necesario

13.54m²

Cantidad usuario
01 personas

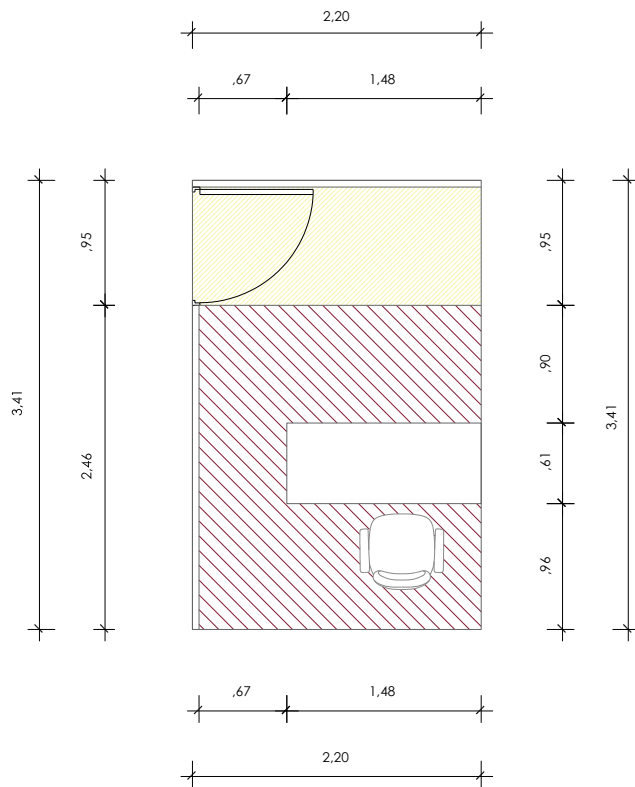
Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 42.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, secretaria

ZON ADMINISTRATIVA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

SECRETARIA



En caso de ser necesario

7.50m²

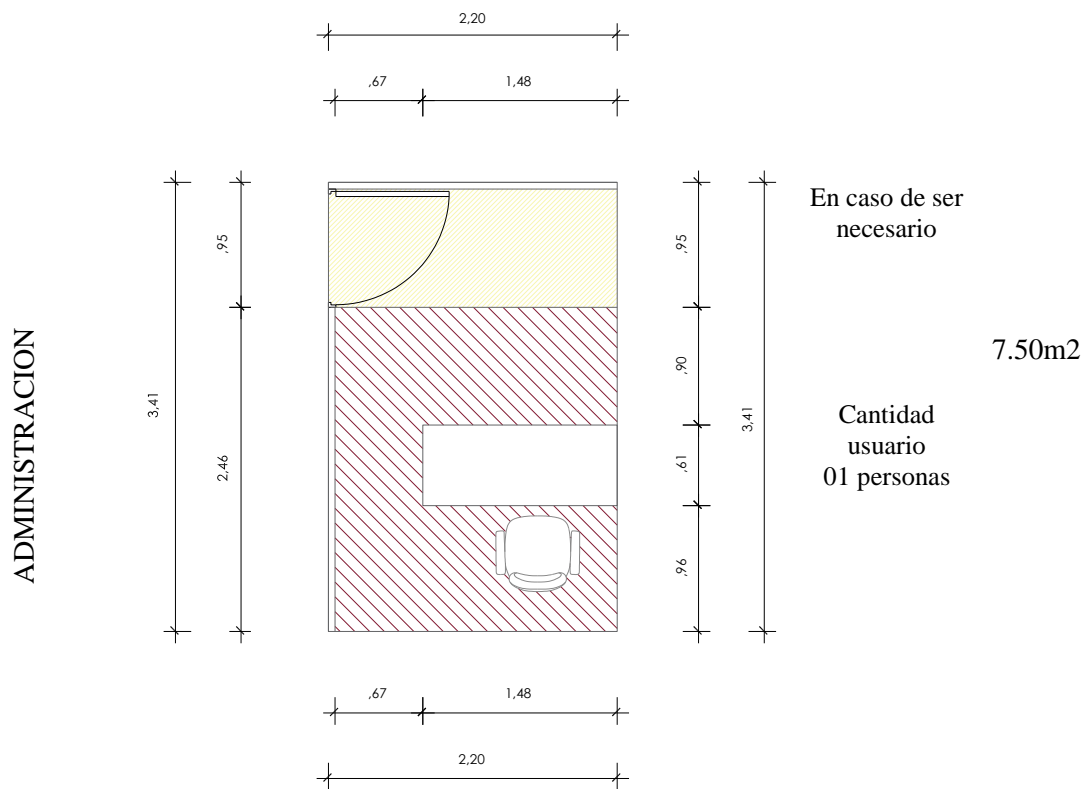
Cantidad usuario
01 personas

Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 43.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, administración

ZON ADMINISTRATIVA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA



Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 44.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, gerencia

ZON ADMINISTRATIVA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

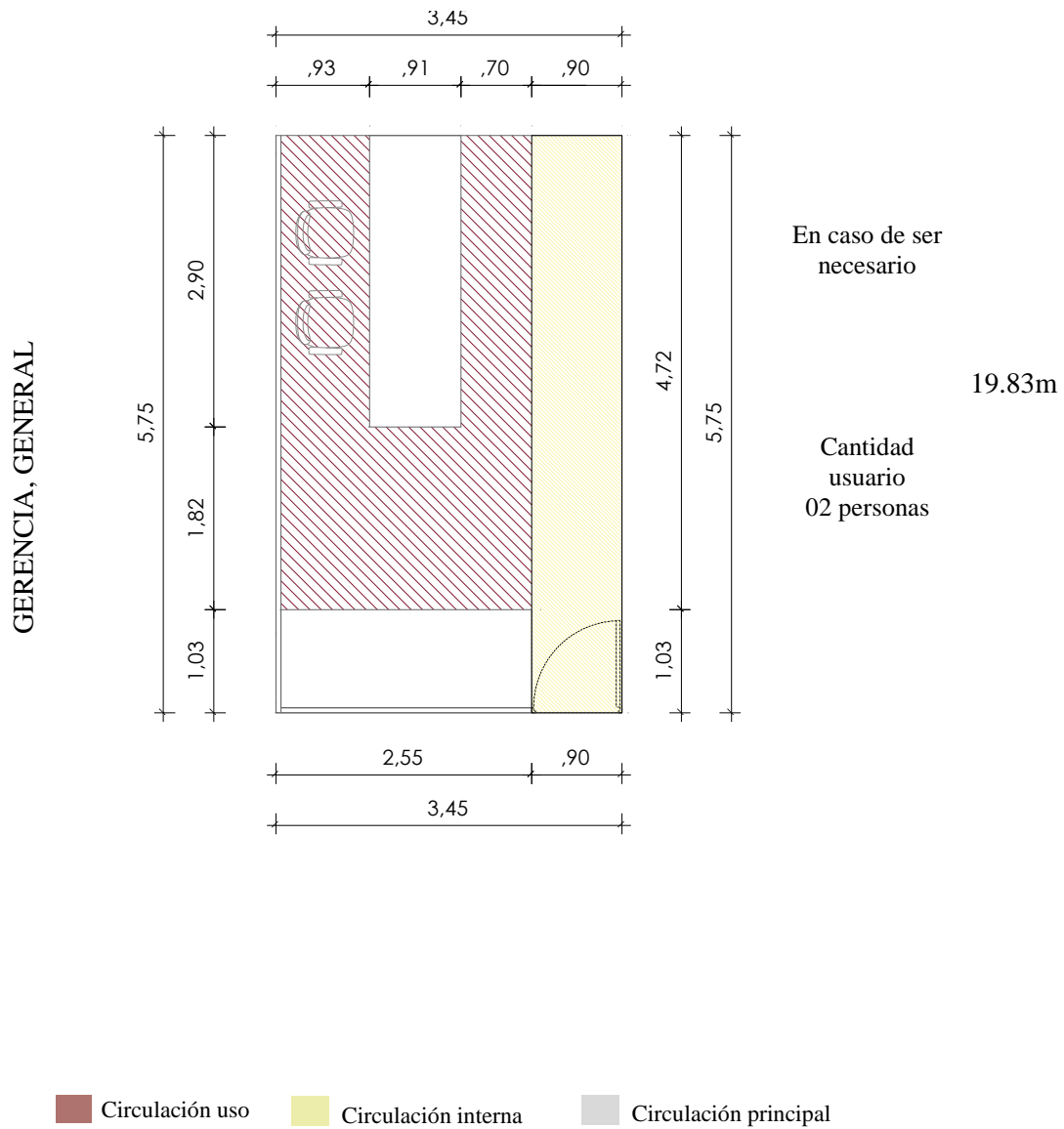


Tabla 45.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, sala de reuniones

ZONA ADMINISTRATIVA

AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA
----------	--------	------------	------

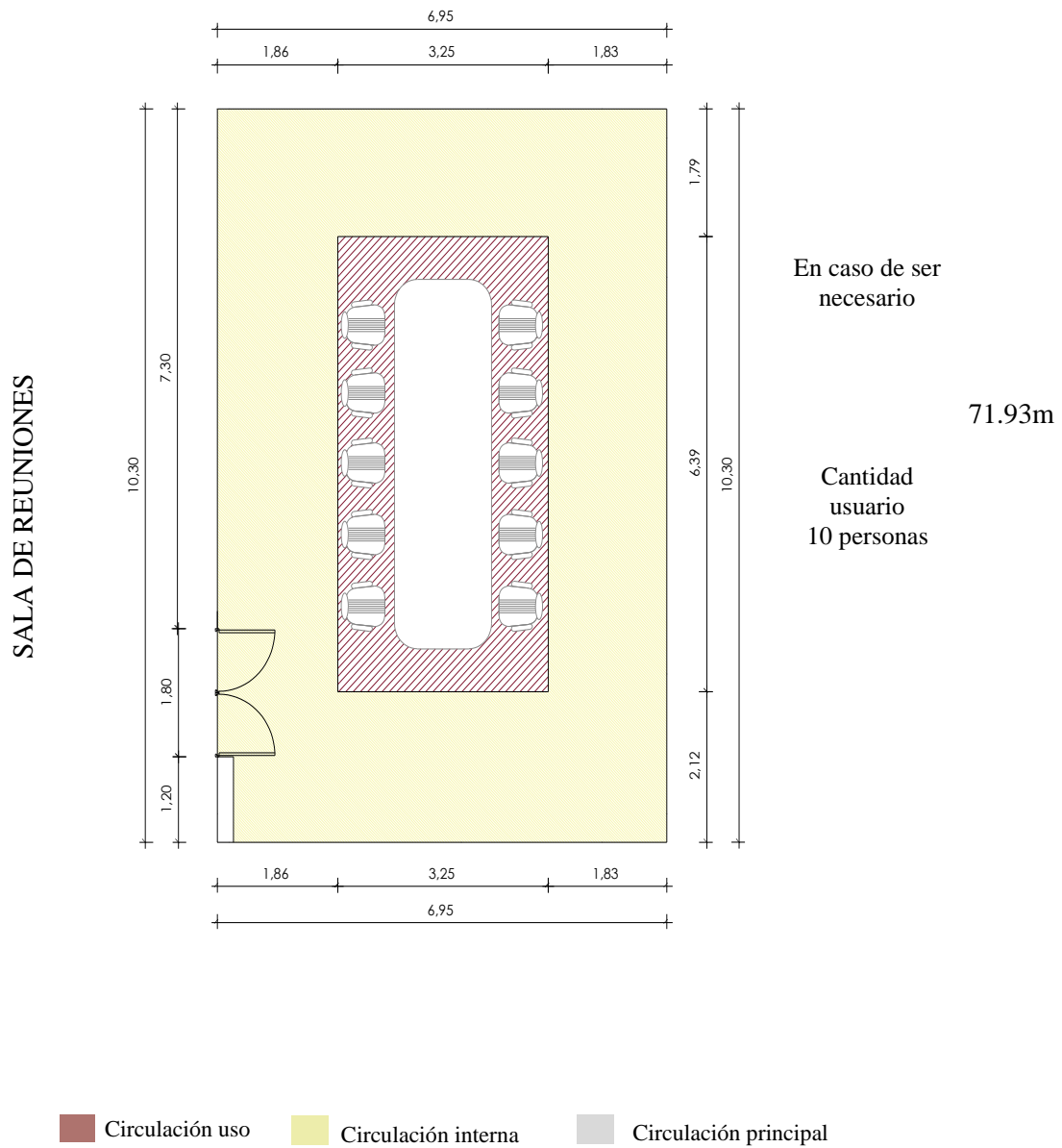
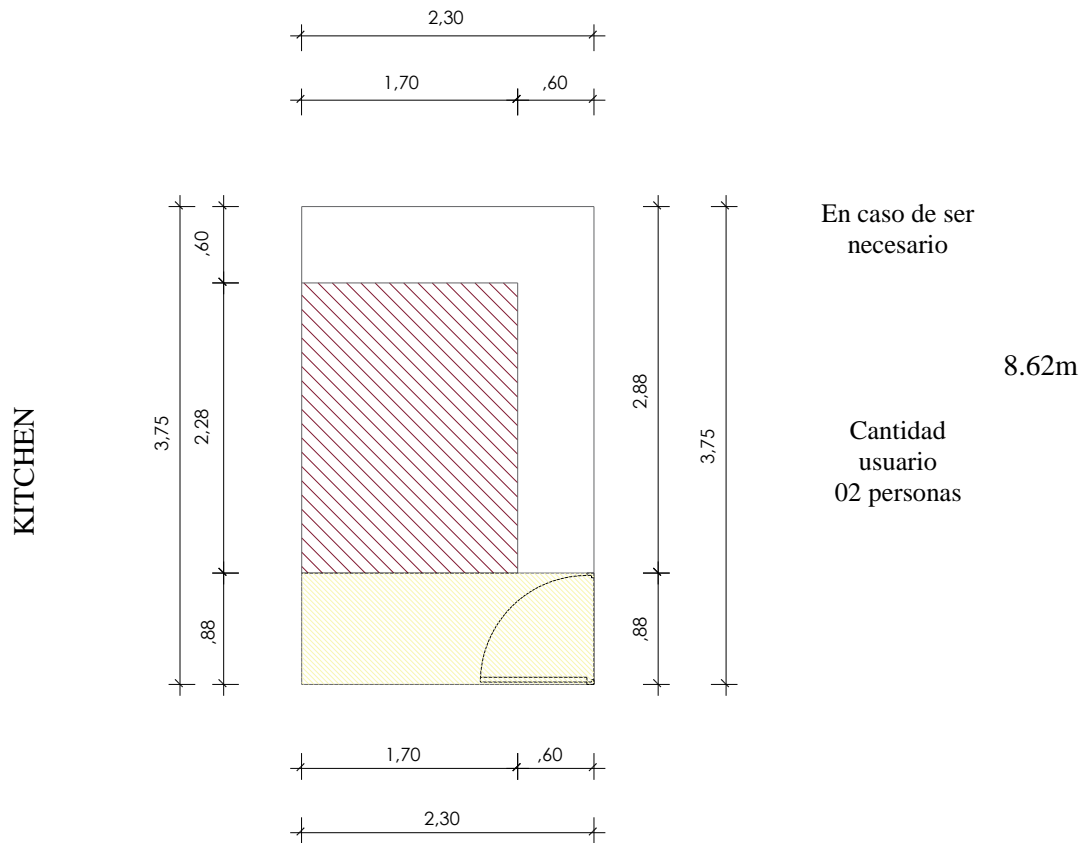


Tabla 46.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona administrativa, kitchen

ZONA ADMINISTRATIVA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA



Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 47.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, estación

