



Universidad Particular SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ARQUITECTURA

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del Título de:

ARQUITECTO

T E M A :

**ESTUDIO DE LOS ESPACIOS FISICOS PARA LA
REHABILITACION PSIQUIATRICA DE LOS
ENFERMOS MENTALES EN MANABI**

A U T O R E S :

**MARIA BELEN LOZANO MOLINA
NATALI ISABEL ZEVALLOS BARCIA**

D I R E C T O R :

Arq. Carlos Vinces Cedeño

Portoviejo - Manabí - Ecuador

AGRADECIMIENTO

Nuestro profundo agradecimiento a Dios, que ha sido nuestra principal guía en todo este proceso al brindarnos toda la paciencia y tolerancia en la realización del presente trabajo.

A nuestros padres, por siempre alentarnos y apoyarnos mediante sus palabras precisas en el momento correcto.

Al Arq. Carlos Vinces Cedeño, director de esta tesis, por su dedicación y paciencia brindada en todo el proceso de investigación.

A la Universidad San Gregorio por todos los conocimientos adquiridos en los 5 años de aprendizaje.

A las instituciones públicas y privadas, que nos ayudaron en la investigación.

A la Lcda. Yadira Molina por su tiempo y conocimientos entregados en el proceso.

Al Vicente Jarre y Gabriel Vásquez por constante ayuda para la culminación de la tesis.

A cada una de las personas que dieron algún aporte para la elaboración de esta tesis.

Nuestro infinito agradecimiento a todos ellos.

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios por ser siempre canalizador y fuente de fe, paciencia y fortaleza durante todos los años de mi vida.

A mi familia, que me enseno lo importante de la perseverancia y del amor a la vocación, sin Uds. no sería la persona que soy.

A mis padres, Gustavo y Mara, por sus sabios consejos, por estar incondicionalmente apoyándome en todos los aspectos de mi vida y por siempre creer en mí. Gracias por su constante dedicación y amor, son mi ejemplo de vida.

Y especialmente a mi hija, Anaí, por ti es este esfuerzo, gracias por llenar mi vida de ternura y felicidad, tu eres mi mayor motivación y espero poder seguir enorgulleciéndote.

Con todo mi amor para todos Uds.

BELEN

Índice de contenidos

AGRADECIMIENTO	I
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	II
1. Introducción: Definiciones generales	1
1.1. Introducción.....	2
1.2. Antecedentes	3
1.3. Delimitación del área de estudio.....	4
1.3.1. Área de planificación	4
1.3.2. Área de influencia	4
1.4. Alcance del tema	4
1.4.1. Alcance social.....	4
1.4.2. Alcance particular	6
1.5. Justificación del tema.....	6
1.5.1. Justificación general	6
1.5.2. Justificación académica	6
1.6. Objetivos	7
1.6.1. Objetivos generales	7
1.6.2. Objetivos específicos	7
2. Marco histórico referencial y conceptual.....	8
2.1. Marco histórico.....	9
2.1.1. Marco histórico general	9
2.1.2. Marco histórico particular	11
2.2. Marco histórico legal.....	14
2.2.1. Condiciones de estado	14
2.2.2. Política y plan nacional de salud.....	14
2.2.3. Ley orgánica de salud.....	15
2.3. Marco teórico conceptual	16
2.3.1. Marco teórico general	16
2.3.2. Marco teórico particular	20
2.4. Formulación de las hipótesis	36
2.4.1. Formulación de la hipótesis general.....	36
2.4.2. Formulación de las hipótesis específicas.....	36
3. Diagnóstico del área de estudio.....	37
3.1. Delimitación del área de estudio.....	38
3.1.1. Situación política y geográfica	38
3.1.2. Aspecto social-cultura	39

3.1.3.	Aspecto socio-económico.....	39
3.1.4.	Características demográficas	39
3.1.5.	Población económicamente activa.....	39
3.1.6.	Movimientos migratorios.....	40
3.1.7.	Características educativas y alimentarias.....	41
4.	Procesos metodológicos de la investigación	42
4.1.	Diseño esquemático	43
4.2.	Metodología de la investigación	43
4.2.1.	Método	43
4.2.2.	Tipo de investigación	44
4.3.	Técnicas.....	44
4.3.1.	De la investigación.....	44
4.3.2.	De campo.....	44
4.4.	Población y muestra.....	45
4.5.	Recursos de la investigación	45
5.	Resultados y análisis de la investigación	47
5.1.	Diagnóstico.....	48
5.2.	Técnica: Observación o visita de campo	48
5.2.1.	Dotación del servicio salud-terapia de los centros psiquiátricos a nivel nacional.....	48
5.3.	Técnica: Entrevista.....	92
5.3.1.	Objetivos de las entrevistas.....	92
5.3.2.	Estudio de los espacios físicos para la rehabilitación psiquiátrica de los enfermos mentales en Manabí	93
5.4.	Técnica: Encuesta	101
5.4.1.	Objetivos de las encuestas	101
5.4.2.	Tabulaciones y análisis.....	101
5.4.3.	Conclusión de las encuestas.....	109
6.	Síntesis y soluciones	110
6.1.	Comprobación de las hipótesis.....	111
6.1.1.	Hipótesis general.....	111
6.1.2.	Hipótesis 1.....	111
6.1.3.	Hipótesis 2.....	111
6.1.4.	Hipótesis 3.....	112
6.1.5.	Hipótesis 4.....	113
6.1.6.	Hipótesis 5.....	113
6.1.7.	Hipótesis 6.....	113
6.2.	Conclusiones.....	114
6.3.	Recomendaciones.....	115

7.	Propuesta de solución	117
7.1.	Soluciones	118
7.1.1.	Solución administrativa-gubernamental.....	118
7.1.2.	Solución financiera.....	118
7.1.3.	Solución de orden organizacional y de recursos humanos.....	118
7.2.	Normas y reglamentos de accesibilidad y proyectos hospitalarios	118
7.2.1.	Norma internacional	118
7.2.2.	Norma nacional.....	122
7.3.	Alternativas de implantación.....	127
7.3.1.	Lógica de la implantación	127
7.3.2.	Alternativas de Terrenos	127
7.4.	Escogitamiento de la alternativa.....	139
7.4.1.	Cuadro de ponderación.....	139
7.5.	Programación arquitectónica	140
7.5.1.	Ubicación del objeto arquitectónico	140
7.5.2.	Aspectos generales de la ubicación seleccionada.....	141
7.5.3.	Condiciones ambientales del terreno.....	142
7.5.4.	Formas y dimensiones del terreno	143
7.5.5.	Relación con el contexto	144
7.6.	Programación del diseño	145
7.6.1.	Programa de necesidades	145
7.6.2.	Organigramas.....	147
7.6.3.	Estudio de áreas	158
7.6.4.	Cuadro de áreas	212
7.6.5.	Análisis de matriz F.O.D.A.....	216
7.7.	Zonificación general.....	217
7.8.	Diseño arquitectónico	217
7.8.1.	Análisis de partidos	217
7.8.2.	Partido arquitectónico.....	218
7.8.3.	Impacto ambiental.....	220
7.9.	Presupuesto referencial	225
	Anexos.....	226
1.	Anexo 1	227
2.	Anexo 2	229
3.	Anexo 3	233
4.	Anexo 4.....	234
	Bibliografía	239

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Paciente con trastornos psiquiátrico	2
Ilustración 2. Ingreso del hospital Psiquiátrico san Juan de Dios	2
Ilustración 3. Paciente en área del comedor	3
Ilustración 4. Paciente en áreas de terapias	3
Ilustración 5. Paciente en áreas de terapias	4
Ilustración 6. Ilustración del siglo XV	8
Ilustración 7. Manicomios en la antigüedad	8
Ilustración 8. Terapia de electroshock	9
Ilustración 9. Fachada del hospital psiquiátrico San Lázaro	10
Ilustración 10. Prácticas de chamanismo	11
Ilustración 11. Logo de ministerio de salud pública	14
Ilustración 12. Fachada de la junta de beneficencia de Guayaquil	14
Ilustración 13. Organigrama estructural del sistema de salud	17
Ilustración 14. Consulta Psiquiátrica	18
Ilustración 15. Imagen representativa	19
Ilustración 16. Actividades de beneficencia.....	21
Ilustración 17. Hospital Psiquiátrico San Lázaro	21
Ilustración 18. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce	22
Ilustración 19. Imagen representativa	23
Ilustración 20. Imagen representativa	24
Ilustración 21. Imagen representativa	25
Ilustración 22. Imagen representativa	25
Ilustración 23. Imagen representativa	26
Ilustración 24. Tipo de tratamiento para enfermedades mentales	27
Ilustración 25. Imagen representativa	30
Ilustración 26. Imagen representativa	31
Ilustración 27. Gráfico en salud para salud mental	32
Ilustración 28. Gráfico de gastos en salud mental para hospitales psiquiátricos	32
Ilustración 29. Mapa de Manabí	35
Ilustración 30. Población económicamente activa de 5 años y más, según ramas de actividad.	37
Ilustración 31. Ubicación del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón.	46
Ilustración 32. Implantación del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón	50
Ilustración 33. Ingreso al hospital psiquiátrico Sagrado Corazón	51
Ilustración 34. Exteriores S.C	51
Ilustración 35. Pasillos internos S.C.	51
Ilustración 37. Dormitorios S.C.	51
Ilustración 36. Patios y caminarias S.C.	51
Ilustración 39. Baterías sanitarias – duchas S.C.	51
Ilustración 38. Baterías sanitarias – lavamanos S.C.	51
Ilustración 40. Baños de recién ingresados S.C.	52
Ilustración 41. Terapia física S.C.	52
Ilustración 42. Patio interno S.C.	52
Ilustración 43. Sala de estar S.C.	52
Ilustración 44. Lavandería S.C.	52
Ilustración 45. Cocina general S.C.	52
Ilustración 46. Implantación del hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce.	56
Ilustración 47. Ingreso del hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce.....	57
Ilustración 48. Habitaciones L.P.....	57
Ilustración 49. Baterías sanitarias - lavamanos L.P.....	57

Ilustración 50. Estación de enfermería L.P	57
Ilustración 51. Baterías sanitarias - duchas L.P.....	57
Ilustración 52. Estación de enfermería L.P	58
Ilustración 53. Sala de Reuniones L.P	58
Ilustración 54. Patio interno L.P	58
Ilustración 55. Sala de espera L.P	58
Ilustración 56. Sala de recuperación del electroshock L.P	58
Ilustración 57. Patio de sala de mujeres L.P	58
Ilustración 58. Iglesia L.P	58
Ilustración 59. Parqueadero L.P	58
Ilustración 60. Ubicación del hospital psiquiátrico San Juan de Dios	59
Ilustración 61. Ingreso del hospital psiquiátrico San Juan de Dios	63
Ilustración 62. Patio exterior S.J.D.	63
Ilustración 63. Áreas de estar S.J.D.	63
Ilustración 64. Habitación S.J.D.	63
Ilustración 65. Duchas especiales S.J.D	63
Ilustración 66. Terapia Física S.J.D.	64
Ilustración 67. Terapia ocupacional S.J.D	64
Ilustración 68. Sala de juego S.J.D.	64
Ilustración 69. Cocina general S.J.D.	64
Ilustración 70. Comedor de Personal S.J.D.	64
Ilustración 71. Iglesia - exterior S.J.D.	64
Ilustración 72. Iglesia - interior S.J.D.....	64
Ilustración 73. Ubicación des Hospital Psiquiátrico Julio Endara	65
Ilustración 74. Hospital Psiquiátrico de Conocoto	66
Ilustración 75. Fachada del hospital psiquiátrico Julio Endara	67
Ilustración 76. Implantación del hospital psiquiátrico Julio Endara	70
Ilustración 77. Ingreso del hospital psiquiátrico Julio Endara	71
Ilustración 78. Corredor exterior J.E.	71
Ilustración 79. Habitación general J.E	71
Ilustración 80. Terapia ocupacional J.E	71
Ilustración 81. Sala de reuniones J.E	71
Ilustración 82. Baterías sanitarios – lavamanos J.E.	72
Ilustración 83. Cuarto de máquinas J.E.	72
Ilustración 84. Terapia ocupacional J.E.	72
Ilustración 85. Lavandería J.E.	72
Ilustración 86. Cocina general J.E.	72
Ilustración 87. Patio exterior J.E.	72
Ilustración 88. Corredores exteriores J.E.	72
Ilustración 89. Cancha multiuso J.E.	72
Ilustración 90. Ubicación del hospital psiquiátrico San Lázaro	73
Ilustración 91. Ingreso del hospital psiquiátrico San Lázaro.	78
Ilustración 92. Patio interno S.L.	78
Ilustración 93. Corredor S.L.	78
Ilustración 94. Patio interno S.L.	78
Ilustración 95. Habitación de seguridad S.L.	78
Ilustración 96. Terapia de electroshock S.L.	78
Ilustración 97. Habitaciones generales S.L.....	78
Ilustración 98. Baterías Sanitarias S.L.....	79
Ilustración 99. Baterías Sanitarias - duchas S.L.....	79
Ilustración 100. Comedor de pacientes S.L.....	79

Ilustración 101. Cocina auxiliar S.L.....	79
Ilustración 102. Utilería de ropa limpia S.L.	79
Ilustración 103. Patio interior S.L.	79
Ilustración 104. Sala de televisión S.L.....	79
Ilustración 105. Lavandería S.L.	79
Ilustración 106. Ebanistería S.L.	80
Ilustración 107. Terapia ocupacional S.L.....	80
Ilustración 108. Reconocimiento de los hospitales psiquiátricos privados en el país.....	81
Ilustración 109. Reconocimiento de los hospitales psiquiátricos públicos en el país.....	85
Ilustración 110. La acción de las autoridades en cuanto al mantenimiento del área de salud mental en la provincia.....	97
Ilustración 111. Alternativas de la necesidad de la implementación de un centro de rehabilitación en la provincia.....	98
Ilustración 112. Alternativas para satisfacer a las personas que padecen enfermedades mentales en la provincia.....	99
Ilustración 113. Pacientes que necesitan ser internados por enfermedades psiquiátricas.....	100
Ilustración 114. El peligro que representan las personas que no reciben tratamiento a tiempo.....	100
Ilustración 115. La incidencia de los familiares para la recuperación de un paciente.....	101
Ilustración 116. Papel que desempeñan los familiares del paciente para la recuperación del paciente.....	102
Ilustración 117. Porcentaje que la sociedad conoce sobre los tratamientos que existen para las enfermedades mentales.....	103
Ilustración 118. Factibilidad de la construcción de un hospital psiquiátrico en la provincia.....	104
Ilustración 119. Ubicación de la alternativa 1 de terreno.....	123
Ilustración 120. Vías de acceso al terreno.....	123
Ilustración 121. Vía secundaria del terreno.....	124
Ilustración 122. Topografía del terreno.....	124
Ilustración 123. Condiciones climáticas del terreno.....	125
Ilustración 124. Uso del suelo del terreno.....	125
Ilustración 125. Ubicación de la alternativa 2 de terreno.....	126
Ilustración 126. Vías de acceso al terreno.....	126
Ilustración 127. Topografía del terreno.....	127
Ilustración 128. Condiciones climáticas del terreno.....	127
Ilustración 129. Uso del suelo del terreno.....	128
Ilustración 130. Ubicación de la alternativa 3 de terreno.....	128
Ilustración 131. Vía de acceso al terreno.....	129
Ilustración 132. Topografía del terreno.....	129
Ilustración 133. Condiciones climáticas del terreno.....	130
Ilustración 134. Uso de suelo del terreno.....	130
Ilustración 135. Ubicación de la alternativa 4 de terreno.....	131
Ilustración 136. Vía de acceso al terreno.....	131
Ilustración 137. Topografía del terreno.....	132
Ilustración 138. Condiciones climática del terreno.....	132
Ilustración 139. Uso de suelo del terreno.....	132
Ilustración 140. Ubicación del objeto arquitectónico.....	135
Ilustración 141. Aspectos generales de la ubicación seleccionada.....	136
Ilustración 142. Uso del suelo del terreno seleccionado.....	136
Ilustración 143. Condiciones ambientales del terreno.....	137
Ilustración 144. Formas y dimensiones del terreno.....	138
Ilustración 145. Organigrama funcional general.....	142
Ilustración 146. Organigrama funcional de consulta externa.....	142
Ilustración 147. Organigrama funcional de la zona administrativa.....	143
Ilustración 148. Organigrama funcional de la zona de servicio.....	143
Ilustración 149. Organigrama funcional de la zona de terapias.....	143
Ilustración 150. Organigrama funcional de la zona de ingresados.....	144
Ilustración 151. Organigrama funcional de la zona de media estancia.....	144

Ilustración 152. Organigrama funcional de la zona de crónicos.....	144
Ilustración 153. Organigrama funcional de la zona complementaria.....	145
Ilustración 154. Organigrama funcional general por zonas	146
Ilustración 155. Organigrama de circulación general	147
Ilustración 156. Organigrama de consulta externa	147
Ilustración 157. Organigrama de circulación de la zona administrativa	147
Ilustración 158. Organigrama de circulación de la zona de servicio	148
Ilustración 159. Organigrama de circulación de la zona de terapia	148
Ilustración 160. Organigrama de circulación de la zona de ingreso	149
Ilustración 161. Organigrama de circulación de la zona de media estancia.....	149
Ilustración 162. Organigrama de circulación de la zona de crónicos	149
Ilustración 163. Organigrama de circulación de la zona de complementaria	150
Ilustración 164. Organigrama de circulación general por zona	151
Ilustración 165. Zonificación general.....	211

Índice de tablas

Tabla #1: distribución de los pacientes atendidos en los hospitales psiquiátricos del ecuador, según diagnostico (2006)	22
Tabla #2: distribución de los pacientes atendidos en consulta externa en los hospitales psiquiátricos del ecuador, según diagnostico (2006)	23
Tabla #3: distribución de camas en los hospitales psiquiátricos del ecuador (2006)	28
Tabla #4: distribución de los pacientes atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios del ecuador, agrupados en 6 categorías (2006)	30
Tabla # 5 población de 5 años, por áreas, según niveles de instrucción	38
Tabla # 6 recursos de la investigación	43
Tabla # 7 áreas del hospital psiquiátrico sagrado corazón	49
Tabla # 8 personal del hospital psiquiátrico sagrado corazón	49
Tabla #9 condiciones físicas del establecimientos	50
Tabla #10 dotaciones de servicios básicos	50
Tabla # 11 áreas del hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce.....	55
Tabla # 12 personal del hospital psiquiátrico sagrado corazón	55
Tabla # 13 condiciones físicas del establecimiento.....	56
Tabla # 14 dotación de servicios básicos	57
Tabla # 15 áreas del hospital psiquiátrico san juan de dios	61
Tabla # 16 áreas del hospital psiquiátrico san juan de dios	62
Tabla # 17 personal del hospital psiquiátrico san juan de dios	62
Tabla # 18 condiciones físicas del establecimiento	62
Tabla # 19 dotación de servicios básicos	63
Tabla # 20 áreas del hospital psiquiátrico Julio Endara	69
Tabla # 21 personal del hospital psiquiátrico Julio Endara	69
Tabla # 22 condiciones físicas del establecimiento	70
Tabla # 23 dotación de servicios básicos	71
Tabla # 24 áreas del hospital psiquiátrico san lázaro	76
Tabla # 25 personal del hospital psiquiátrico san lázaro	77
Tabla # 26 condiciones físicas del establecimiento.....	77
Tabla # 27 dotación de servicios básicos	77
Tabla # 28 aspecto técnicos espacial de los hospitales psiquiátricos privados del ecuador	83
Tabla # 29 condiciones físicas de los hospitales psiquiátricos privados del ecuador	83
Tabla # 30 estado físico del mobiliario de los hospitales psiquiátricos privados del ecuador	83
Tabla # 31 servicios básicos de los hospitales psiquiátricos privados del ecuador	84
Tabla # 32 condiciones de accesibilidad a los hospitales psiquiátricos privados del ecuador	84
Tabla # 33 tipo de tendencias de los hospitales psiquiátricos privados del ecuador.....	84
Tabla # 34 aspecto técnicos espacial de los hospitales psiquiátricos públicos del ecuador	86
Tabla # 35 condiciones físicas de los hospitales psiquiátricos públicos del ecuador	86
Tabla # 36 estado físico del mobiliario de los hospitales psiquiátricos públicos del ecuador.....	87
Tabla # 37 servicios básicos de los hospitales psiquiátricos públicos del ecuador	87
Tabla # 38 condiciones de accesibilidad a los hospitales psiquiátricos públicos del ecuador	87
Tabla # 39 tipo de tendencia de los hospitales psiquiátricos públicos del ecuador.....	87
Tabla # 40 la acción de las autoridades en cuanto al mantenimiento del área de salud mental en la provincia.....	97
Tabla # 41 alternativa de la necesidad de la implementación de un centro de rehabilitación en la provincia.....	98
Tabla # 42 alternativa para satisfacer a las personas que padecen enfermedades mentales en la provincia	99
Tabla # 43 pacientes que necesitan ser internados por enfermedades psiquiátricas	99
Tabla # 44 el peligro que representan las personas que no reciben tratamiento a tiempo	100
Tabla # 45 la incidencia de los familiares para la recuperación de un paciente.....	101
Tabla # 46 papel que desempeñan los familiares del paciente para la recuperación del paciente	102
Tabla # 47 porcentaje que la sociedad conoce sobre los tratamientos que existen para las enfermedades mentales	102
Tabla # 48 factibilidad de la construcción de un hospital psiquiátrico en la provincia.....	103