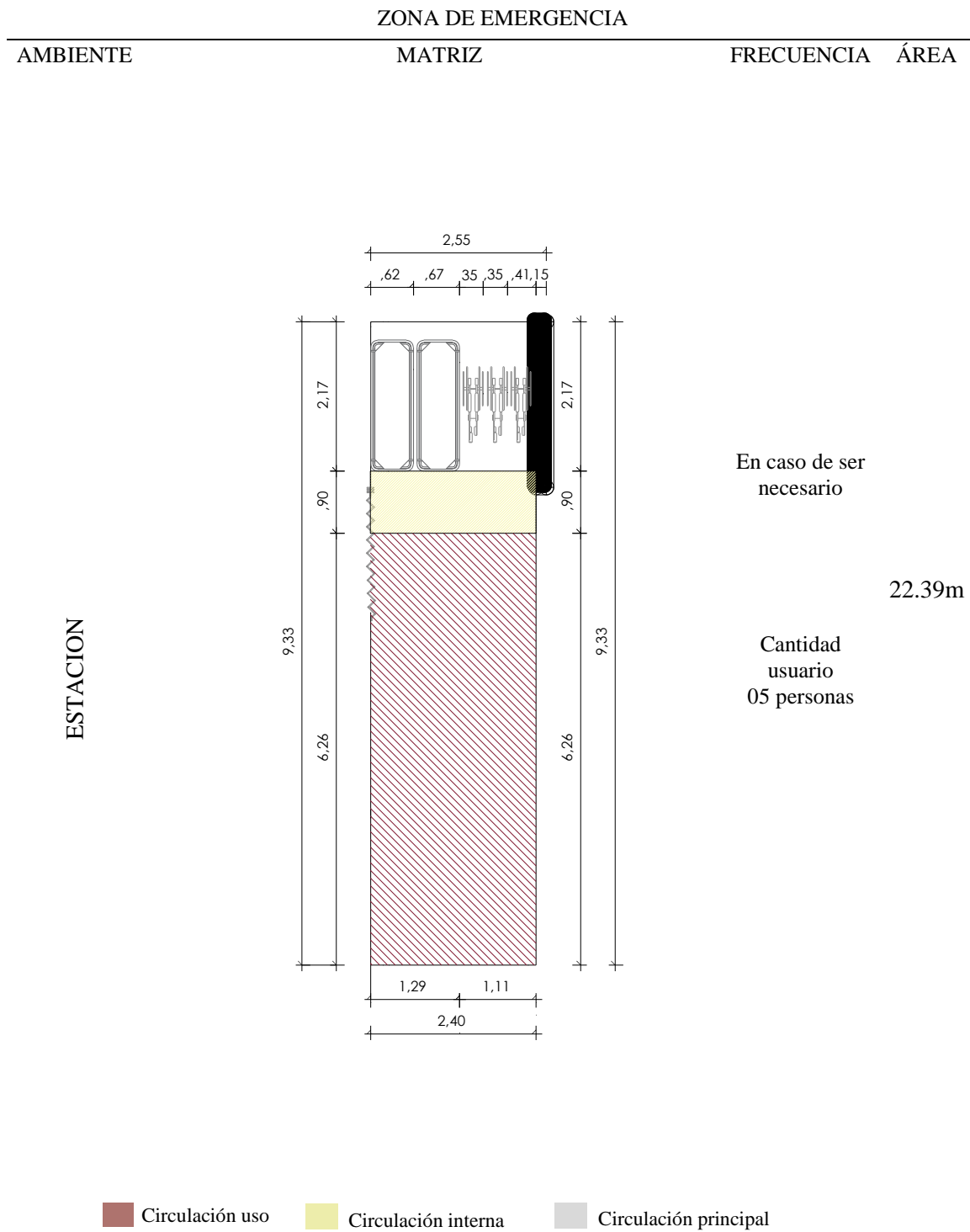


Tabla 48.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, triaje

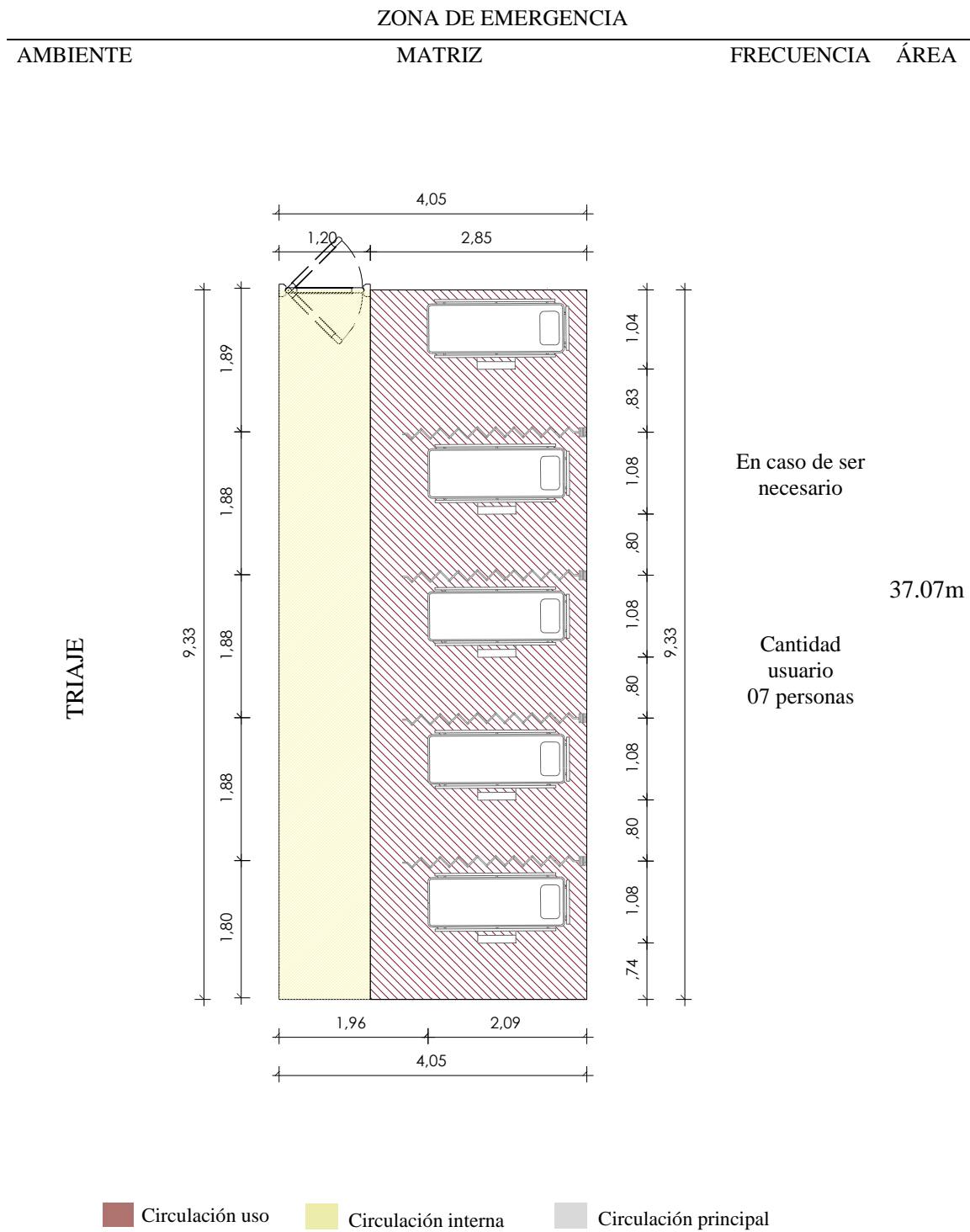


Tabla 49.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, control

ZONA DE EMERGENCIA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

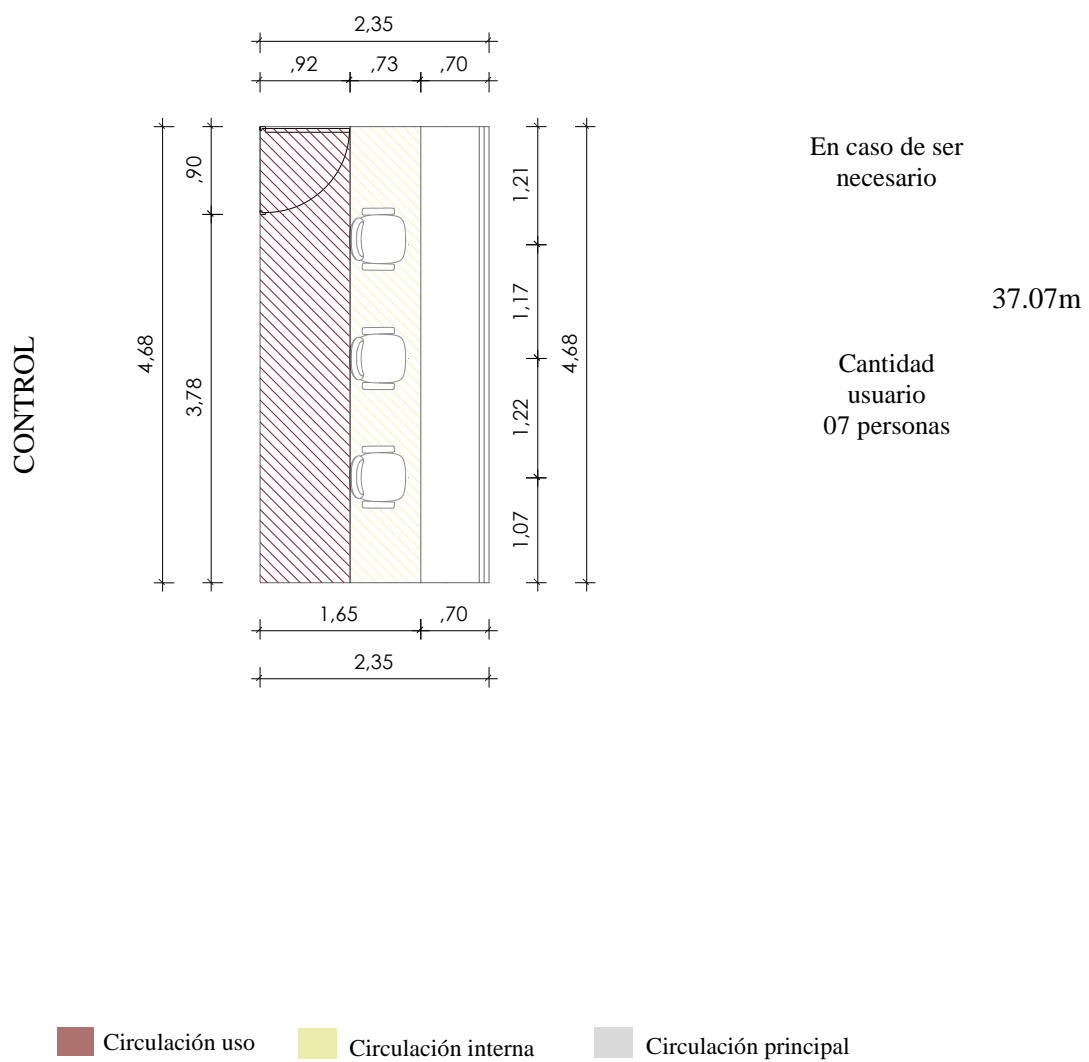


Tabla 50.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, esterilización

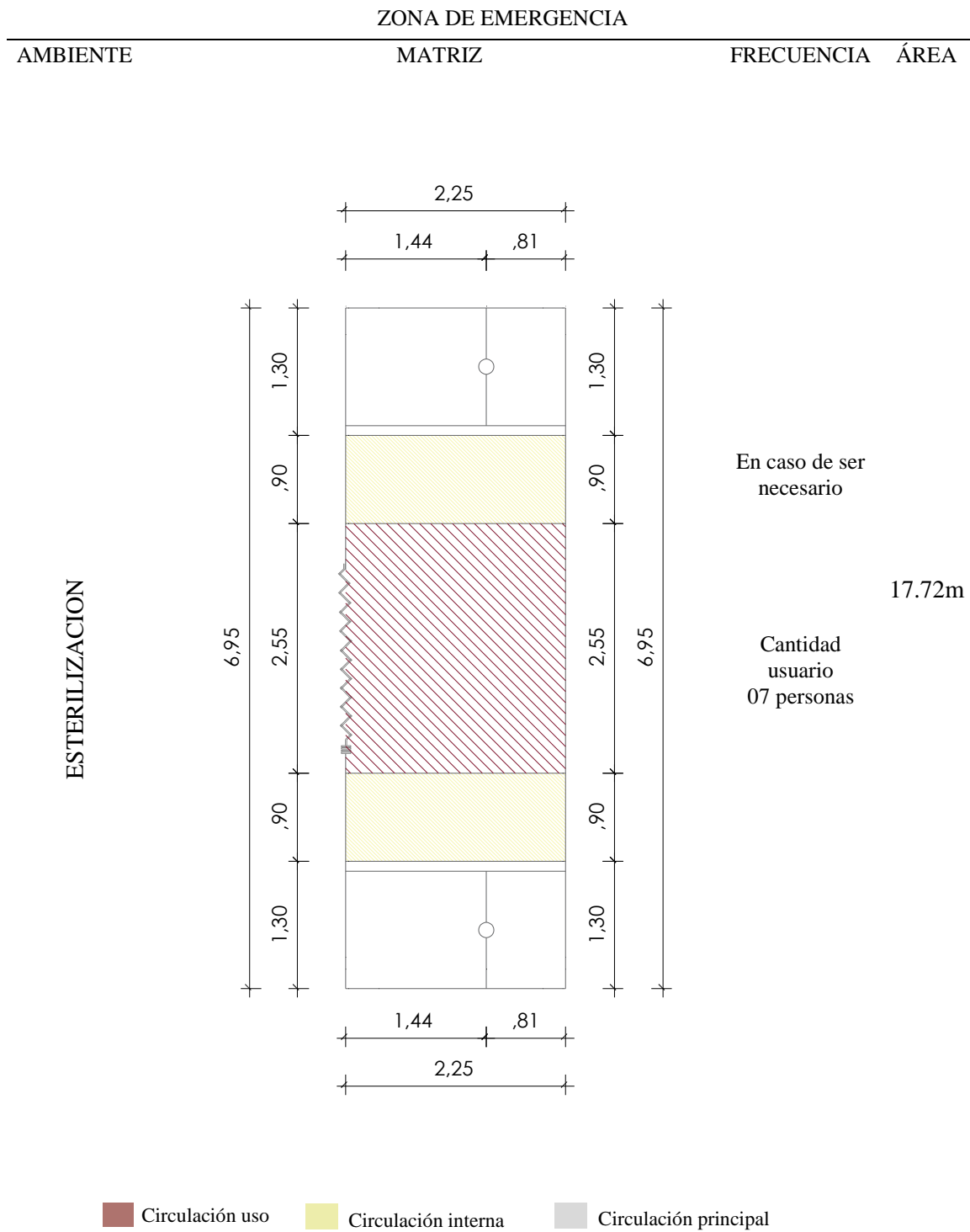
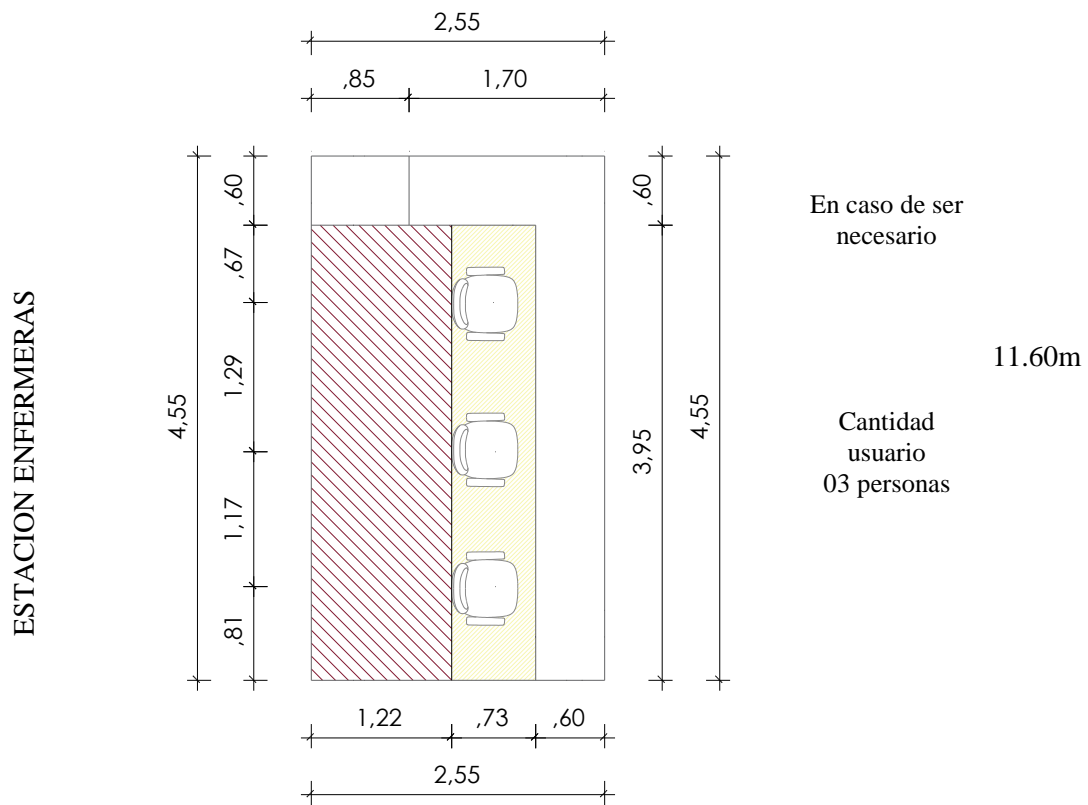


Tabla 51.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, estación de enfermeras.

ZONA DE EMERGENCIA

AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA
----------	--------	------------	------



Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 52.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, tópico..

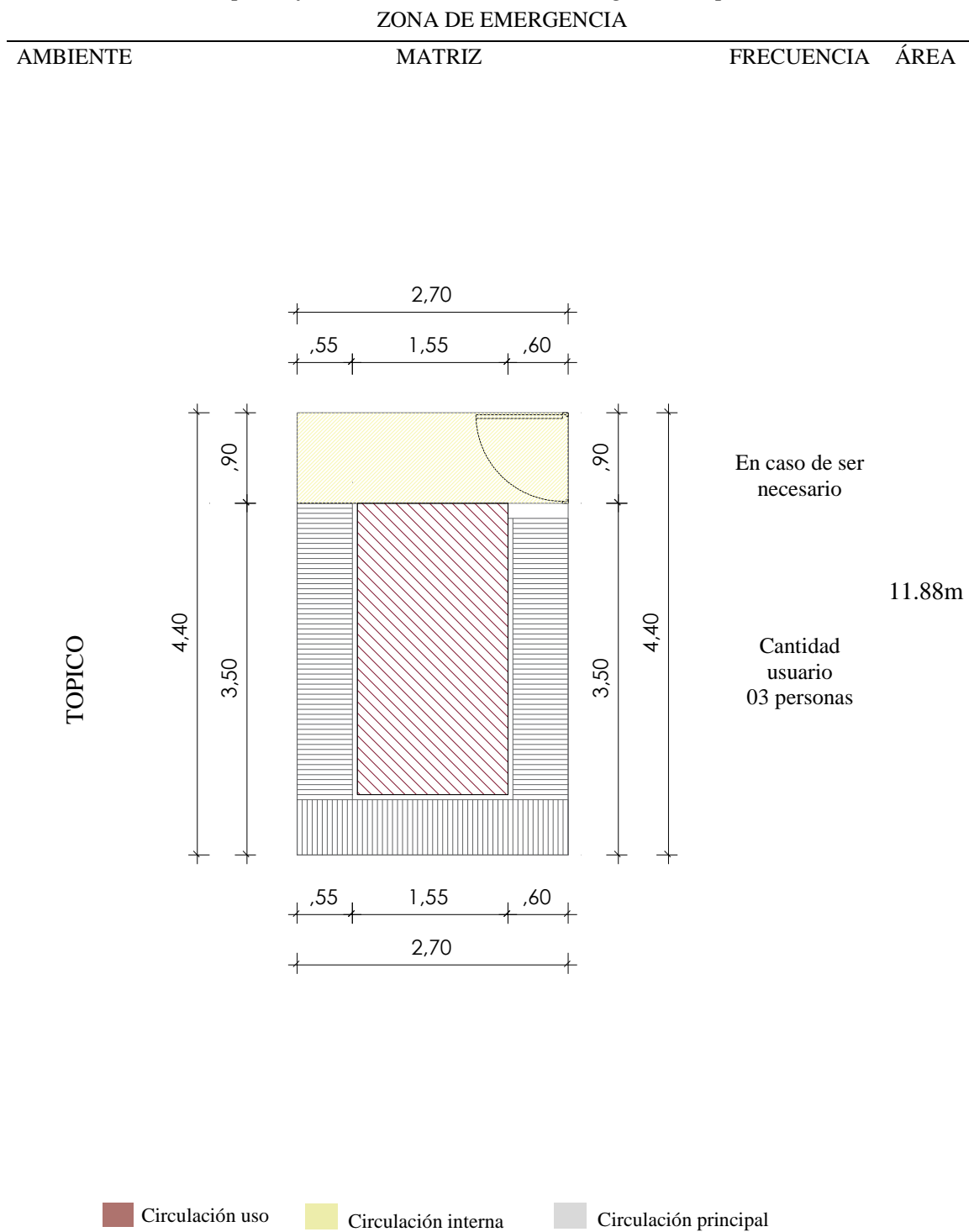


Tabla 53.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, área de cuidados.

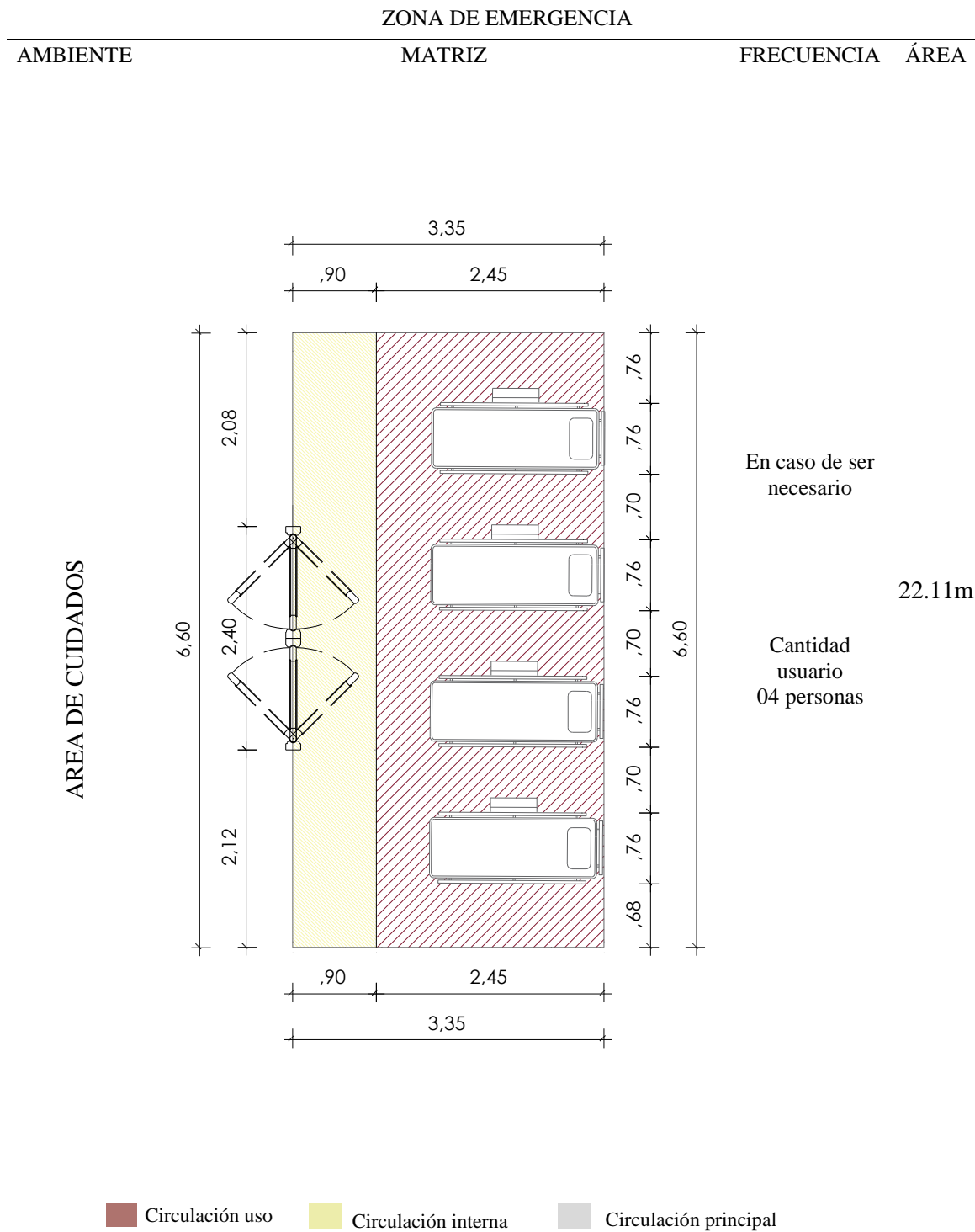


Tabla 54.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, oficina.

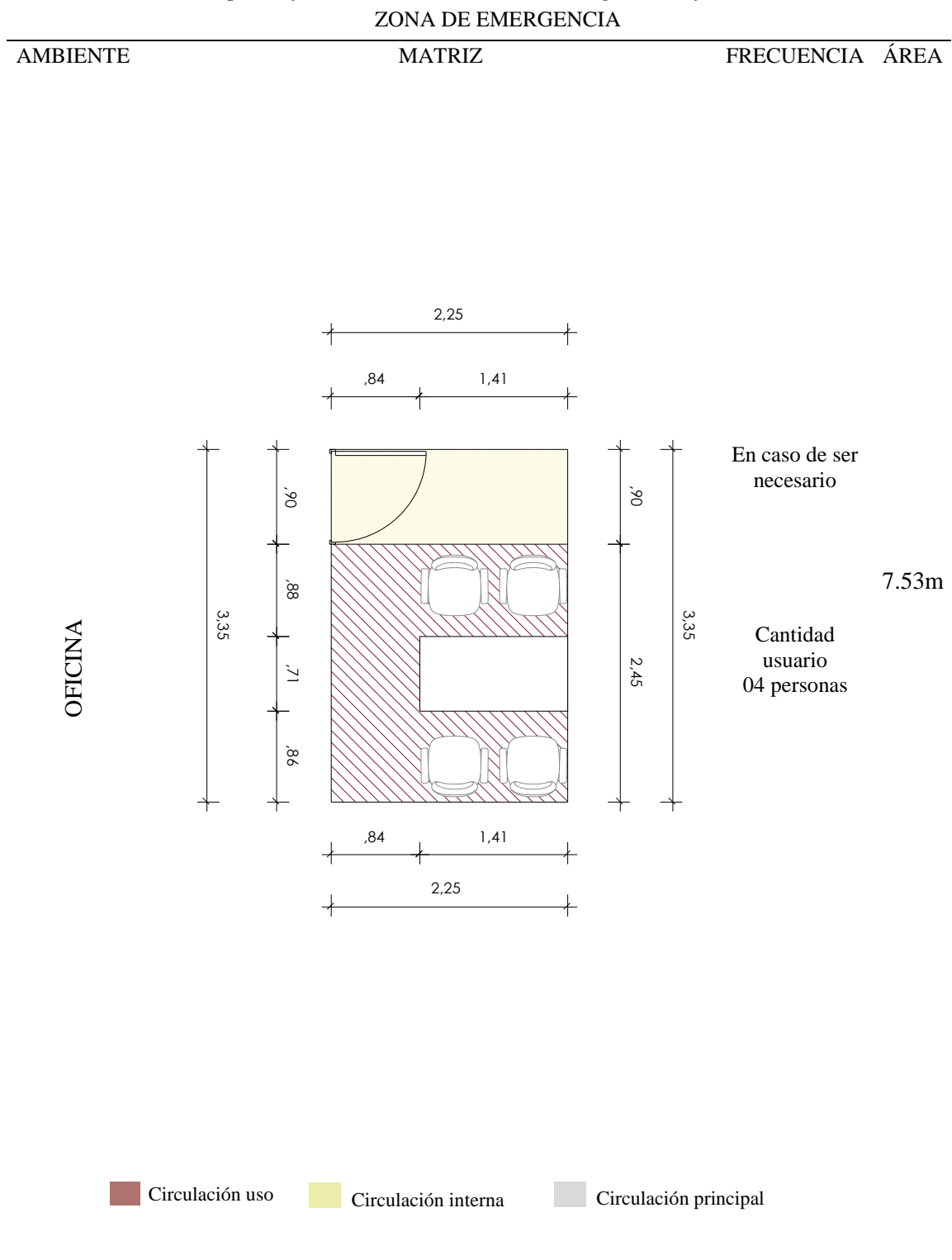


Tabla 55.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, estares.

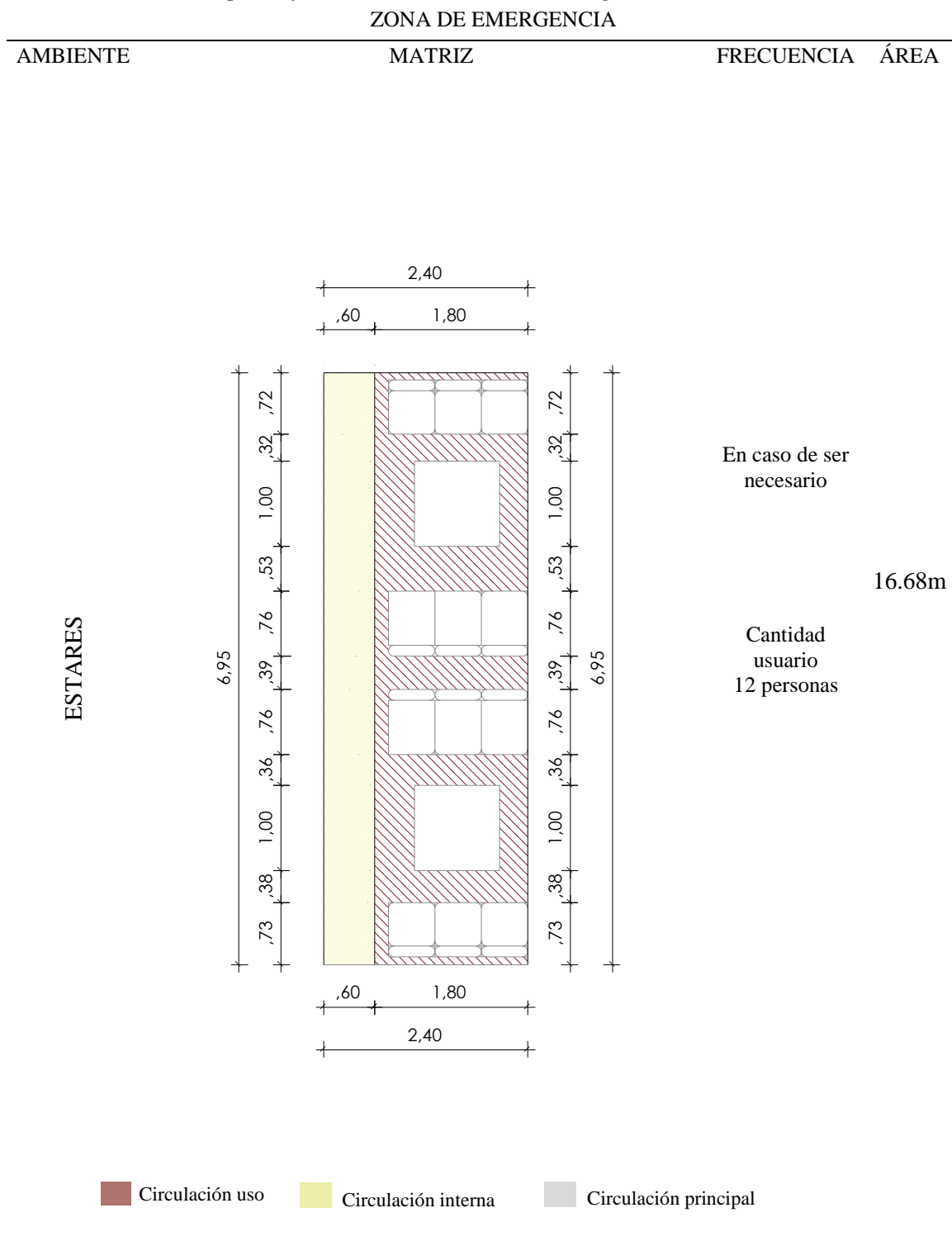


Tabla 56.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona de emergencia, caja.

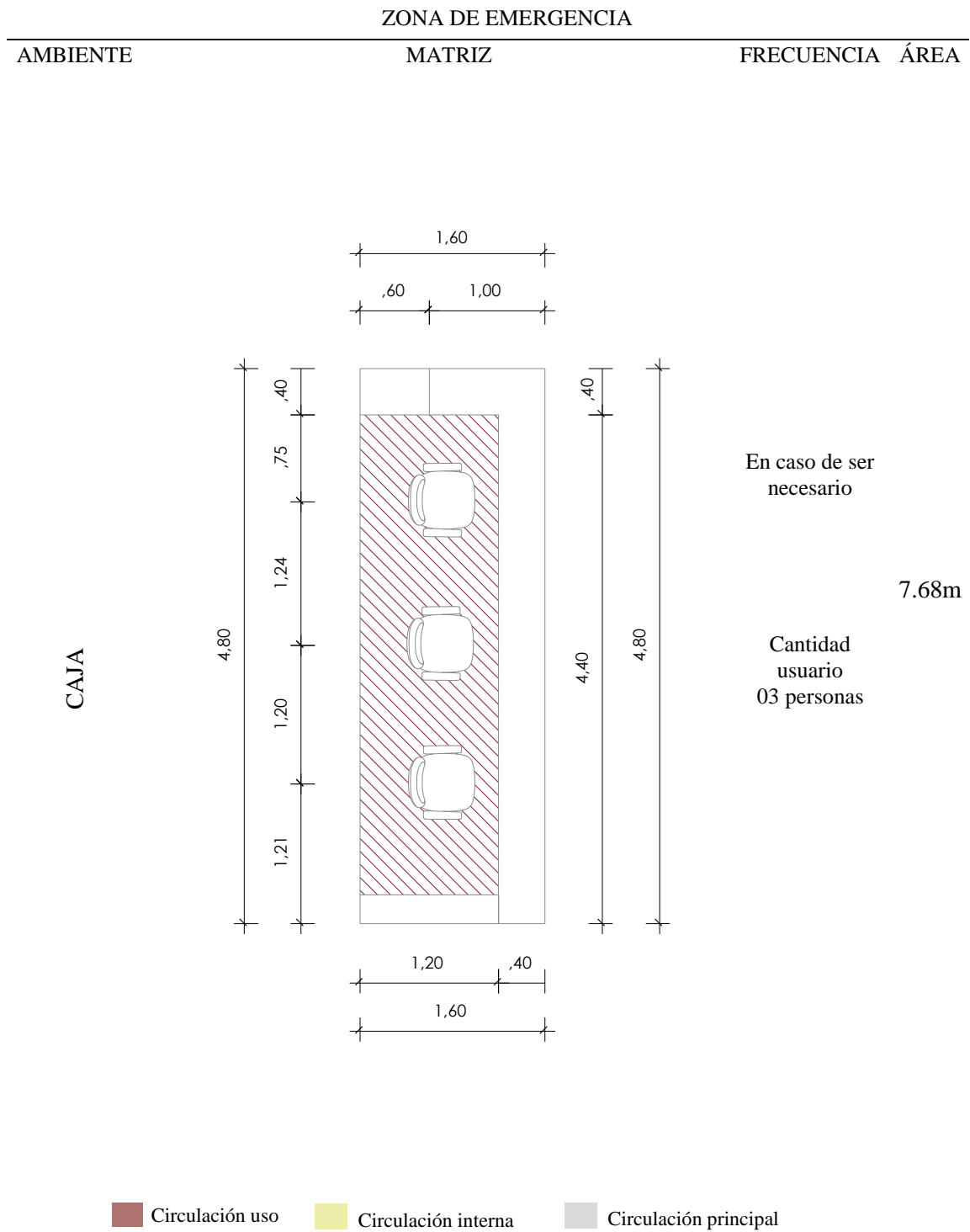


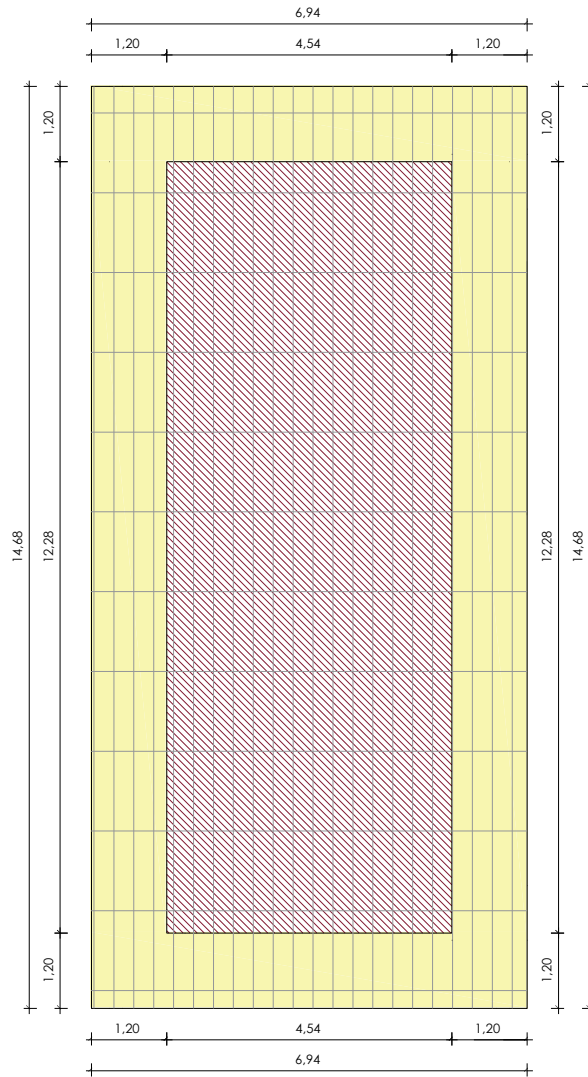
Tabla 57.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios - foyer

ZONA COMPLEMENTARIA

AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA
----------	--------	------------	------

FOYER



En caso de ser necesario

101.87m

Cantidad usuario
40 personas

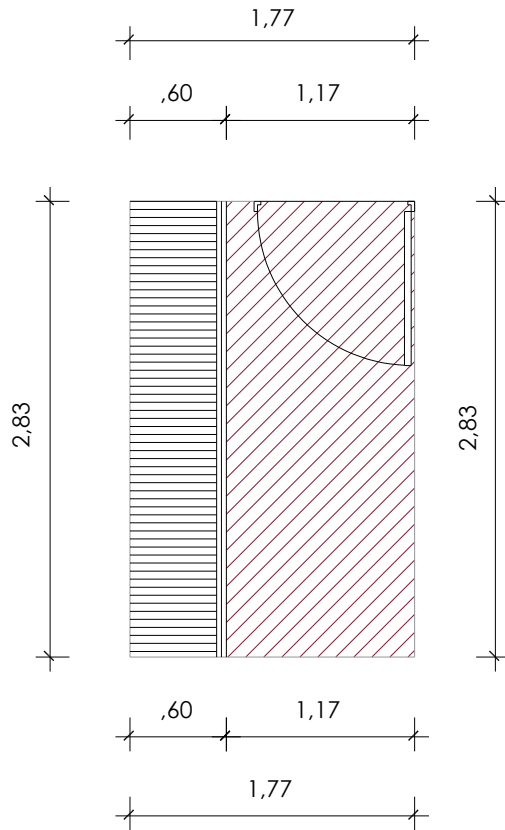
Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 58.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios -cuarto de mantenimiento

ZONA COMPLEMENTARIA		FRECUENCIA	ÁREA
AMBIENTE	MATRIZ		

CUARTO DE MANTENIMIENTO



En caso de ser necesario

5.00m

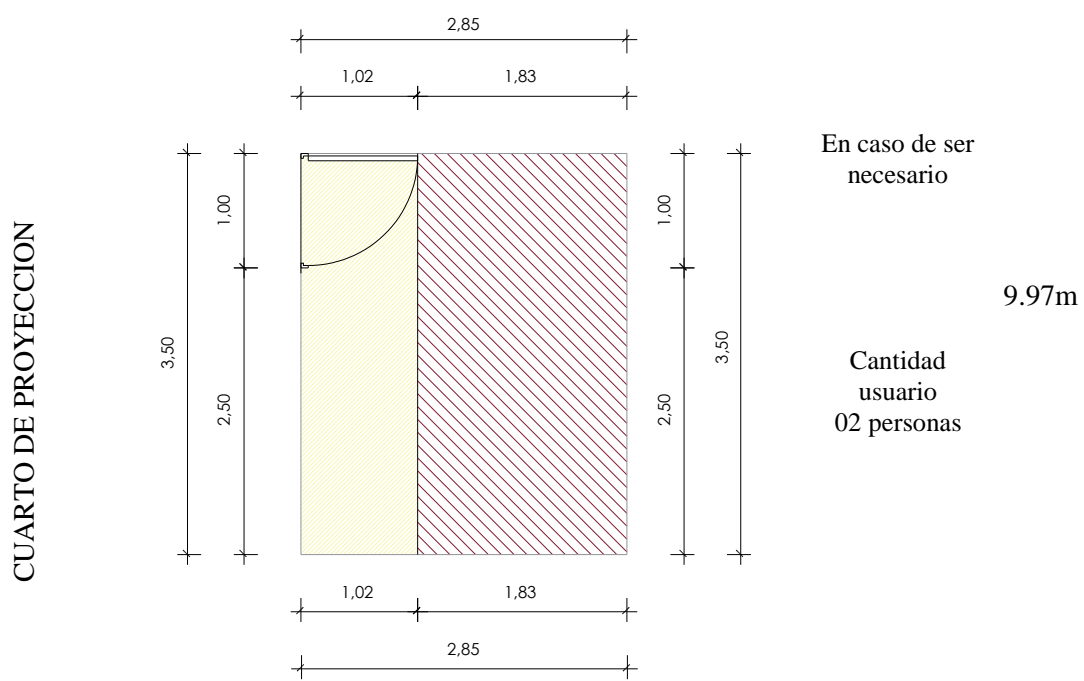
Cantidad usuario
40 personas

Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 59.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – cuarto de proyección

ZONA COMPLEMENTARIA		FRECUENCIA	ÁREA
AMBIENTE	MATRIZ		



Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

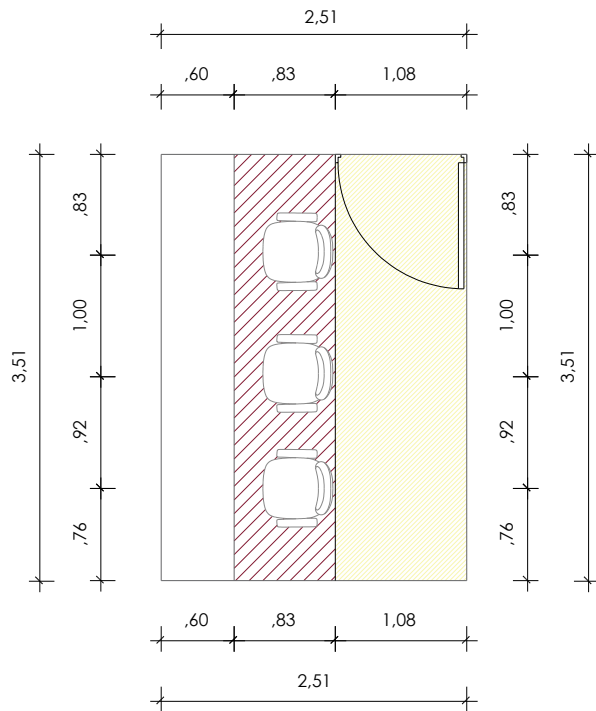
Tabla 61.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – camerinos

ZONA COMPLEMENTARIA

AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA
----------	--------	------------	------

CAMERINOS



En caso de ser necesario

8.80m

Cantidad usuario
03 personas

Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

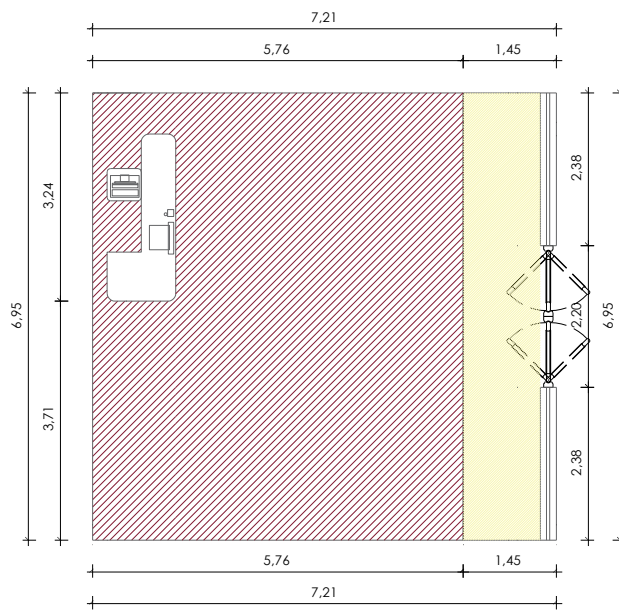
Tabla 62.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Serv. Complementarios – galería

ZONA COMPLEMENTARIA

AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA
----------	--------	------------	------

GALERIAS



En caso de ser necesario

50.10m

Cantidad usuario
15 personas

Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 64.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- cuarto de monitoreo

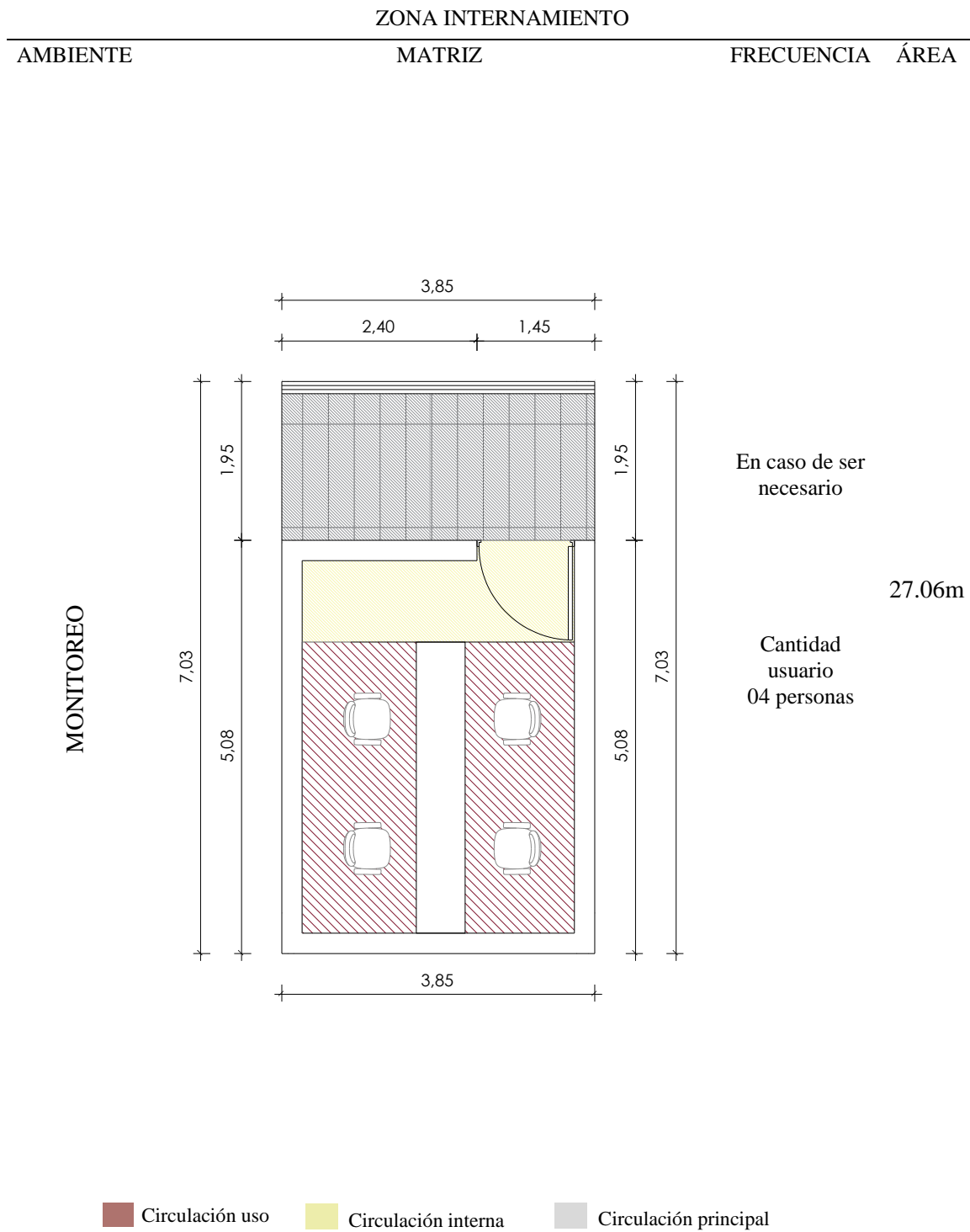


Tabla 65.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- oficio

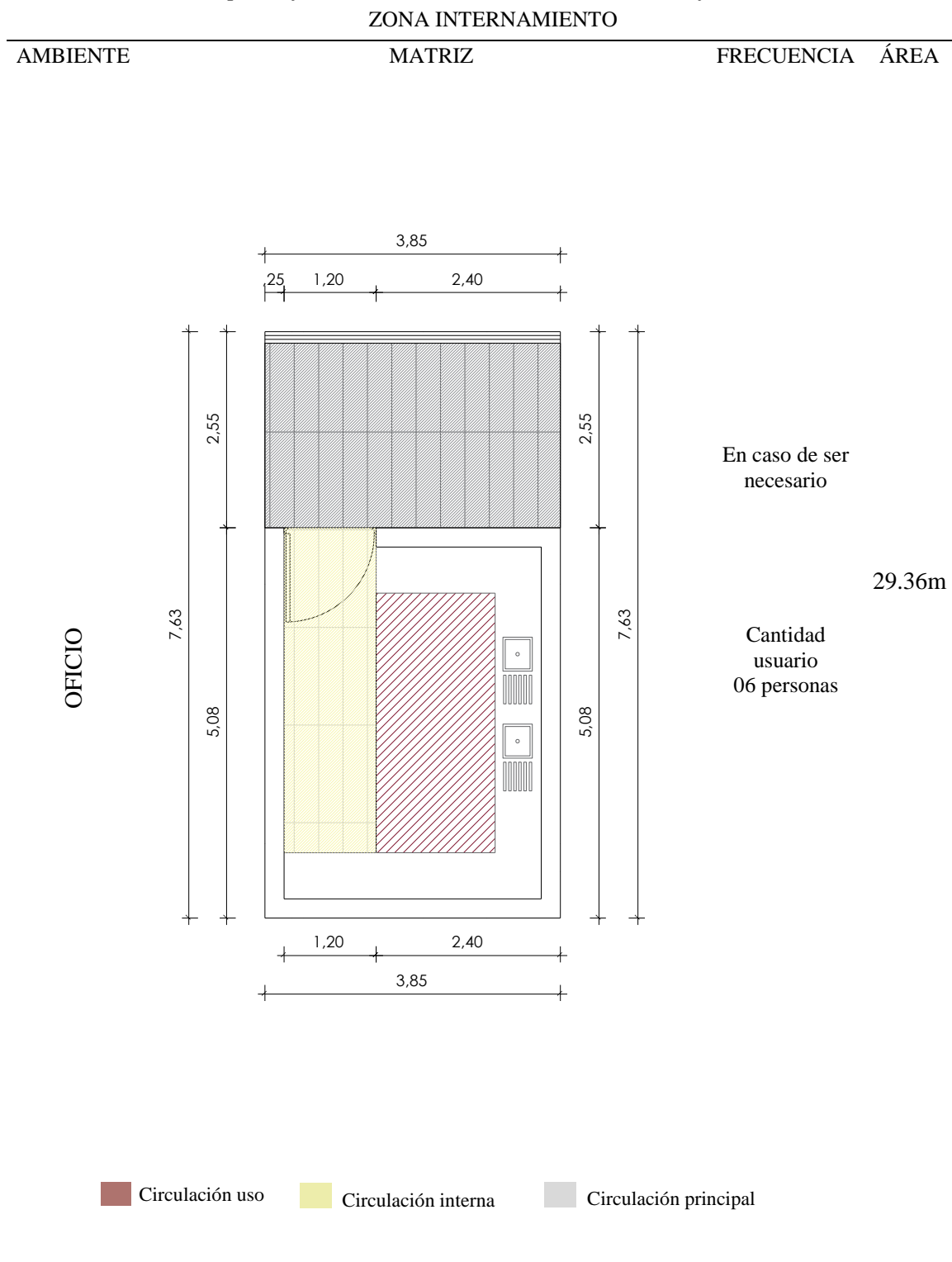


Tabla 66.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- habitación simple

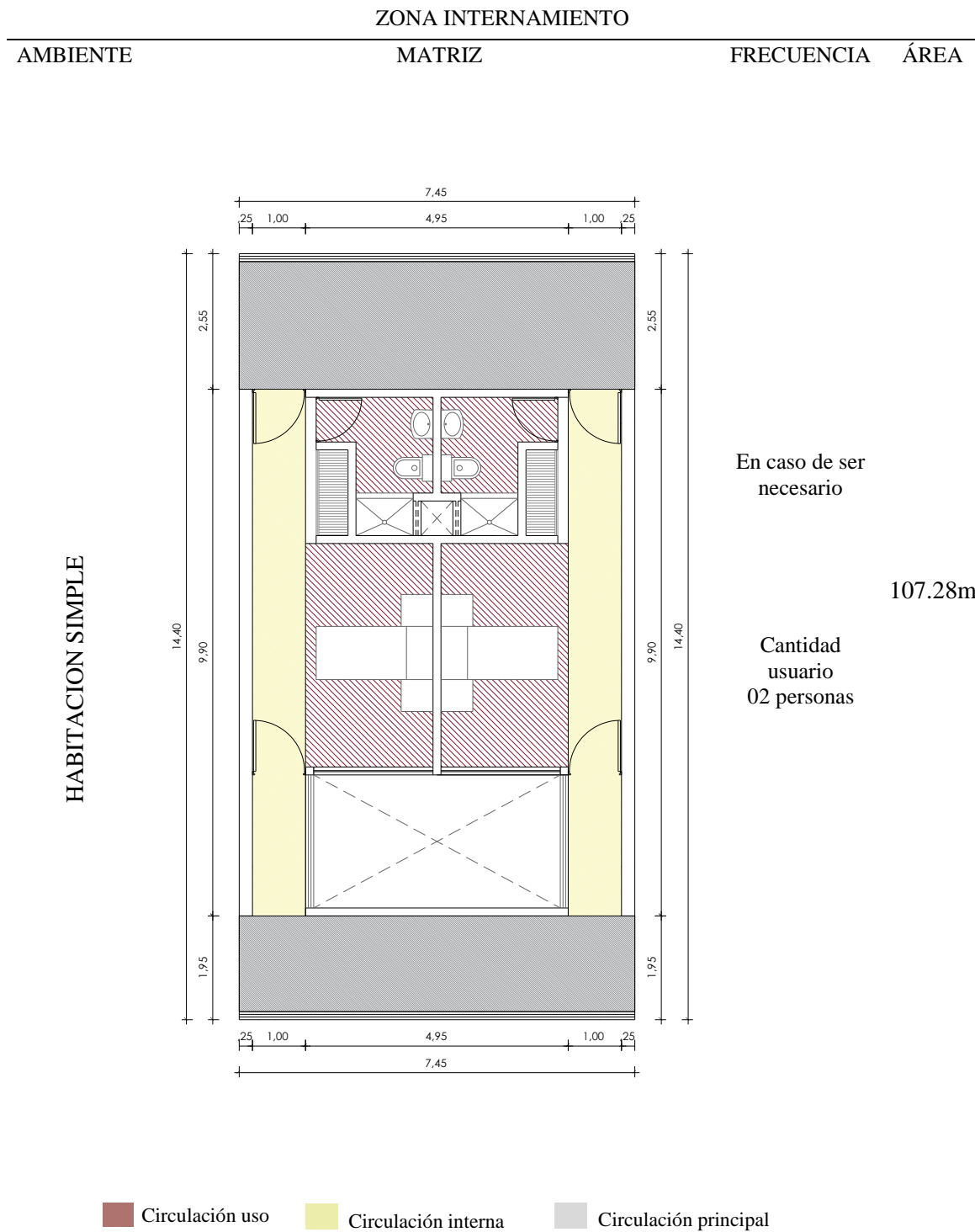


Tabla 67.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- habitación doble

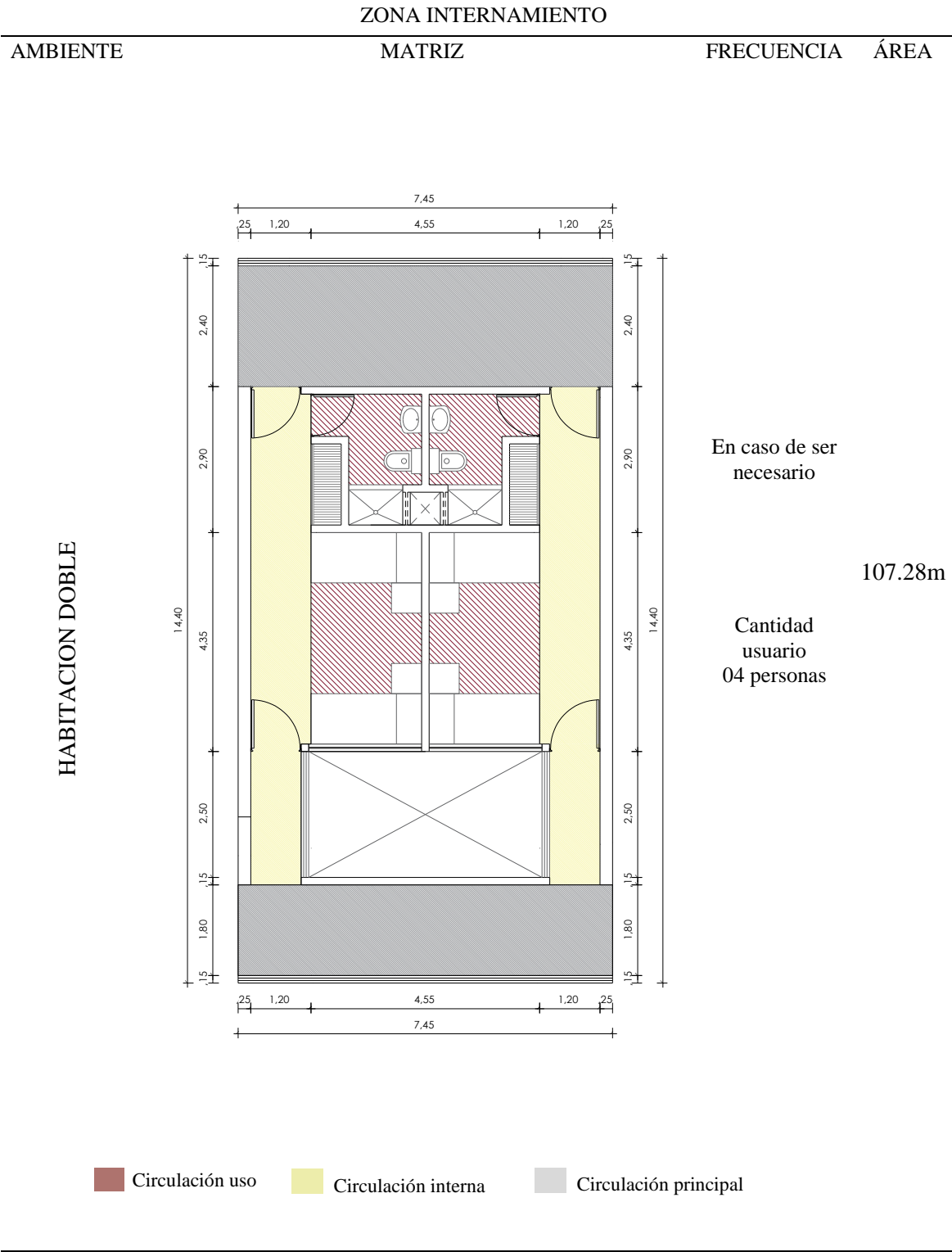
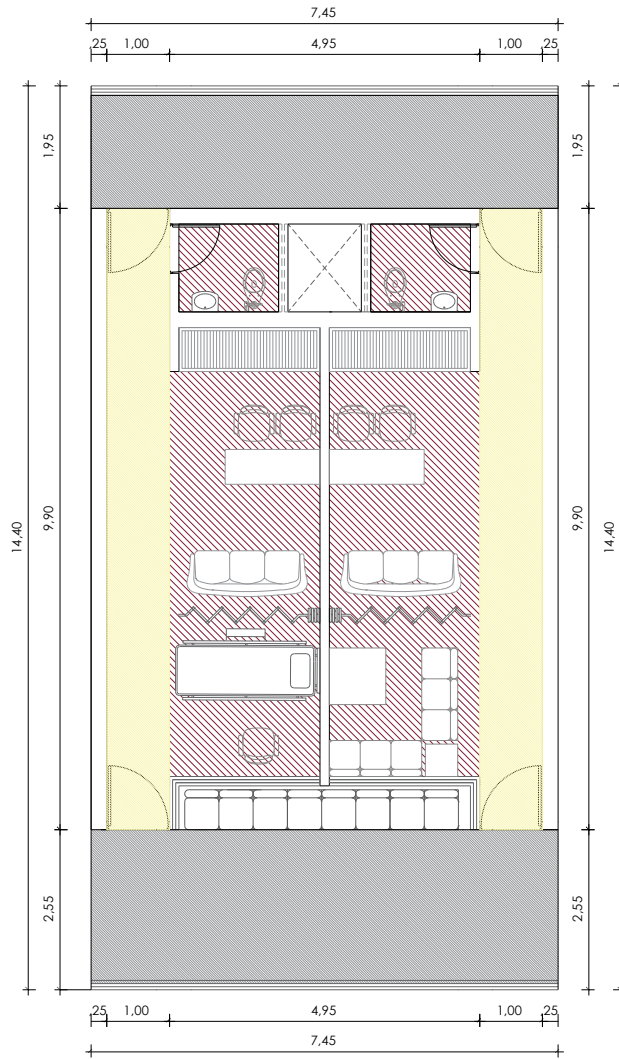


Tabla 68.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- nutrición, asistencia social.

ZONA CONSULTORIA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

NUTRICION, ASISTENCIA SOCIAL



En caso de ser necesario

107.28m

Cantidad usuario
24 personas

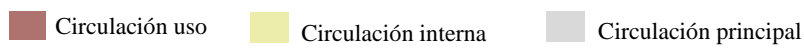


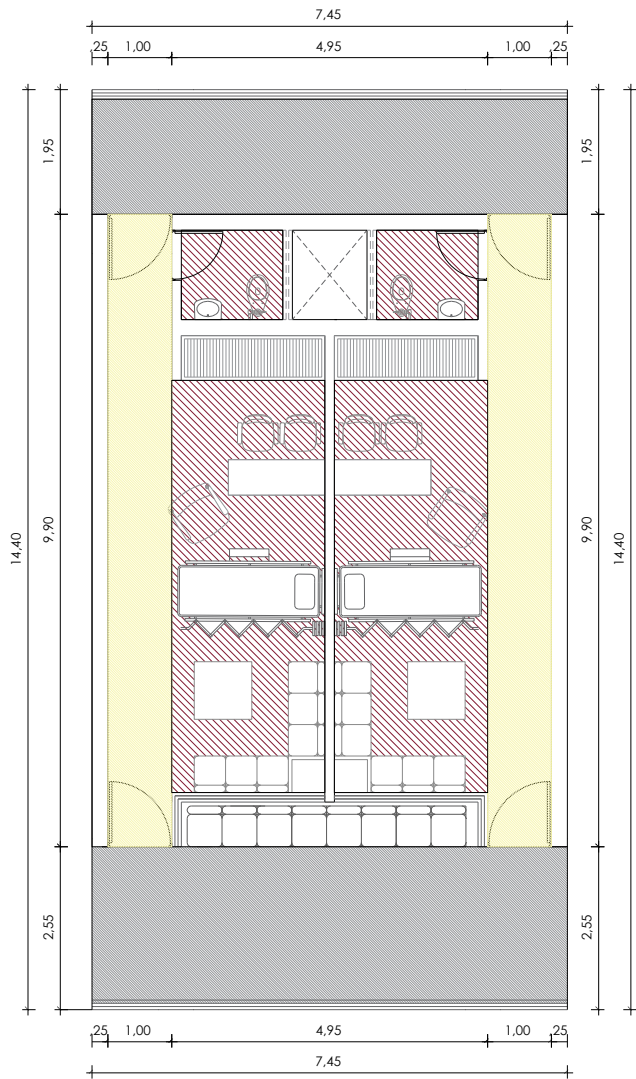
Tabla 69.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Internamiento- psiquiatría, psicología.

ZONA CONSULTORIA

AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA
----------	--------	------------	------

PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA



En caso de ser necesario

107.28m

Cantidad usuario
24 personas

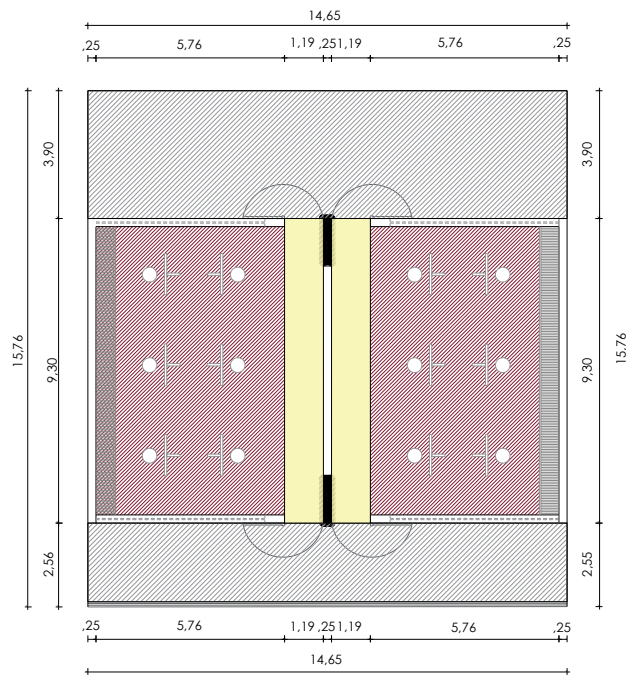
Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 70.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Terapéutica- taller de dibujo.