Tabla # 49 cuadro de ponderación de las alternativas de terrenos	134
Tabla # 50 relación con el contexto en el terreno seleccionado	139
Tabla # 51 programa de necesidades	142
Tabla # 52 cuadro de áreas de la zona administrativa	206
Tabla # 53 cuadro de áreas de la zona de servicio	206
Tabla # 54 cuadro de áreas de la zona de consulta externa	207
Tabla # 55 cuadro de áreas de la zona de ingreso	207
Tabla # 56 cuadro de áreas de la zona de media estancia	208
Tabla # 57 cuadro de áreas de la zona de crónicos	208
Tabla # 58 cuadro de áreas de la zona de terapias.....	209
Tabla # 59 cuadro de áreas de la zona recreativa.....	209
Tabla # 60 cuadro de áreas por zonas	209
Tabla #61. Posibles componentes ambientales afectados por las actividades de construcción y funcionamiento del hospital psiquiátrico de Manabí.....	216
Tabla #62. Plan de mitigación ambiental	217
Tabla # 63. Presupuesto referencial	218

1. INTRODUCCIÓN: DEFINICIONES GENERALES

1.1. Introducción

Salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida, sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

La salud mental se ve amenazada por las enfermedades psiquiátricas que son un mal que afectan a la sociedad en general sin distinción alguna pudiéndose presentar de varias maneras y con distintas sintomatologías unas más crónicas que otras pero todas con posibilidad de tratamiento. A pesar de que no todas estas patologías poseen una recuperación total si se puede conseguir en el paciente una estabilidad mental que ayude a sobrellevar su problema y de alguna manera reintegrarse a la sociedad.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 1. Paciente con trastornos psiquiátrico

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 2. Ingreso del hospital Psiquiátrico san Juan de Dios

Debido a la variedad de enfermedades psiquiátricas y de tratamientos que existen para cada una de ellas, se ha presentado la necesidad de crear lugares e especializados que cuenten con todo el equipamiento necesario para los procedimientos de rehabilitación y/o recuperación de los pacientes.

Teniendo en cuenta que la tasa mundial poblacional de personas con enfermedades mentales va en aumento, se ha hecho imprescindible la implementación de hospitales psiquiátricos en los distintos países del mundo.

El Ecuador ha tenido un gran progreso en los últimos años en la atención de la salud mental, sin embargo estos no se encuentran organizados de manera regionalizada; existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo e ignorando la influencia de pacientes de otras provincias, tal es el caso de Manabí que posee un importante número de pacientes psiquiátricos que requieren tratamiento especial.

Al no contar con un centro psiquiátrico dentro de Manabí el interés de ésta tesis va enfocada en la investigación y estudio de los mismos, debido a que se considera factible la posibilidad de implementar uno dentro de la provincia, teniendo en cuenta el considerable número de personas que se encuentran internas en los hospitales psiquiátricos existentes en otras provincias así como un gran número de ellos deambulando por las calles, lo que demanda una intervención

gubernamental que vele por su tratamiento y recuperación, y por la seguridad ciudadana. La inexistencia de un centro de esta naturaleza en esta provincia conlleva al abandono y al distanciamiento obligado entre paciente y familia, debido al costo que significa el traslado continuo a otras provincias, donde se ven obligados a internarlos, para las visitas imprescindibles con el fin de mantener el vínculo afectivo que propicie una mejor y pronta recuperación.

1.2. Antecedentes

Un Hospital Psiquiátrico, es una institución de prestación de servicios en salud mental a la comunidad, su política de calidad es procurar dar tratamientos psiquiátricos, psicológicos y psicosociales a la sociedad, para lo cual mantiene un Sistema de Gestión de Calidad que le permite tener un enfoque a procesos y alcanzar la satisfacción de sus clientes y lograr mejora continua de sus pacientes.

No existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de los ecuatorianos. Hace falta una vinculación o coordinación entre los organismos encargados de la vigilancia de los derechos humanos y los establecimientos de salud mental. El personal de los servicios no ha sido capacitado sobre derechos humanos.

Para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos. Los servicios de salud mental en el Ecuador han tenido un desarrollo significativo en los últimos años, de manera que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con médicos psiquiatras y psicólogos, así como en los centros de salud de algunas provincias.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 3. Paciente en área del comedor

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 4. Paciente en áreas de terapias

Lamentablemente estos no se encuentran organizados de acuerdo a las necesidades de la población de cada provincia, por el contrario es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito y Guayaquil, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo.

Es importante mencionar que en trece provincias se ofrece atención psiquiátrica en los Hospitales Provinciales, esta atención es básicamente ambulatoria y en mínima proporción se realizan internamientos, dado que no existe una dotación fija de camas para psiquiatría.

Una falencia crítica es la de servicios especializados y la escasa e inadecuada infraestructura médica para atender a los adultos, adolescentes y niños con problemas de salud mental.

En el país existen 5 hospitales psiquiátricos, el de mayor capacidad es el “Lorenzo Ponce” de

Guayaquil, que es una dependencia de un organismo privado sin fines de lucro. Los otros 4 se localizan en la ciudad de Quito, siendo 2 de estas instituciones públicas, y las otras 2, instituciones privadas; entre estas últimas se encuentra el Instituto Psiquiátrico Sagrados Corazones que pertenece a la Conferencia Episcopal y está dotado con el mayor desarrollo tecnológico de los 5.

1.3. Delimitación del área de estudio

1.3.1. Área de planificación

Manabí, provincia ubicada en el noroeste de Ecuador. Su capital es Portoviejo. Limita al oeste con el Océano Pacífico, al norte con la provincia de Esmeraldas, al este con las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas y Los Ríos, al sur con la provincia de Santa Elena y al sur y este con la provincia de Guayas. En su costa se encuentra la ciudad y puerto de Manta, el cual es el primer puerto pesquero del Ecuador. Manabí es la tercera provincia más poblada de Ecuador.

Fuente: Wikimedia Commons



Ilustración 5. Paciente en áreas de terapias

1.3.2. Área de influencia

Este proyecto está enfocado a dar atención médica de salud mental no solo para la provincia de Manabí, sino también a todas las provincias del área y demás que requieran de este servicio. Estará ubicado en un lugar donde existan varias vías de acceso que faciliten la llegada de los habitantes desde las distintas procedencias para vializar su uso y asistencia.

1.4. Alcance del tema

1.4.1. Alcance social

La sociedad al no conocer acerca de las enfermedades psiquiátricas retira el apoyo al enfermo debido a la vergüenza que causa en la familia, ignorando los tratamientos existentes para la rehabilitación e incluso para la recuperación de los mismos, aumentando la taza poblacional de personas enfermas.

Por otro lado se agudiza un problema ciudadano respecto a la seguridad civil de los mismos,

debido a la agresividad que pudiera generarse en este tipo de pacientes cuando son provocados deliberadamente por personas que desconocen cómo manejarlos y el peligro que estos representan cuando no son atendidos oportuna y profesionalmente.

El alcance social del tema se centra precisamente en lograr cubrir equitativamente las necesidades de salud mental de toda la población de Manabí y sus alrededores, implementando un centro Psiquiátrico público para las personas con problemas mentales que no tienen recursos para ser tratados lejos de su lugar de origen, o por las que están internados en hospitales de otras ciudades y son abandonados por sus familiares por motivos de distancia, lo que provoca retraso en su recuperación, ya que la salud mental es un derecho que deben tener todas las personas sin que la clase social represente un justificativo para la falta de atención.

1.4.2. Alcance particular

En base a la investigación, se desea llegar al estudio de qué tan factible sería un centro psiquiátrico en Manabí, y en base a ello llegar a una propuesta innovadora, para mejorar las falencias que se detecten en el transcurso de la investigación de campo, que se realizara mediante la observación y estudio de otros centros existentes en el país.

En el diagnóstico preliminar se detectó que la mayoría de los centros psiquiátricos en actividad en el país, no han sido diseñados para el fin que desempeñan, por lo que se analizará el funcionamiento correcto para cada área, investigando todo el sistema que se requiere para el tratamiento de las diversas enfermedades mentales que más predominan en el medio y al cual se dirige el proyecto.

1.5. Justificación del tema

1.5.1. Justificación general

En Manabí, existe un elevado porcentaje de personas que requieren un lugar que les permita rehabilitarse y recluirse dentro de su provincia sin perder contacto con sus familias ya que esto les facilitará no solo la recuperación, sino también su reintegración a la sociedad.

Es importante mencionar que los centros de rehabilitación y hospitales psiquiátricos en el país no han sido correctamente diseñados, peor aún planificados para la practicidad de los mismo sino que han sido adecuados y mejorados pero sin llegar a ser completamente funcionales.

Los principales beneficiados de este proyecto serán las familias manabitas de los enfermos mentales, ya que podrán contar con un hospital psiquiátrico dentro de su provincia sin tener que viajar constantemente; los pacientes también serán beneficiados ya que al estar cerca de sus familiares contarán con un control más seguido de sus tratamientos y una estimulación afectiva, lo que ayudará para su pronta recuperación y a sobrellevar de mejor manera su enfermedad.

1.5.2. Justificación académica

La facultad de Arquitectura de la Universidad San Gregorio de Portoviejo exige como requisito para la culminación de la carrera un trabajo metodológico cuyo tema sea un aporte a la comunidad, es aquí donde se probará todo el aprendizaje adquirido en los años de estudio universitario. Así como servir como material investigativo de apoyo para futuros trabajos análogos al mismo. El proyecto se basará en una amplia investigación que llevará a una propuesta física-espacial, demostrando las aptitudes necesarias para adquirir el título de Arquitectos.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivos generales

Analizar los espacios físicos de los centros de rehabilitación psiquiátrica en el país con el fin de implementar un proyecto tipo, que garantice un espacio idóneo para los enfermos mentales en la provincia de Manabí.

1.6.2. Objetivos específicos

1. Indagar la existencia de datos estadísticos con respecto a los enfermos mentales en Manabí identificando el nivel de atención y las necesidades que tiene este grupo poblacional.
2. Verificar la existencia de enfermos mentales que deambulan en los espacios públicos por distintos motivos sociales.
3. Indagar la frecuencia de las visitas familiares que reciben los enfermos y las repercusiones que ocasionan a su tratamiento.
4. Analizar la gestión de las autoridades pertinentes, en la relación a los enfermos mentales de Manabí, para comprobar el interés y preocupación que tienen las autoridades sobre la atención en la Salud Mental.
5. Investigar el funcionamiento y estructura física de los centro psiquiátricos existentes en el país, para determinar criterios funcionales, formales y constructivos que fundamental la elaboración de un modelo teórico.
6. Diseñar una propuesta de solución al problema de la inexistencia de un espacio físico para el tratamiento de los enfermos mentales de Manabí.

2. MARCO HISTÓRICO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL

2.1. Marco histórico

2.1.1. Marco histórico general

La psiquiatría ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, pero en mayor medida que éstas, han sido cuestionadas continuamente acerca de su condición misma de enfermedades, atribuyéndoles un origen diabólico que provocó que durante mucho tiempo la sociedad hiciera pagar a los enfermos mentales un precio muy caro por su mal, provocando la cruel hostilidad de la ignorancia.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 6. Ilustración del siglo XV

En la Edad Media, los griegos y los romanos tenían la creencia de que los enfermos mentales estaban poseídos por los demonios; por lo que les eran celebradas ceremonias religiosas con la seguridad de que de esa manera podían llegar a la cura. Con la caída del Imperio Romano y la ruina de las instituciones sociales, no se tuvo ningún cuidado de estos enfermos considerados locos, y con frecuencia tenían que esconderse en los bosques. Los monasterios eran su único refugio, y la oración su principal tratamiento curativo, y en esta época de marcada fe, el exorcismo y la curación por el dogma solían ser eficaces.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 7. Manicomios en la antigüedad

Pero ya en el siglo XV, la fe, acosada, se había puesto a la defensiva. Las guerras, el caos y la peste negra provocaron epidemias de locura y delirios colectivos que, a su vez, llevaron a cacerías de brujas en masa. La Inquisición sostenía que locos y locas eran brujos peligrosos y que si la tortura no expulsaba al diablo, no había más remedio que someterlos a muerte en la hoguera.

En el Renacimiento, la autoridad secular sustituyó a la eclesiástica en muchos aspectos de la vida. Los monasterios tuvieron que dejar a la sociedad el cuidado de los enfermos mentales, la cual optó por encarcelarlos en instituciones donde no recibían tratamiento. En 1547, ya se contaban con manicomios donde se los recluía y encadenaba a los que presentaban conductas trastornadas.

En el siglo XIX, algunos médicos desconcertados por la enfermedad, se esforzaron por mejorar las condiciones de vida. Philippe Pinel en la "primera revolución psiquiátrica" se dedicó al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, observando y analizando sistemáticamente los fenómenos perceptibles de la enfermedad. Es a partir de esta rigurosidad que establece la primera clasificación de enfermedades mentales. En el campo institucional, propugnaba la humanización del trato que se daba por entonces a las personas con estas patologías, eliminando su encadenamiento a las paredes y proponiendo la creación de un cuerpo especializado de médicos dedicados a la atención de los "alienados", su importancia es de tal envergadura que al movimiento iniciado por él se le ha conocido como "segunda revolución psiquiátrica". Philippe consideraba posible la

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 8. Terapia de electroshock

recuperación a partir del tratamiento moral.

Pero será a finales de este siglo y en los albores del siglo XX cuando comiencen a surgir los primeros psiquiatras de influencia crucial en la historia de esta especialidad alcanzando un nivel crítico necesario para generar alternativas de tratamiento razonablemente eficaces para muchas de las enfermedades mentales conocidas.

Con el siglo XX va forjándose un nuevo concepto de enfermedad mental, más ligado a una concepción orgánica y biologicista, heredera de las doctrinas degeneracionistas y del positivismo radical, que basaba sus observaciones no ya en los locos situados en el medio social, sino en las colecciones de especímenes humanos clasificados en los manicomios morales.

Entre algunos de los representantes más genuinos de esta época por la influencia posterior, se encuentra Emil Kraepelin que propone un acercamiento, observación estrictamente clínico en el que la narrativa del enfermo es reducida de síntoma a signo. Kraepelin se centró en la clínica, como herramienta diagnóstica y terapéutica superior a la formulación de hipótesis e incluso a la anatomía patológica. También en los comienzos de este siglo despunta Eugen Bleuler defensor de la teoría de que las enfermedades mentales son causadas principalmente por trastornos biológicos o genéticos.

Durante los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX tiene a lugar la llamada "tercera revolución psiquiátrica", donde no solo se escucha atentamente al paciente psiquiátrico sino que, debido a Sigmund Freud, se intenta comprenderlo. Sigmund Freud, en el siglo XX, aporta la noción del inconsciente, descubriendo que detrás de la mente humana existen mecanismos no conscientes que generan alteraciones psiquiátricas. Él desarrolla el psicoanálisis, técnica cuyo objeto es ahondar en la mente del sujeto para conocer su subconsciente y ayudarlo a comprender las causas de su comportamiento. Elaboró la teoría de la personalidad y describió los mecanismos

mentales inconscientes de defensa del yo.

A mediados del siglo XX surge la anti psiquiatría como respuesta al proceso de exclusión social sufrido por los enfermos mentales y al uso controvertido de nuevos métodos terapéuticos como la lobotomía o la terapia electro convulsivo. David Cooper en 1967 lidera esta corriente de pensamiento, argumentando que los métodos de la psiquiatría estaban basados en la abolición del "yo" del paciente y a una concepción excesivamente biologicista de la enfermedad mental. Ronald Laing, llega a afirmar que la esquizofrenia puede llegar a ser tratada y controlada mediante la psicoterapia, sin la necesidad de recurrir a electroshock, ya que el origen de esta estaba en una infancia determinada por unos padres excesivamente disruptores en la formación de la personalidad del paciente. Otras figuras de esta corriente como Thomas Szasz llevan al extremo sus postulados, afirmando que en muchos casos la locura o la enfermedad mental son etiquetas impuestas por convenio para controlar toda desviación de la convención social.

Tras un largo período de desencuentro la psiquiatría oficial y la anti psiquiatría confluyeron en una corriente psiquiátrica que finalmente se desentendió de la mayor parte de los tratamientos criticados por esta última (actualmente sólo persisten unas indicaciones muy limitadas y restrictivas para el empleo del electroshock, habiendo desaparecido en psiquiatría el resto de terapias antes mencionadas), y que admitió la pertinencia de incorporar a los enfermos mentales en ambientes sociales más integradores y menos aislantes como un camino hacia su "normalización". Este fenómeno, conocido como "desinstitucionalización" ha llevado al cierre masivo de los antiguos manicomios en muchos países occidentales desde la década de los setenta hasta la actualidad, abogándose actualmente por Unidades Hospitalarias de Procesos Agudos y reservando las estancias en Unidades de Crónicos o de larga estancia sólo aquellos casos de muy difícil integración o sin un soporte social adecuado para la misma.

2.1.2. Marco histórico particular

Los primeros hospitales se fundaron en la Colonia. Los cinco primeros se denominaron hospitales de la Presidencia y estuvieron ubicados en Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja y Riobamba. Entre ellos los Hospitales De la Misericordia y San Lázaro en Quito y el Hospital de Guayaquil, ubicado al pie del cerro de Santa Ana, los mejor dotados y atendidos.

Foto: www.jbg.org.ec/es/salud/hlp



Ilustración 9. Fachada del hospital psiquiátrico San Lázaro

También en Cuenca, el 12 de abril de 1557 el capitán Gil Ramírez Dávalos constituye un hospital para españoles y naturales: el "Real Hospital de la Caridad"; desde un inicio este Hospital funcionó con limitaciones físicas. Estos hospitales se administraban con ayuda de la Iglesia Católica y eran

muy pobres sus recursos. A partir de la Independencia de España el tema de hospitales y su mejoramiento, fue tópicamente siempre discutido por los poderes del Estado. El 1 de agosto de 1836 se estableció en Guayaquil el "Hospital de la Caridad". En 1863 se inauguró el hospital de Babahoyo. A finales del siglo XIX se establece un Leprocomio en la ciudad de Cuenca, en una hondonada llamada Jordán. Ya en la administración de Vicente Rocafuerte, el Congreso Nacional expidió un decreto de mejoras de los hospitales, reconociéndoles el "privilegio de pobreza".

Los hospitales de la época colonial, fueron solamente lugares de aislamiento de enfermos, menesterosos y abandonados. Atendidos por empíricos, curanderos, sobadores, shamanes y expertos en medicina aborigen a los que se agregaron conocimientos de medicina popular traída de España.