ZONA TERAPEUTICA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA

SALON DE LECTURA



En caso de ser necesario

230.88m

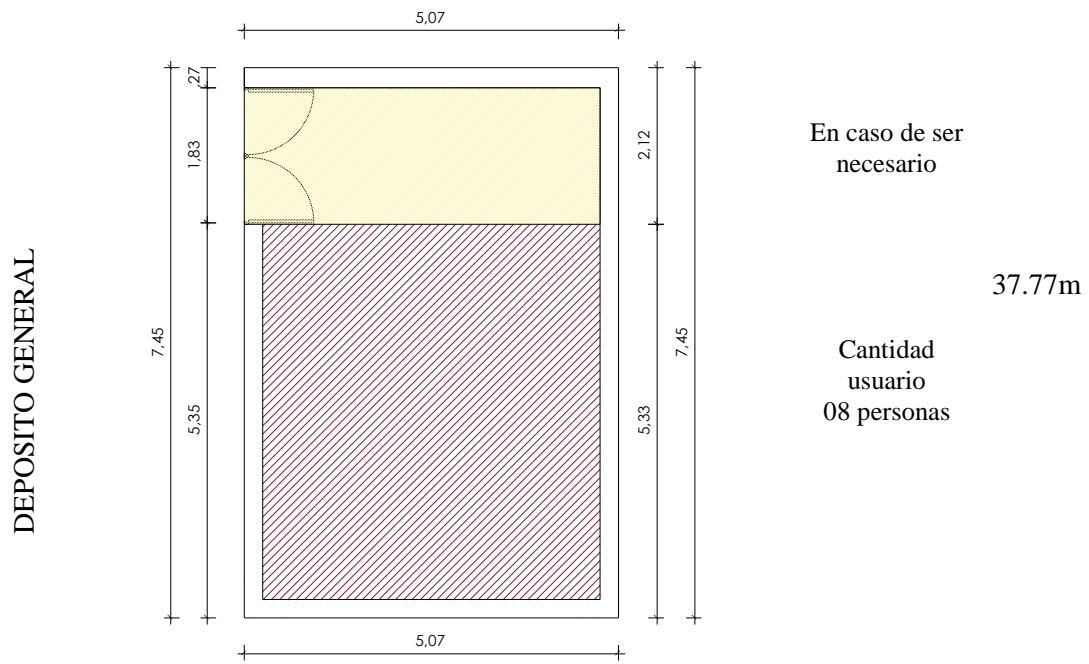
Cantidad usuario
14 personas

Circulación uso
 Circulación interna
 Circulación principal

Tabla 71.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Deposito general.

ZONADE SERVICIO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA



En caso de ser necesario

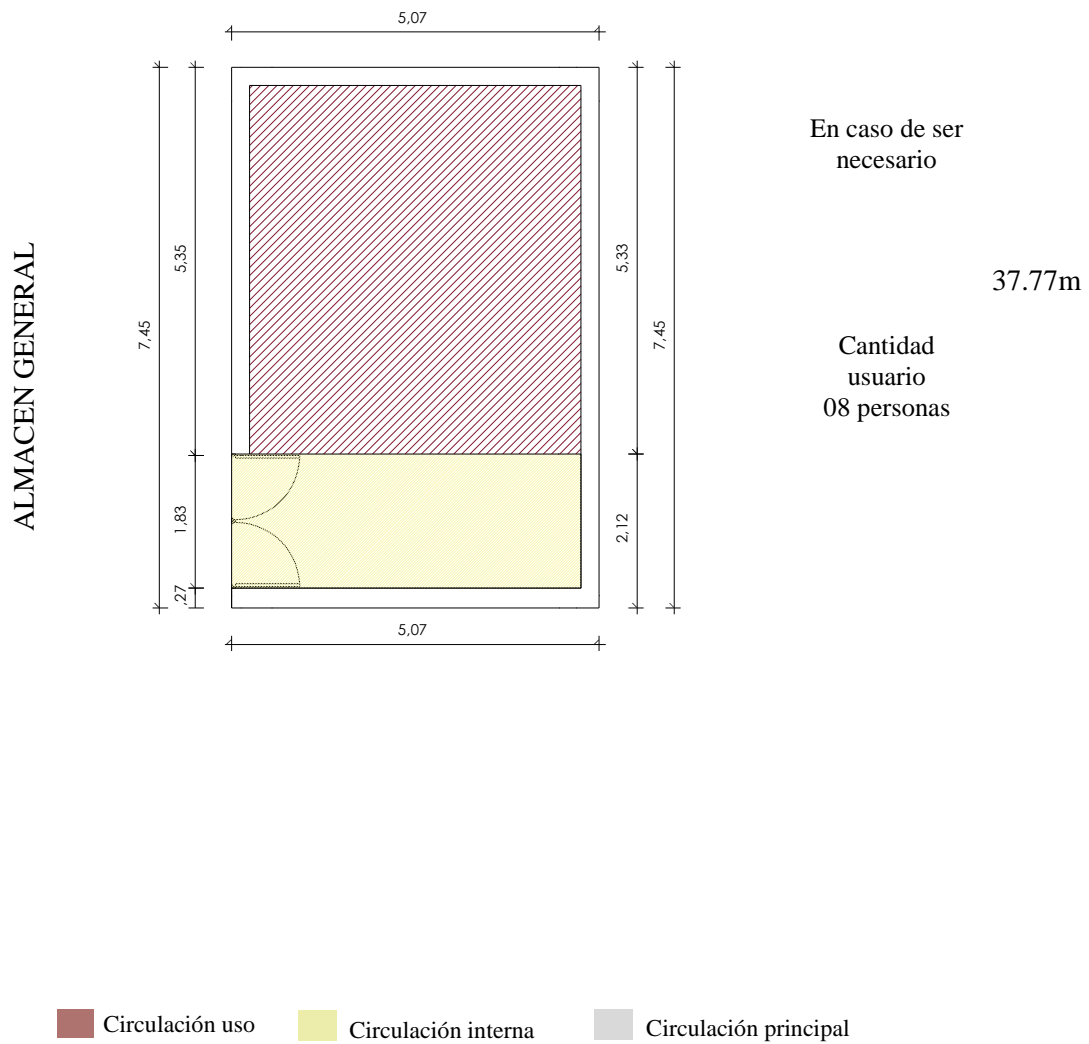
37.77m

Cantidad usuario
08 personas

- Circulación uso
- Circulación interna
- Circulación principal

Tabla 72.
Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Almacén general.

ZONADE SERVICIO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	ÁREA



3.2.6. Cuadro de necesidades según el tipo de usuario

Tabla 73.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Almacén general.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
ADMINISTRACION	RECEPCION	RECEPCION	1	mesa de trabajo	
			2	sillas	
		ARCHIVO	1	almacén	
	DIRECCION	DIRECCION	DIRECCION	1	mesa de trabajo
				2	sillas
				1	librero
		SS.HH	SS.HH	1	inodoro
				1	lavatorio
		ADMISION	ADMISION	1	mesa de trabajo
				2	sillas
				1	librero
		SS.HH	SS.HH	1	inodoro
				1	lavatorio
	REUNIONES	SALON REUNIONES	SALON REUNIONES	1	mesa de trabajo
				8	sillas
				1	librero
		TOPICO	TOPICO	3	sillas
				1	mesa de trabajo
				2	stand
		SS.HH	SS.HH	1	lavatorio
1				inodoro	
VISITAS	ESTAR DE VISITAS	ESTAR DE VISITAS	6	sillas	
			7	mesas	
			5	sillones	
	SS.HH	SS.HH	3	lavatorio	
4			inodoro		

Tabla 74.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Almacén general.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
CONSULTORIA	RECEPCION	RECEPCION	1	mesa de trabajo	
			2	sillas	
		ARCHIVO	1	almacén	
	CONSULTORIOS			1	mesa de trabajo
			PSIQUIATRIA	3	sillas
				1	librero
			MEDICO GENERAL	3	sillas
				1	escritorio
			PSICOLOGIA	1	escritorio
				3	sillas
				1	librero
			NUTRICIONISTA	1	escritorio
				3	sillas
			ASISTENCIA SOCIAL	1	mesa de trabajo
				3	sillas
				1	librero
		FARMACIA	3	sillas	
			1	barra de atención	
			2	stand	
			1	almacén	
		ALMACEN GENERAL	1	compartimientos	
			2	sillas	
	VISITAS	ESTAR DE VISITAS		6	sillas
			7	mesas	
			5	sillones	
SS.HH		3	lavatorio		
		4	inodoro		

Tabla 75.

Estudio de matriz espacio funcional de la zona. Almacén general.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	RECEPCION	SALA ESTAR	4	sillones
			1	mesa de centro
	AUDITORIO		240	butacas
			18	Paneles acústicos
			1	proyector
			80	sillas
			1	barra
			4	Mesas de billar
			2	sillas
			1	estante
			2	estante
			3	sillas
	GYM		12	corredoras
			2	estante
			12	sillas
			80	sillas
			1	barra de atención
			2	stand
	COMEDOR		1	almacén
			4	muebles
1			mesa central	
VISITAS	TIENDA DE VENTAS	2	estantes	
		1	barra	
		2	sillas	
	ESTARES		4	muebles
			1	mesa central

SUB CAPITULO VI: PROPUESTA ARQUITECTONICA

3.4. Propuesta arquitectónica.

3.4.1 Introducción



Figura 80: vista aérea de la propuesta arquitectónica resultante.

Las láminas del proceso arquitectónico (urbano – proyectuales) se encuentran anexadas en digital (unidad DVD/Residencia universitaria /Proyecto Arquitectura / Laminas)

3.4.1.1 Preexistencias.

La naturaleza y su presencia como fuente natural de confort, el terreno se posa como parte de un todo de un lugar y un entorno. El terreno propuesto cuenta con preexistencias naturales y urbanas, en su mayoría con arborización de eucalipto y molle formando un borde natural con la acequia que actúa de delimitador.

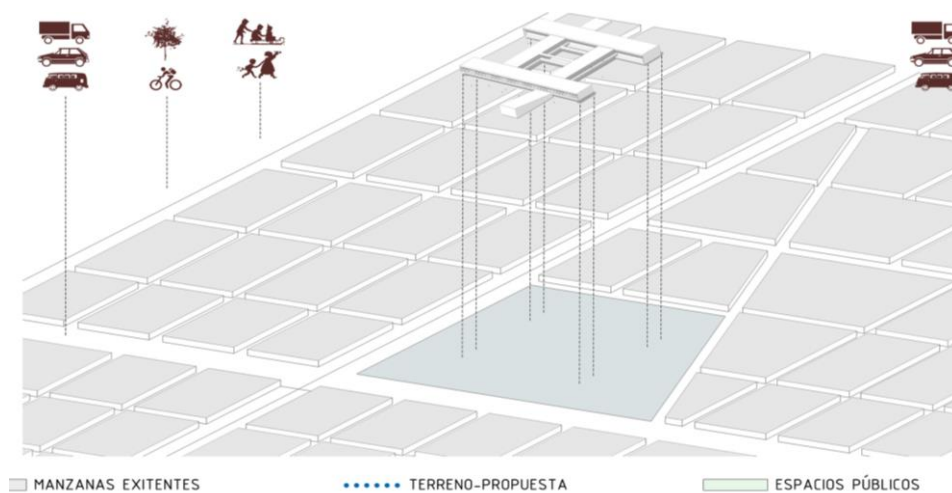


Figura 81: estudio de preexistencias naturales y artificiales resultantes en el terreno.

a) Naturales

Algarrobo:

La copa del algarrobo se asemeja a una sombrilla. Se extiende copiosa y rozagante hasta alcanzar unos 15 m de diámetro. De ella se desprenden cuantiosas ramas que se deslizan a sus anchas con su exuberante y verde follaje. Las más “rebeldes” rompen el molde y se lanzan al vacío como queriendo besar el suelo.



Figura 82: Estudio del algarrobo como preexistencia natural.

Las hojas se agrupan en pares y se desarrollan hasta conseguir unos 10 o 20 centímetros de largo. Con frecuencia son atacadas por las orugas. Estas larvas pueden apoderarse de las flores que se forman como espigas axilares y se tiñen de amarillo o rojo durante el verano.

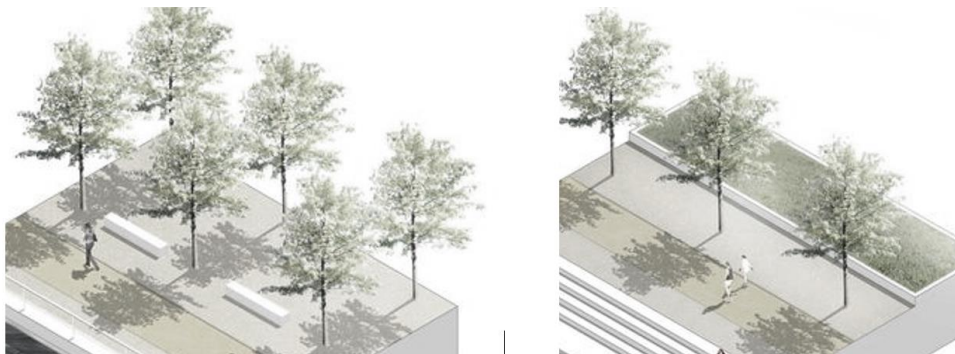


Figura 83: Tipología del algarrobo como elemento natural en un espacio exterior.

Molle:

El molle es una especie originaria de Sud América, un árbol que se presenta imponente por su gran estatura, en algunas regiones puede alcanzar hasta 15 metros de altura, mantiene su copa permanentemente de color verde, se multiplica por semilla de modo espontáneo o cultivado, indistintamente en terreo liviano como rocoso.



Figura 84: Estudio del molle como preexistencia natural.

Árbol de copa abierta, muy ramificado y con ramas colgantes; hojas compuestas de 15 a 20 folíolos. Posee flores pequeñas en panículas y sus frutos crecen en forma de racimos y color rosado, con una semilla. El tronco con látex y las hojas del molle tienen un olor penetrante, muy característica de la especie.

Alcanza generalmente una altura 6 a 8 metros pero en condiciones favorables llega hasta 15. La corteza es áspera, con protuberancias redondeadas y grietas de unos 2 a 3 mm, con tendencia a desprenderse en placas rígidas, con frutos de color rosado que cuelgan en racimos y hojas de olor característico a trementina.

Se le observa en los lugares secos de los valles interandinos, a veces junto a otras especies como la tara y el guarango, formando parte de las cercas vivas, como árbol de sombra, en la laderas, riberas de los ríos, cerca de las viviendas y en las ciudades ornamentando parques y avenidas.

Acequia:

Una preexistencia potente en el terreno, actúa como borde delimitador, esta define el terreno, separándolo con otros límites existentes y complementándose con la arborización indicada.



Figura 85: Estudio de la acequia colindante con el terreno como preexistencia natural.

b) Artificiales.

Vías: Estas definen el acceso al terreno, teniendo como principal avenida la prolongación de la av. Grau. (Carretera monsefu) la cual sirve de acceso principal al terreno y lateral mente se encuentra una calle vía muy importante la cual la de la mano con la acequia que está al borde de nuestro terreno propuesto.



Figura 86: Estudio de preexistencias artificiales – vías y trochas cercanas al terreno.

Tejido urbano:

El crecimiento de la ciudad en orientación respecto al sur genera una trama urbana muy importante al giro que se ha generado en la intersección del terreno, la cual servirá como eje regulador del proyecto.



Figura 87: Estudio de preexistencias artificiales – vías y trochas cercanas al terreno.

c) Topologías



Figura 88: plan general de ubicación de los cortes topológicos

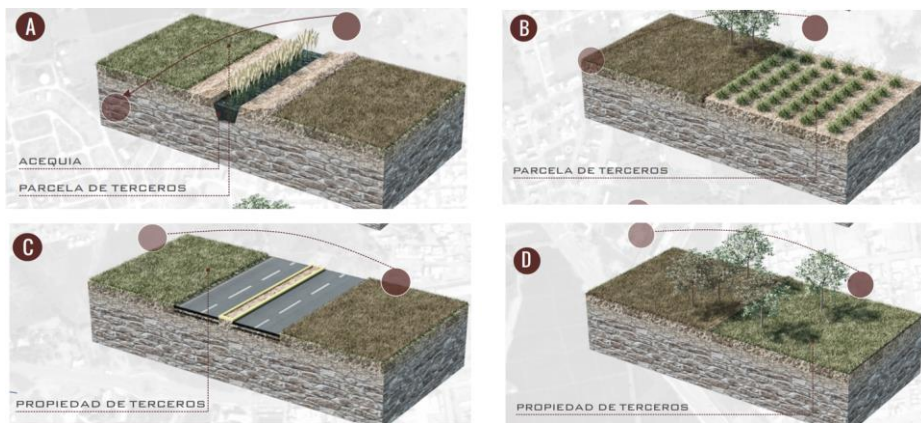


Figura 89: cortes longitudinales esquemáticos de las diferentes topologías

d) Relieve

Topografía:

Presenta una topografía moderada con curvas de nivel de 0.70 hasta 1.20 m debido a la acequia colindante con el terreno.

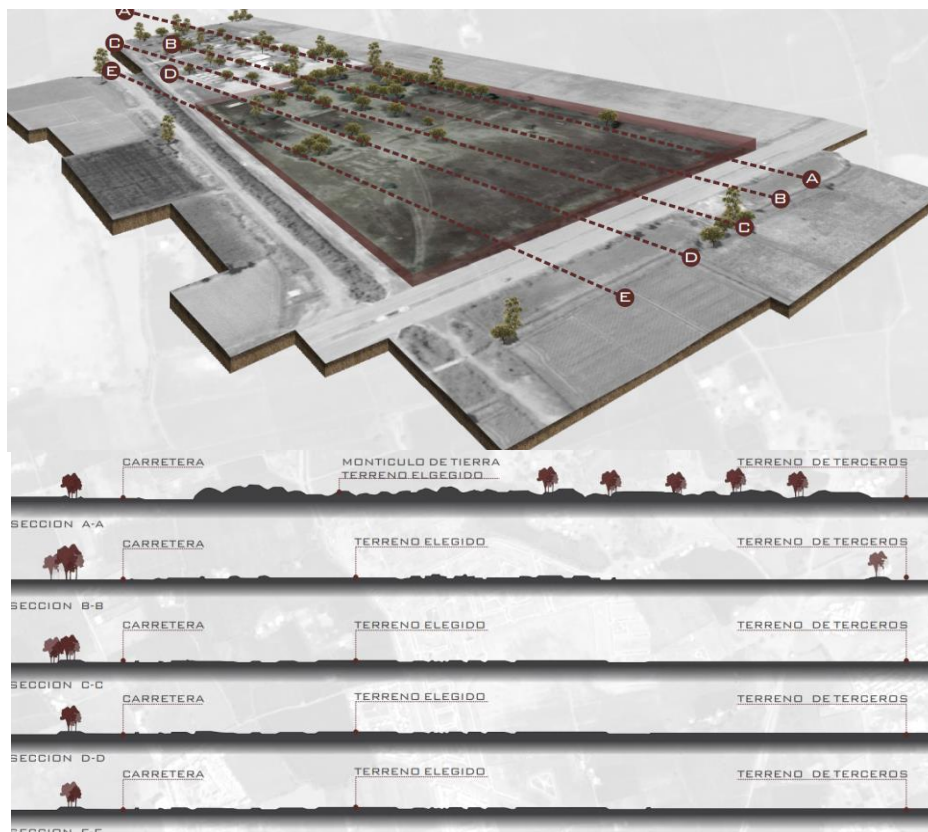


Figura 90: Estudio de curvas de topografía y curvas de nivel del terreno.

Riesgos:

Presenta un suelo fino de expansión baja a media, con cambio de volumen pequeño moderado capacidad portante 1.0-2.0 kg/m²

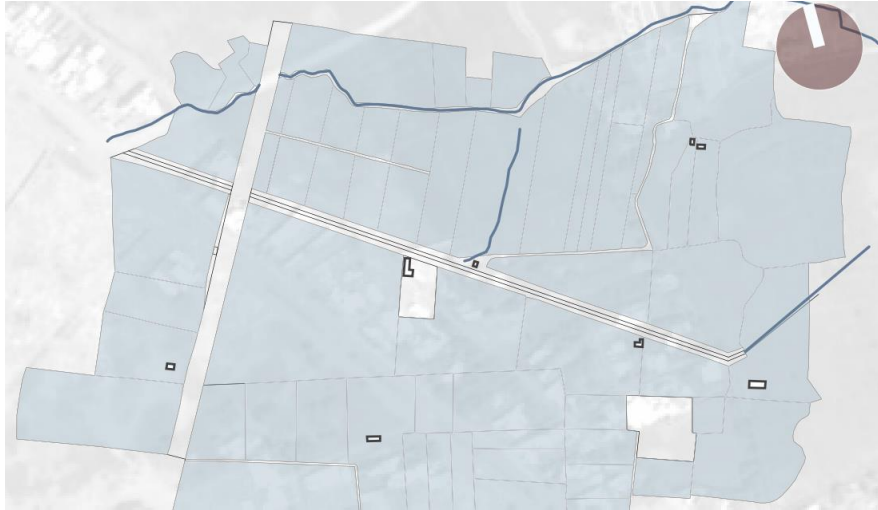


Figura 91: estudio del tipo de suelo que este presenta

Riesgos:

Presenta un riesgo de inundación medio, debido a la acequia colindante con el terreno, la cual aumenta su cauce en verano y el drenaje natural debido a la topografía del terreno.



Figura 92: Riesgo de inundación afectados por la cercanía a la acequia.

Diagnostico-Estrategia.



Figura 93: Estudio del problema y solución de nuestro terreno respecto al entorno.

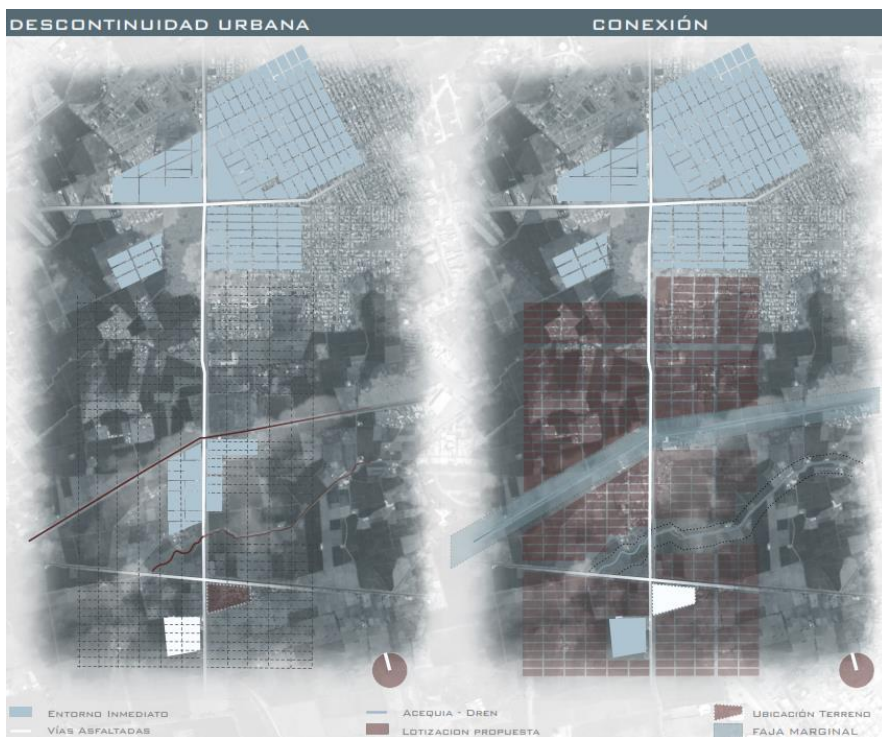


Figura 94: Estudio del problema y solución de nuestro terreno respecto al entorno.

Resumen Estrategias:

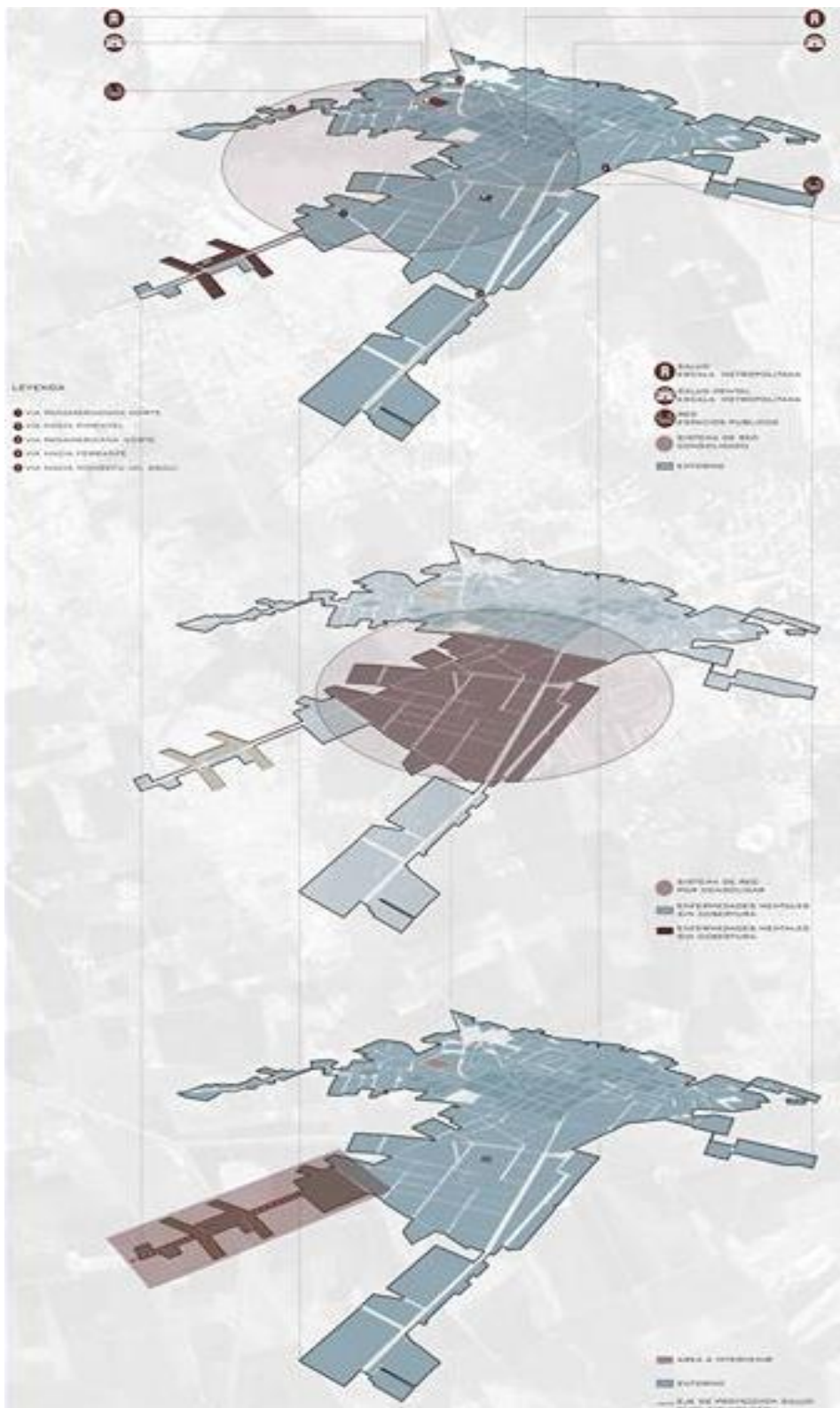


Figura 95: resumen estratégico desde el problema general hasta la solución específica

3.4.1.1 Estrategias proyectuales.

a. Análisis a escala sector.