Los hospitales de la época colonial, fueron solamente lugares de aislamiento de enfermos, menesterosos y abandonados. Atendidos por empíricos, curanderos, sobadores, shamanes y expertos en medicina aborigen a los que se agregaron conocimientos de medicina popular traída de España.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 10. Prácticas de chamanismo

Las raíces culturales que determinan el quehacer médico-psiquiátrico en el Ecuador. El curanderismo y dentro de este el chamanismo, son las prácticas médicas que se han mantenido, convirtiéndose en un tratado empírico, con vigencia en amplias zonas del país. En Ecuador la influencia de las culturas prehispánicas, se puede detectar en diversas manifestaciones del quehacer diario de nuestra sociedad, que ha logrado establecer un verdadero código de símbolos, implícitamente aceptados y practicados por todos quienes encuentran un sentido propio. Pero estos factores culturales, no se han estancado en el tiempo, y han asistido a un proceso evolutivo, acorde a la evolución a la que está sujeta la sociedad. Sin embargo todo lo que implica cambio, genera diversos niveles de desconfianza entre nuestra población, independientemente del valor científico demostrado por éste. Para la medicina y muy particularmente para la Psiquiatría, el enfrentar y superar toda esta estructura cultural, ha supuesto un duro reto, en el que no basta la imposición per se de los avances internacionales, para su aceptación. Ahora, trastornos como las crisis de Pánico, estrés post-traumático agudo, distimia, entre muchos otros diagnósticos, se los ve con más naturalidad llegando a un buen nivel de comprensión, desmitificando viejos prejuicios y creencias que en lo único que contribuían era en ahondar el sufrimiento de quien padecía estos trastornos. Un elemento que es necesario mencionar es que desafortunadamente la mayor parte de psiquiatras formados se han ubicado en las grandes ciudades, en el área rural hay un gran vacío en lo que a materia de psiquiatría se refiere, y probablemente la futura dirección que deba tomarse sea la

organización de una práctica comunitaria en la cual el trabajo no deberá estar antagonizando con el de la medicina aborígen sino, probablemente incluyendo al chaman en el equipo de salud al cual podríamos denominar interdisciplinario, en su verdadero significado.

2.2. Marco histórico legal

2.2.1. Condiciones de estado

La Constitución Política del Estado en la sección cuarta concerniente a la salud, se declara los siguientes artículos:

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

2.2.2. Política y plan nacional de salud

La política y plan nacional de salud mental fue revisada por última vez en el año 1999 y aprobada mediante Acuerdo Ministerial N° 01745 del 21 de octubre de 1999. En dicho documento se señalan como principios rectores de las acciones de salud mental en el Ecuador los siguientes:

- Incorporación de las acciones de salud mental a los planes y programas de la salud general, como parte integrante de los mismos y no como acciones paralelas o aisladas.
- Atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental. En consecuencia se actuará en todos los niveles de prevención, abordando los aspectos biológicos, psicológicos y

sociales.

- Priorización de acciones en concordancia con las necesidades de la población y con activa participación de la misma desde el nivel local.
- Coordinación e integración a nivel intrasectorial y multisectorial en los niveles local y central.
- Descentralización y desconcentración de acciones.
- Sistemas de atención que garanticen la calidad, la equidad, la universalidad y la oportunidad, con tecnologías ajustadas a nuestra realidad.
- Respeto irrestricto a los derechos humanos, a las manifestaciones culturales de cada grupo humano y los derechos de los pacientes mentales y sus familias.

En base a las políticas antes señaladas, el Plan Nacional de Salud Mental define las siguientes líneas y programas de acción:

- Estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles
- Salud mental de los niños
- Salud mental de los adolescentes
- Salud mental en los adultos
- Salud mental en los adultos mayores
- Salud mental y género
- Salud mental en los grupos étnicos
- Alcoholismo y drogadicción
- Violencia en sus diferentes formas de expresión
- Salud mental y procesos migratorios
- Formación de recursos humanos en salud mental
- Investigación en salud mental
- Salud mental en situaciones de desastres y conflictos sociales
- Legislación en salud mental.

2.2.3. Ley orgánica de salud

En la actualidad no existe una ley de salud mental, pero en la Ley Orgánica de Salud, promulgada el 22 de diciembre de 2006, existen algunos artículos que de manera directa o indirecta se relacionan con aspectos de la salud mental.

En los lineamientos de la Política de Salud Mental se señala el respeto a los derechos humanos de los pacientes, sin embargo, a pesar de esta declaración, en la práctica no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios con los pacientes y sus familiares en relación con los derechos humanos. De igual manera no se han ejecutado acciones de formación al personal de salud sobre este tema (Anexo 3).

2.3. Marco teórico conceptual

2.3.1. Marco teórico general

2.3.1.1. Sistema de salud en el Ecuador

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) es el organismo que posee el liderazgo, para asegurar la apropiada conducción y rectoría del sector salud en el país. Mediante el proceso de regionalización, el MSP ha desarrollado una estructura técnico-administrativo-financiera que establece una delimitación geográfico - poblacional, organiza y define un sistema de gerencia tendiente a mejorar la coordinación y el funcionamiento de la red de servicios.

Foto: www.msp.gov.ec



Ilustración 11. Logo de ministerio de salud pública

El sistema de salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Coexisten los sistemas de Salud Pública, dependiente del Ministerio del ramo, que ejecuta intervenciones de salud pública y mantiene una red de servicios asistenciales para la mayor parte de la población; el de la Seguridad Social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal; el de las Fuerza Armadas y Policía para los miembros de estas instituciones y sus familiares, SOLCA, entidad de derecho privado pero que recibe rentas del sector público y atiende a los pacientes enfermos de cáncer y los servicios privados para la población de mayor poder adquisitivo. En la Provincia del Guayas, la más poblada del país, la gran mayoría de los establecimientos de atención médica dependen de la Junta de Beneficencia, financiada por la lotería nacional. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento particular.

Foto: www.jbg.org.ec/es/



Ilustración 12. Fachada de la junta de beneficencia de Guayaquil

El subsector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepaga) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 15 % de los establecimientos del país. Existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, la mayoría

ubicados en las principales ciudades, con infraestructura y tecnología elemental. También existen empresas de medicina prepaga que cubren menos del 3% de la población de los estratos de ingresos medios y altos.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón. El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada sea a nivel cantonal que provincial.

El gasto en salud total es de 177 dólares internacionales per cápita. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per cápita para los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del Ministerio de Salud Pública MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte. Quienes se atienden a nivel privado tienen un gasto mucho más alto que el de la Seguridad Social.

El Presupuesto del Ministerio de Salud Pública corresponde al 6% del presupuesto general del Estado. En relación al PIB (Producto Interno Bruto) es el 1.47%. Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría. La aplicación de las políticas de reducción del Estado a partir de la década de los 80, determinó una brusca disminución de los recursos del sector social y el de salud. Esto ha repercutido negativamente en la calidad de la atención, niveles de cobertura, y funcionamiento de los servicios públicos que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de la población, especialmente en aquellas zonas más empobrecidas.

Se estima la existencia de 181 médicos por cada 100.000 habitantes; el 92% trabaja en las ciudades y aproximadamente la mitad en el sector público (49.9%). En cambio, el 81.9% de los enfermeros y el 92.4% de los trabajadores sociales trabaja en el sector público.

El país cuenta con 691 establecimientos con internamiento, de los cuales el 72% están en el sector privado. Sin embargo, el 70.7% de la dotación de camas hospitalarias está en el 28% de establecimientos del sector público. Por cada 100.000 habitantes existen 169 camas. El Ministerio de Salud mantiene un total de 1374 unidades de atención primaria, entre las que se incluyen los Centros, Subcentros y Puestos de Salud. El Seguro Social mantiene 643 unidades 5 propias y 329 ubicadas en el interior de diversas empresas (dispensarios anexos). Las entidades de derecho privado sin fines de lucro administran 188 unidades de atención primaria.

De acuerdo a la regionalización funcional, el Ministerio de Salud ha establecido los siguientes niveles de gestión.

- Nivel de Área De Salud
- Nivel Provincial
- Nivel Nacional

2.3.1.2. Nivel del área de salud

Está conformado por la Unidad de Conducción del Área y las unidades operativas de primero y

segundo nivel, con capacidad resolutive técnica, administrativa financiera, promueve la participación social, recibe supervisión y asesoramiento del nivel provincial.

Para la conformación de estas áreas, se consideran criterios como:

Tamaño poblacional, dependiendo de las zonas ya sean urbanas o rurales se establecen los requerimientos de un área de salud.

Área geográfica y accesibilidad, una área de Salud puede contener un cantón, varios cantones, o un cantón puede ameritar varias áreas de salud.

Los servicios de salud, para áreas urbanas y mixtas la red de servicios está formada por la jefatura de salud en un Centro de Salud O Centro Materno Infantil, y dispone de una jurisdicción de un Hospital Provincial o de mayor complejidad.

En la zona rural la red de servicios estará integrada por un Centro de Salud Hospital u Hospital Cantonal, donde se ubica la jefatura de Área.

Capacidad de gestión técnica-administrativa, es decir que las Áreas de Salud deberán de Contar con los recursos humanos, técnicos y administrativos para conformar la Unidad de Conducción del Área, lo que permite una adecuada toma de decisiones, debe de poseer además recursos humanos, económicos y fiscos básicos para su funcionamiento.

2.3.1.3. Estructura del área de salud

El Área de Salud se constituye como una red de servicios básicos constituida por:

- Puestos De Salud (PS)
- Subcentros de Salud (SCS)
- Centros De Salud (CS)
- Centro de Salud Materno Infantil (CSMI)
- Centro de Salud Hospital (CSH)

Consta de dos niveles de atención: las unidades operativas de primer nivel y un Hospital de referencia que constituye el segundo nivel, cada uno tiene su especificidad y es complementario con el otro.

La unidad de mayor complejidad es la sede de la Unidad de Conducción del Área y es una unidad más de la estructura del Área, por lo tanto, sujeta al régimen técnico-administrativo de la Unidad de Conducción del Área.

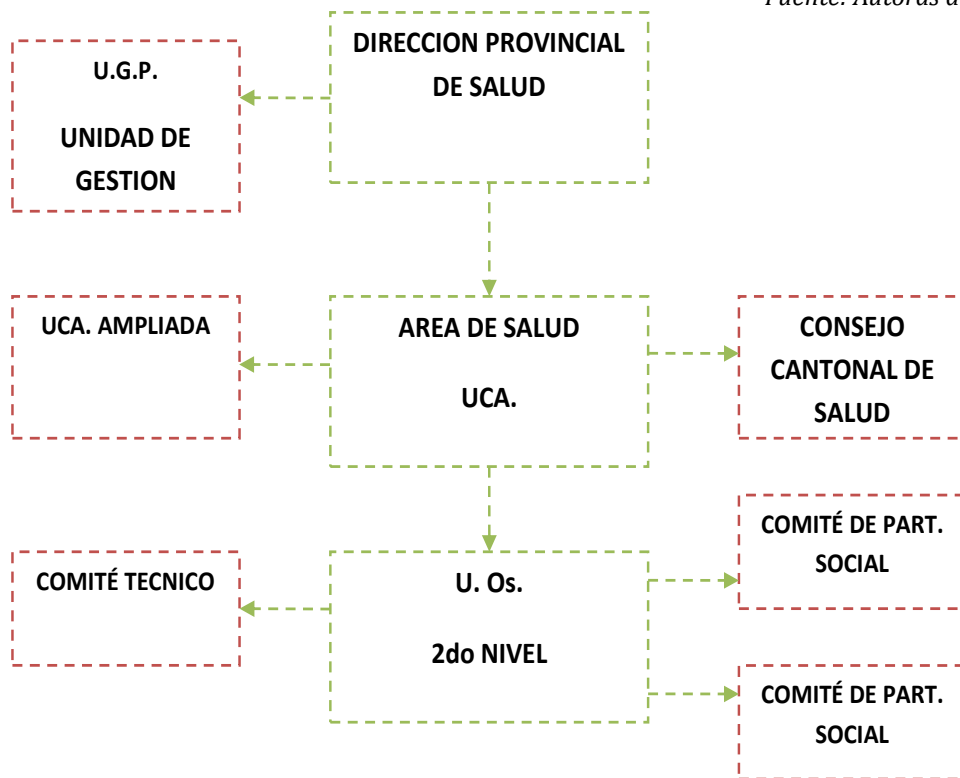


Ilustración 13. Organigrama estructural del sistema de salud

2.3.1.4. Estructura del área de salud nivel nacional

El papel del Ministerio de Salud Pública es velar por el mejoramiento permanente del nivel de salud y bienestar de la población. Esta es la instancia rectora del sector de salud, conformada por las direcciones provinciales, responsables de elaborar y difundir las normas técnica-administrativo-financieras de aplicación nacional, que estén en concordancia con la visión y función institucional.

Asesora y supervisa el nivel provincial y evalúa globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios de salud. Normatizar, regula y controla las actividades vinculadas de salud de las personas y el medio ambiente, realizadas por entidades públicas y privadas. Promueve, desarrolla y difunde actividades de investigación en salud en los ámbitos: básicos, clínicos epidemiológico, ambiental y operativo, que contribuyan a la solución de los problemas de salud en el país.

2.3.1.5. Estructura del área de salud nivel provincial

Está constituido por la Dirección de Salud Provincial, representado por su Director quien preside la Unidad de Gestión Provincial (UGP), su función es apoyar técnica y administrativamente, brindar los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para garantizar la implantación, desarrollo progresivo y funcionamiento de las jefaturas de área y los Hospitales de su jurisdicción geográfica; y supervisar periódicamente, evaluar su operación y gestión con su personal.

2.3.1.6. Funciones de la Dirección Provincial de Salud

Las direcciones provinciales de salud deberán cumplir con las siguientes funciones:

Impulsar el proceso de implantación y desarrollo de las áreas de salud mejorando en ellas la capacidad técnico-operativa y de gestión.

Desconcentrar en las áreas el manejo de los sistemas administrativos que permitan una gestión y operación autosuficientes. Se considera que las áreas de salud tendrán la responsabilidad de ejecutar los trámites desconcentrados.

Constituir enlace entre las áreas de salud y el nivel central del Ministerio, gestionando y negociando recursos orientados a fortalecer el desarrollo de las áreas.

Asignar a las áreas de salud de acuerdo a prioridades y en forma equitativa los recursos indispensables para su implantación y sostenimiento.

Apoyar el desarrollo de los recursos humanos de las áreas en los campos técnicos, científicos y gerenciales.

Formular el plan y presupuesto provinciales que consideren y apoyen las acciones de las áreas de salud de su jurisdicción.

Supervisar y evaluar en forma periódica a las jefaturas de las áreas de salud, hospital provincial y las nacionales que estén en su jurisdicción.

Coordinar con otras instituciones y organismos de salud y desarrollo social, públicos y privados de la provincia, las actividades y la asignación y uso de recursos orientados al mejoramiento de la salud de la población.

2.3.2. Marco teórico particular

2.3.2.1. *Estudio de la psiquis: La psiquiatría*

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 14. Consulta Psiquiátrica

Desde que la psiquiatría surgió como un campo independiente de la medicina, siempre ha estado a la sombra de otras especialidades, y nunca ha avanzado científicamente tan rápido como la neurología, la oncología o la cardiología. En muchos países desarrollados, la disminución en el número de hospitales psiquiátricos ha puesto a los servicios psiquiátricos en un contacto profesional mucho más cercano que nunca con esos y otros campos de la medicina. Sin embargo, la psiquiatría sigue estando en el inframundo de la medicina, clínicamente dentro de las corrientes principales y fuera de ellas científicamente.

Lo que separa a la psiquiatría de otras especialidades médicas es la falta de una base objetiva para el diagnóstico. Otras disciplinas médicas han refinado el proceso de diagnóstico hasta el punto donde los análisis computarizados de laboratorio han sustituido prácticamente al examen clínico del paciente. La psiquiatría sigue dependiendo de la interpretación de historias clínicas detalladas.

Estas sólo se pueden obtener a través del examen cuidadoso y los interrogatorios directos al paciente. No hay pruebas diagnósticas universales para los padecimientos mentales más frecuentes, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia.

Claro que hay programas computacionales que pueden procesar los datos derivados de los síntomas de los pacientes y generar diagnósticos psiquiátricos. No obstante, estos aplican reglas que sólo reproducen la manera en la que uno o más psiquiatras interpretan los síntomas de un paciente. Los resultados de los programas no tienen nada de absoluto, aunque por lo menos hacen lo mismo vez tras vez, cosa que no se puede decir de los psiquiatras. Después de todo, las interpretaciones de un caso pueden variar y el resultado final sólo se puede resolver apelando a la autoridad: "Yo tengo más rango y experiencia que tú, así que mi diagnóstico es el que prevalece".

Más allá de las disputas sobre diagnósticos en casos individuales, la falta de análisis diagnósticos objetivos en la psiquiatría implica algo más radical. La historia de la disciplina está plagada de definiciones de categorías completas de enfermedades que han estado influenciadas por la moda, la política y el acceso a los tratamientos.

Las modas en los diagnósticos reflejan las opiniones prevalecientes acerca de qué es lo que provoca las enfermedades mentales. Por ejemplo, desde los cincuenta hasta los ochenta, el psicoanálisis predominó entre los psiquiatras de los EU. Sin embargo, el enfoque psicoanalítico, que se basa en la interacción directa con el paciente, condujo a una concepción muy amplia de las patologías. Durante los setenta, dos estudios internacionales demostraron que los psiquiatras de los EU diagnosticaban aproximadamente el doble de pacientes con esquizofrenia que los psiquiatras de otros países, donde la formación psicoanalítica era relativamente poco común.

Desde entonces, el péndulo se ha ido al otro lado en los EU, y las teorías biológicas sobre las enfermedades mentales han desplazado a todas las demás causales. Junto con el alejamiento del psicoanálisis, los diagnósticos de esquizofrenia han disminuido dramáticamente, y la práctica psiquiátrica en los EU utiliza ahora una definición menos amplia de lo que es esquizofrenia que la que se utiliza en Europa.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 15. Imagen representativa

Los diagnósticos psiquiátricos también han sido vulnerables a la politización, más que en ningún lado, en la ex Unión Soviética, donde se encerraba a los disidentes en hospitales psiquiátricos con lo que equivalía a una acusación de esquizofrenia.

Las autoridades soviéticas se basaban en una definición ideológica de la esquizofrenia, propuesta por un profesor de psiquiatría (A.V. Snezhnevsky) en Moscú. Cualquiera que creyera que era necesario cambiar el sistema político, sufría de "delirios reformistas". Como una consideración a las convenciones del diagnóstico psiquiátrico, hacía énfasis en la historia de la "enfermedad". Si un

disidente protestaba en contra del sistema soviético al menos dos veces, por ejemplo a través de la distribución de escritos ilícitos, entonces los "delirios" significaban que tenía esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud ha llevado a cabo comparaciones internacionales que demuestran que mientras los psiquiatras de distintos países estén capacitados para entrevistar a los pacientes utilizando un formato estandarizado, puede haber acuerdo sobre quién padece esquizofrenia. Los estudios de la OMS revelan que la esquizofrenia definida rigurosamente (utilizando un conjunto particular de síntomas inusuales) ocurre con frecuencia similar en todo el mundo.

Una definición más amplia genera una gran variación en las frecuencias entre distintos países. No obstante, puede ser inevitable hacer definiciones amplias de la esquizofrenia, ya que probablemente no sea una única enfermedad con una causa distinguible. De hecho, Eugen Bleuler, el psiquiatra suizo que introdujo el término, se refería al padecimiento como "el grupo de las esquizofrenias".

Hasta que se identifiquen las causas biológicas de los padecimientos psiquiátricos, los diagnósticos seguirán atrapados en una burbuja temporal del siglo XIX, basándose en términos médicos vagos y obsoletos como "fiebre" e "hidropesía". Sin embargo, los pacientes y sus familias y amigos no deben preocuparse demasiado. La mayoría de los tratamientos psiquiátricos son efectivos para una amplia gama de diagnósticos independientemente de su origen. Los éxitos de la psiquiatría (como los de todas las especialidades médicas) se deben juzgar por su capacidad para aliviar el sufrimiento humano, sin importar las discrepancias en cuanto a sus causas.

· LA PSIQUIATRIA PREVENTIVA

La psiquiatría preventiva es una rama de la psiquiatría que está íntimamente ligada a la medicina, la epidemiología y la salud pública. Hacer psiquiatría preventiva primaria era un ideal sólo factible en los países desarrollados. En nuestros países, ahora, con la utilización de los medios de comunicación masiva, es posible hacer no sólo psiquiatría secundaria y terciaria, sino también primaria.