El proyecto se ubica en la región Lambayeque provincia de Chiclayo distrito de Chacupe al sur de la ciudad de Chiclayo, en el eje de Chiclayo – Monsefu, como respuesta a la falta de infraestructura especializada en el tratamiento de enfermedades mentales que cada día aquejan a la población de la región lo cual va en aumento por lo que ubicamos el eje más adecuado para plantear nuestro proyecto respecto al sector con más incidencia de personas que padecen estas enfermedades.



Figura 96: ubicación del proyecto respecto a un entorno más mediato a escala sectorial

b. Análisis a escala barrio.

El proyecto está ubicado estratégicamente en un eje que parte como continuidad de la avenida Grau ya que para esto responde a una serie de parámetros establecidos por el sistema de salud del estado cuyos requisitos son entre los más principales el que se encuentre algo alejado de la ciudad, el hecho de que no hayan fábricas o industria a los alrededores, el hecho de la contaminación acústica, el tema del acceso, entre otros, por lo que se plantea conectar la ciudad mediante el proyecto que se encuentra ubicado en el trayecto de la carretera Chiclayo – Monsefu generando un lugar de estancia entre dos distritos y a partir de eso comenzar a generar ciudad a los alrededores.



Figura 97: vista aérea del proyecto respecto a un entorno más mediato a escala barrio

c. Modulaci3n.

La modulaci3n resulta como resultado de una estructura funcional y estructural de 1.20 y en base a ese modulo se mantiene una secuencia de m3dulos y s3per m3dulos en los cuales a partir d eso se va tejiendo una trama ortogonal la cual va ordenando el proyecto y de esta forma constituir una grilla sumamente ordenada y estructurada.

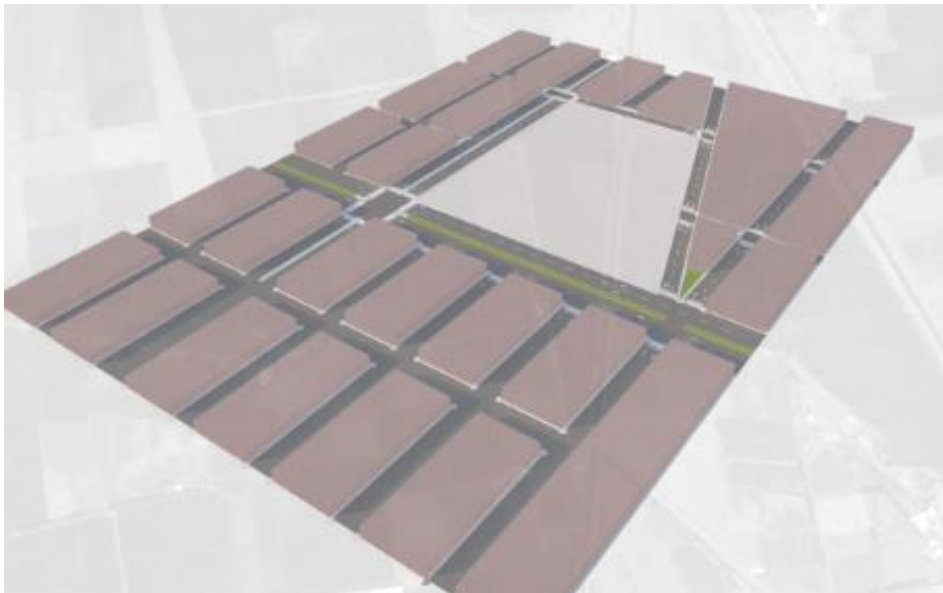


Figura 98: Estudio de la maya modular proyectada en el terreno para definir modulo

Módulo de diseño.

El modulo se adaptara a la medida necesaria de un escritorio en función de la actividad de estudiar como resultado de un estudio funcional de medidas antropométricas.

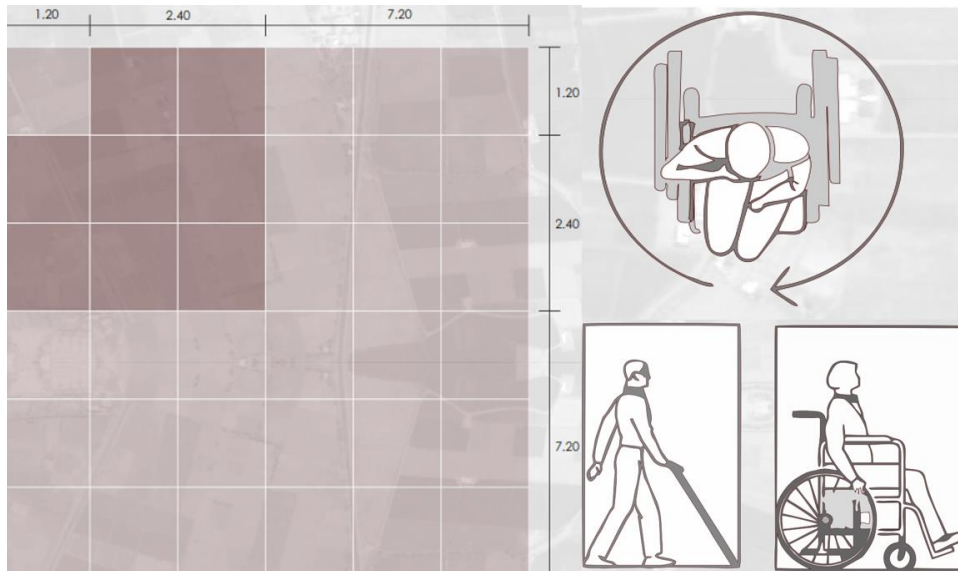


Figura 99: Estudio el modulo base a partir del cual se ordenara el proyecto

d. Circulaciones.

El proyecto se conecta a través de una circulación principal, organiza a nivel general, esta distribuye a cada bloque linealmente y así conectar con la circulación horizontal.

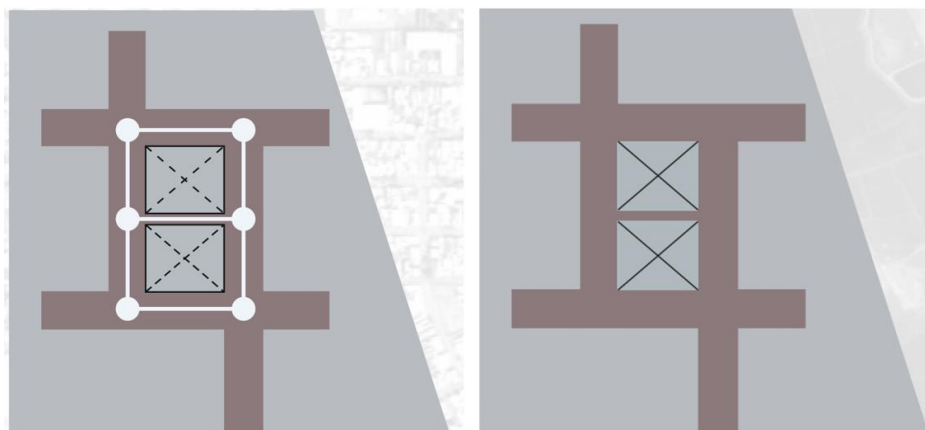


Figura 100: Vista en planta de las circulaciones exteriores y las circulaciones internas

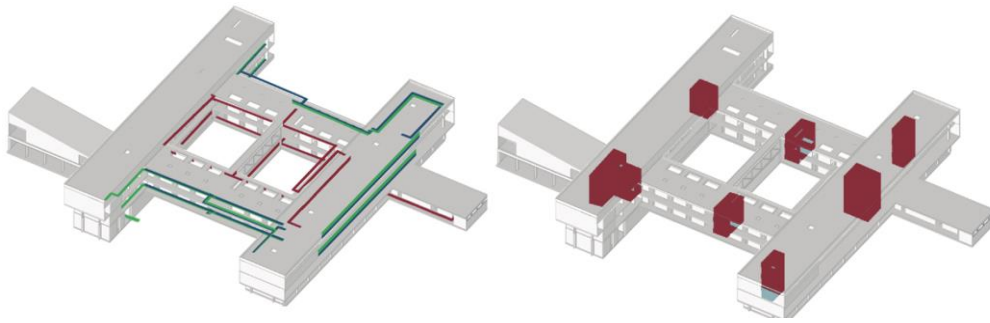


Figura 101: Vista isométrica de las circulaciones horizontales y los paquetes de circulación vertical.

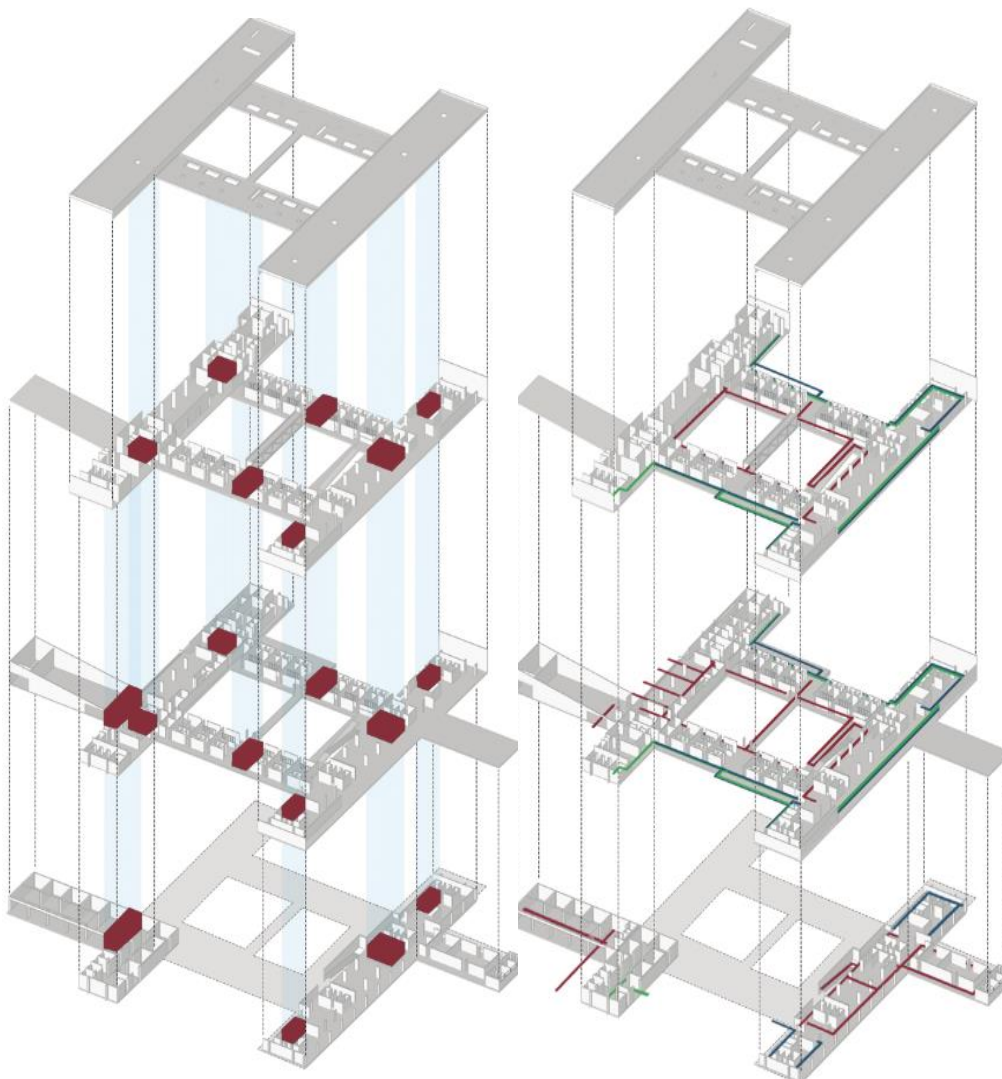


Figura 102: Vista isométrica de las circulaciones horizontales y los paquetes de circulación vertical.

e. Emplazamiento.

El proyecto se organiza a través de un espacio principal, organizador el cual a nivel general, este patio organizador genera todo el tema espacial desde adentro hacia afuera lo cual respalda la concepción general del proyecto que constituye un edificio cuya espacialidad se lea a partir del interior hacia el exterior.

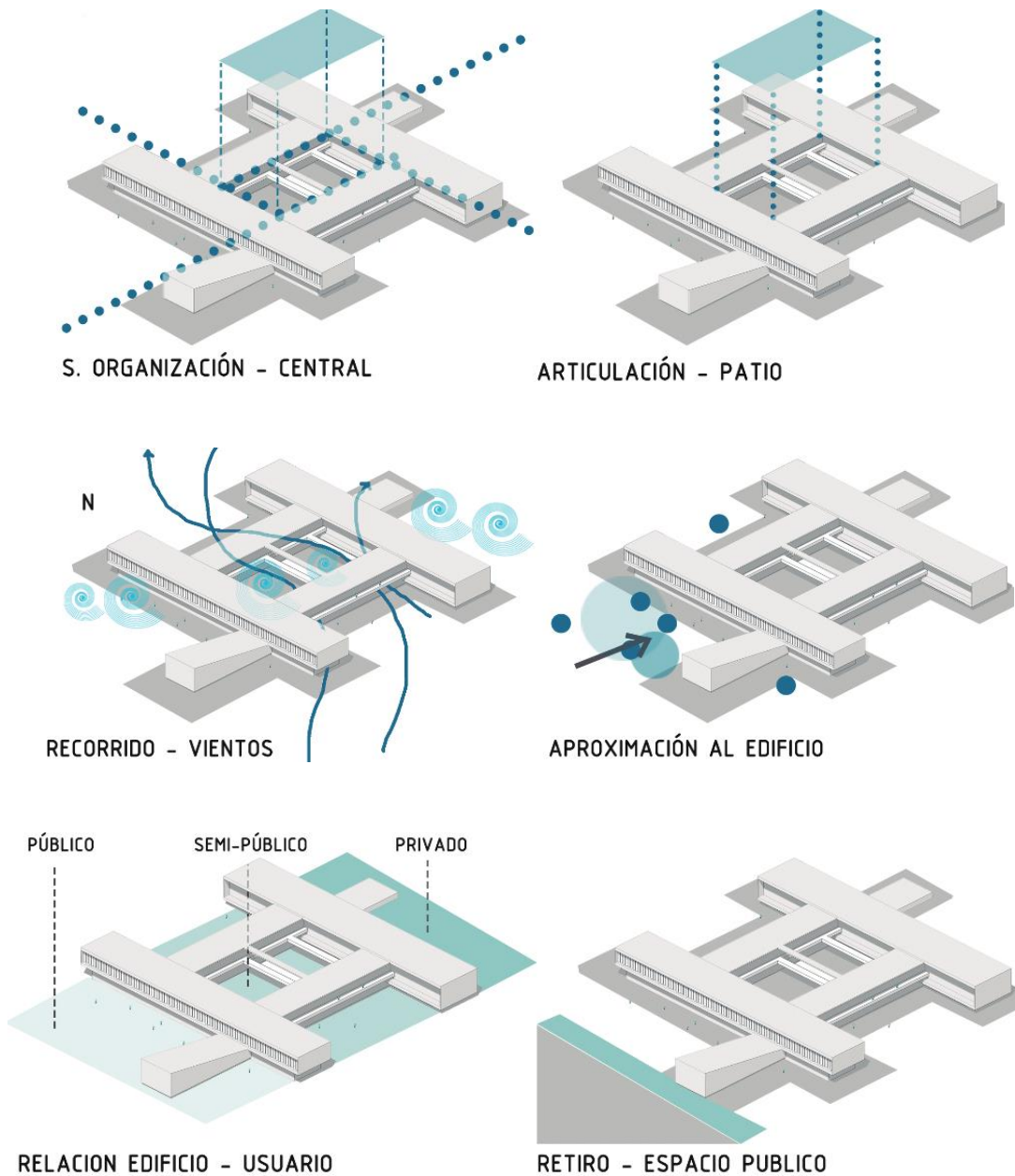


Figura 103: Vista isométrica de los criterios fundamentales del emplazamiento proyectual.

f. Relación con el entorno.

La finalidad del edificio es darle continuidad a la ciudad proyectando un eje de salud en el cual se pueda repotenciar un sistema de redes que nace desde la av. Grau y final mente a partir de estas edificaciones poder consolidar una cobertura en los diferentes distritos.



Figura 104: Vista isométrica de los criterios fundamentales del emplazamiento proyectual.

g. Sistema de organización.

El sistema de organización parte como idea principal el criterio del patio como espacio de organización central el cual a partir del mismo se organiza las zonas, del interior hacia el exterior.

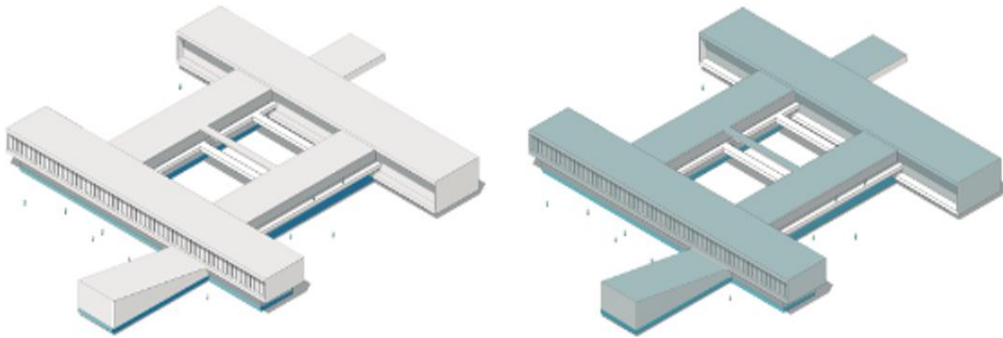


Figura 105: abstracción general de organización proyectual

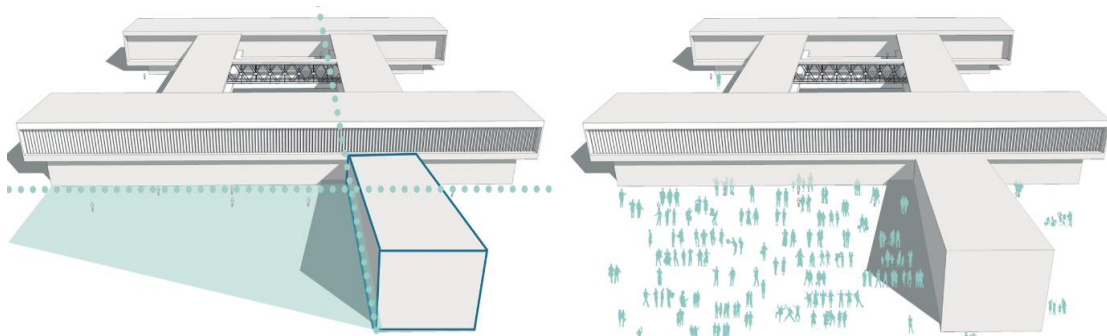


Figura 106: estudio de organización central y el tema de aproximación al edificio.

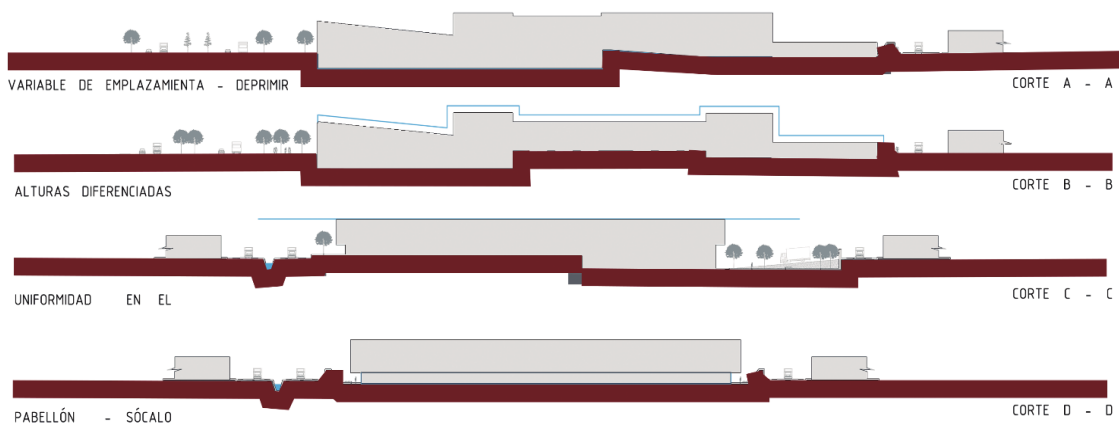


Figura 107: cortes esquemáticos los cuales explican la concepción general del proyecto

h. Edificio y espacio público.

Se opta por consolidar una alameda con árboles y banquetas al límite del terreno aprovechando el tema de espacio público el cual brinde transitabilidad y espacios de interacción previo al ingreso principal.

Las plazas se consolidan medio de la organización espacial generada por un espacio principal, para entender su concepción se plantean plazas en el ingreso públicas y semi públicas, ya que con esto se busca concientizar al usuario, la preservación de las áreas verdes como consecuencia de la irregularidad que no se toma en cuenta en la zona, el proyecto actuara como un filtro verde y un pulmón más en la ciudad.

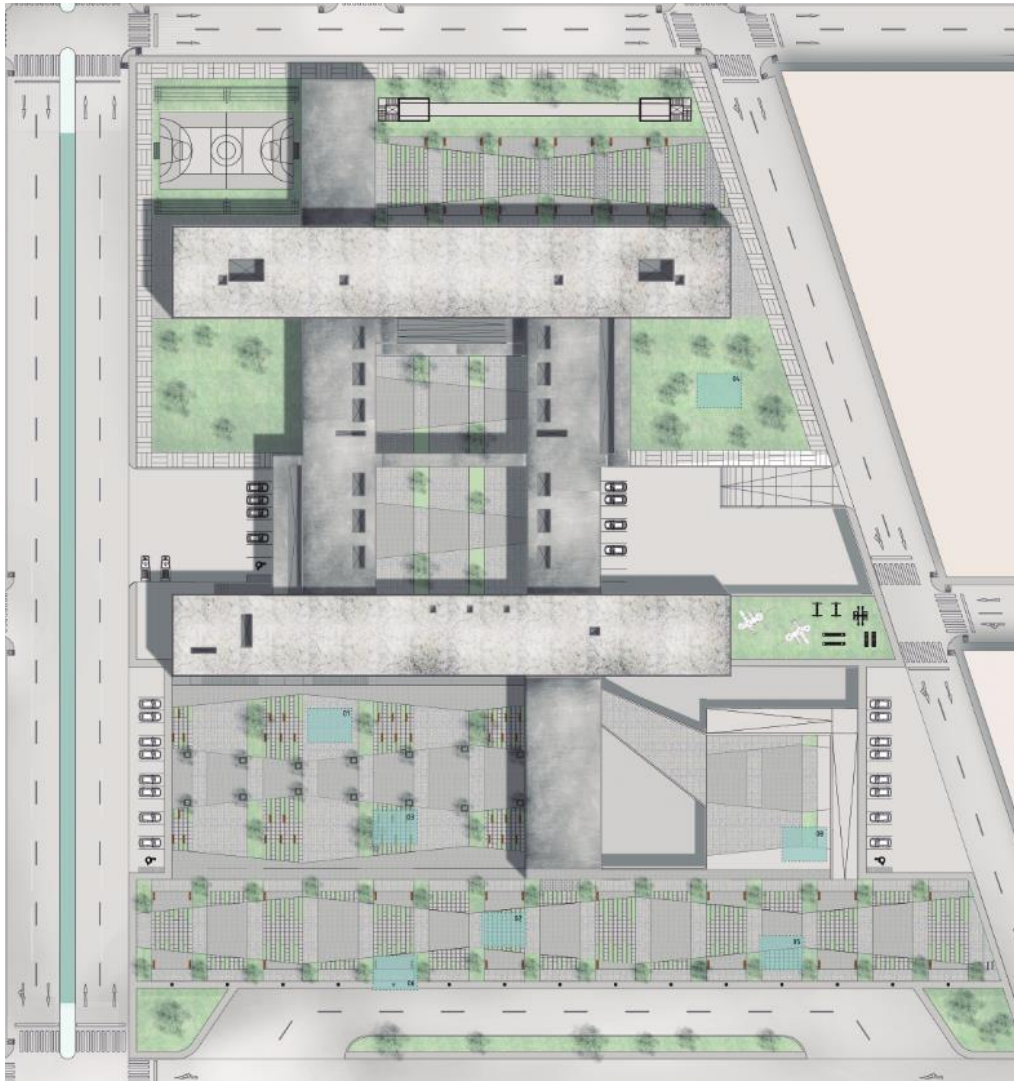


Figura 108: vista aérea del plot plan general de edificio y espacio público propuesto.