Cuando hablamos de tratamiento preventivo, está tácitamente entendido que la rehabilitación va de la mano con la prevención secundaria. Entendemos por prevención secundaria la disminución de incidencia y frecuencia de la depresión en la población general, con un diagnóstico precoz y efectivo; esto sólo es posible con médicos que conozcan lo que es la depresión, la sepan reconocer en sus pacientes y le apliquen el tratamiento más inmediato y correcto posible.

Entendemos por prevención primaria el logro de que la población llegue a tener un conocimiento respecto de las causas, incidencias, características y consecuencias de las enfermedades mentales, por medio de la sensibilización, concientización, información y difusión adecuadas en una promoción de Salud Mental (para lograr dichos objetivos requerimos de una serie de estrategias).

La prevención está relacionada con los factores contribuyentes. El apoyo social es de utilidad en el manejo de las pérdidas de seres queridos y en los cambios en la movilidad. En muchos casos, no existe prevención efectiva.

Un punto de coincidencia es que la depresión se convertirá en los próximos años en el segundo problema de salud mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. En Argentina se calcula que un 15 por ciento de la población sufre depresión. El problema estriba en que muchos pacientes

que se beneficiarían de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos no reciben la atención adecuada.

2.3.2.2. Enfermedades mentales: Definición

Es una condición mental anormal. Las enfermedades mentales están relacionadas con cambios de carácter y emociones. Estos cambios pueden ser congénitos, emocionales e interpersonal impedimentos. El término enfermedad de la mente, se refiere a una condición con una patología específica que cause signos y síntomas. Hay otra forma de referirse a la enfermedad mental, por ejemplo, desorden mental, desorden psicológico desorden psiquiátrica, problemas emocionales y otros.

2.3.2.3. Estado de la salud mental en el Ecuador

La salud mental en el país ha tenido un notable ascenso en estos últimos años, pero no ha logrado mejorar la cobertura nacional requerida, esto se debe a la atención regionalizada que deja sin cuidado a los pacientes de otras provincias ignorándolos y perjudicándolos con la falta de cuidados y tratamientos en esta área médica.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 16. Actividades de beneficencia

En el Ecuador, existe una dependencia del Ministerio de Salud Pública a nivel central encargada de brindar asesoría a las autoridades del Ministerio sobre políticas y legislación en salud mental. Esta dependencia está involucrada en la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país y en la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades.

Los servicios existentes en esta rama se encuentran centralizada en las ciudades de mayor densidad poblacional como lo son: Quito, Guayaquil y Cuenca, mostrando una gran falencia en cuanto a la organización y equidad de servicio de salud mental, y dejando a las demás provincias con un gran déficit de atención a esta área de la medicina existiendo zonas en las que no se brinda atención. Los servicios existentes, tanto públicos como privados no mantienen ningún sistema permanente de coordinación entre sí, ni con otros servicios del sistema de salud.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 17. Hospital Psiquiátrico San Lázaro

Existen dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio de Salud Pública, ambos ubicados en la ciudad de Quito. En la misma ciudad, cuatro hospitales de especialidades ofrecen

servicios de atención en salud mental y psiquiatría tanto ambulatoria como bajo internamiento de corta duración. Uno de dichos hospitales es exclusivo para niños y adolescentes. En dos centros de salud se da atención de salud mental y psiquiatría a pacientes ambulatorios y adicionalmente hay una unidad no vinculada a ningún servicio que proporciona atención a pacientes ambulatorios.

En cinco provincias existen servicios de psiquiatría y salud mental ambulatorios, tres de ellos como parte de un centro de salud y dos son exclusivos para la especialidad. (Quito y Esmeraldas)

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene servicios de Psiquiatría con asignación fija de camas en cuatro hospitales del país, en los que también se presta atención ambulatoria.

En la ciudad de Quito y Guayaquil en los dispensarios de consulta externa existen servicios de psiquiatría.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 18. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce

En la ciudad de Guayaquil se ubica el Hospital Psiquiátrico más grande del país, el que depende de una entidad autónoma, la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

2.3.2.4. Índice de población con problemas psiquiátricos

A pesar de no disponer de información acerca de los tipos de pacientes según edad, sexo, diagnósticos, tiempo de estancia, etc., debido a que los hospitales en sus sistemas de información procesan los datos en forma global y no de manera particular para cada servicio; el informe de evaluación del Sistema de Salud Mental en el Ecuador realizado por la Organización Mundial de Salud en el 2008 nos proporciona la siguiente información estadística:

La mayoría de los pacientes (40-60%) en las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año, en tanto que el 35% de las unidades psiquiátricas de base comunitaria para pacientes internos tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (anti psicótico, antidepresivo, estabilizador del estado de ánimo, ansiolítico y antiepiléptico) disponible en el establecimiento.

El mayor porcentaje de diagnósticos de los pacientes ingresados a los cinco hospitales psiquiátricos es el de esquizofrenia (38%) seguido del de trastornos del estado de ánimo (17%) (Tabla # 3) y el más bajo el de trastornos de la personalidad.

Fuente: OMS

Diagnóstico	Porcentajes
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes	38%
Epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales	26%

Trastornos del estado de ánimo (afectivos)	17%
Trastornos metales y de conducta debido al uso de sustancias psicoactivas	16%
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés	1.6%
Trastornos de personalidad y de conducta de adultos	1.4%

TABLA #1: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEL ECUADOR, SEGÚN DIAGNOSTICO (2006)

En los pacientes atendidos en consulta externa en los mismos hospitales, el 25% son menores de 17 años, en relación al sexo existe un ligero predominio de los varones (51%), el diagnóstico más frecuente es de trastorno del estado de ánimo (25,7%), seguido del de esquizofrenia (21,7%).

Fuente: OMS

Diagnóstico	Porcentajes
Epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales	33.8%
Trastornos del estado de ánimo (afectivos)	25.7%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes	21.7%
Trastornos metales y de conducta debido al uso de sustancias psicoactivas	8.9%
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés	8.2%
Trastornos de personalidad y de conducta de adultos	1.7%

TABLA #2: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEL ECUADOR, SEGÚN DIAGNOSTICO (2006)

2.3.2.5. Causas de las enfermedades mentales

Las enfermedades mentales pueden ser causadas por numerosos factores. Muchas escuelas incluyen los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Foto: Wikimedia Commons

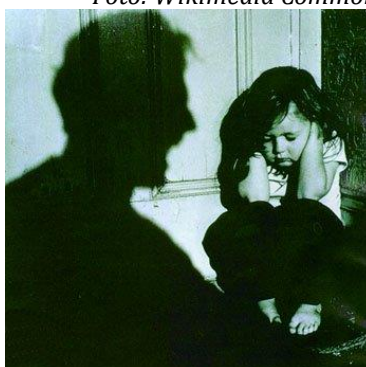


Ilustración 19. Imagen representativa

Una persona con una enfermedad mental puede tener una diferencia en la estructura del cerebro o en la función neuroquímica, puede ser genética o vulnerabilidad ambiental. Muchas personas que han sido diagnosticados con esquizofrenia han presentado un ventrículo alargado y una reducción

de la masa gris en el cerebro. Pero también otras personas que tienen alargado el ventrículo, y reducida la masa gris, no tienen esquizofrenia. Por lo que no es definitivo o consiente la anormalidad asociada con esquizofrenia. Estudio que se han hecho en gemelos adoptados han demostrado una gran evidencia en enfermedades mentales tales como, desorden bipolar, (manía depresiva) y esquizofrenia que pueden ser hereditarias.

Por otra parte, se han encontrado evidencia de que las anomalías congénitas, los problemas emocionales o los problemas interpersonales pueden causar problemas mentales, especialmente en individuos que son vulnerables. Las enfermedades mentales pueden ser causadas por un evento de las condiciones ambientales.

Los desórdenes mentales pueden variar de individuo a individuo, pueden ser suave, severos o la combinación de las dos cosas. Estas enfermedades dan en formas de episodio y también puede ser como consecuencia del factor stress.

2.3.2.6. Tipos de enfermedades mentales

Las enfermedades de la mente están relacionadas de dos maneras, biológicas (genéticas, neuroquímicos, estructura del cerebro) y psicosocial (cognitiva bases, problemas emocionales, trauma y causa de desventaja socioeconómica). Las enfermedades mentales siempre se han relacionado con impedimentos funcional por como habilidad de trabajar y manejarse en la sociedad.

Las enfermedades mentales más comunes son:

- EL ESTRÉS

Las personas pueden experimentar el estrés cuando se ven ante eventos importantes los cuales pueden ser peligrosos o muy difíciles de superar.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 20. Imagen representativa

Entre los síntomas psicológicos del estrés están la ansiedad y la tensión, la preocupación incontrolable, irritación, distracción, y dificultad en aprender cosas nuevas.

- LA NEUROSIS

Son las afecciones que muestran un malfuncionamiento del sistema nervioso. En las neurosis no hay lesión física ni alteración de la personalidad.

Las principales neurosis son la ansiedad, una incontrolable obsesión por evitar situaciones peligrosas y una falta de acoplarse con personas. Algunos ejemplos de neurosis son el pánico, la fobia social, el desorden compulsivo-obsesivo, y el estrés postraumático.

- LA HIPOCONDRIA

La hipocondría es un desorden neurótico en el cual la persona canaliza las ansiedades, las preocupaciones y los pensamientos obsesivos para convencerse de que tiene una enfermedad física específica (ejemplo: el cáncer del colon). Es decir que los hipocondríacos están preocupados porque padecen de una enfermedad, aunque informes médicos indiquen lo contrario.

Los hipocondríacos gastan mucho tiempo y dinero visitando doctores y haciéndose varios exámenes. Las relaciones entre estos enfermos y los doctores y enfermeras pueden en muchos casos ser conflictivas; hasta el punto en que una verdadera enfermedad puede llegar a no ser diagnosticada por aquellas personas que están cansadas de atender enfermos mentales que previamente han insistido en una enfermedad que no existe.

· EL DESORDEN DE LA SOMATIZACIÓN

Es un desorden muy raro, pero toma mucho tiempo controlarlo. La persona, usualmente una mujer, tiene una historia médica larga y complicada y una serie de síntomas dramáticos pero vagos que demandan la atención inmediata del doctor.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 21. Imagen representativa

Las quejas por lo general se basan en dolores gastrointestinales, ginecológicos y senso-motores. Las personalidades y vidas de estas personas son dramáticas y caóticas.

· LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un conjunto de severos síntomas psicológicos los cuales hacen difícil trabajar, jugar y estar con otras personas. Síntomas "positivos" incluyen ilusiones (creencias irracionales), alucinaciones (experiencias sensoriales por falta de estímulo), pensamiento y habla incoherentes, paranoia o ansiedad intensa e incontrolable y un comportamiento extraño.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 22. Imagen representativa

Entre los síntomas negativos están la pérdida de experiencias y expresiones emocionales, pérdida de poder e iniciativa, inhabilidad de experimentar placer o de interesarse en cosas, y aislamiento de personas.

· LA PARANOIA

En general, esta enfermedad se refiere a altos niveles de sospecha y desconfianza, usualmente vistos en las creencias o desilusiones de que ella o él son víctimas del odio, celos y resentimientos de otras personas.

La persona que sufre de la paranoia esquizofrénica tiene presentimientos de que ella o él van a ser perseguidos por otros, como el vecino, el gobierno, o un extraterrestre; o por el personas especiales tales como "el Mesías" (un presentimiento de grandiosidad).

La persona que sufre del desorden personal paranoico parece normal, pero es sospechosa, desconfiada, hostil, controladora y rápida para desarrollar resentimientos y celos. Algunos hombres que golpean a sus esposas o novias sufren de esta enfermedad mental

· LA DEPRESIÓN

La depresión es un problema emocional muy grave en el cual el individuo no deja de sentirse triste y vacío, y constantemente se siente sin ayuda o esperanza.

Las personas deprimidas, usualmente sufren de ansiedad e irritabilidad, una falta de motivación, y una pérdida de placer en las cosas que antes les gustaba hacer. También tienen problemas con el apetito, el sueño, y sufren de dolores.

Muchas personas deprimidas tienen pensamientos suicidas y entre el diez y el quince por ciento terminan por quitarse la vida.

· LA MANÍA

Es un período de tiempo (por lo general de una semana a un mes) en el cual la persona es y se siente muy feliz, habla mucho, es activa e impulsiva. En muchos casos, en los momentos de manía, a pesar de sentirse confidente y feliz, la persona puede llegar a sentirse nerviosa e irritada.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 23. Imagen representativa

Muchos maniáticos parecieran tener una energía infinita y solamente necesitan pocas horas de sueño, si es que duermen del todo.

Con la manía en su forma intermedia —la hipomanía— el individuo puede llegar a ser muy

creativo y productivo en su trabajo. En sus diferentes formas la persona se convierte en sicótica. Es decir, pierde la habilidad de pensar correctamente y hace juicios realistas a la vez que puede experimentar alucinaciones.

Muchos individuos tienden a ser impulsivos, demandantes, agresivos, lo cual resulta en gastos enormes de dinero, consumo excesivo de alcohol, promiscuidad sexual y problemas con la ley.

· EL DELIRIO

También conocido como "el rápido inicio del síndrome cerebral," el delirio es una condición psicológica asociada con graves problemas físicos (ejemplo: sobredosis de droga o envenenamiento).

Entre los síntomas están la confusión y la desorientación, pérdida de conciencia, agitación, apatía e ilusiones (falta de percepción del estímulo externo, tal como escuchar el ruido de las ruedas de una camilla de hospital e imaginarse que es una máquina maquiladora que viene a despedarlo.)

El delirio debe tomarse muy en serio y debe ser tratado inmediatamente, porque puede representar un grave problema físico.

· LA DEMENCIA

La demencia se refiere a una disminución o deterioro generalizado de las facultades intelectuales, como la pérdida de memoria, atención y pensamiento abstracto.

La persona que sufre de demencia se puede perder fácilmente y puede ser incapaz de hacer cosas simples como volver a entrar a la casa después de que haya cerrado la puerta.

La depresión y la paranoia usualmente son asociadas con la demencia, y algunos dementes desarrollan alucinaciones. Uno de los mejores ejemplos de demencia es la enfermedad de Alzheimer, la cual empieza típicamente a los 55 años.

· LA EPILEPSIA

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dejar consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales.¹

Una convulsión o crisis epiléptica o comicial es un evento súbito y de corta duración, caracterizado por una anormal y excesiva o bien sincrónica actividad neuronal en el cerebro. Las crisis epilépticas suelen ser transitorias, con o sin disminución el nivel de consciencia o movimientos convulsivos y otras manifestaciones clínicas.

La epilepsia puede tener muchas causas; en unos casos es debida a lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, secuelas de meningitis, tumores, etc.) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis. Con tratamiento médico es posible el control de las crisis en un elevado porcentaje de pacientes.

2.3.2.7. Tratamiento de enfermedades mentales

Las enfermedades mentales se pueden curar o controlar con un tratamiento adecuado.

Hace sólo unas décadas, muchas personas afectadas por enfermedades mentales pasaban la mayor parte de su vida en asilos o encerrados en su casa. Actualmente la mayoría de los pacientes son tratados esencialmente del ámbito comunitario y suelen integrarse en la sociedad, gracias a un

cambio de mentalidad y a los avances conseguidos en tratamientos.

Foto: Wikimedia Commons



Ilustración 24. Tipo de tratamiento para enfermedades mentales

Las causas de las enfermedades mentales pueden ser múltiples. Pero los científicos se están enfocando también en los neurotransmisores dopaminicos, norepinefrine y serotonina. Al parecer cada desorden mental tiene su propia causa. Los tratamientos tienen diferentes opciones, pueden ser medicamentos psiquiátricos, psicoterapia y un ajuste del estilo de vida o la combinación de todas. La mayoría de las personas con problemas mentales buscan tratamiento psiquiátrico cuando la enfermedad está muy avanzada desconociendo que con un tratamiento temprano de las enfermedades mentales, cuando los síntomas son menores, podría ser que las personas con problemas mentales tuvieran un término más largo de vida. Los diagnósticos de las enfermedades mentales son muy complejos, siguen siendo parcialmente subjetiva y basada en evidencias detallada cuidadosamente de la historias del presente y pasado de los pacientes.

Con tratamiento apropiado de la enfermedad puede ayudar a estabilizar el curso de la enfermedad y reducir los síntomas. La mayoría de los desórdenes mentales muestran una enorme evidencia hereditaria y un enorme factor psicosocial.

2.3.2.8. *Establecimientos de salud mental*

· HOSPITALES PSIQUIATRICOS

En el Ecuador funcionan 5 hospitales psiquiátricos, 3 en Quito, 1 en Guayaquil y 1 en Cuenca, con un total de 1275 camas, lo que significa 12 camas por cada 100.000 habitantes. En los últimos cinco años la cantidad de camas ha disminuido en un 3%. Del total de camas disponibles el 0.2% están asignadas de manera exclusiva para niños y adolescentes. Estos establecimientos atienden a 113 usuarios por cada 100.000 habitantes. 52% son hombres y 48% mujeres. El 3% son menores de 17 años. Ningún hospital psiquiátrico esta organizacionalmente integrado con otros establecimientos de atención ambulatoria, pero todos ellos ofrecen servicio de consulta externa.

Fuente: OMS

Hospital	# de camas	Porcentajes
Julio Endara – Quito	123	7.52
San Lázaro – Quito	150	9.17
Sagrado Corazón – Quito	230	14.06
Lorenzo Ponce – Guayaquil	700	64.83

CRA – Cuenca	72	4.40
Total	1275	100

TABLA #3: DISTRIBUCION DE CAMAS EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEL ECUADOR (2006)

En cuanto al promedio de días de estancia en el hospital existe una notable diversidad entre hospital y hospital, en uno el promedio es 321 días, en tanto que en otro es de 39, y en el Hospital más grande del país no es posible obtener este dato. El promedio de los cuatro hospitales que han reportado este dato es de 141 días. Existe una importante población de larga estancia en los hospitales psiquiátricos, la misma ocupa el 53% de las camas disponibles. De esta población, el 64% permanece más de 10 años en el interior de la institución, el 17% entre 5 y 10 años y el 19% entre 1 a 4 años.

· UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA COMUNITARIA

En los últimos años, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales de referencia, regionales y provinciales. Estas unidades cumplen con actividades de atención ambulatoria, interconsulta con pacientes ingresados a otros servicios y en forma limitada ingresan pacientes, dado que no se han asignado camas específicas para dicho fin, sino que para períodos muy cortos y en caso de urgencia se utilizan en las camas de los servicios de medicina interna o neurología. Desde hace más de treinta años, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social incorporó en sus hospitales los servicios de internamiento psiquiátrico, asignando un número determinado de camas.

Existen 20 unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria disponibles en el país. El número de camas no es fijo, pero el promedio es de 69 camas lo que significa que por cada 100.000 habitantes existen 0.5 camas. De estas camas el 5% se utiliza para ingresar a pacientes niños y adolescentes.

No se dispone de la información sobre tipo de pacientes según edad, sexo, diagnósticos, tiempo de estancia, etc., debido a que los hospitales en sus sistemas de información procesan los datos en forma global y no de manera particular para cada servicio.

· ESTABLECIMIENTOS DE TRATAMIENTO DIURNO

No existen en el país servicios de atención psiquiátrica exclusivamente diurna. En dos hospitales psiquiátricos se ha implementado este tipo de atención con un número muy limitado de pacientes. Tampoco se dispone establecimientos residenciales comunitarios de carácter público. A nivel privado funcionan un número indeterminado de hogares o asilos para pacientes psiquiátricos crónicos. Las actividades de estos establecimientos no se reportan al Ministerio de Salud Pública a través del sistema EPI-2, ni al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), a través del Sistema Nacional de Información en Salud.

· ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL AMBULATORIOS

A nivel de los establecimientos de salud mental ambulatorios existentes en los Centros de Salud y las consultas externas de los hospitales provinciales se ha brindado atención a 239 pacientes por cada 100.000 habitantes, en trece provincias donde existe dicha atención. El 27% corresponde a menores de 19 años. La información disponible no permite agrupar a los pacientes por sexo. La cantidad promedio de contactos de cada paciente con la unidad de salud es de 5 al año. Ninguna de

las unidades reportó actividades de seguimiento de los pacientes en la comunidad y no cuentan con equipos móviles para acciones de salud mental. En todas las unidades de atención ambulatoria se señala la disponibilidad de tratamientos psicosociales de los que se benefician la mayoría de pacientes.