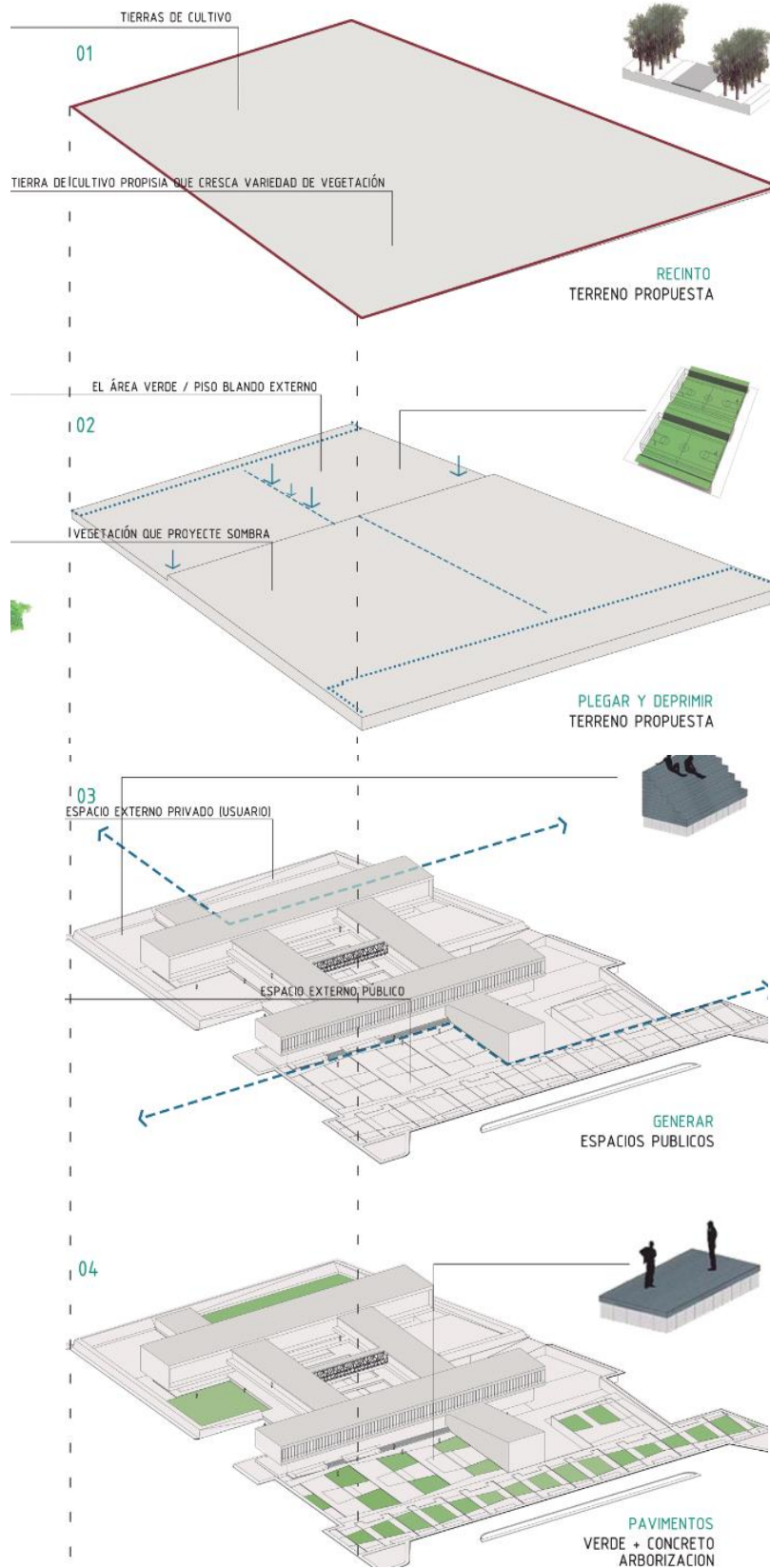


Figura 109: vista isométrica secuencial de la relación del proyecto con los espacios exteriores.

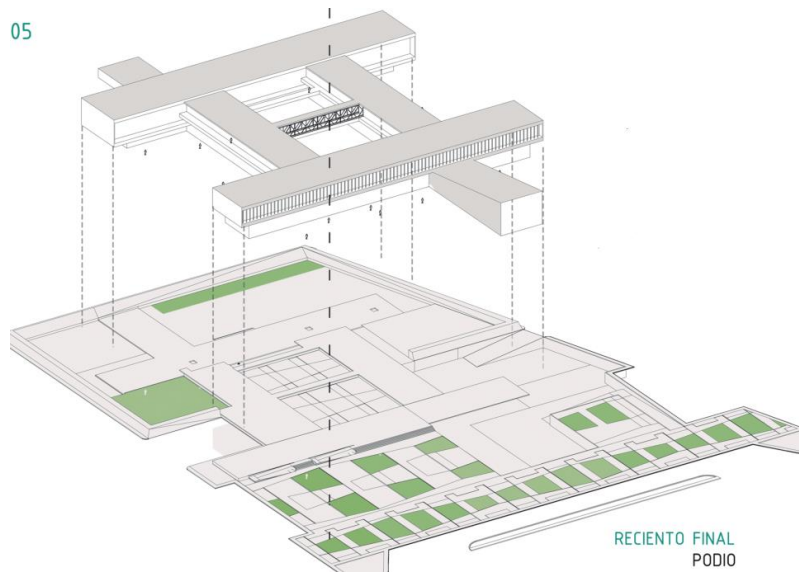


Figura 110: vista isométrica del posicionamiento de la pieza arquitectónica sobre el terreno.

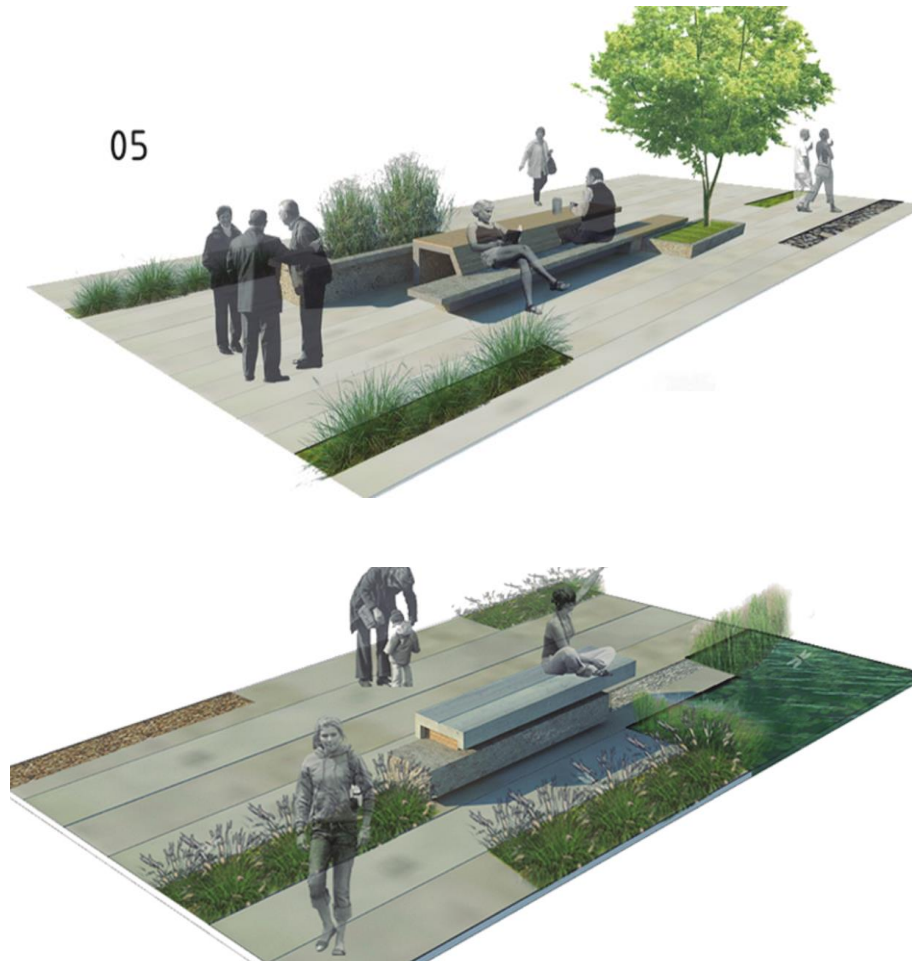


Figura 111: propuesta arquitectónica de la utilización del verde en combinación con el concreto.

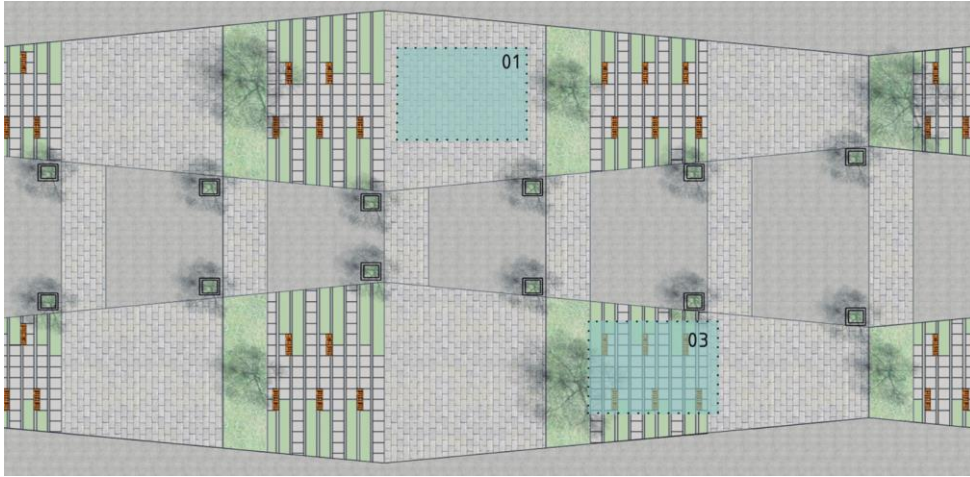


Figura 112: vista aérea del tratamiento de pavimento la alameda como espacio publico



Figura 113: vista aérea del criterio de espacio público empleado a lo largo de la alameda.



Figura 114: vista aérea del criterio de espacio público empleado a lo largo de la alameda.

i) Criterio estructural.

Se utiliza un sistema estructural aporticado que constituye una secuencia de pórticos ubicados equidistantemente el cual permite generar grandes luces y liberar el espacio para poder generar una máxima amplitud en todos los bloques y luego tratar de esconder la estructura y hacer visible el edificio, este sistema funciona en edificios de grandes luces haciendo uso de la arquitectura ingrávida.

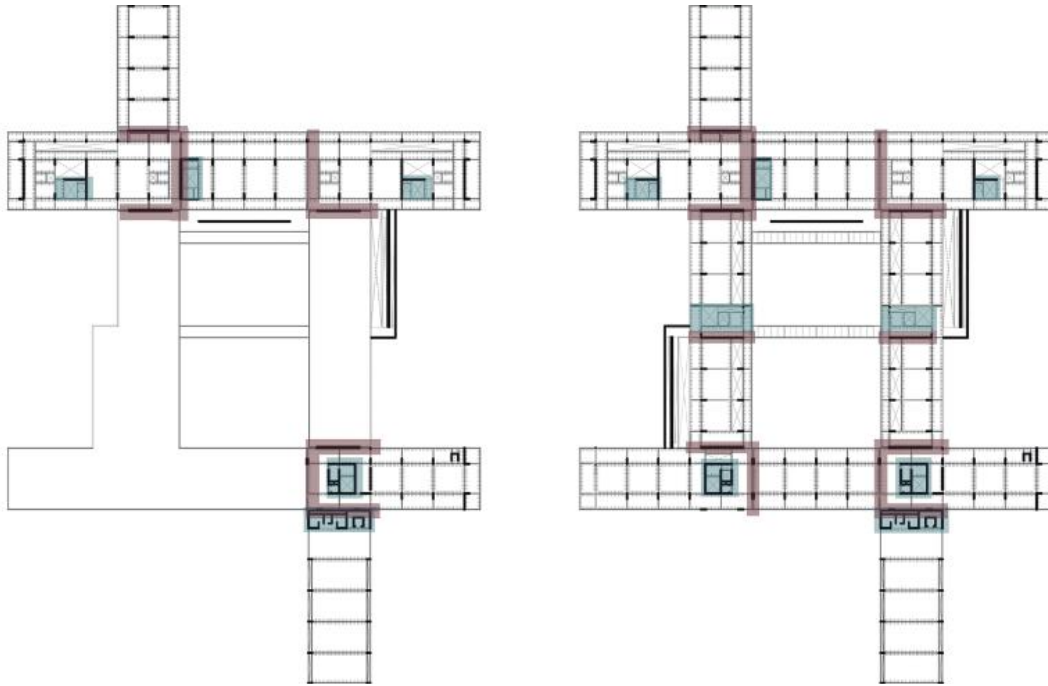


Figura 115: plantas estructurales donde se nos muestra el criterio de las juntas sísmicas.

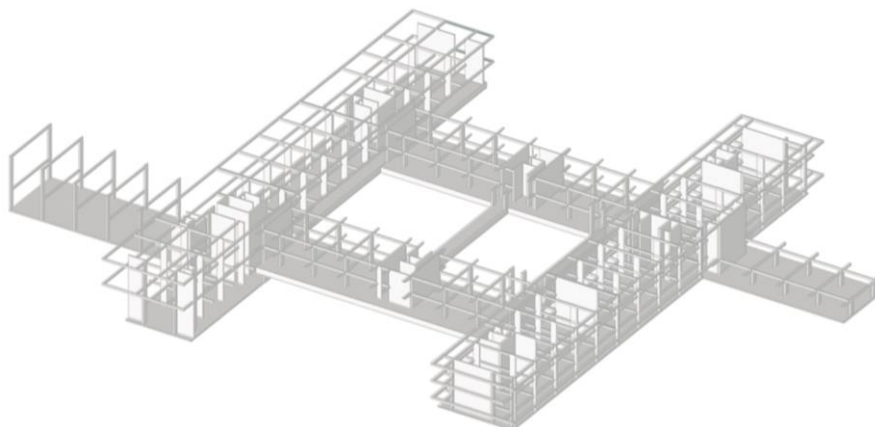


Figura 116: Isometría estructural donde nos muestra todo el soporte del proyecto.

j) Mobiliario urbano.

Se plantea generar mobiliarios ligeros pero de buena calidad, en el sector no es muy común encontrar este tipo de mobiliario debido al mal uso o mal cuidado que se le da por lo que se opta por proponer mobiliarios en cada estancia como parte de un conjunto que albergara la función de una recreación, basureros metálicos para evitar su deterioro y en la alameda se dispone bancas, y parasoles son materialidad rustica de la zona, luminarias económicas.



Figura 117: diferentes tipos de equipamientos tanto funcionales como económicos.

i) 3.4.3. Proyecto(visualización arquitectónica)

Plano general del proyecto arquitectónica

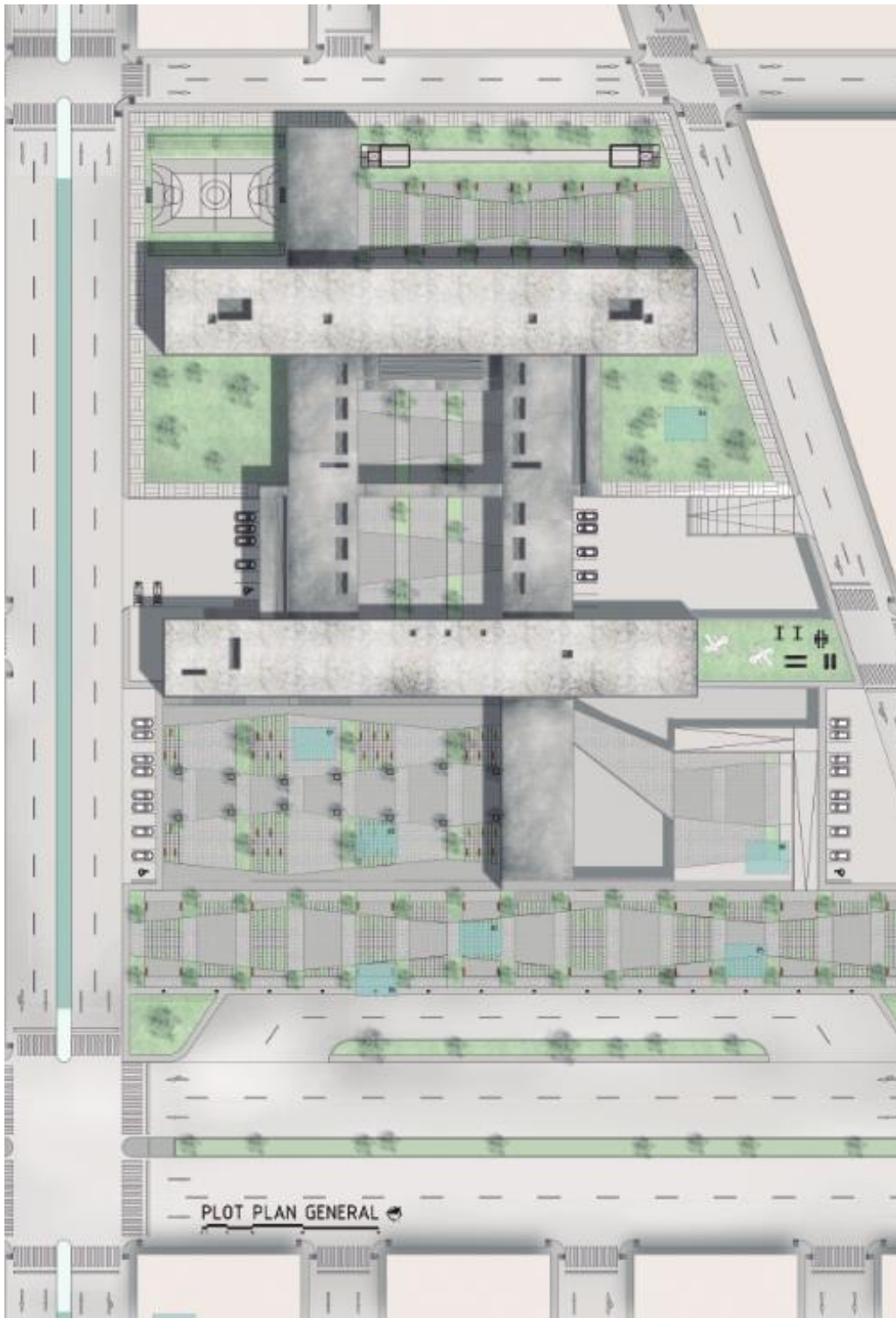


Figura 118: vista aérea del plano general donde se muestra el planteamiento general del proyecto.

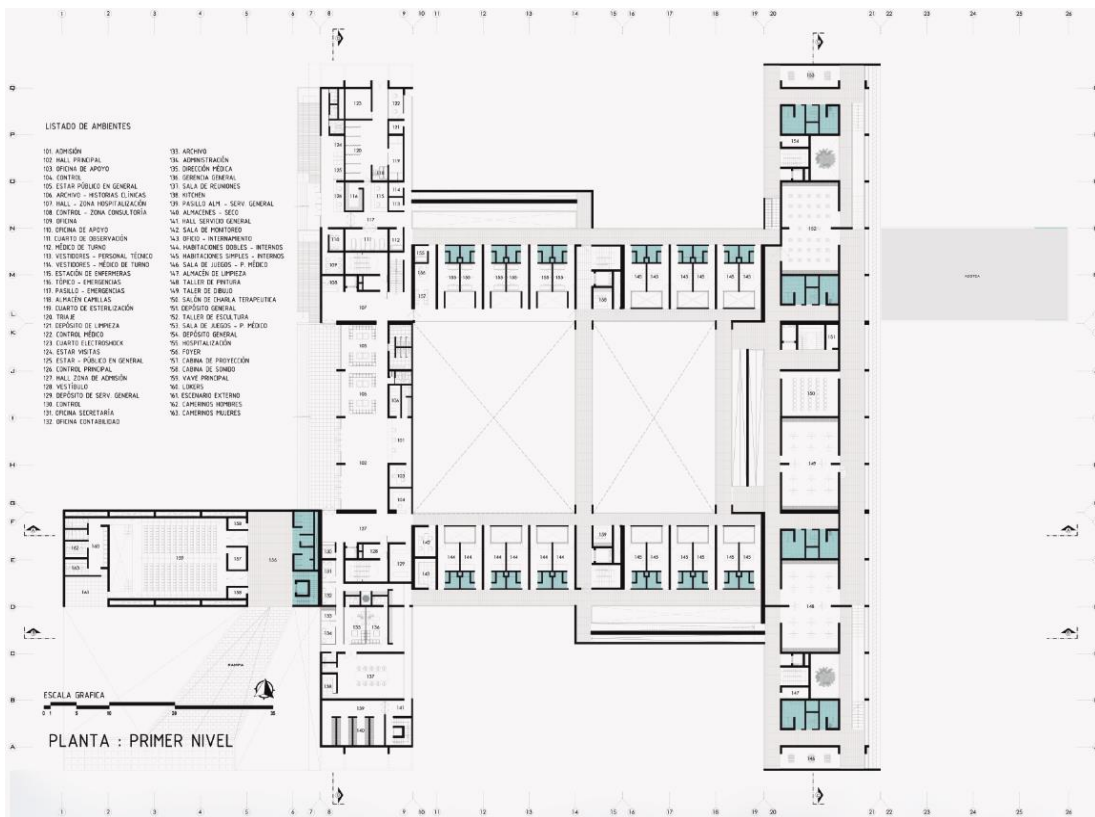




Figura 119: plantas arquitectónicas de la propuesta proyectual.

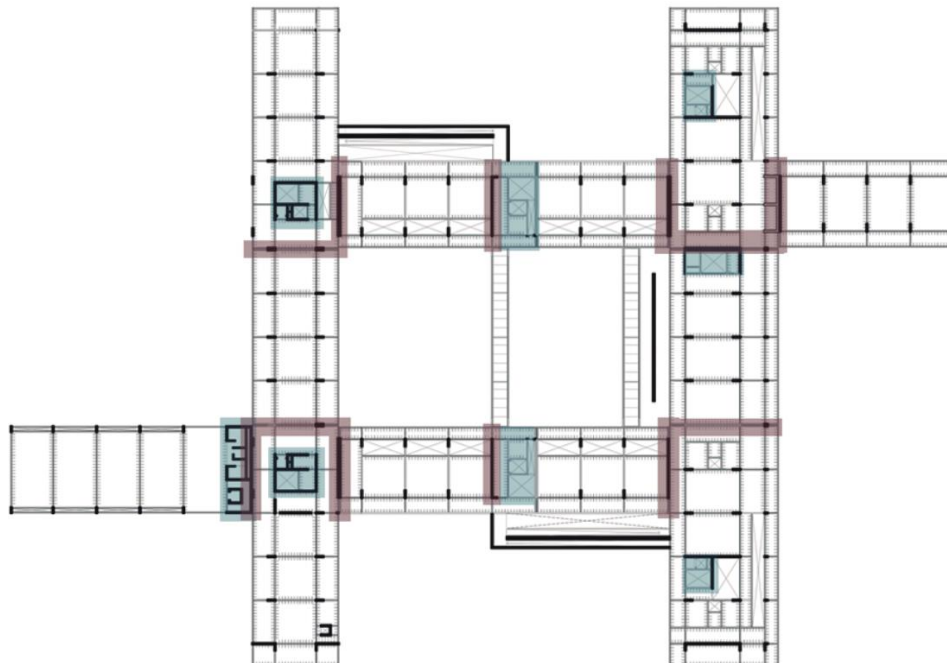


Figura 120: plantas Estructurales de la propuesta proyectual.

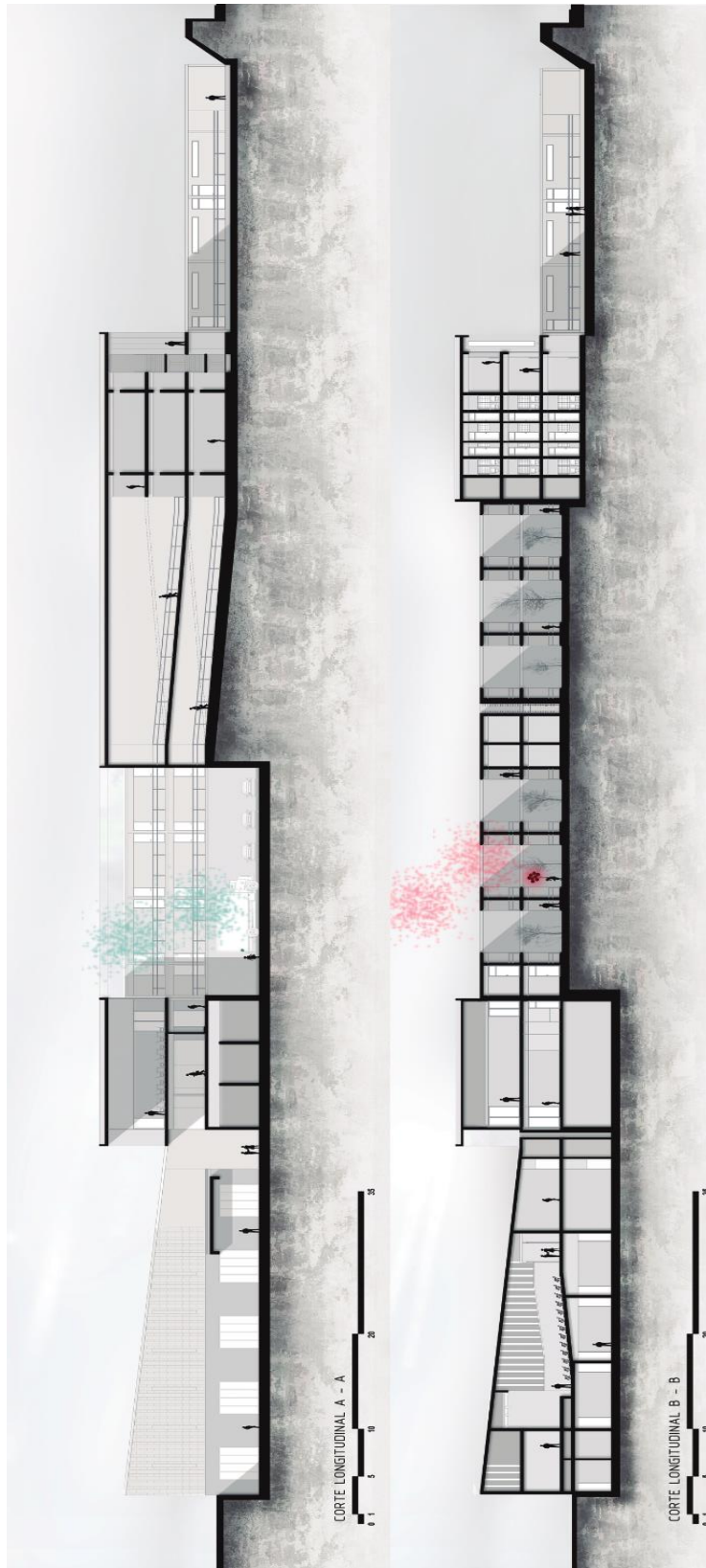


Figura 121: Cortes Arquitectónicas de la propuesta proyectual.