Diagnóstico	Porcentaje
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés	32%
Trastornos del estado de ánimo (afectivos)	29%
Epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales	24%
Trastornos mentales de conducta debido al uso de sustancias psicoactivas	14%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes	1%

TABLA #4: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL AMBULATORIOS DEL ECUADOR, AGRUPADOS EN 6 CATEGORIAS (2006)

2.3.2.9. Derechos humanos e igualdad

No existe un registro estadístico de las admisiones involuntarias en los hospitales psiquiátricos y otros servicios tales como hogares para personas con retardo mental, establecimientos para tratar a pacientes alcohólicos y drogadictos y hogares para indigentes.

En los hospitales psiquiátricos se aplican medidas de sujeción física o aislamiento para pacientes que por su estado clínico tienen alto riesgo de autoagredirse, atacar a otras personas o destruir cualquier bien; estas medidas de contención física son aplicadas por pocas horas o días.

El 100% de las camas hospitalarias para psiquiatría están en las tres grandes ciudades del país. Dicha distribución impide y limita, el acceso para los usuarios. La desigualdad a los servicios de salud mental para personas de otras provincias y de sectores rurales es un problema palpable en el país.

2.3.2.10. Rol de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental

Uno de los problemas más grandes de un enfermo mental es la contención, un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante para brindar apoyo y seguridad al momento de enfrentar situaciones de este tipo. Al no existir este tipo de entorno, con el correr de los años la relación familiar se desgata y fragmenta abandonando al enfermo o incluso, obligándolo a huir de su hogar.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 25. Imagen representativa

Las instituciones no aceptan internaciones prolongadas si el paciente tiene familia, pero la mayoría de las veces, éstas no se hacen cargo de esa responsabilidad y el enfermo se convierte en un pordiosero sin vivienda que vaga todo el día por las ciudades, viviendo de la caridad pública.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 26. Imagen representativa

Es muy difícil para una persona con este tipo de patologías pedir ayudar, sobretodo porque la mayoría de ellos carecen de conocimiento acerca de su padecimiento, es por esto y por la falta de información acerca de los pasos a seguir en estos casos que muchos de los convalecientes carecen de tratamiento.

Cabe señalar que la falta de dinero en las familias que poseen una persona con estos problemas, es un condicionante que impide que estos puedan obtener una posibilidad de tratamiento, sin mencionar que las distancias a las que se encuentran los establecimientos de ayuda impiden mantener el contacto entre familiares, lo que no solo retarda su recuperación sino que complica los proceso de tratamiento.

Los enfermos deben tener una constante relación con sus orígenes, esto les permite tener una motivación fundamentada que es querer regresar al hogar, a su vida y la seguridad de que existe gente que se preocupa por ellos.

La familia es un elemento clave para ayudar a la persona a seguir el tratamiento propuesto por el especialista, por eso es importante que también la familia reciba soporte por parte de los profesionales y los servicios de salud mental.

Si tienen una vivienda pero viven solos se convierten en la pesadilla de sus vecinos, porque no toman la medicación y sobreviven en un estado de total abandono, incapaces de bastarse a sí mismos y convirtiéndose en un factor de peligro potencial para el resto.

Es así como la presencia de la familia es imprescindible no solo en el momento de enfrentar la enfermedad, sino también en el periodo de tratamiento y de reintegración, acompañando las medidas sociales necesarias y complementarias para abarcar de una manera totalizadora la problemática de estos pacientes.

2.3.2.11. Financiamiento para la salud mental

El presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2006 fue de 6470000 dólares americanos de los cuales se asignaron para las distintas acciones de salud mental 77950 dólares que corresponde al 1.2% (Gráfico # 1.1). De lo asignado a las acciones de salud mental, a los hospitales psiquiátricos correspondió la cantidad de 4.595 dólares que representan el 58.95% (Gráfico # 1.2).

Fuente: Autoras de Proyecto

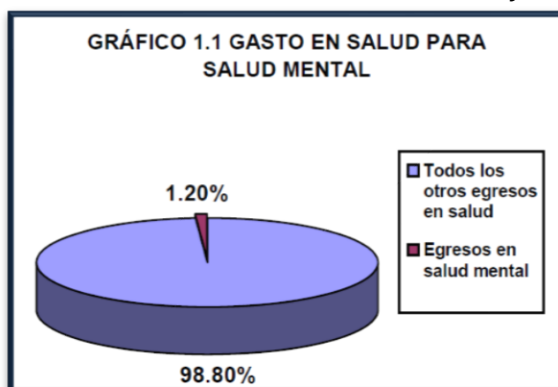


Ilustración 27. Gráfico en salud para salud mental

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a través de sus unidades asistenciales cubre a sus afiliados todos los trastornos mentales y todos los problemas de salud mental de interés clínico. Esta cobertura incluye consulta externa, hospitalización, exámenes complementarios y medicinas. Se estima que el 18% de la población está afiliada al Seguro Social ya sea como activos o como jubilados.

Un porcentaje muy pequeño de la población no afiliada al Seguro Social, que no llega al 1% de la población dadas sus condiciones precarias puede acceder a medicamentos psicotrópicos en forma gratuita, únicamente cuando se encuentra internada en un hospital psiquiátrico del Estado para aquellos que tienen que pagar por sus medicamentos, el costo más bajo de los fármacos, cuando se adquiere en alguna de las farmacias de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Pública es de 1.29 dólares diarios cuando se trata de un anti psicótico y de 0,39 dólares en caso de un antidepresivo, en dosis terapéuticas diarias. Estos valores se elevan significativamente si son adquiridos en farmacias privadas. El salario mínimo nominal de los ecuatorianos es de \$ 200 al mes, lo que significa 6.6 dólares por día, por lo tanto una familia con un paciente psicótico debe gastar el 20% de sus ingresos en la adquisición de un anti psicótico.

Fuente: Autoras de Proyecto

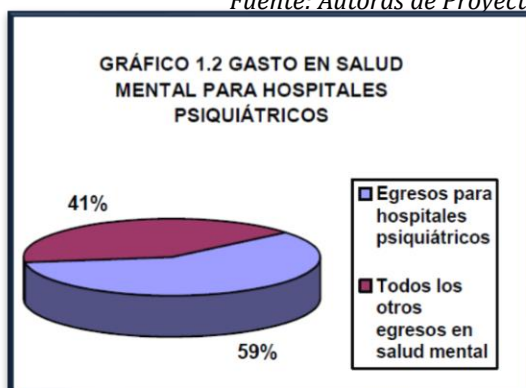


Ilustración 28. Gráfico de gastos en salud mental para hospitales psiquiátricos

2.3.2.12. *Inclusión laboral y social de personas con enfermedades mentales*

Las personas que padecen una enfermedad mental pueden hacer una vida normal con el tratamiento médico y farmacológico adecuado; y, con el entorno social y familiar favorable una persona con estas patologías deja de tener las limitaciones que puede suponer la enfermedad. Y debería de poder hacerla porque todos tenemos derecho a una vida normalizada, aunque muy a menudo los prejuicios, que lamentablemente todavía hay en la sociedad, les impide gozar y ejercer todos sus derechos.

2.4. Formulación de las hipótesis

2.4.1. Formulación de la hipótesis general

- La falta de preocupación de las entidades pertinentes por el estado de la salud mental en la provincia, han conllevado a la inexistencia de un espacio físico dentro de la misma que permita el correcto tratamiento de personas con enfermedades mentales.

2.4.2. Formulación de las hipótesis específicas

1. No existen datos estadísticos en la provincia que revelen el porcentaje de la población que padecen trastornos mentales.
2. Es frecuente observar en las calles de la ciudad personas que por su comportamiento y apariencia física, evidencian trastornos mentales.
3. La situación económica y la regionalización de los centros psiquiátricos en el país, ha obligado a los pacientes a trasladarse a otras ciudades, alejándose de su familia y de su entorno social afectando a su proceso de rehabilitación o incluso de su posible recuperación.
4. Es insuficiente el presupuesto estatal, destinado a cubrir la demanda de salud mental en el país.
5. El deterioro de los establecimientos existentes, su incorrecto funcionamiento y la falta de espacios y áreas para los tratamientos necesarios, han generado una inadecuada cobertura de tratamiento a la población correspondiente.
6. La creación de un centro psiquiátrico en Manabí, arquitectónicamente planificado y atendido correctamente, permitirá brindar un servicio eficiente y eficaz a los pacientes de la provincia y de la región en general.

3. DIAGNÓSTICO DEL ÁREA DE ESTUDIO

3.1. Delimitación del área de estudio

En área de estudio abarca toda la extensión de la Provincia de Manabí.

Fuente: Wikimedia Commons

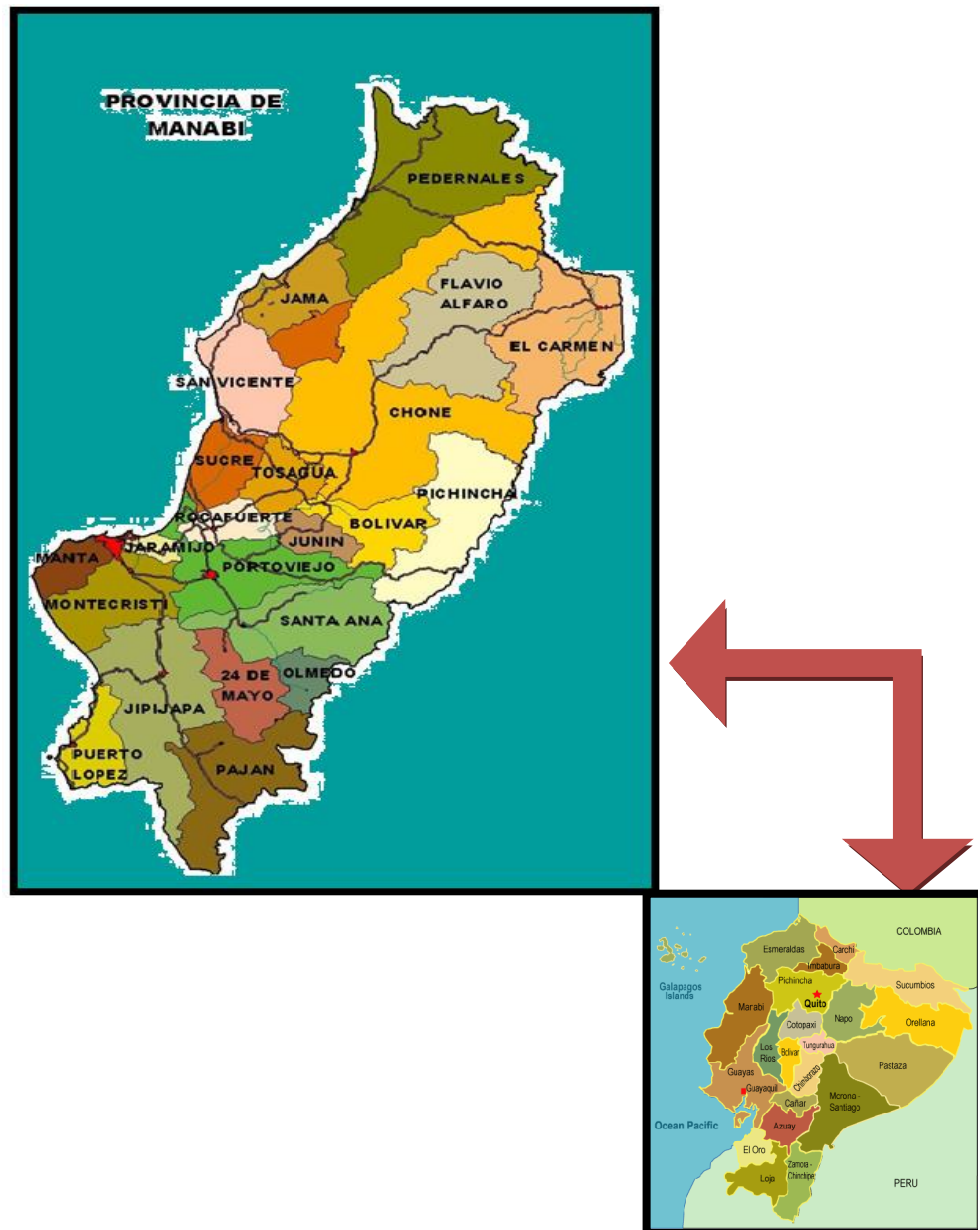


Ilustración 29. Mapa de Manabí

3.1.1. Situación política y geográfica

Manabí es una provincia del Ecuador, su capital es Portoviejo y se encuentra ubicado en el centro de la costa ecuatoriana a 36 m.s.n.m. de altitud. Cuenta con una población de 1'186.125 habitantes y la superficie 18.893.7 km² dando como resultado la densidad de 62.7 hab/km².

De norte a sur la cruza una cordillera montañosa. Tiene más de 350 Km de playas y una vegetación variada. Se extiende por ambos lados de la línea equinoccial, de 0°, 25 minutos de latitud norte hasta 1°, 57 minutos de latitud sur y de 79°, 24 minutos de longitud oeste a los 80°, 55 minutos de longitud oeste, constituida por 22 cantones.

3.1.2. Aspecto social-cultura

Lo que verdaderamente caracteriza a Manabí son las tradiciones, costumbres, religión y leyes que constituyen en un acervo cultural que identifican a sus habitantes, los unifican y crean en ellos un sentimiento de solidaridad y ayuda mutua.

El rico ancestro cultural y el magnífico y variado entorno han moldeado un pueblo étnicamente mestizo. La población es en general extremadamente alegre, hospitalaria y laboriosa. La educación y la cultura cobran mayor importancia cada vez, lo que se refleja en los centros de estudio de todos los niveles, así como en las manifestaciones culturales.

Cabe recalcar que la personalidad extrovertida de su gente, combinada con una alta dosis de machismo y de violencia, provoca en reiteradas ocasiones situaciones conflictivas cuando la mofa y el hostigamiento, dirigidas a personas con discapacidades, en varias ocasiones altera la tranquilidad ciudadana.

Otro aspecto necesario de enfocar es lo referente a las relaciones familiares disfuncionales, que por efecto de la migración, de embarazos precoces, de personalidades egocéntricas propias de la idiosincrasia manabita, crean un ambiente de agresividad en la familia, degenerando en conductas de jóvenes y adolescentes presas de conflictos, traumas y de desequilibrios emocionales.

3.1.3. Aspecto socio-económico

Manabí sustenta su economía, fundamentalmente, en la agricultura, la agroindustria, la pesca, la ganadería y la producción de camarón.

El Gobierno Nacional del Ecuador y el Gobierno Provincial de Manabí impulsan programas de desarrollo económico y fomento productivo que contemplan incentivos para la inversión extranjera; pero, la falta de carreteras y la comercialización de los mismos se convierte en repetidas ocasiones en una de las principales preocupaciones y conflictos de sus habitantes, provocando muchas veces depresiones que terminan en sucesos trágicos como lo son los suicidios, los crímenes pasionales como efectos de desajustes emocionales.

3.1.4. Características demográficas

La población de Manabí es mayoritariamente joven pues el número de habitantes de más de 45 años representa el 13% de la población total, la tasa de natalidad de la provincia es elevada y a pesar del crecimiento acelerado de la población urbana, la de carácter rural es mayoritaria y es la que cuenta con menos servicios básicos.

3.1.5. Población económicamente activa

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), la mayor población económicamente activa del país se encuentra liderada por las personas entre los 20-29 años, existiendo un decrecimiento a medida que aumentan las edades.

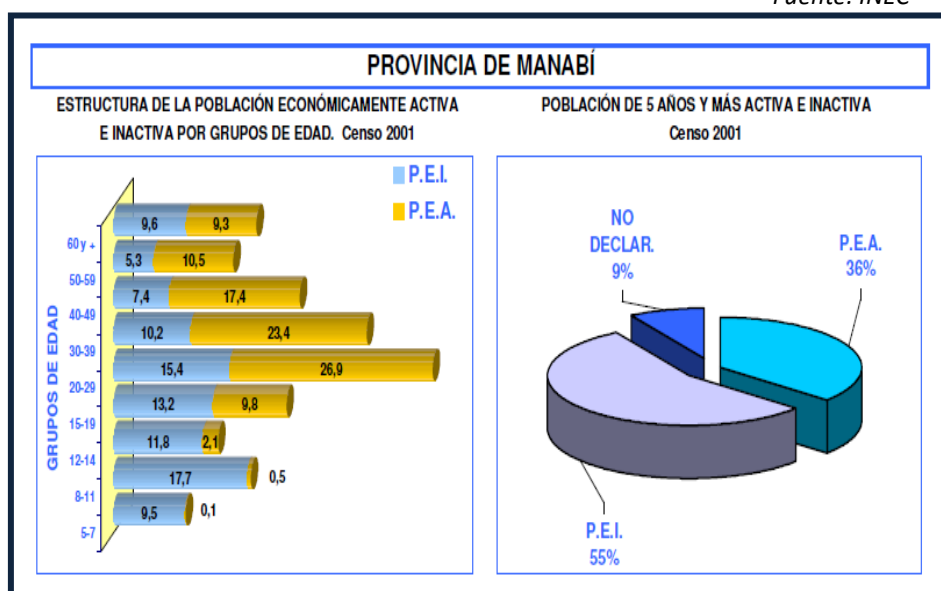


Ilustración 30. Población económicamente activa de 5 años y más, según ramas de actividad.

Este fenómeno social ocasiona que niños y niñas menores de edad incurrieren en el campo laboral para apoyar la economía del hogar, trayendo como consecuencia la adquisición de hábitos y conductas indebidas producto del contacto en las calles sin el direccionamiento debido que permita discernir entre un comportamiento correcto o incorrecto.

3.1.6. Movimientos migratorios

Durante cerca de un siglo y hasta aproximadamente 1950, la provincia de Manabí fue receptora de la migración de otros sectores del país por factores de presión demográfica y carencia de fuentes de trabajo en sus lugares de origen, que vieron estas zonas oportunidades de bienestar y progreso.

Posteriormente, desde principios del siglo XX se produce la inmigración de profesionales médicos y abogados desde el Austro ecuatoriano, flujo que se mantuvo hasta los años 70, cuando los manabitas tuvieron la oportunidad de acceder en el propio medio o en Quito y Guayaquil a los centros universitarios.

A partir de los años 80, Manabí se convirtió en una provincia eminentemente emigratoria hasta el punto que se afirma que el principal conglomerado humano manabita es la ciudad de Guayaquil.

Estos flujos migratorios cada vez más fuertes, tienen como destino transitorio o final los polos de desarrollo nacional y países como Estados Unidos, Canadá, Italia, España y Venezuela.

Manabí registra la tasa más elevadas de emigración y las provincias que reciben sus emigrantes son principalmente Guayas y Pichincha; este alejamiento de las personas del núcleo familiar genera comportamientos, costumbres y hábitos que lesionan la salud mental y física como son el consumo de drogas y alcohol, actividad nocturna a temprana edad y la promiscuidad que al no recibir asistencia técnica oportuna, terminan engrosando la fila de posibles pacientes psicóticos y depresivos que laceran el convivir de esta sociedad actual.