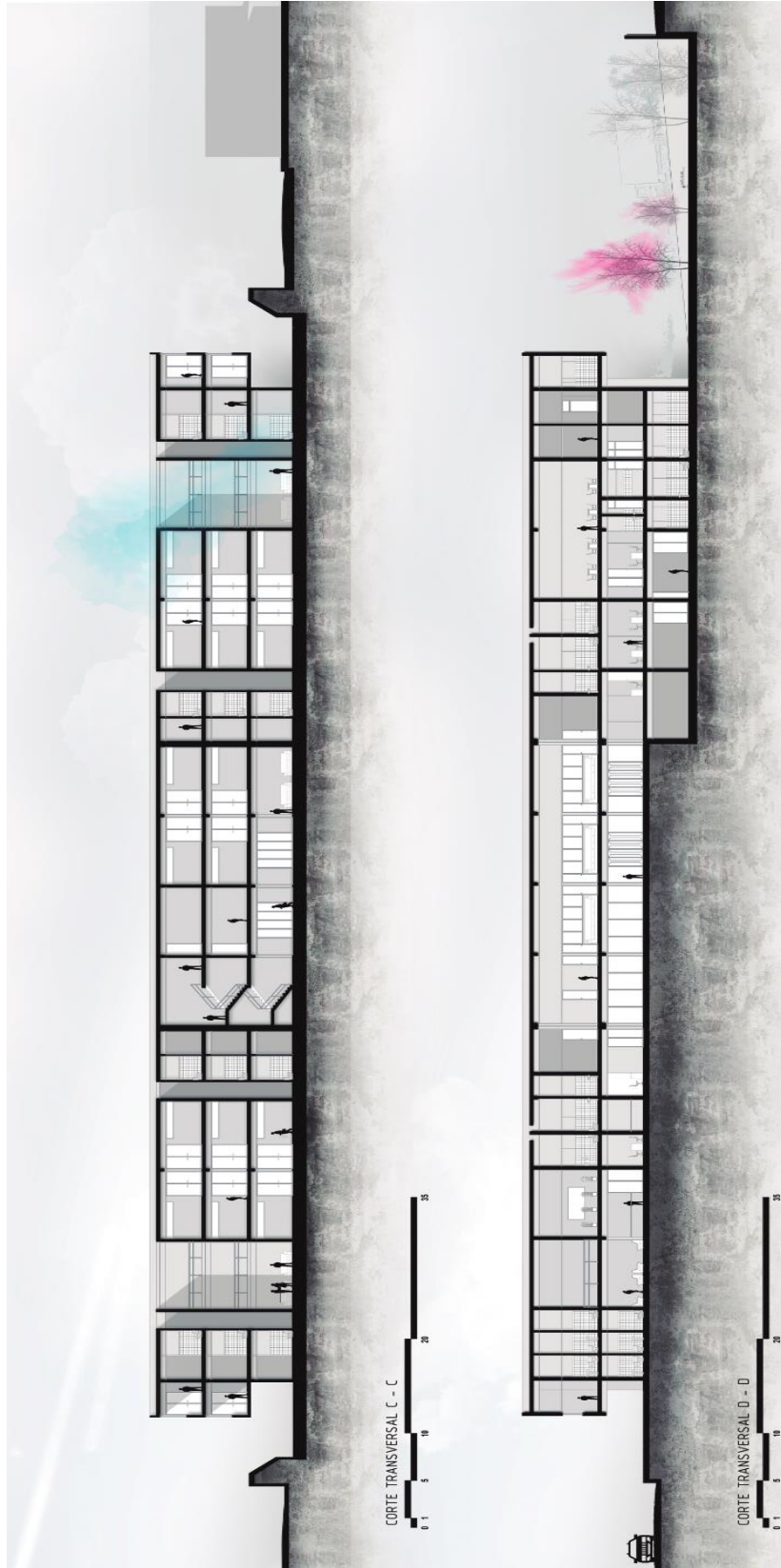


Figura 122: Cortes Arquitectónicas de la propuesta proyectual.

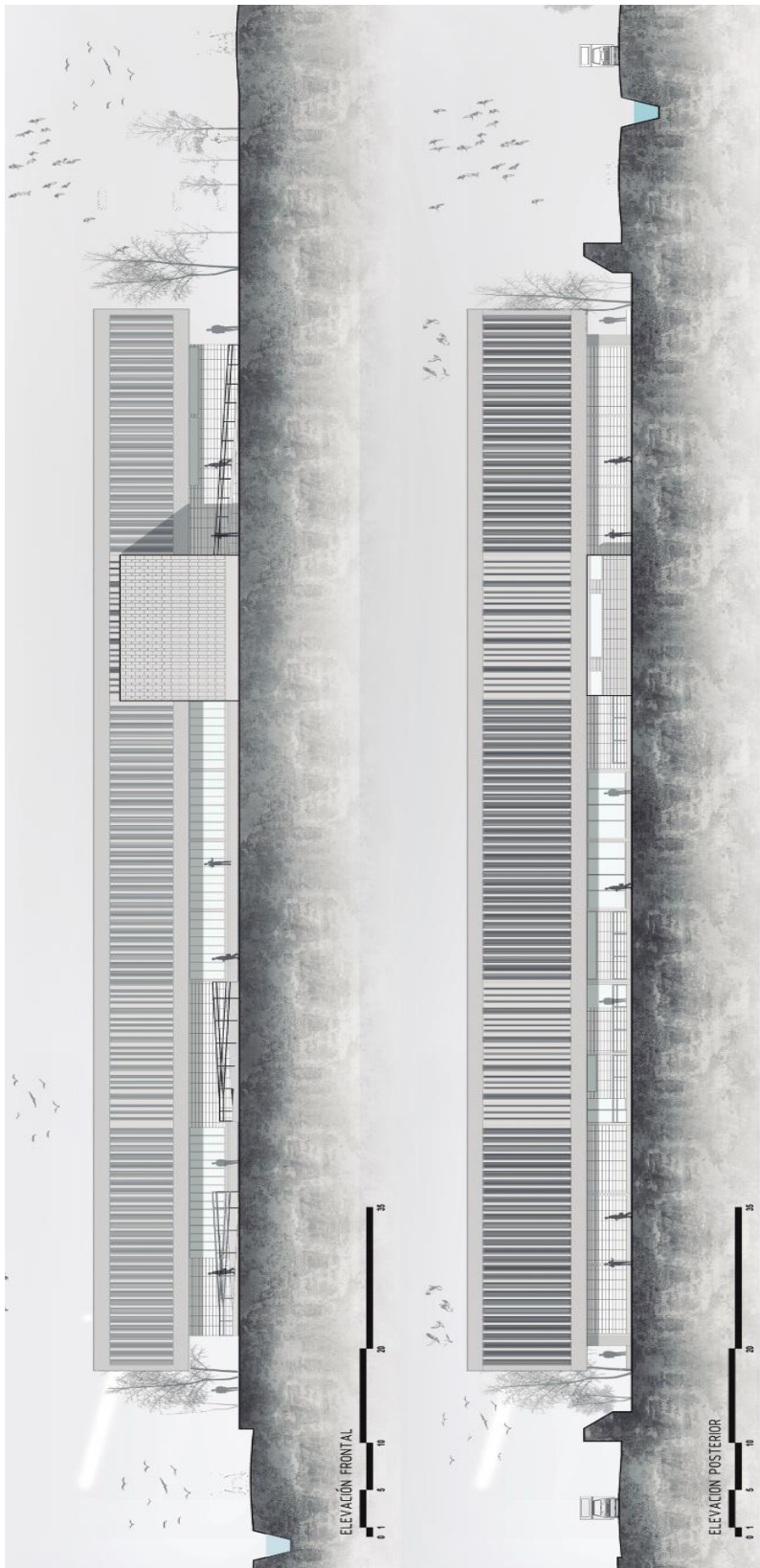


Figura 123: Elevaciones arquitectónicas de la propuesta proyectual.



Figura 124: vista aérea del proyecto arquitectónico.



Figura 125: vista aérea de la alameda con visuales hacia el auditorio.



Figura 126: vista principal de la entrada del auditorio hacia el proyecto.



Figura 127. Vista aérea del espacio público hacia la entrada principal.

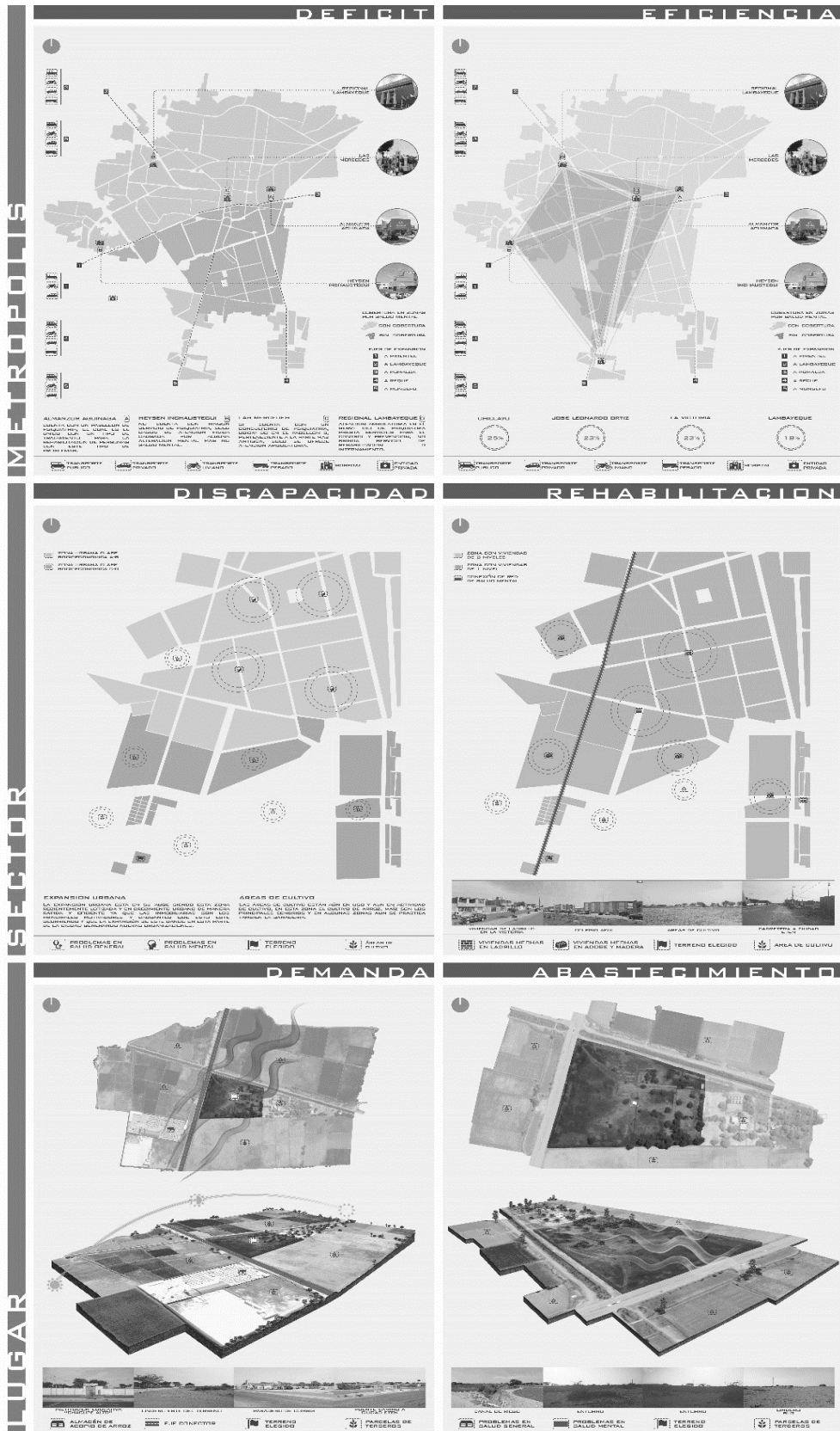


Figura 128: Vista aérea posterior de la zona terapéutica.



Figura 129: Vista interior desde el pasillo hacia el puente conector.

PANEL 01. ESTRATEGIAS URBANAS.



PANEL 02. ESTRATEGIAS URBANAS.

ANÁLISIS MACRO

- 1. CALLE DE OJMA PROLONGADA DE ASFALTO
- 2. SECTOR RESIDUAL DE PROBLEMA DE ENTORNADO
- 3. CALLE DE OJMA PROLONGADA DE ASFALTO
- 4. TRANSACCIONES DE COMERCIO
- 5. CALLES DE REDES
- 6. CALLES DE REDES
- 7. CALLES DE REDES
- 8. CALLES DE REDES
- 9. CALLES DE REDES
- 10. CALLES DE REDES

DESCONECCIÓN URBANA

LEYENDA:
 - PATRÓN DE ORGANIZACIÓN
 - CALLES DE REDES

CONEXIÓN

LEYENDA:
 - PATRÓN DE ORGANIZACIÓN
 - CALLES DE REDES

DESCONTINUIDAD URBANA

LEYENDA:
 - PATRÓN DE ORGANIZACIÓN
 - CALLES DE REDES

CONEXIÓN

LEYENDA:
 - PATRÓN DE ORGANIZACIÓN
 - CALLES DE REDES

RIESGO POR INUNDACIÓN

LEYENDA:
 - PATRÓN DE ORGANIZACIÓN
 - CALLES DE REDES

ELEVAR

ESTE PROBLEMA DE FLUJO MUESTRA QUE PARA DENTRO DE ALGUNAS ZONAS DE INUNDACIÓN EN LOS ENTORNOS DE LOS EDIFICIOS SE OBSERVA QUE DE ESTA FORMA SE PUEDE CONTROLAR EL FLUJO DEL AGUA CON RESPALDO A LA PISERNA.

DIRECCIÓN DE VIENTOS

LEYENDA:
 - PATRÓN DE ORGANIZACIÓN
 - CALLES DE REDES

CONTROLAR

CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LA UNIDAD Y LA GRAN INDEPENDENCIA DE VENTOS FUERTES SE ENCUENTRA UNA ALTERNATIVA PARA CONTROLAR EL FLUJO DE VIENTOS NATURALES EN UNA DETERMINADA DISTRIBUCIÓN QUE PERMITA CONTROLAR LOS VIENTOS.

RESUMEN DE ESTRATEGIAS

PLANTA GENERAL - PROPUESTA / ENTORNO

SISTEMA DE ORGANIZACIÓN

RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)

LEYENDA:
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)

SECUENCIA ESPACIAL

RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)

LEYENDA:
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)
 - RETIRO (ESPACIO PÚBLICO)

ABSTRACCIÓN

UNIDAD MODULAR: 30 x 75

ZONIFICACIÓN

1. ZONA 1 (CENTRO)

2. ZONA 2 (PERIFERIA)

3. ZONA 3 (TRANSICIÓN)

4. ZONA 4 (ESPACIO PÚBLICO)

TIPOS DE REGULACIÓN

1. REGULACIÓN DE ALTURAS

2. REGULACIÓN DE DENSIDADES

3. REGULACIÓN DE TIPOLOGÍAS

4. REGULACIÓN DE ESPACIOS PÚBLICOS

PANEL 03. ESTRATEGIAS URBANAS.

ANALISIS MACRO

SITUAR

CORTES LONGITUDINALES

TIPLOGIAS

CARACTERISTICAS DEL SUELO

FACHADAS

CERRAMIENTO

PRE-EXISTENCIAS

ESTRUCTURA

ESQUEMA

LEYES

- EJE DE CONEXION A LA CIUDAD
- EDUCACION
- VIVIENDAS RURALES
- INDUSTRIA
- TERRENO REQUERIDA

PATIO ARTICULADOR

ESQUEMA

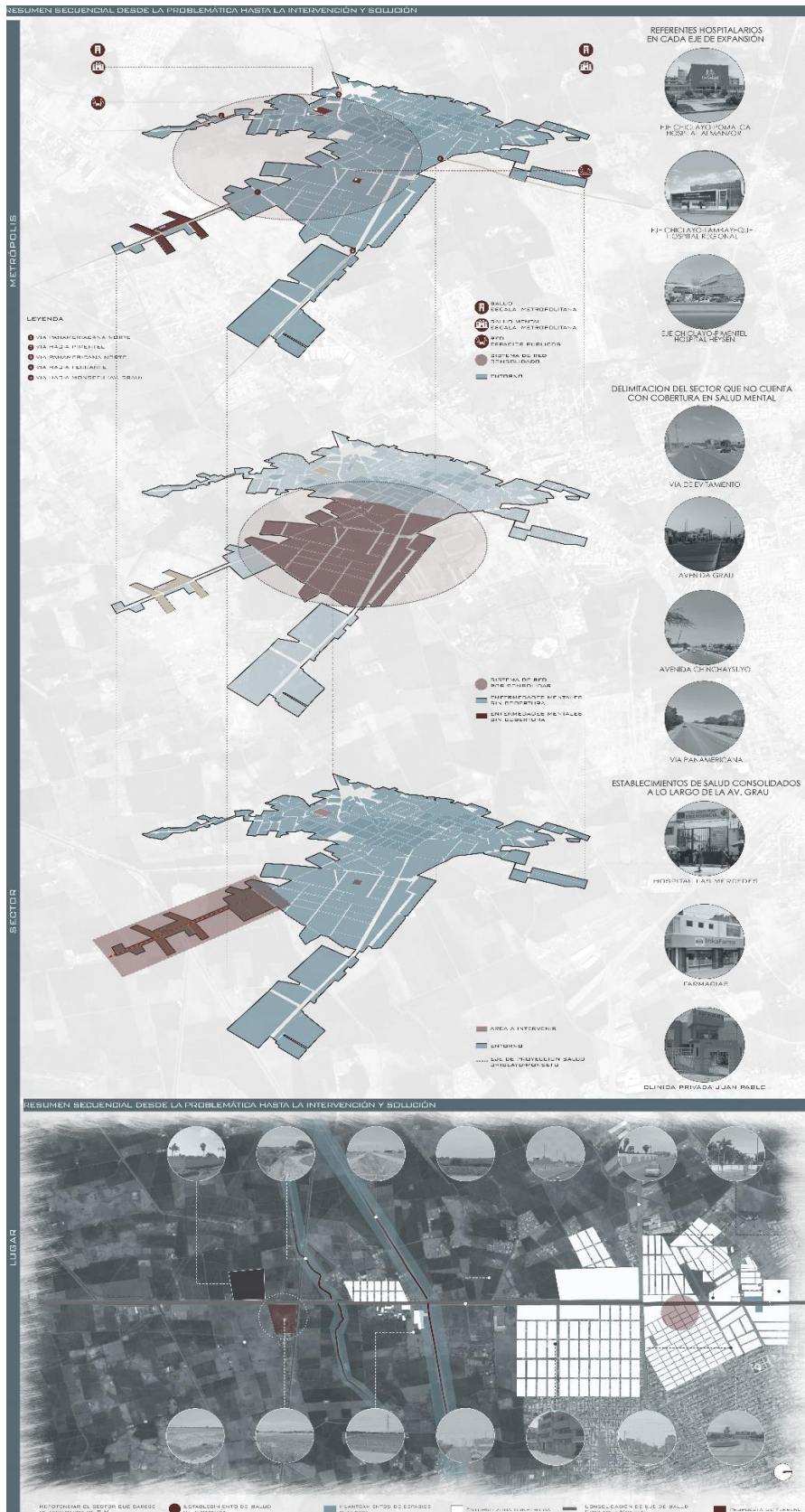
BRITISH SCHOOL, CHILE

PODIO (APROXIMACION)

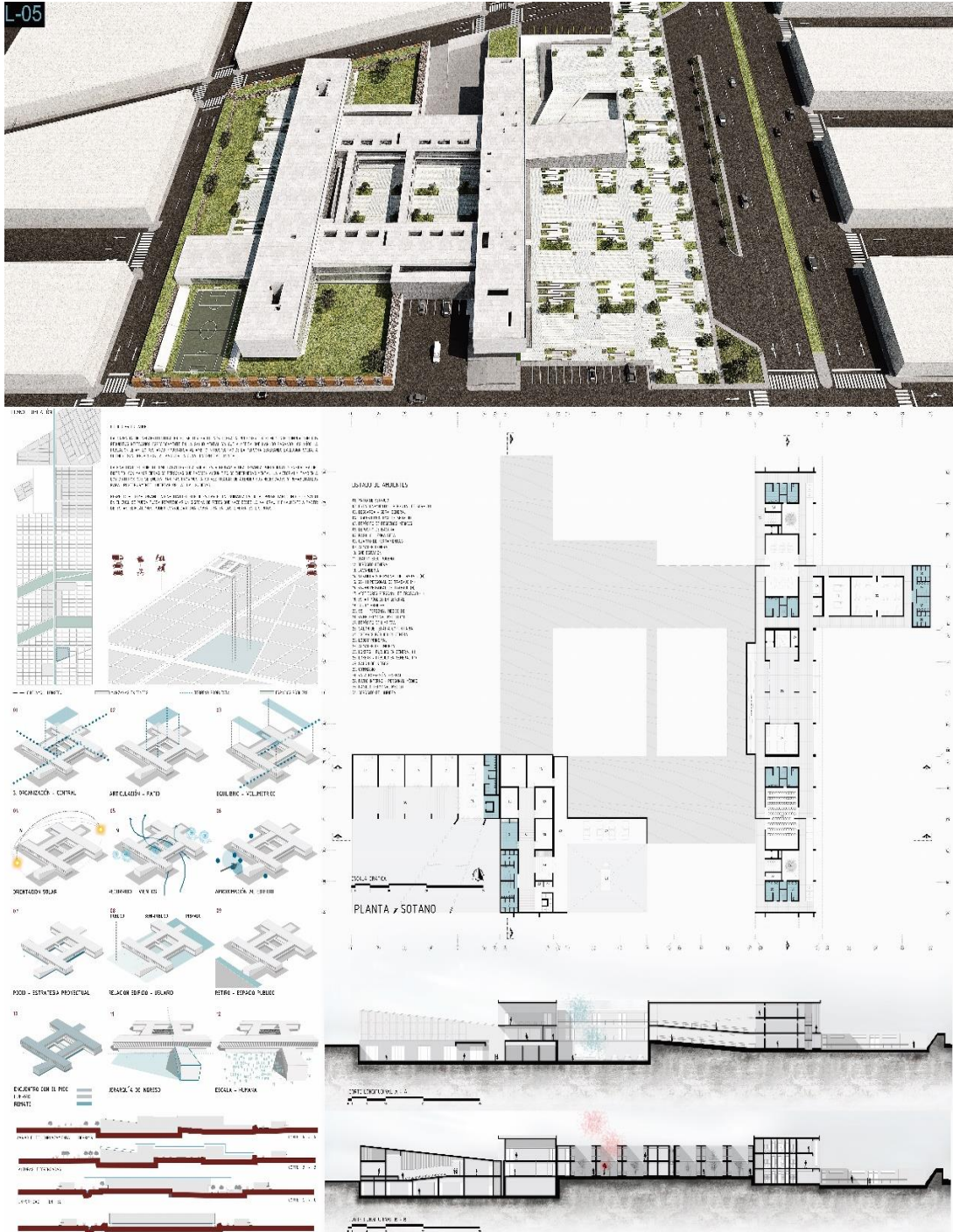
ZONIFICACION

MABELLON TECNICO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO
TALLER ARQUITECTONICO SANCHEZ-HORNOS

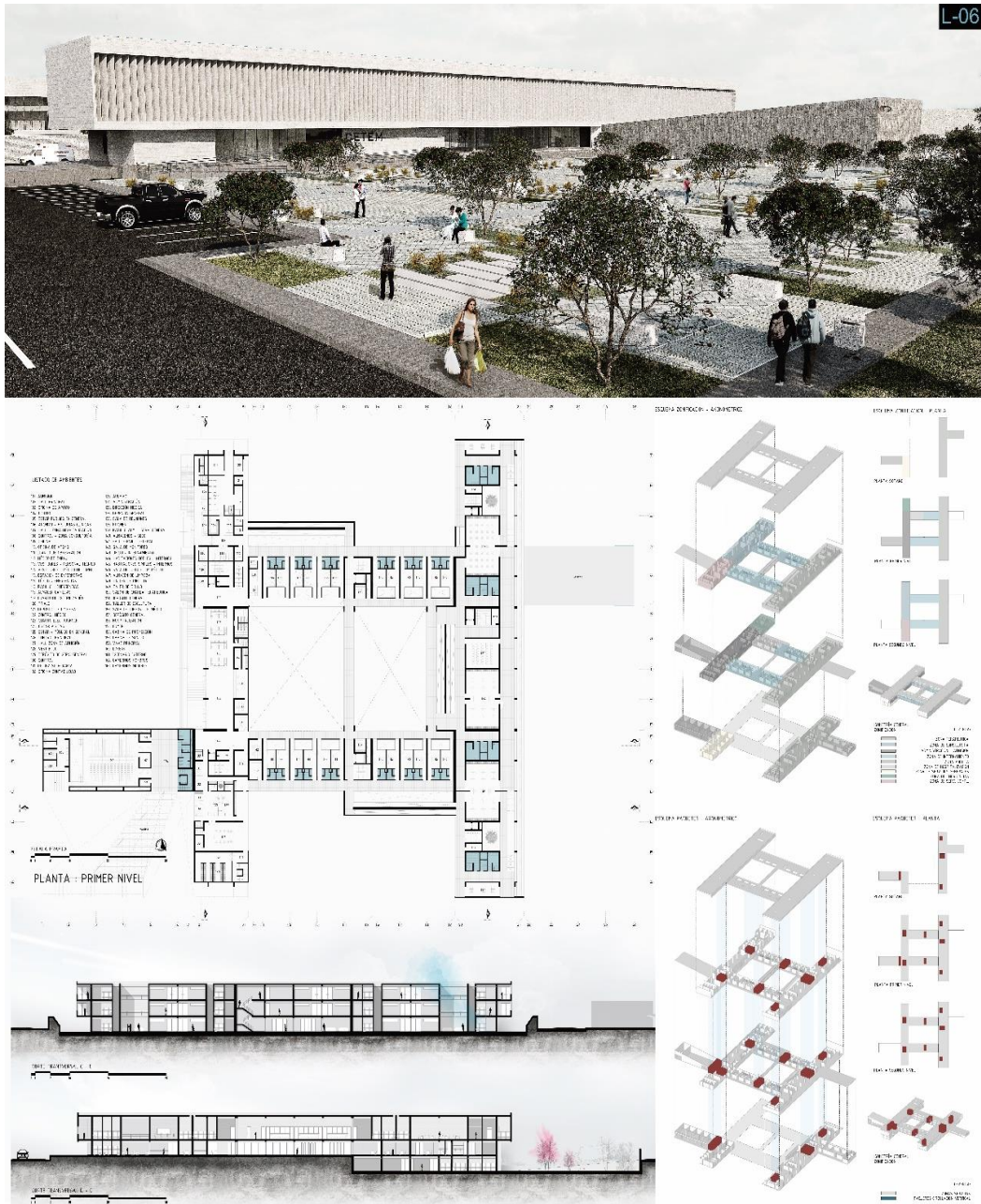
PANEL 04. ESTRATEGIAS URBANAS.



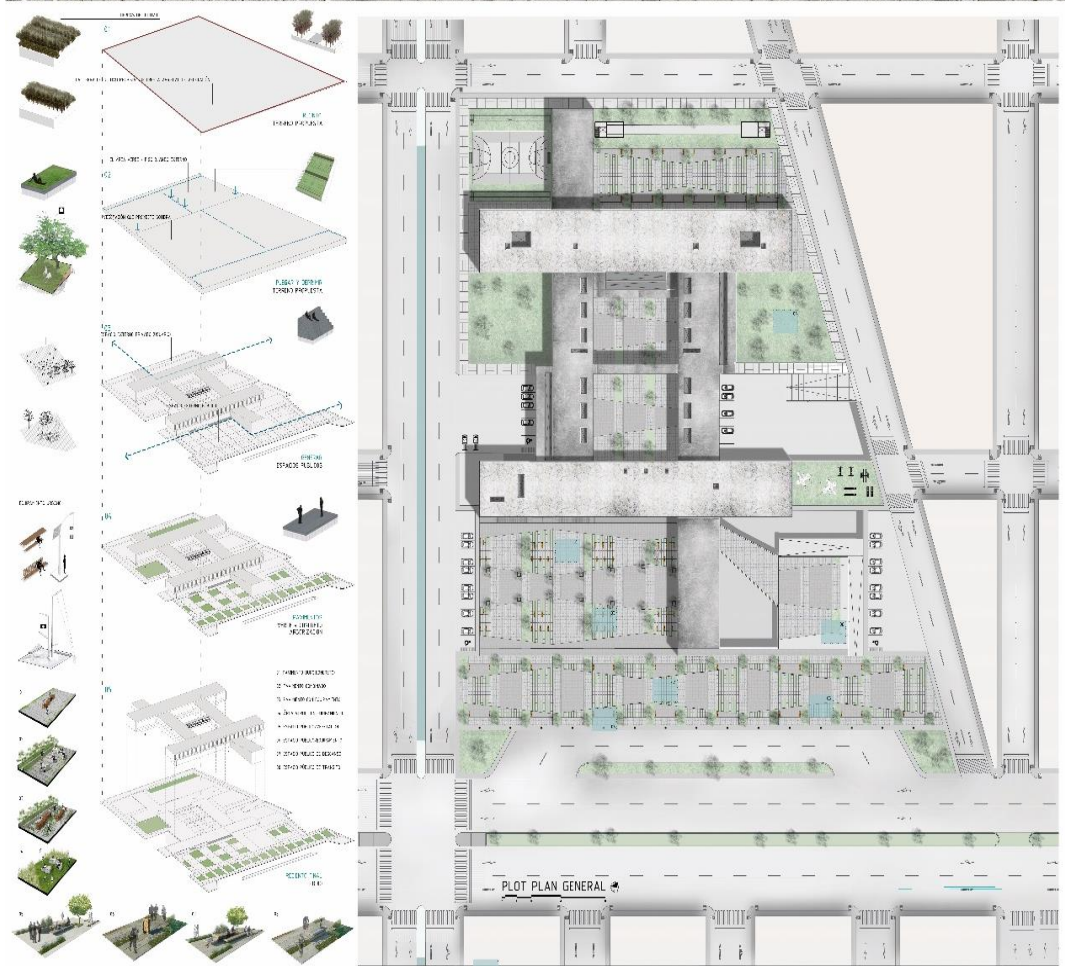
PANEL 05. DESARROLLO PROYECTUAL.



PANEL 06. DESARROLLO PROYECTUAL.



PANEL 09. DESARROLLO PROYECTUAL.



IV

DISCUSSION

4.1. Discusión

A través del desarrollo de la investigación se demostró que las encuestas aplicadas rigen para plantear una clínica especializada en el tratamiento de enfermedades mentales ubicada en el eje Chiclayo- Monsefu, y de esta manera mejorar las condiciones de vida de las personas adultas de la región que padecen alguna enfermedad mental y no tienen la infraestructura necesaria que los acoja.

La investigación nos arroja resultados minuciosos de ubicación y características de la infraestructura propuesta, cada propuesta analizada y su posible respuesta son materia de un estudio de las principales causas que encontramos en la zona. La elección de nuestra muestra es una fortaleza para llegar a determinar los principales requerimientos de nuestra investigación, se determina que existe un gran porcentaje de personas adultas que muestra síntomas de padecer alguna enfermedad mental y por ende no cuenta con una infraestructura necesaria y especializada a la cual acudir.

La elección de la ubicación se complementa mediante los resultados obtenidos y estudiados, tomando en cuenta datos aproximados de varias investigaciones realizadas en nuestra región. (Hospital general universitario de Toledo- España, Centro cultural el tranque- Chile)

Los resultados muestran similitud en campos distintos de ubicación, tales como la tesis de (Hospital general universitario de Toledo) siendo un campo similar con diferentes características, se promueven espacios de mucha distracción enfocados en las actividades de estudio para promover el desarrollo en la salud mental y de esta manera poder establecer un vínculo entre los pacientes y la infraestructura propuesta, espacios e relajación que generen el bienestar del usuario mediante el uso de espacios confortables que contribuyen al desarrollo de las personas.

V

CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

Mediante el análisis se concluye que existe un inminente con la cobertura de establecimientos de salud mental en el sistema de salud a nivel nacional esto así mismo repercute en las regiones con más demanda poblacional de personas que padecen alguna enfermedad mental y por ende requieren un tratamiento adecuado en algún establecimiento más cercano y optan por recorrer grandes distancias para ser atendidos como los parámetros de salud mental lo establece, para lo cual se determinó como base de estudio un radio de cobertura a nivel nacional y regional que proponga nuevos establecimientos de salud mental especializados tanto a nivel nacional como en la región que pueda acoger a la demanda poblacional que requiere dicho establecimiento y a su vez reducir el porcentaje poblacional que padece alguna enfermedad mental y no es atendida adecuadamente.

El estudio determinó que las infraestructuras dedicadas al tratamiento de la salud mental presentan una ineficiente distribución las cuales no se adecuan correctamente al uso ideal de cada paciente llegando a disgregar y excluyendo a estos de su confort que estos pacientes deberían de tener retardando el progreso de su recuperación y generando cierta incomodidad tanto de los pacientes como de los familiares por lo que resulta necesario que las infraestructuras especializadas cuenten con todo el equipamiento necesario y los espacios ideales para una recuperación más pronta por parte de los pacientes que en su mayoría terminan siendo personas adultas y de la tercera edad.

Se diagnosticó mediante el análisis del perfil del usuario, sus necesidades tanto especializadas como el tipo de profesionales en salud requeridos según lo establece el ministerio de salud tanto para el sector público como privado es así que para este derecho se requiere entre otros aspectos de personal médico, profesional y asistencial capacitado.

El estudio también determinó que existe una demanda poblacional significativa en cuanto al tema de las infraestructuras especializadas por lo que se llegó a determinar que existe un porcentaje significativo de personas que requieren atención especializada.

Por lo tanto se concluye en que una infraestructura especializada en el tratamiento de enfermedades mentales aporta significativamente en la reducción de la demanda poblacional y a su vez reduce las condiciones inadecuadas y cubre parte de la cobertura en salud mental en la región Lambayeque, lo cual reitera su viabilidad proyectual.

VI

REFERENCIAS

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/2440/Capitulo5.pdf>

(Archdaily, 2010)<http://mrojas.perulactea.com/2014/06/11/toxocara-canis-en-la-salud-publica-peruana>.

(chiclayo, 2016)<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/2440/Capitulo5.pdf>

<https://es.slideshare.net/merrycilla/lambayeque-en-cifras>

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/191/1/TL_ChicchonPeraltaJorge_SanchezMarinCesar.pdf

<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0267/cap2.htm>

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/2440/Capitulo5.pdf>

http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/poli_remu/preguntas/preguntasdl1153.pdf

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Psiquiatria.pdf>

<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045c.pdf>

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a15v28n2.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n2/v34n2a07.pdf>

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41455/who_php_22_\(part1\)_spa.pdf;jsessionid=f43a60e17b86aebba6c58d0b892af62?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41455/who_php_22_(part1)_spa.pdf;jsessionid=f43a60e17b86aebba6c58d0b892af62?sequence=1)

http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/AtencionEnfermeria.pdf

<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/manual-enfermeria-salud-mental-c-madrid-2010-2011.pdf>

http://www.asmi.es/arc/doc/La_inencion_de_enfermedades_mentales.pdf

<http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/medicina/Unidad%20vi/Roles%20del%20medico.pdf>

<https://mmhaler.files.wordpress.com/2010/06/psicologia-medica-y-salud-mental2.pdf>

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/legislacion/rm_2799_reglamento_disciplinario_para_los_trabajadores.pdf

<http://www.diporets.org/publicaciones/LIBRO1.pdf>

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/alt_12_05.pdf

<https://www.sineace.gob.pe/wp-content/uploads/2014/09/norma-enfermeria.pdf>

<http://web.udl.es/usuaris/e7806312/grup/aalujaarchi/psico/trastornos%20depresivos.pdf>

http://www.dipucadiz.es/export/sites/default/galeria_de_ficheros/drogodependencias/documentos/guia-alcohol.pdf

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/publicaciones/publicaciones2014/libro_adolescentes_spas_unodc-cedro.pdf

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf>

<http://www.infotabacweb.com/web.asp?mod=boletines&acc=mostrar&id=%7bbef54c64-f46f-48d2-9d47-510eac124f69%7d>

<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>

https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf

<https://es.slideshare.net/chiquitalokadeamor/lineamientos-para-la-accin-en-salud-mental>

<https://elcomercio.pe/lima/salud-mental-planean-construir-250-centros-pais-227968>

<https://elperuano.pe/NormasElperuano/2015/10/06/1296283-1.html>

<https://elcomercio.pe/lima/salud-mental-planean-construir-250-centros-pais-227968>

https://es.slideshare.net/camra73/salud-mental-presentation-951579?next_slideshow=1

<https://es.slideshare.net/dangerous7/nuevo-programa-presupuestal-salud-mental-2015per?related=2>

https://es.slideshare.net/chatitaa/sistemas-de-salud?next_slideshow=1

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37890/WHO_PHP_1_spa.pdf?

<http://www.sepsiq.org/file/royal/la%20terapia%20cognitivo-conductual.pdf>

https://es.slideshare.net/dvallejo80/modelo-de-atencion-primaria-en-salud-mental-nario?qid=6bfb7d35-1766-4484-9159-a1f35afeab4b&v=&b=&from_search=8

https://es.slideshare.net/jimmyfavian/ud-i-1-mary-iesm-marco-context-grhus?qid=e4d6eb24-7be1-4670-b35b-707a38fa2743&v=&b=&from_search=10

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9nicas_segunda%20parte.pdf

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20Técnicas_segunda%20parte.pdf

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plancalidadsns/pdf/excelencia/salud_mental/salud_mental_2009.pdf

https://www.paho.org/blogs/paltex/wpcontent/uploads/2014/01/SaludMental_paratrabajadores_APS1.pdf

<http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/fichas-resumen-salud-mental.pdf>

<http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/progrmaSaludMental/Infanto%20juvenil.pdf>

<http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/08/documento-final-primer-nivel-de-atencion.pdf>

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/005_Plan_Reducccion.pdf

ANEXOS

REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES

Tecnologías constructivas.

De corresponder, se incorporarán tecnologías que propicien las mejores condiciones de habitabilidad y confort.

Los materiales de construcción se elegirán de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada región, cautelando que garanticen seguridad e higiene al establecimiento

Se utilizarán sistemas constructivos e instalaciones tendientes a garantizar la integridad del inmueble y sus usuarios, así como el diseño de estructuras con visión a futuro. Estos podrán ser de uso convencional o no convencional. - Las edificaciones en salud con sistema constructivo no convencional (paneles prefabricados, termo acústico, sistema en seco, entre otros) serán diseñadas de acuerdo a las áreas y acabados, establecidos en la presente norma técnica.

Funcionalidad

Los establecimientos de salud deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable, de acuerdo a la función, mobiliario, equipo, condiciones climáticas de la región, materiales y distribución adecuados para su adaptación al medio ambiente.

El diseño de la edificación debe ser modular y flexible, con posibilidades de adaptación y crecimiento acordes a las necesidades de los establecimientos de salud. La interrelación eficiente de espacios y áreas debe optimizar tiempos y flujos de desplazamiento.

Accesibilidad e Ingresos

Todos los accesos de control de ingresos y salidas de un establecimiento de salud deben considerar un ambiente independiente con servicio higiénico.

- Se recomienda desarrollar la topografía más plana para la ubicación de los accesos. - Se debe facilitar el ingreso al establecimiento, en especial para aquellas

Altura libre

- En caso de establecimientos de salud del segundo nivel de atención, la altura libre interior no será menor a los 3.00 m, considerados desde el nivel de piso terminado al cielorraso o falso cielorraso (según el caso), siendo la altura total interior no menor a los 4.00 m, a fin de permitir el pase horizontal de tuberías sin comprometer los elementos estructurales. - En zonas cálidas y/o tropicales, las alturas libres interiores podrán incrementarse de acuerdo a las características ambientales de cada región.

De los ambientes complementarios de uso compartido.

- La Sala de espera podrá ser compartida con otras UPSS de Atención de Soporte o Actividades de Atención de Soporte, dependiendo de la funcionalidad del diseño arquitectónico.

- Se dispondrá de un cuarto de limpieza por cada 400 m² de área techada en cada nivel de edificación construido.

- Los ambientes de almacenamiento intermedio de residuos sólidos deberán ser incorporados siempre y cuando el volumen de residuos sólidos sea mayor a 150 litros por día. El número de ambientes de almacenamiento intermedio deberá determinarse tomando en consideración la generación de residuos de sólidos primero por zona y luego por UPSS o por nivel de la edificación según sea el caso.

- El tamaño del ambiente para disposición final de residuos se calculará a razón de 0,004 m³ /m² del área techada, sin incluir los estacionamientos.

De los Ductos.

- El concepto de ducto debe ser utilizado sólo para el pase de tuberías de instalaciones y ventilación de servicios higiénicos unipersonales. - Estos ductos no serán utilizados para el sistema de recolección de residuos sólidos ni ropa sucia. - Para efectos de la presente norma, las dimensiones mínimas del ducto de ventilación serán de 60x60 cm.

De los techos y Cubiertas.

- Para todos los ámbitos del país, se recomienda que los techos sean de losa aligerada, salvo en aquellos donde la disponibilidad de recursos de materiales de construcción no lo permitan.

- En localidades donde se presentan lluvias constantemente, se debe considerar la magnitud de la precipitación pluvial para efecto del diseño de los techos y cubiertas. Asimismo se debe tener en cuenta los microclimas existentes en cada región a fin de proponer un sistema de evacuación pluvial y canalización correspondiente.

- El mismo criterio se aplica para las precipitaciones en forma de granizo, nieve, entre otros.

- La cobertura final de los diferentes tipos de techos de los establecimientos de salud deben garantizar la impermeabilidad y protección a la estructura.

De las Puertas:

- La altura del vano de la puerta no será menor a 2.10 m. Asimismo, con el objeto de favorecer la ventilación e iluminación de los ambientes se podrá colocar sobre luz, que puede ser tipo persiana de madera, vidrio o malla.

- Todas las puertas donde se exija el tránsito de camillas debe estar protegida con lámina de acero inoxidable a una altura no menor a 1.00m.

De las Ventanas

- Las ventanas deben abrir hacia áreas externas, patios interiores o ductos de ventilación. No debe considerarse abrir ventanas hacia los corredores y pasajes cubiertos de circulación interna.

- 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.

- La iluminación y ventilación naturales se considerarán de acuerdo a la orientación y región geográfica donde se encuentre: Para la costa, el área del vano ocupará

De los servicios sanitarios:

- Los ambientes de las UPSS de los establecimientos de salud estarán dotados de servicios sanitarios con la cantidad mínima y tipo de aparatos y accesorios sanitarios, de acuerdo a lo señalado en el Anexo N° 2 de la presente norma.

- Los servicios sanitarios deberán cumplir con los siguientes requisitos: La distancia máxima de recorrido para acceder a un servicio sanitario será 50 m.

- Los materiales de acabado de los ambientes serán antideslizantes en pisos e impermeables en paredes, y de superficie lavable. Deben contar con sumideros, para evacuar el agua de una posible inundación.

- Los aparatos sanitarios deben ser de bajo consumo de agua. Los sistemas de control de paso del agua, en servicios sanitarios de uso público, deberán ser de cierre automático o de válvula fluxométrica. Debe evitarse el registro visual del interior de los ambientes. Las puertas de los servicios sanitarios de uso público deben contar con un sistema de cierre automático.

Del diseño estructural

Cargas - Se debe calcular las cargas y sobrecargas en ambientes, donde se tiene alguna carga especial como por ejemplo los ambientes de consultorio de odontología.

Archivo de historias clínicas, sala de rayos x, sala para equipos de cómputo, grupo electrógeno, entre otros. - La sobrecarga mínima repartida en la Sala de Partos y Sala de Operaciones Quirúrgicas será de 300 Kg/m². - Los ambientes donde se incluyan equipos pesados como tomógrafo multiforme, entre otros, se considerará como mínimo el diseño de una losa de concreto armado.

Sismo resistencia - La protección completa frente a cualquier evento sísmico no es factible, por lo que se debe efectuar la prevención a fin de cumplir con la filosofía sísmica de evitar pérdidas humanas.

- A fin de mejorar su comportamiento sísmico, la edificación de un establecimiento de salud debe cumplir las siguientes consideraciones:

- Simétrica en masas y rigideces; Peso mínimo en los pisos inmediato superiores; Continuidad de sus elementos en planta y elevación.

- Buena práctica constructiva; y Supervisión estructural estricta.

- La configuración estructural de un establecimiento de salud será regular. - Los establecimientos de salud son edificaciones tipo 1 categoría A correspondiente a edificaciones esenciales, de acuerdo a lo normado en el RNE.

- La estructura de un establecimiento de salud debe estar separada del límite de propiedad vecino a una distancia mínima de 5 cm para evitar el contacto durante un movimiento sísmico que debe ser sustentado en la memoria de cálculo.

- El análisis estructural de un establecimiento de salud debe ser estático y dinámico y sus cálculos de dimensionamiento deben indicarse en la memoria de cálculo de la especialidad.

Diseño estructural

- La estructuración de un proyecto es un componente esencial de la arquitectura, de la cual es indisoluble, por tanto, el diseño estructural se inicia en el diseño arquitectónico y termina con la compatibilización y concordancia entre ambas especialidades.

- La memoria de cálculo de la especialidad de estructuras para un establecimiento de salud lo debe elaborar y sustentar un ingeniero civil capacitado en estructuras.

- El diseño estructural debe permitir que los establecimientos de salud continúen su operatividad, durante y después de un evento sísmico.

- Se deben sustentar la estabilidad de obras tales como cercos, ascensores, losas de grupo electrógeno, chiller, tomógrafo, postes, subestación eléctrica, entre otros.

- Se efectuarán los trabajos necesarios de estabilidad de edificaciones colindantes.

Topografía

- Los planos topográficos de los terrenos de establecimientos de salud deben indicar las coordenadas UTM en el sistema de referencia WGS84. Así también estarán indicadas las curvas de nivel, fotos, colindantes, secciones de vía, secciones transversales, perfil longitudinal del perímetro y todo elemento necesario para su consideración en el proyecto.
- El Informe Topográfico debe complementarse con la ejecución y desarrollo del Estudio de Impacto Vial según corresponda.

Geotecnia

- El responsable del estudio de mecánica de suelos debe ser un ingeniero civil especialista en geotecnia, siendo verificado in situ por la supervisión del estudio dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente.
- El laboratorio responsable de efectuar los ensayos para el estudio de mecánica de suelos debe ser de reconocido prestigio.

Del diseño de las instalaciones sanitarias.

- Cada establecimiento de salud, según su complejidad y nivel de atención, debe contar con las Instalaciones Sanitarias que le permitirá contar con agua en cantidad y calidad, así como la eficiencia en su descarga y reutilización, según oportunidad. Asimismo debe poseer las condiciones de evacuar las aguas de lluvia según su intensidad.

Condiciones generales

- Para efectos de la siguiente norma las instalaciones sanitarias comprenden los volúmenes de almacenamiento, los sistemas de agua fría, agua blanda, agua caliente, retorno de agua caliente, sistema de desagüe y ventilación, sistema contra incendio, sistema de regadío, drenaje de aire acondicionado, drenaje pluvial y residuos sólidos.

Condiciones específicas

- Debe evitarse utilizar terrenos con niveles inferiores a los niveles de veredas y calles a vías de tránsito vehicular en el perímetro del establecimiento de salud.

- En zonas con alta intensidad de lluvias los niveles del ingreso al establecimiento deben estar, como mínimo, a +0.30 m. con respecto al nivel del entorno externo.

- Para realizar el diseño de las instalaciones sanitarias, es necesario que esté aprobado el anteproyecto de arquitectura y definido el plano de plataformas del terreno. Asimismo es necesario que esté definido el plano de equipamiento. - Se utilizará tecnología y materiales apropiados y óptimos, los cuales gozarán de su certificación correspondiente.

- Los establecimientos de salud deben contar con cisternas independientes de agua dura, agua blanda y agua contra incendios.

- Las cisternas, incluyendo el cuarto de bombas, deben nuclearse y ser ubicadas como módulo independiente. Además deben poseer los compartimentos necesarios.

Drenaje de aguas de lluvia

- El agua de lluvia proveniente de techos, patios, azoteas y áreas pavimentadas, debe ser conectada a la red independiente de la red de desagüe y con descarga de la red pública de drenaje pluvial.

- Los receptores de agua de lluvia deben ser contruidos de PVC u otro material resistente a la corrosión y estarán provistos de rejillas de protección contra el arrastre de hojas, papeles, basura y similares. El área total libre de las rejillas será por lo menos dos veces del área del orificio de desagüe cuando la rejilla este a nivel de piso.

- Los diámetros de los montantes y los ramales de colector horizontales para aguas de lluvia están en función del área servida y de la intensidad de lluvia, para lo cual se emplearán las Tablas 1 y 2, a fin de calcular estos diámetros. En caso de conductos

rectangulares, se podrá tomar como diámetro equivalente, el diámetro de aquel círculo que pueda ser inscrito en la sección rectangular.

- El drenaje de aguas de lluvia de jardines cuya extensión sea mayor de 100 m² (área continua) será mediante sistema de tuberías cribadas de 2" de diámetro para el rehúso del agua.

- Los diámetros de las canaletas semicirculares se calcularán tomándose en cuenta el área servida, intensidad de la lluvia y pendiente de la canaleta de acuerdo con la Tabla.

Drenaje del Aire Acondicionado (AA)

El drenaje de los equipos de AA debe considerarse como sistema independiente de las instalaciones de desagüe.

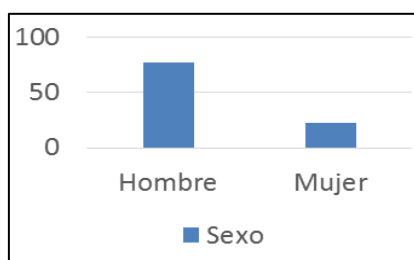
Asimismo, se deben considerar por cada salida de drenaje trampas tipo P, uniones universales cada 3 m y trampa tipo U en la conexión final. Considerar pendiente de 2% mínimo para los drenajes de los equipos de AA, siendo el valor ideal de 5%. - En caso el recorrido de las tuberías de drenaje de AA no permita darle una pendiente adecuada, se debe de considerar el uso de bombas de drenaje para equipos de AA.

TABLA 2
Conductos horizontales para aguas de lluvia

Diámetro del Conducto	Intensidad de Lluvias (Mm/H) Pendiente 1%					Intensidad de Lluvias (Mm/H) Pendiente 2%				
	50	75	100	125	150	50	75	100	125	150
	Metros cuadrados de área servida (proyección horizontal)									
3"	150	100	75	60	50	215	140	105	85	70
4"	345	230	170	135	115	490	325	245	195	160
5"	620	410	310	245	205	875	580	435	350	290
6"	990	660	495	395	330	1400	935	700	560	465
8"	2100	1425	1065	855	705	3025	2015	1510	1210	1005

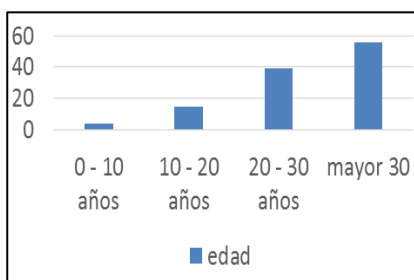
1) Sexo de las personas encuestadas.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	88	77 %
MUJER	26	23 %
TOTAL	114	100 %



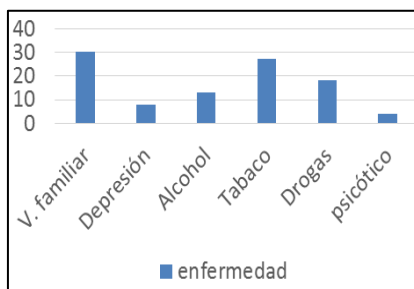
2) Grupos de edad.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 10 AÑOS	04	04 %
10 - 20 AÑOS	15	13 %
20 - 30 AÑOS	39	34 %
MAYOR A 30 AÑOS	56	49 %
TOTAL	114	100 %



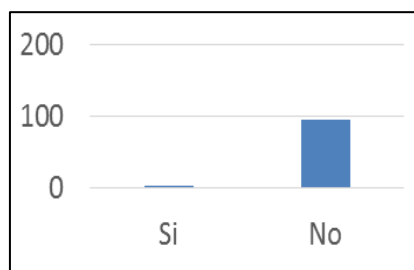
3) Tipo de enfermedad.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIOLENCIA FAMILIAR	35	30 %
TRANSTORNO DEPRESIVO	09	08 %
TRANSTORNO POR ALCOHOL	15	13 %
TRANSTORNO DE TABACO	30	27 %
TRANSTORNO DE DROGAS	20	18 %
TRANSTORNO PSICOTICO	05	04 %
TOTAL	114	100 %



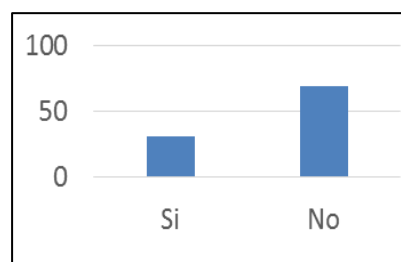
4) ¿Conoce la existencia de algún centro especializado en salud mental?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	05	04 %
NO	109	96 %
TOTAL	114	100 %



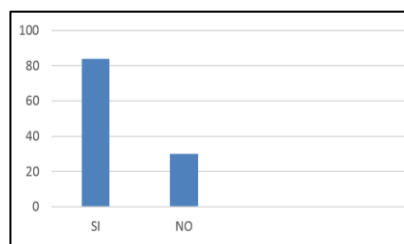
5) ¿Esta registrado o pertenece su familiar a algún centro especializado o similar?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	35	31 %
NO	79	69 %
TOTAL	114	100 %



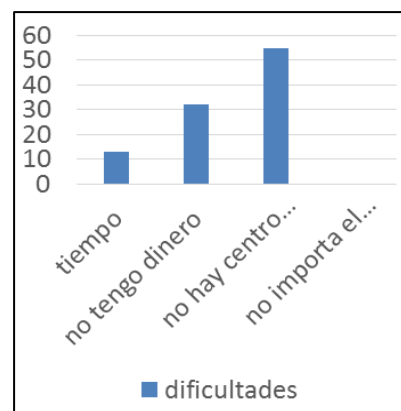
6) ¿Desea que su familiar sea tratado en un centro especializado?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	84	74 %
NO	30	26 %
TOTAL	114	100 %



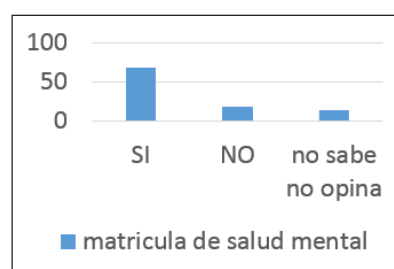
7) ¿Cuáles son las dificultades para enviar a su familiar a un centro especializado?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO TIEMPO	15	13 %
NO TENGO DINERO	62	32 %
NO HAY CENTROS DE SALUD	37	55 %
NO IMPORTA EL TRATAMIENTO	0	0 %
TOTAL	114	100 %



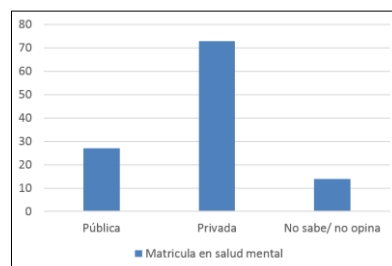
8) ¿Le gusta la idea de la creación de un centro especializado?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	78	68 %
NO	20	18 %
NO SABE /NO OPINA	16	14 %
TOTAL	114	100 %



9) ¿En qué tipo de institución está en condición de matricular a su familiar?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PUBLICA	27	24 %
PRIVADA	73	64 %
NO SABE /NO OPINA	14	12 %
TOTAL	114	100 %



10) ¿Dónde considera factible la ubicación de un centro especializado en salud mental?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO DE CHICLAYO	32	37 %
A LAS AFUERAS DE CHICLAYO	42	30 %
NO SABE /NO OPINA	40	35 %
TOTAL	114	100 %