3.1.7. Características educativas y alimentarias

· EDUCACION

En el siguiente cuadro se establecerá el nivel de estudio q tienen los habitantes de Manabí por cantones:

Fuente: INEC

CANTÓN	TOTAL	NINGUNO	CENTRO ALFABETIZACIÓN	PRIMARIO	SECUNDARIO	POST BACHILLERATO	SUPERIOR	POSTGRADO	NO DECLARADO
24 DE MAYO	24.840	4.372	122	14.567	2.968	72	540	2	2.197
BOLIVAR	31.498	3.191	123	18.952	5.622	144	1.244	4	2.218
CHONE	103.903	11.938	510	56.046	19.025	1.086	6.144	84	9.070
EL CARMEN	61.679	6.590	325	35.509	10.307	188	2.100	16	6.644
FLAVIO ALFARO	22.022	3.190	109	13.937	2.659	82	329	1	1.715
JAMA	18.260	2.389	100	11.722	2.142	36	294	0	1.577
JARAMIJO	10.341	930	50	6.997	1.270	20	260	2	812
JIPIJAPA	58.585	7.147	211	29.915	12.496	226	4.429	26	4.135
JUNIN	16.401	1.710	97	10.056	2.580	72	478	1	1.407
MANTA	171.200	9.253	627	83.445	45.521	1.107	18.753	187	12.307
MONTECRISTI	38.498	3.735	180	22.620	6.720	227	1.770	18	3.228
OLMEDO	8.034	1.557	51	4.879	1.019	10	90	1	427
PAJAN	31.628	6.284	144	19.259	3.217	58	536	3	2.127
PEDERNALES	40.062	7.603	277	23.264	4.727	86	729	2	3.374
PICHINCHA	25.881	4.560	148	16.292	2.297	31	309	4	2.240
PORTOVIEJO	212.027	13.771	875	98.668	52.550	1.238	27.864	276	16.785
PUERTO LÓPEZ	14.694	1.725	98	8.673	2.532	58	396	4	1.208
ROCAFUERTE	25.960	1.940	122	15.514	4.683	174	1.394	8	2.125
SAN VICENTE	16.987	1.972	63	9.898	3.044	55	487	6	1.462
SANTA ANA	39.704	6.280	160	22.486	5.002	69	1.309	5	4.663
SUCRE	46.589	4.328	246	26.055	9.605	198	2.400	19	3.738
TOSAGUA	30.069	3.259	118	18.449	4.999	146	1.003	14	2.081

TABLA # 5 POBLACIÓN DE 5 AÑOS, POR ÁREAS, SEGÚN NIVELES DE INSTRUCCIÓN

Del análisis interpretativo se deduce que no todos los cantones ofrecen una cobertura para el nivel de post bachillerato teniendo que trasladarse a completar sus estudios a las ciudades de mayor desarrollo como lo son Portoviejo y Manta. En lo referente a estudios superiores y post-gradados no todos logran culminar sus estudios de profesionalización.

· ALIMENTACION

La gente en Manabí es reconocida por su gran apetito y su buen gusto en la comida. Su hábito alimenticio se basa en tres comidas diarias fijas: el desayuno, almuerzo y merienda.

Es común tomar un desayuno consistente, en el cual destaca el uso de plátano, yuca (en tortillas, pan de harina de yuca o muchines). También el pescado preparado en diferentes formas, acompaña el desayuno de las personas que residen en estos sectores por ser zona costera habiendo un importante número de población que son pescadores.

El almuerzo suele ser el plato más fuerte del día compuestos por caldo y seco, el arroz es el elemento infaltable acompañado con carnes, pollo o pescado a base de plátano, maní entre otros; el caldo de gallina es muy característica en la comida manabita.

La merienda o cena es la comida más informal del día por lo general se realizan a horas tempranas de la noches, pueden ser un café acompañado con a algún aperitivo como boyo, morcilla, tortillas que son otros tipos de alimentos típicos de Manabí.

En la actualidad se ha proliferado una enfermedad de trastorno mental conocida como bulimia y/o anorexia que no es otra cosa que la devolución de lo que se ingiere o la negación a ingerir alimento alguna con la intención de conservar la delgadez, llegando a casos extremos como son la muerte, fenómeno que se agiganta en la modernidad producto de los medios masivos de consumo.

4. PROCESOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño esquemático

¿QUE? (TEMA)

“ESTUDIO DE LOS ESPACIOS FISICOS PARA LA IMPLEMENTACION DE UN CENTRO DE REHABILITACION PSIQUIATRICA PARA LOS ENFERMOS MENTALES EN MANABI”

¿POR QUE? (JUSTIFICACION)

Manabí posee un elevado porcentaje de personas que requieren un lugar que les permita rehabilitarse o recluirse dentro de su propia provincia sin alejarse de sus familias, y que este cuente con todos los servicios y espacios necesarios para su estancia o recuperación.

¿DONDE? (AREA DE ESTUDIO)

En la provincia de Manabí

¿PARA QUE? (OBJETIVOS)

Analizar todos los espacios físicos de los centros de rehabilitación psiquiátrica para su implementación en la provincia.

¿CUANTO? (ALCANCE)

A partir de esta investigación se procura que haya un alcance de orden social, que al permitir la implementación de un centro de esta índole facilite el tratamiento de las personas aquejadas con este tipo de enfermedades sin obligarlas a trasladarse a otras ciudades y, así mismo, brinde seguridad a la comunidad librándolos de la inseguridad que conlleva las personas deambulantes con problemas psiquiátricos por las calles.

¿COMO? (METODOLOGÍA)

Mediante investigaciones de campo a través de: encuestas, entrevistas, observaciones, que permitirá tener una visión clara de la problemática que se plantea.

¿QUIENES? (EQUIPO DE TRABAJO)

Participación directa del grupo de tesis, con el apoyo de las personas y profesionales involucrados en el tema como lo son: director de tesis, directores médicos de los cinco hospitales psiquiátricos existentes en el país.

4.2. Metodología de la investigación

Toda investigación se desarrollara mediante un orden lógico que permitirá conocer, indagar y dilucidar los problemas planteados en la investigación del presente proyecto.

4.2.1. Método

El método a emplearse será el no experimental utilizándose para aquello una revisión conceptual de las variables y un análisis situacional del problema, estructurándose el trabajo investigativo en tres fases:

- Antecedentes
- Diagnóstico
- Propuesta

Los antecedentes son los que se refieren a aquellos aspectos de relevancia para el área en que se centra el estudio, y permitirá cuantificar la demanda de infraestructura y equipamiento que provengan de las actividades que en cuanto a salud mental en Manabí.

El diagnóstico nos permitirá analizar las situaciones, crear posibles hipótesis y llegar a la parte final de la investigación.

La propuesta es una estrategia de intervención alternativa, que pretende mejorar el funcionamiento y potenciar los resultados de tratamiento, así como cubrir la demanda de los pacientes existentes en la provincia de Manabí y en el sector del litoral.

4.2.2. Tipo de investigación

- Explorativa: Para conocer el funcionamiento de las áreas y las necesidades de un centro psiquiátrico es preciso realizar visitas en las ciudades que cuenten con este servicio dentro del país.
- Descriptiva: Una vez que se haya realizado la visita en campo se procederá a describir los problemas que se pudieron percibir, con el fin de evitarlos al momento de realizar la propuesta.
- Analítica: Al tener los problemas de la visita en campo establecidos, será necesario analizar cada uno de ellos lo que ayudará a ir moldeando la propuesta.
- Propositiva: El estudio y análisis de los problemas ayudará a encontrar posibles soluciones, estableciendo la propuesta del proyecto.

4.3. Técnicas

4.3.1. De la investigación

Las técnicas que se utilizarán para la recolección de datos que nos permitirán comprobar las hipótesis y nos ayudarán a concluir una propuesta serán las siguientes:

- Bibliografía: En este proyecto será necesario realizar numerosas investigaciones las cuales se apoyarán en libros, tesis realizadas y en la web, que permitirá la estructuración de las categorías conceptual.
- Estadística: Se utilizará un programa computarizado para representar los resultados estadísticos y datos numéricos que se obtendrán mediante la contabilización de los resultados del trabajo de campo.

4.3.2. De campo

- Observación: Esta debe ser previa, estructurada y analítica a los centros psiquiátricos para determinar el estado y la funcionalidad de su infraestructura.
- Estudio de campo: En cada uno de los cinco de los centros psiquiátricos a visitarse para determinar la organización física, administrativa y funcional de los mismos.
- Encuestas: preguntas específicas efectuadas a los profesionales médicos con conocimientos generales sobre el tema, para esclarecer el funcionamiento de la salud mental en la provincia de Manabí.
- Entrevistas: a médicos especialistas en el campo de la psiquiatría, que nos presenten sus

opiniones y necesidades de infraestructura y espacios para los tratamientos.

4.4. Población y muestra

En la investigación de campo se hará necesaria la realización de entrevistas y encuestas que nos ayudarán a internarnos de manera más directa a la problemática en estudio y a obtener datos más reales e irrefutables.

Las entrevistas serán aplicadas a 3 funcionarios gubernamentales que están encargados del área de salud en la provincia y a los 5 directores médicos responsables de regentar los principales centros que accionan en el país. Dando como resultado una población de 8 entrevistados.

Las encuestas a realizarse están dirigidas a médicos generales y especialistas en psiquiatría de la provincia de Manabí, debido a que estas personas se encuentran en capacidad de emitir un criterio bien dirigido y encaminado que nos permitirá esclarecer de mejor manera el tema tratado en el presente proyecto.

La población que será tomada en cuenta para la investigación de campo será de 2639, que corresponde al número de médicos afiliados en la provincia de Manabí a su respectivo gremio.

La fórmula para obtener la muestra correspondiente es:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{Z^2 \times P \times Q + N \times e^2}$$

Donde:

n = muestra

P = población

Z = nivel de confianza

N = probabilidad de ocurrencia

Q = probabilidad de no ocurrencia

E = nivel de significancia (nivel de error)

$$n = \frac{(0.96)^2 (0.50) (0.50) (2639)}{(0.96)^2 (0.50) + (2639) (0.05)^2} = 70$$

El número de encuestados es de 70.

4.5. Recursos de la investigación

Serán las herramientas que ayudarán a aplicar las técnicas, tales como los recursos humanos, materiales y/o tecnológicos.

Fuente: Autoras de Proyecto

RECURSOS	COSTO (Dolares)
RECURSOS HUMANOS	
Investigadores	-
Director	-
Entrevistados	-
Encuestados	-
RECURSOS MATERIALES	
Materiales de Oficina	75
Impresiones	300

Fotocopiados	50
Encuadernacion	95
Viáticos	250
Subsistencia	80
Maqueta	200
RECURSOS TECNOLOGICOS	
Camara fotografica	-
Internet	38
Equipo de computo	-
Tintas	76
Copiadora	-
RECURSOS ACADEMICOS	
Derecho de grado	487
Papeleo Administrativo	80
TOTAL	1731

TABLA # 6 RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Diagnóstico

La carencia de estadísticas en el país concerniente a la salud mental, obligó a basar esta investigación en datos obtenidos mediante la evaluación de campo tomándola como fuente principal e inequívoca de información.

Con los antecedentes recopilados a través de este método, se visualizará los aspectos fundamentales en el ámbito de la salud mental que es el campo de nuestra área de estudio y que establecerán la base de intervención en la propuesta.

Además se han tomado en cuenta los puntos más importantes que permitan captar la relación integral de la problemática, presentando los aspectos que son característicos y que repercuten en el funcionamiento de las unidades operativas de salud, los mismos que serán tomados en cuenta en la etapa de propuesta.

Para obtener datos estadísticamente significativos es necesario el estudio de los siguientes hospitales psiquiátricos del país:

- Hospital Psiquiátrico Público “Lorenzo Ponce” (Guayaquil)
- Hospital Psiquiátrico Público “San Lázaro” (Quito)
- Hospital Psiquiátrico Público “Julio Endara” (Quito)
- Hospital Psiquiátrico Privado “San Juan de Dios” (Quito)
- Hospital Psiquiátrico Privado “Sagrado Corazón” (Quito)

5.2. Técnica: Observación o visita de campo

5.2.1. Dotación del servicio salud-terapia de los centros psiquiátricos a nivel nacional

5.2.1.1. Establecimiento privado Hospital Psiquiátrico “Sagrado Corazón”

5.2.1.1.1. Información general del establecimiento

UBICACIÓN: Avenida Dr. Manuel Córdova km ½ vía Mitad del Mundo, Quito, Ecuador

AÑOS DE EXISTENCIA: 39 años

DIRECTOR MEDICO: Dr. Erickson Toscano

DOTACION DE CAMAS: 200 camas



Ilustración 31. Ubicación del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón.

5.2.1.1.2. Reseña histórica

El Hospital Psiquiátrico “Sagrado Corazón” en sus inicios es construido como sede de un seminario menor con la intención de formar sacerdotes entregados a la doctrina, pero al no existir seminaristas el Padre Pablo Núñez Vega ve la creciente necesidad de integrar a la sociedad un centro de atención psiquiátrica que aboliera la concepción ideológica a cerca del trato a los enfermos mentales; es+ así como en Diciembre de 1971 se abre el Hospital Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, encargando su administración a las hermanas hospitalarias del sagrado corazón conocidas por el Padre Núñez en Italia y España.

El hospital abrió con 120 pacientes traídos del hospital “San Lázaro” del Centro de Quito, estos pacientes eran los más graves y enfermos llegaban desde tuberculosos hasta leproso, esto sucede debido a que en esta época los hospitales psiquiátricos eran hogar de los lazaretos, eran considerados centros de reclusión donde se metían filáticos, o personas con enfermedades sin cura.

En principio se considero al “Sagrado Corazón” como una sala del hospital “San Lázaro” y poco a poco se logro independizar mediante convenios con el estado proporcionando recursos para estos enfermos que eran parte del mismo, llegando a aportar con \$1.25 diario por paciente.

Posteriormente, se corto con los convenios hechos con el estado debido a un alto déficit económico, contando con donaciones de la arquidiócesis de Múnich, de España y de la fundación esperanza, con lo que se restauró y construyó los nuevos pabellones que fueron inaugurados en el año 2000.

De los 120 pacientes ingresados en 1971 han quedado 30 en el hospital como pacientes crónicos, más unos 80 indigentes ingresados por la cruz roja, que no poseen familias y son completamente indigentes. Estos pacientes son tratados y estabilizados mediante autogestión del hospital sin recibir ayuda alguna del estado o de los ministerios pertinentes, pero debido a la falta de ingresos económicos para estos pacientes es necesario estabilizarlos y transferirlos a los hospitales públicos.

Los pacientes que son recluidos en este hospital pasan por varias fases sin desprenderse del círculo familiar que permitirá la inserción del mismo a la sociedad con más facilidad. El objetivo de este hospital es lograr que el paciente supera la fase aguda de su enfermedad para que su estadía y

reclusión no seas más que la estrictamente necesaria y no sobrepase los 6 meses.

Este hospital cuenta con:

- Estancia de Ingreso.- No es superior a 30 días. Aquí se recluyen a las personas recién ingresadas donde se someten a observación y a tratamiento previo a la media estancia.
- Media Estancia.- Aquellos que no superan la estancia de ingreso, se trasladan a este pabellón, en el cual ya reciben un tratamiento más focalizado y con terapias familiares, la estadía en este pabellón es de 30 a 180 días.
- Estancia de Crónicos C.- Aquí se hospedan aquellos que tienen problemas psicológicos más agudos y que no logran superar la enfermedad que les aqueja. Son personas con enfermedad recurrente y que a pesar de esto pueden realizar sus actividades sin ayuda ni asistencia personalizada por parte del personal médico.
- Estancia de Crónicos E.- Aquí se hospedan aquellos pacientes paliativos que no logran superar su enfermedad llegando al punto de no poder realizar actividades por ellos mismos. Aquí se encuentra la mayoría de los pacientes que llegaron al hospital desde sus inicios y que no poseen familias.
- Geriatría.- Se encuentran los ancianos con problemas mentales como Alzheimer o seniles.

En este año encontramos:

Estancias de Ingreso: 20 pacientes

Media Estancia: 30 pacientes

Crónicos C: 116 pacientes

Crónicos E: 64 pacientes

Entre los meses de Abril a Agosto del 2010 se ingresaron 20 pacientes provenientes de la provincia de Manabí.

5.2.1.1.3. Personal y áreas médicas del centro

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS
ADMINISTRACION
RECEPCION
COLECTURIA
JEFE DE PERSONAL
RECURSOS HUMANOS
GERENCIA
ADMINISTRACION
AUDITORIO
COMEDOR DE PERSONAL (MEDICOS DE TURNO, COLABORADORES)
COCINA AUXILIAR - UTILERIA
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)
AREA MEDICA
SALA DE SECCIONES
DIRECCION MEDICA
CONSULTA EXTERNA (15 CONSULTORIOS)
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ESTADISTICA - ARCHIVO

TRABAJO SOCIAL (2)
FARMACIA
LABORATORIO DE PSICOMETRIA
BODEGAS (2)
CAFETERIA
TERAPIA OCUPACIONAL (2)
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)
AREA DE INGRESOS (ALA HOMBRES - ALA MUJERES)
SALA DE ESPERA
SALA DE VISITAS
ESTACION DE ENFERMERIA - BOTIQUIN
CONSULTORIO
HABITACION DE SEGURIDAD (2)
HABITACIONES DOBLES
SALAS DE ESTAR (2)
BATERIAS SANITARIAS GENERALES
COMEDOR DE PACIENTES
COCINA PEQUEÑA - UTILERIA
SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL
PATIO INTERNO
AREA DE MEDIA ESTANCIA (ALA HOMBRES - ALA MUJERES)
SALA DE ESPERA
SALA DE VISITAS
ESTACION DE ENFERMERIA - BOTIQUIN
CONSULTORIO
HABITACION DE SEGURIDAD (2)
HABITACIONES DOBLES CON BAÑO
SALAS DE ESTAR
TALLER DE CARPINTERIA
COMEDOR DE PACIENTES
PATIO INTERNO
SALA DE EJERCICIO
UTILERIA
ROPERIA
RECOLECCION DE ROPA
AREA CRONICA (C - E)
SALA DE ESPERA
SALA DE VISITAS
ESTACION DE ENFERMERIA - BOTIQUIN
CONSULTORIO
HABITACIONES (6 CAMAS) CON BAÑOS GENERALES
SALA DE ESTAR
SALA DE RECREACION (PIN-PON - BILLAR)
SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL
COMEDOR DE PACIENTES
UTILERIA
GERIATRIA
SALA DE ESPERA
SALA DE VISITAS
ESTACION DE ENFERMERIA - BOTIQUIN
CONSULTORIO
REHABILITACION
HABITACIONES INDIVIDUALES

HABITACIONES DOBLES
SALA DE ESTAR
BATERIAS SANITARIAS GENERALES
COMEDOR DE PACIENTES
PEQUEÑA COCINA
SALA DE REFRIGERACION
PATIO DE LAVANDERIA (EXTERNO)
AMBIENTES DE RECREACION AMPLIOS Y AMBIENTES DE RECREACION CONFORTABLES
INSTALACIONES DEPORTIVAS (VOLLEY-BASQUET-INDOR)
AREAS VERDES
PELUQUERÍA
CAFETERÍA - BAR
SALA DE JUEGOS
AREA DE SERVICIO
LAVANDERIA
COCINA
SASTRERIA
ALMACENAMIENTO DE ROPA
CUARTO DE DESECHOS
BODEGAS
COMEDOR DE SERVICIO

TABLA # 7 ÁREAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

Fuente: Autoras de Proyecto

PERSONAL	NUMERO DE PERSONAS
PERSONAL MEDICO	
PSICOLOGOS	1
PSIQUIATRAS	5
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	6
TERAPEUTAS FISICOS	2
ENFERMERAS	10
PERSONAL ADMINISTRATIVO	
ADMINISTRADOR	1
GERENTE	1
TRABAJADORES SOCIALES	2
CONTADOR	1
JEFE DE PERSONAL	1
ESTADISTICAS	1
SECRETARIAS	3
AREA DE SERVICIO	20

TABLA # 8 PERSONAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

5.2.1.1.4. Aspecto físico-espacial de centro

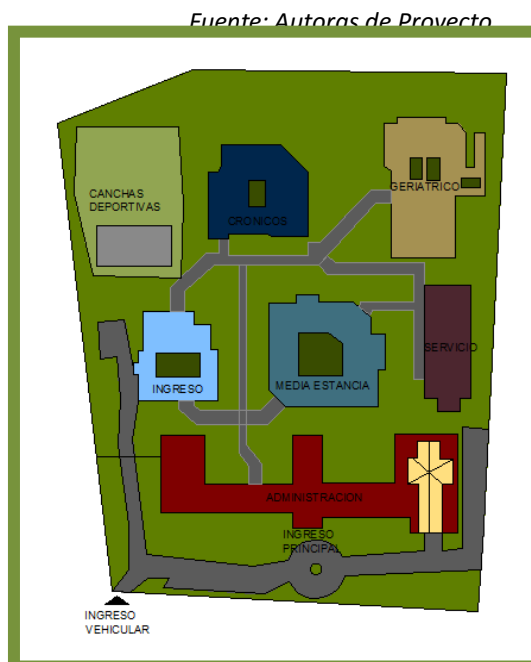


Ilustración 32. Implantación del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón

· CONDICIONES FÍSICAS DEL ESTABLECIMIENTO

Fuente: Autoras de Proyecto

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DE MATERIALES	CONDICIONES		
		MALA	REGULAR	BUENA
PISOS	PORCELANATO ANTIDESLIZANTE			X
PAREDES	LADRILLO Y BLOQUE			X
VENTANAS	REJAS, ALUMINIO Y VIDRIO			X
PUERTA PRINCIPAL	METALICA			X
PUERTAS INTERIORES	MADERA			X
CUBIERTA	LOSA INACCESIBLE			X
ESTRUCTURA	HORMIGON ARMADO			X
PINTURA	FONDEADO Y PINTADO			X
INSTALACIONES ELECTRICAS	PVC EMPOTRADAS			X
INSTALACIONES HIDROSANITARIAS	PVC EMPOTRADAS			X
CONTRAPISO EXTERIOR	HORMIGON SIMPLE			X

TABLA #9 CONDICIONES FÍSICAS DEL ESTABLECIMIENTOS

· DOTACION DE SERVICIOS BASICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

CONDICIONES DEL SERVICIO	AGUA POTABLE	ENERGIA ELECTRICA	ALCANTARILLADO	COMUNICACION	DESECHOS SÓLIDOS
TIENE	X	X	X	X	X
NO TIENE					
SERVICIO DEFICIENTE					

TABLA #10 DOTACIONES DE SERVICIOS BÁSICOS

5.2.1.1.5. Reseña fotográfica

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 33. Ingreso al hospital psiquiátrico Sagrado Corazón

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 34. Exteriores S.C

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 35. Pasillos internos S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 37. Dormitorios S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 36. Patios y caminarias S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 39. Baterías sanitarias – duchas S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 38. Baterías sanitarias – lavamanos S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 40. Baños de recién ingresados S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 41. Terapia física S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 42. Patio interno S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 43. Sala de estar S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 44. Lavandería S.C.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 45. Cocina general S.C.

5.2.1.1.6. Análisis e interpretación de resultados de la observación al hospital psiquiátrico “Sagrado Corazón”

Lo que más llama la atención de este centro es el excelente estado en el que se encuentra al ser relativamente nuevo y al poseer una formalidad acorde a su tipología. Este estaba conformado por edificaciones separadas.

Cabe mencionar que todos estos bloques están seccionados en ala de varones y mujeres a excepción del bloque de farmacodependencia. Las habitaciones en todos son individuales al igual que los baños con sus respectivas salas de televisión.

Este centro posee áreas de recreación deportiva y una gran extensión de áreas verdes que permite el esparcimiento de los pacientes e incorpora un invernadero como terapia ocupacional para los mismos.

En relación al recurso humano posee personal especializado que cumple sus tareas específicas según los lineamientos del reglamento interno de la institución y mantienen una relación interpersonal aceptable entre pacientes y funcionarios.

A pesar de contar con todos los servicios básicos necesarios para el funcionamiento, este ha optado por provisionarse de nuevas tecnologías que preserven el medio ambiente, tal es el caso de un reservorio de agua y energía a base de luz solar que aunque no abastezca a todo el centro ayuda a rebajar el costo de la energía eléctrica.

5.2.1.2. Establecimiento privado Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”

5.2.1.2.1. Información general del establecimiento

UBICACIÓN: Avenida Pedro Méndez Gilbert y Sargento Buitrón – Guayaquil - Ecuador

AÑOS DE EXISTENCIA: 129 años

DIRECTOR MEDICO: Dr. Frabrizio Delgado

DOTACION DE CAMAS: 950 camas

5.2.1.2.2. Reseña histórica

Es uno de los hospitales psiquiátricos más grandes del Ecuador. El edificio fue entregado por el Concejo de la ciudad a la Junta de Beneficencia de Guayaquil en 1881. En los años 60, se construyó un nuevo edificio en las escalinatas del Cerro del Carmen con el respaldo financiero del Sr. Lorenzo Ponce, siendo esta la razón por la cual el hospital actual lleva su nombre.

En 1934 el estudio de la Psiquiatría y la Patología Mental se convirtió en una clave importante para la transformación del Hospital en un sanatorio de docencia nacional. Posteriormente, en 1954, se convirtió en un verdadero Hospital Psiquiátrico. Además de las actividades académicas, se ha añadido nueva infraestructura para satisfacer las exigencias de la comunidad.

Actualmente, el hospital tiene capacidad para atender a 800 pacientes, aproximadamente. Su infraestructura comprende 950 camas. En el primer piso está el Auditorio, donde se efectúan paneles de especialistas nacionales e internacionales y se desarrollan congresos médicos, que representan una gran contribución científica para los profesionales presentes y futuros del País.

Actualmente cuenta con un Pensionado que tiene 6 habitaciones de media pensión geriátrica, 20 habitaciones en el pensionado de mujeres y 9 en el de varones. El Pensionado ofrece múltiples

comodidades a nuestros pacientes e incluye los servicios de alimentación, lavado de ropa, atención de enfermería, y asistencia del Hospital del Día que es un lugar donde los pacientes reciben terapias ocupacionales, tales como canto, pintura y manualidades.

La eficacia en el servicio que los caracteriza, hace que esta institución de salud atienda a más de 1000 pacientes, de los cuales 750 se encuentran permanentemente en el hospital psiquiátrico y de éstos 300 han sido abandonados.

De los últimos pacientes mencionados, la Junta de Beneficencia de Guayaquil se encarga de toda su manutención, tratamiento psicológico y terapéutico. Además, las cuatro áreas del Lorenzo Ponce (emergencia, salas generales, consulta externa y pensionado) están totalmente equipadas con personal humano y equipos tecnológicos para asistir las emergencias que ocurren a diario en el hospital.

Es de relevancia mencionar que el personal médico está capacitado para tratar desde el trastorno más banal al más complejo, y atienden a personas de todas las provincias del país.

Uno de los objetivos principales del psiquiátrico es atender a los pacientes para que, curados, se puedan reinsertar en la sociedad y no se sientan rezagados por su condición psíquica.

5.2.1.2.3. Personal y áreas médicas del centro

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS
ADMINISTRACION
RECEPCION
DIRECCION TECNICA
OFICINA DEL INSPECTOR
RECURSOS HUMANOS
SECRETARIA DEL DIRECTOR
SECRETARIA DEL INSPECTOR
MARQUETTING Y PUBLICIDAD
SALA DE ESPERA
INFORMACION
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)
AUDITORIO
SALA DE SECCIONES
FARMACIA
ESTADISTICA - ARCHIVO
CONSULTA EXTERNA
CONSULTORIOS (7)
GABINETE DENTAL
FARMACIA
PSICOMETRIA
SALA DE ESPERA
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)
RAYOS X
ELECTROENCEFALOGRAMA
ELECTROCARDIOGRAMA
DEPARTAMENTO CLINICO

UNIDAD DE TRATAMIENTO ELECTRO CONVULSIONANTE
CARDIOLOGIA
LABORATORIO CLINICO
EMERGENCIA
SALA GENERAL DE EMERGENCIA (8CAMAS)
ESTACION DE ENFERMERIA
BANO COMPLETO
HOSPITALIZACION BREVE
HABITACIONES INDIVIDUALES CON BANO
ESTACION DE ENFERMERIA
SALA DE ESTAR
SALA DE VISITAS
SALAS GENERALES
4 SALAS DE MUJERES
COMEDOR DE PACIENTES
BANOS GENRALES
PATIO INTERNO
COCINA AUXILIAR
CUARTO DE RECUPERACION
ESTACION DE ENFERMERIA-BOTIQUIN
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL
SALA DE ESTAR
4 SALAS DE HOMBRES
COMEDOR DE PACIENTES
BANOS GENRALES
PATIO INTERNO
COCINA AUXILIAR
CUARTO DE RECUPERACION
ESTACION DE ENFERMERIA-BOTIQUIN
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL
SALA DE ESTAR
SALAS DE TERAPIA OCUPACIONAL
UTILERIA
COCINA GENERAL
LAVANDERIA
CAFETERÍA - BAR
SALA DE JUEGOS
AREA DE SERVICIO
SASTRERIA
ALMACENAMIENTO DE ROPA
CUARTO DE DESECHOS
BODEGAS
HOSPITAL DE DIA

TABLA # 11 ÁREAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE

Fuente: Autoras de Proyecto

PERSONAL	NUMERO DE PERSONAS
PERSONAL MEDICO	
PSICOLOGOS	6

PSIQUIATRAS	5
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	5
TERAPEUTAS FISICOS	2
ENFERMERAS	16
PERSONAL ADMINISTRATIVO	
ADMINISTRADOR	1
GERENTE	1
TRABAJADORES SOCIALES	8
CONTADOR	1
JEFE DE PERSONAL	1
ESTADISTICAS	1
SECRETARIAS	3
AREA DE SERVICIO	20

TABLA # 12 PERSONAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

5.2.1.2.4. Aspecto físico espacial

Fuente: Autoras de Proyecto

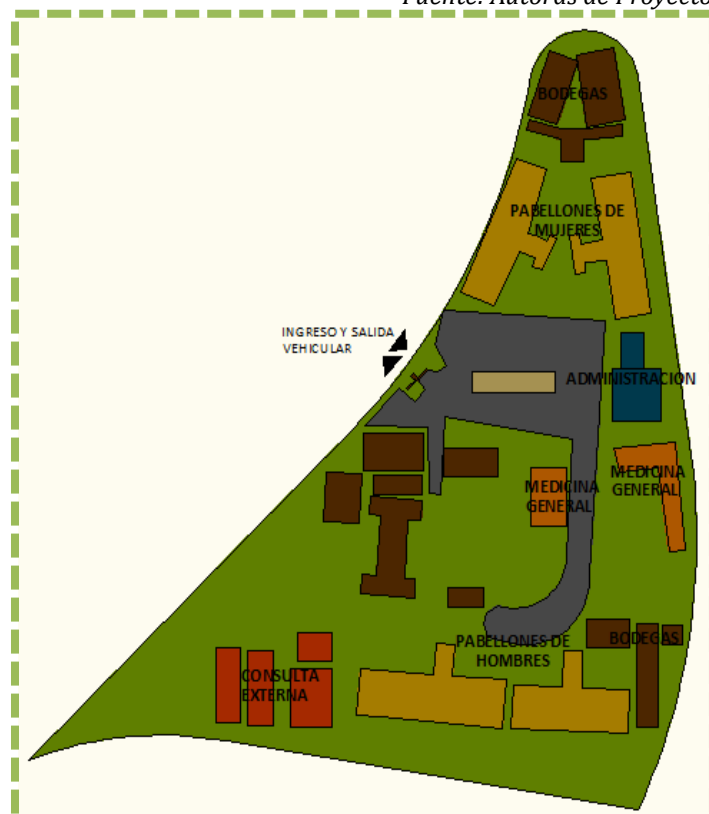


Ilustración 46. Implantación del hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce.

· CONDICIONES FISICAS DEL ESTABLECIMIENTO

Fuente: Autoras de Proyecto

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DE MATERIALES	CONDICIONES		
		MALA	REGULAR	BUENA
PISOS	PORCELANATO ANTIDESLIZANTE			X
PAREDES	LADRILLO Y BLOQUE			X
VENTANAS	REJAS, ALUMINIO Y VIDRIO			X
PUERTA PRINCIPAL	METALICA			X
PUERTAS INTERIORES	MADERA			X
CUBIERTA	LOSA INACCESIBLE			X

ESTRUCTURA	HORMIGON ARMADO		X
PINTURA	FONDEADO Y PINTADO		X
INSTALACIONES ELECTRICAS	PVC EMPOTRADAS		X
INSTALACIONES HIDROSANITARIAS	PVC EMPOTRADAS		X
CONTRAPISO EXTERIOR	HORMIGON SIMPLE		X

TABLA # 13 CONDICIONES FÍSICAS DEL ESTABLECIMIENTO

· DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

CONDICIONES DEL SERVICIO	AGUA POTABLE	ENERGIA ELECTRICA	ALCANTARILLADO	COMUNICACION	DESECHOS SÓLIDOS
TIENE	X	X	X	X	X
NO TIENE					
SERVICIO DEFICIENTE					

TABLA # 14 DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

5.2.1.2.5. Reseña fotográfica

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 47. Ingreso del hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 48. Habitaciones I.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 49. Baterías sanitarias - lavamanos L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 50. Estación de enfermería L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 51. Baterías sanitarias - duchas L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 52. Estación de enfermería L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 53. Sala de Reuniones I.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 54. Patio interno L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 55. Sala de espera L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 56. Sala de recuperación del

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 57. Patio de sala de mujeres L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 58. Iglesia L.P

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 59. Parqueadero L.P

5.2.1.2.6. Análisis e interpretación de resultados de la observación al hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”

Se observó que el establecimiento se encontraba en buen estado a pesar de su larga trayectoria de servicio, y conformado por distintas estancias que brindaban la mayoría de los servicios necesarios para el diario vivir de las personas reclusas en las mismas.

Las habitaciones son generales en cada una de las estancias, con un promedio de 40 camas por habitación existiendo 2 por sala. Los baños son generales y poseen su respectivo comedor, patio de recreación y sala de estar. Cabe mencionar la presencia de una sala interna utilizada para pacientes enfermos o con procesos de agresividad.

Este centro posee áreas de recreación deportiva y de áreas verdes que permite el esparcimiento de los pacientes e incorpora la realización de eventos para pacientes y familiares.

En relación al personal, posee una buena cantidad del mismo especializado en cada una de sus funciones, lo que permite que este centro sea llamado el mejor del país en cuanto al servicio y tratamiento médico.

5.2.1.3. Casa de reposo particular psiquiátrico “San Juan de Dios”

5.2.1.3.1. Información general del establecimiento

UBICACIÓN: Valles de los Chillos San Carlos de Alangasí y calle Argentina – Quito – Ecuador

AÑOS DE EXISTENCIA: 43 años

DIRECTOR MEDICO: Dr. Juan Reyes

DOTACION DE CAMA: 40 camas para ancianos y 20 camas para pacientes de psiquiatría

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 60. Ubicación del hospital psiquiátrico San Juan de Dios

5.2.1.3.2. Reseña histórica

En el año de 1967 los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios vienen a nuestro país a fundar en la Ciudad de Quito el Centro de Reposo, para llenar una necesidad de dar una atención más humana e integral al paciente psiquiátrico.

Se inicia su funcionamiento en el mandato del Padre General de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios Fray Aparicio, Provincia del Fray Antonio María Mateos y Directos Médico del Sr. Dr.

José Cruz Cueva.

En un principio comienza a funcionar en el barrio el Inca de la Ciudad de Quito, trabajando con pacientes del seguro social, particulares y beneficencia, adquiriendo prestigio en poco tiempo lo que lleva a un incremento del número de pacientes, resultando el área física demasiado pequeña, por lo que se ve la necesidad de construir una infraestructura más amplia para local en el año 1976 se traslada al Valle de los Chillos a un terreno donado por la Curia, donde se inicia a construir la nueva clínica Psiquiátrica.

En el año de 1985 el Dr. José Cruz Dueña director médico y el Hno. Rodrigo Maldonado director administrativo, sienten la necesidad de crear el área de Psicogeriatría, en un principio para pacientes ancianos que presentaban patología de tipo psiquiátrico dejando a cargo al Sr. Dr. Fausto Guerrero el ciudadano de este servicio.

En la asistencia Psiquiátrica, los Hermanos de San Juan de Dios, han sido protagonistas de la lucha por los derechos y la dignidad de los enfermos mentales. Con sus obras han demostrado, a una sociedad con prejuicios respecto al enfermo mental, que es posible dar un trato humano y científico al hombre o mujer que tiene problemas en la parte más noble de su ser, el psiquismo.

El Centro de Reposo San Juan de Dios, fundado en el año de 1967; atiende toda clase de enfermedades mentales, dependencias al alcohol y a las drogas y enfermedades psicogeriatrías, que afectan a hombres y mujeres.

Su objetivo es brindar una atención individualizada, humano cristiana, científica y social, acorde con los avances de la ciencia y en conformidad con los requerimientos del paciente, el cual es el centro de nuestra atención.

El tratamiento de las enfermedades mentales se realiza en base a modernas técnicas de psicoterapia individual, grupal y familiar, así como con los últimos adelantos de la psicofarmacología y la ayuda de terapia ocupacional, fisioterapia y gimnasio.

Se propone lograr que el paciente supere la fase aguda de su enfermedad y luego se prepare con adecuadas técnicas de rehabilitación y resocialización, para retornar a su medio familiar.

En un año se ha atendido en:

Hospedaje	3000 personas
Extraviados	300 personas
Emigrantes	250 personas
Refugiados	120 personas
Enfermos en consulta alimentación personas	200 personas
Internas y externas	16000 personas
Cursos de información	100 personas

Para el ingreso a este establecimiento puede ser en forma particular, con médicos privados o por convenios con el IESS, ISSFA, ISS POL, ESPE.

5.2.1.3.3. Áreas médicas del centro

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS
ADMINISTRACION
CONTABILIDAD
ESTADISTICAS
JEFE DE PERSONAL
GERENCIA
RECURSOS HUMANOS
ASISTENCIA MEDICO PSIQUIATRICA
ASISTENCIA MEDICO GERIATRICA
VALORACION Y ASISTENCIA PSICOLOGICA
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL
PSICOTERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA
ORIENTACION Y TERAPIA FAMILIAR
ASISTENCIA ESPIRITUAL Y RELIGIOSA
TERAPIA OCUPACIONAL
FISIOTERAPIA
CUIDADOS DE ENFERMERIA
GIMNASIO
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
CONSULTA EXTERNA
SERVICIOS GENERALES
HABITACIONES INDIVIDUALES
AMBIENTES DE RECREACION AMPLIOS Y AMBIENTES DE RECREACION CONFORTABLES
INSTALACIONES DEPORTIVAS
PELUQUERÍA
COCINA Y COMEDOR ABIERTO A FAMILIARES.
CAFETERÍA - BAR
SALA DE JUEGOS
JARDINES Y COMEDOR CAMPESTRE.

TABLA # 15 ÁREAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS

En la casa de reposo San Juan de Dios también se ofrece servicio de Psicogeriatría, el cual fue creado en el año de 1985, con la necesidad de dar una atención integral al paciente psiquiátrico que envejecía en la Institución.

En los últimos 25 años se ha ampliado la cobertura de atención a pacientes con patologías crónicas de tipo físico y mental.

En esta área se ofrece:

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS
Atención médica especializada
Atención en medicina general durante las 24H00 (médicos residentes)
Cuidados permanentes de enfermería.
Atención psicológica
Atención odontológica
Fisioterapia física y respiratoria
Terapia ocupacional
Terapia espiritual
Nutrición adecuada según los requerimientos de la patología de cada paciente

Servicios de peluquería y barbería.
infraestructura es moderna y ofrece habitaciones individuales, cómodas y amobladas con baño privado.
amplios patios verdes para la relajación y recreación

TABLA # 16 ÁREAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS

Fuente: Autoras de Proyecto

PERSONAL	NUMERO DE PERSONAS
PERSONAL MEDICO	
PSICOLOGOS	1
PSIQUIATRAS	2
GERIENTOLOGOS	2
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	4
TERAPEUTAS FISICOS	4
ENFERMERAS	8
PERSONAL ADMINISTRATIVO	
ADMINISTRADOR	1
GERENTE	1
CONTADOR	1
JEFE DE PERSONAL	1
ESTADISTICAS	1
SECRETARIAS	3
AREA DE SERVICIO	14

TABLA # 17 PERSONAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS

5.2.1.3.4. Aspecto físico-espacial del centro

· CONDICIONES FISICAS DEL ESTABLECIMIENTO

Fuente: Autoras de Proyecto

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DE MATERIALES	CONDICIONES		
		MALA	REGULAR	BUENA
PISOS	BALDOSA			X
PAREDES	LADRILLO			X
VENTANAS	REJAS, ALUMINIO Y VIDRIO			X
PUERTA PRINCIPAL	METALICA			X
PUERTAS INTERIORES	MADERA			X
CUBIERTA	LOSA INACCESIBLE			X
ESTRUCTURA	HORMIGON ARMADO			X
PINTURA	FONDEADO Y PINTADO			X
INSTALACIONES ELECTRICAS	PVC EMPOTRADAS			X
INSTALACIONES HIDROSANITARIAS	PVC EMPOTRADAS			X
CONTRAPISO EXTERIOR	HORMIGON SIMPLE			X

TABLA # 18 CONDICIONES FISICAS DEL ESTABLECIMIENTO

· DOTACION DE SERVICIOS BASICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

CONDICIONES DEL SERVICIO	AGUA POTABLE	ENERGIA ELECTRICA	ALCANTARILLADO	COMUNI.	DESECHOS SÓLIDOS
TIENE	X	X	X	X	X
NO TIENE					
SERVICIO DEFICIENTE					

TABLA # 19 DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

5.2.1.3.5. Secuencia fotográfica

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 61. Ingreso del hospital psiquiátrico San Juan de Dios

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 62. Patio exterior S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 63. Áreas de estar S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 64. Habitación S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 65. Duchas especiales S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 66. Terapia Física S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 67. Terapia ocupacional S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 68. Sala de juego S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 69. Cocina general S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 70. Comedor de Personal S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 71. Iglesia - exterior S.J.D.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 72. Iglesia - interior S.J.D.

5.2.1.3.6. Análisis e interpretación de resultados de la observación a la casa de reposo “San Juan de Dios”

En el centro psiquiátrico San Juan de Dios se pudo observar que en la actualidad la mayoría de sus pacientes son ancianos con algún trastorno propio de su edad, por lo cual funciona más como un geriátrico que como un hospital psiquiátrico. Cuenta con un ala que se encarga únicamente para personas con fármaco dependencia y su estadía promedio es de 6 meses, dependiendo de la evolución del paciente.

Fue evidente el mantenimiento de la infraestructura debido al buen estado, se constató la existencia de áreas verdes amplias para el libre esparcimiento de los pacientes. Las habitaciones en este centro son individuales o dobles con baños en cada una de ellas.

La función de este establecimiento es idónea al estar definida en una sola planta y los desniveles compensados por medio de rampas, esto se da gracias a su formalidad que se compone por distintos pabellones circundados por áreas verdes.

5.2.1.4. Establecimiento público hospital psiquiátrico “Julio Endara”

5.2.1.4.1. Información general del establecimiento

UBICACIÓN: Autopista General Rumiñahui, Valle de los Chillos, puente 7 – Quito, Ecuador

AÑOS DE EXISTENCIA: 54 años

DIRECTOR MEDICO: Dr. Rommel Astieda

DOTACION DE CAMA: 123 camas: 10 UFA, 90% utilizadas y 10% para emergencias

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 73. Ubicación des Hospital Psiquiátrico Julio Endara

5.2.1.4.2. Reseña histórica

En junio de 1953, las Autoridades de Salud conjuntamente con el Dr. Van Grimmer, profesional destacado en la organización de Hospitales, se firmó el Convenio de Mantenimiento (Proyecto EQUA-

52-Q) del nuevo hospital Psiquiátrico de Conocoto, de acuerdo a los modernos conceptos científicos y con personal altamente calificado.

Foto: Folleto "Julio Endara"

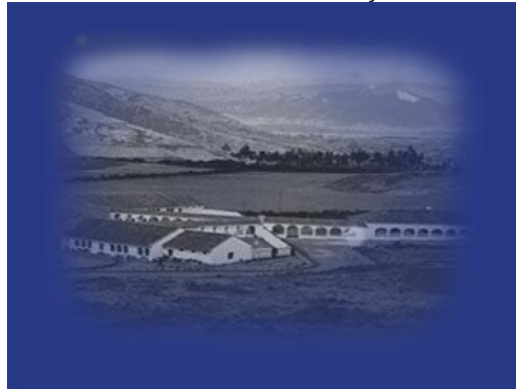


Ilustración 74. Hospital Psiquiátrico de Conocoto

En junio de 1953, las Autoridades de Salud conjuntamente con el Dr. Van Grimmer, profesional destacado en la organización de Hospitales, se firmó el Convenio de Mantenimiento (Proyecto EQUA-52-Q) del nuevo hospital Psiquiátrico de Conocoto, de acuerdo a los modernos conceptos científicos y con personal altamente calificado.

Es nombrado el Dr. Van Grimmer como Consultor y Director Técnico de esta nueva Casa de Salud, se estructura una COMISIÓN ESPECIAL para que se encargue de la administración y funcionamiento del hospital. En legítima representación se nombra al Dr. Fernando Casares de la Torre Director de la Institución.

Hasta aquí, en el ámbito de la Psiquiatría, visionarios del futuro, hombres comprometidos socialmente con la redención de sus semejantes, testigos fieles de la inhumana asistencia a los enfermos mentales, logran sólo después de 167 años de existencia del Hospital San Lázaro, poner al servicio de la sociedad un nuevo hospital, el mismo que fuera fundado el 29 del Julio de 1953, con el nombre de HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CONOCOTO, dotado de servicios de Laboratorio Clínico, Farmacia, Fisioterapia, Electroconvulsivoterapia y Electronarcosis, Sala de Terapia Ocupacional con dos Telares.

Con tal advenimiento, la fisonomía de la Psiquiatría Ecuatoriana se torna más científica, los atavismos se globalizan, pero también los híbridos con las nuevas corrientes, se tornan una realidad.

De esta manera, en septiembre de 1953, el hospital Psiquiátrico de Conocoto, empieza a funcionar con el traslado de 100 pacientes del viejo Manicomio San Lázaro y es en este memorable día cuando se empieza a vivir una Psiquiatría más humanizada y prometedora de nuevas esperanzas.

Se opera un cambio relevante en el sentir, hacer y quehacer de la Psiquiatría Ecuatoriana. Hay nuevos rumbos, surgen de la comunidad estudiosa de las Ciencias de la Salud, vocaciones por el conocimiento de los problemas de la mente y desde ese entonces a la fecha, sustanciales cambios merecen destacarse.

En el año 1970 en una sesión solemne por el XIII Aniversario de la Fundación del Hospital, el Sr. Dr. Luis León, invitado especial a esta ceremonia pide de manera elocuente se designe el nombre de "JULIO ENDARA MOREANO" al Hospital Psiquiátrico en homenaje a tan brillante y destacada figura de la psiquiatría Ecuatoriana y Latinoamericana. Hasta el año 1970, la atención al enfermo se basaba en un reducido stock de psicofármacos, en la Insulinoterapia, la electroconvulsivoterapia, la

Terapia Ocupacional y la Terapia Recreativa. Estas acciones seguían desarrollándose en dos grandes pabellones con ventanas de tipo carcelario, amurallados, con portones y cerrojos. El cuidado era de tipo custodial.

Aún no se concebía la integración de hombres y mujeres, a tal extremo que para olfatearse, los enfermos horadaban los muros divisorios.

Foto: Folleto "Julio Endara"

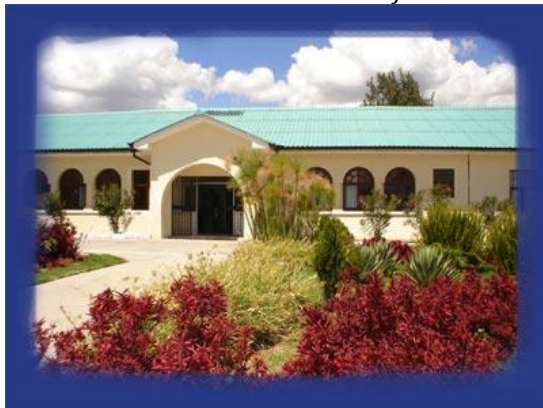


Ilustración 75. Fachada del hospital psiquiátrico Julio Endara

Los pacientes eran clasificados por grupos socioeconómicos y los de más bajo nivel se constituían en el grupo de los desposeídos, los que no pagaban pensión y se alimentaban a base de carbohidratos, apenas olían proteínas y el ambiente físico para disfrutar de este placer lo constituían piezas mal olientes con mesas de comedor vetustas y sobresaturadas de grasa; otro grupo lo componían los que pagaban media pensión; uno de rango más elevado, pagaba pensión entera, y un cuarto grupo, ungidos de la buena suerte, lo constituían los que pagaban pensión extra, a los mismos que se los hospedaba en dormitorios individuales, se les servían cuatro comidas diarias y en el menú, no faltaba carne, leche y huevos, así como también los postres.

Hasta aquí, aún existían las mal llamada celdas, porque realmente eran verdaderos calabozos, como instancia física para la sujeción de enfermos violentos y furiosos. En este escenario, vigente desde hace dos décadas se venía tratando un promedio de 200 enfermos por año, procedentes desde los lugares más lejanos de la patria e incluso extranjeros. Para esta tarea, la institución contaba con un médico Director, dos médicos psiquiatras tratantes, dos Internos Residentes, tres enfermeras, y un apreciado número de Auxiliares de Enfermería, es decir la contribución del Hospital Psiquiátrico Julio Endara M. en el campo de la salud mental hasta inicios de la década de los 70, era eminentemente asistencial y centrípeta (acumulaba enfermos).

Los esfuerzos por el cambio eran denodados, pero poco escuchados. Hacia fines de la década de los 60, se inicia la reconstrucción y remodelación del Hospital en la Dirección del Sr. Dr. Don. Gustavo Serrano, especialista en Gineco – Obstetricia.

Asume la dirección El Sr. Francisco Cornejo Gaette y como un reto de gran envergadura, le toca continuar con la obra en marcha, ante ello, el esfuerzo no cesa; nuevas corrientes técnico – científicas llegan hasta sus lares, Inglaterra hace su presencia con el retorno del Sr. Dr. Don. Francisco Cornejo Gaette, su anhelo de cambio compromete al Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias IEOS, y a pasos lentos, continua la obra, pero aquí ocurre un acontecimiento muy significativo: Cornejo Gaete suprime los tratamientos de “insulinoterapia” y por primera vez el “electrochoque” se prescribe acompañado de sedación y relajación previas.

A fines de 1975 e inicios de 1976, tuvo el honor de asumir la Dirección del Hospital el Dr. Rommel Astieda, el reto está vigente, la obra de remodelación y adecuación debe continuar, se prosigue en compañía del Arq. Diego del Castillo, joven profesional delegado del IEOS.

Su criterio innovador unido al del nuevo director, acuerdan realizar un cambio arquitectónico de ciertas partes de la casa hospitalaria, así por ejemplo las ventanas de tipo carcelario se cambian por otras de tipo hogareño, pero lo más destacable es el derrocamiento de muros, portones y cerrojos, esto es 20 años después de su fundación, por primera vez, en el hospital de corte asilar y manicomial, se torna hospital de puertas abiertas, en el que comparten abiertamente hombres y mujeres, la casa se torna una comunidad terapéutica.

La asistencia a los enfermos se democratiza, de tipo centrípeta se torna centrífuga, propio del pensamiento del ilustre maestro chileno Dr. Don JUAN MARCONI TASSARA, en lugar de acumular enfermos, procura reasentarlos. Se cumple el slogan exclamado por la OMS “Sí a la atención no a la exclusión”

Se integra la planta técnica el Dpto. de Psicología; las terapias psicorrehabilitadoras se vigorizan y cobran vigencia, la Terapia ocupacional, la Ergoterapia, la Ludoterapia, la Psicoterapia individual y la Remotivación se convierte en parte insoslayable de los programas de tratamiento.

En relación con el reasentamiento socio laboral, muchos enfermos con una estadía de un poco más de “20 años”, retornan a sus hogares y algunos de ellos a sus lugares de trabajo, testimonio de tan loable empresa, es la primera rotulación del Hospital realizada por uno de ellos.

La dinámica del Hospital Julio Endara M., en respuesta al sueño de sus antecesores, permite intuir en nuevas alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. A ello se suma la democratización de la alimentación, para lo cual se inaugura un solo comedor, con ambientes más humanos y más familiares, en donde enfermos y personal, toman sus alimentos, por desgracia hoy nuevamente separados.

En la actualidad grandes innovaciones físicas y técnicas, en pos de un ambiente acogedor y terapéutico, se llevan a cabo. La estructura permite respirar un ambiente terapéutico, el líder de tan loable obra es el Dr. Rommel Artieda Maruri, quien ha hecho aportes transformadores significativos, su obra se le ve caminar hacia la institución Psiquiátrica del Siglo 21.

5.2.1.4.3. Personal y áreas médicas del centro

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS
ADMINISTRACION
CONTABILIDAD
ESTADISTICAS
DEPARTAMENTO FINANCIERO
GERENCIA
RECURSOS HUMANOS
DOCUMENTO Y ARCHIVO
AREA MEDICA
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS
CONSULTA EXTERNA
EMERGENCIAS
HOSPITALIZACION

CLINICA PSIQUIATRICA
ODONTOLOGIA
NEUROLOGIA
UFA
DEPARTAMENTO SERVICIO AUXILIAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
LABORATORIO CLINICO
ELECTRO ENCEFALOGRAFIA
DEPARTAMENTO SERVICIO TECNICO DE COLABORACION MEDICO
PSICOLOGIA
ENFERMERIA
TRABAJO SOCIAL
TERAPIA OCUPACIONAL
ALIMENTACION Y DIETETICA
ESTADISTICAS Y REGISTROS MEDICOS
FARMACIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
LAVANDERIA ROPERIA Y COSTURERA
TRANSPORTE Y MOVILIZACION
CENTRAL TELEFONICA
SERVICIOS BARIOS
MECANICA Y ELECTRICIDAD
CARPINTERIA
ALBAÑILERIA
BIBLIOTECA
AMBIENTES DE RECREACION AMPLIOS Y AMBIENTES DE RECREACION CONFORTABLES
INSTALACIONES DEPORTIVAS
PELUQUERÍA
COCINA Y COMEDOR ABIERTO A FAMILIARES.
CAFETERÍA - BAR
SALA DE JUEGOS
JARDINES

TABLA # 20 ÁREAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA

Fuente: Autoras de Proyecto

PERSONAL	NUMERO DE PERSONAS
PERSONAL MEDICO	
PSICOLOGOS	4
PSIQUIATRAS	1
MEDICO INTERNISTA	1
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	4
TERAPEUTAS FISICOS	4
ENFERMERAS	10
AUXILIARES DE ENFERMERIA	45
ADMINISTRADOR	2
GERENTE	1
DOCUMENTO Y ARCHIVOS	2
DEPARTAMENTO FINANCIERO	5
ESTADISTICAS	2
SECRETARIAS	4
RECURSOS HUMANOS	2
AREA DE SERVICIO	27
FARMACIA	1
CLINICA PSIQUIATRICA	3
CONSULTA EXTERNA	4

5.2.1.4.5. Secuencia fotográfica

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 77. Ingreso del hospital psiquiátrico Julio Endara

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 78. Corredor exterior J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 79. Habitación general J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 80. Terapia ocupacional J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 81. Sala de reuniones J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 82. Baterías sanitarios – lavamanos J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 83. Cuarto de máquinas J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 84. Terapia ocupacional J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 85. Lavandería I.F.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 86. Cocina general I.F.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 87. Patio exterior J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 88. Corredores exteriores J.E.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 89. Cancha multiuso J.E.

5.2.1.4.6. Análisis e interpretación de resultados de la observación al hospital psiquiátrico “Julio Endara”

Este hospital psiquiátrico cuenta con una gran extensión de terreno, gran parte de él se encuentra baldío e inutilizable. En la actualidad se encuentra en restauración alguno de los bloques debido a que la construcción ya posee algunos años y la estructura de sus cubiertas son de madera. Tienen pensado como proyecto futuro la implementación de un ala destinada a la psiquiatría infantil inexistente en todo el país.

El establecimiento cuenta con un albergue que aunque no es parte del mismo terreno del hospital, está a cargo de las autoridades del mismo, en este se encuentran pacientes con retardos mentales que son patologías genéticas sin posible recuperación. Dichos pacientes fueron ingresados desde la apertura de este hospital como pacientes psiquiátricos provenientes del San Lázaro.

Cuenta con áreas recreativas que se pudieron percibir deterioradas y sin uso, más bien el área ocupada por los pacientes estaba por las plazas centrales que rodeaban los distintos bloques de edificación. A pesar de ser una entidad pública que funciona únicamente con el presupuesto del estado se puede observar una buena función administrativa y organizativa que permite un constante mantenimiento de las instalaciones.

5.2.1.5. Establecimiento público hospital psiquiátrico “San Lázaro”

5.2.1.5.1. Información general del establecimiento

UBICACIÓN: Calle Ambato y Bahía de Caraquez, Quito, Ecuador

AÑOS DE EXISTENCIA: 39 años

DIRECTOR MEDICO: Dra. Eliana Escandón

DOTACION DE CAMAS: 120 camas

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 90. Ubicación del hospital psiquiátrico San Lázaro.

5.2.1.5.2. Reseña histórica

La trayectoria del Hospital San Lázaro está íntimamente relacionada con el desarrollo histórico social de los siglos 18, 19 y 20.

Con mirada retrospectiva vayamos a la ciudad de Quito en el siglo XVIII, pequeña ciudad con 311.649 habitantes de los cuales el 64.4%, o sea 213.287 eran indígenas, época de convulsión, de inestabilidad socioeconómica, de marcada contradicción de clases sociales. Ciudad pequeña plagada de indigentes, vagabundos, mendigos, huérfanos que clamaban un grito de angustia, llaga social que movió a lástima al Ilustrado Juan José de Villa Lengua Presidente Regente de la Real Audiencia de Quito y el prelado doctor Blas Sobrino y Minayo, Obispo de la diócesis decidieron tomar un remedio eficaz y duradero. Ahí está el origen del Hospicio de la Caridad de Quito, el Hospicio y Manicomio Jesús, María y José, el acta se firma el 15 de Marzo de 1785.

La creación de los hospicios nació en Europa para albergar a la agente desposeída, fue Carlos III quien se preocupó de formar asilos en la colonia americana. Entonces se inició la construcción del actual Hospital Psiquiátrico San Lázaro en 1751, bajo la dirección de Juan Nieto Polo de Águila quien, conjuntamente con el Presidente de la Real Audiencia de Quito dieron esta casa a la Compañía de Jesús, para residencia ya que el terremoto en Latacunga, de Abril de 1755 destruyó totalmente el antiguo noviciado. Cuando vino la expulsión de los jesuitas en 1767, la casa de ejercicios y noviciados de destinó para cuartel real y lo que era el colegio Máximo para la fundación del Hospicio pero, gracias a la intervención del Obispo Blas Sobrino y Minayo, se hizo una nueva distribución, se funda entonces el Hospicio Jesús María y José en 1785, y el 14 de Marzo de 1786 se funda el Hospital San Lázaro, anexo al hospicio.

El primer administrador fue don Joaquín Tinajero, había un inspector, un mayordomo, un capellán, una enfermera, un cocinero y un barbero. El inspector ganaba 450 pesos, el médico 75. Es en 1812 cuando aparece el primer médico de planta el Doctor Juan Pablo Arévalo, quien moriría más tarde contagiado de lepra. Posteriormente se suprimió el cargo de médico. Fue en el siglo XIX cuando el Cabildo quiteño solicita a la Gobernación que tanto el Hospicio como el Hospital sean declarados Instituciones Nacionales. En 1864 había 147 asilados pobres, 11 enfermos mentales y 104 leprosos. Los enfermos mentales como vemos en número menor tuvieron una situación alarmante, inhumana, desconcertante y de ignorancia absoluta de la etiología de su enfermedad. Esto no es prerrogativa de nuestro Hospital es una muestra más de la situación que vivía la psiquiatría en el mundo. Para finales de ese siglo y gracias al influjo de la revolución francesa los enfermos mentales son tomado en cuenta como tales, son las escuelas de Francia y especialmente la de Alemania las que toman el afán de colocar al enfermo mental dentro de su real situación, no obstante las causas muestran enorme discusión. El San Lázaro camina al paso del mundo, en esta institución se hace lo que en Europa se hace, es injusto calificar con criterio presentista es decir cómo podemos ver ahora las acciones que se ejecutaban, el criterio historicista nos coloca en el momento y en el contexto en el que esas acciones se realizaban.

Este estado de atraso continuó hasta inicios del siglo XX cuando se crea la cátedra de Psiquiatría, gracias a la intervención del doctor Carlos Alberto Arteta García, quien fue el primer profesor de esta materia en el Ecuador. Para el siglo XX aparecen modificaciones sustanciales, la tarea de un Kraepelin quien a lo Linneano clasifica a los enfermos mentales, de un Sigmund Freud quien penetra en los arcanos casi insondables del o inconsciente para explicar la conducta normal y anormal del ser humano, de un Delay y Denniquier quienes en 1950 utilizan la medicación neuroléptica que modifica la vida de los pacientes mentales, la de Lain, Cooper y Basaglia que con el movimiento anti psiquiátrico establecen una crítica mordaz y valedera que penetra hondamente en el sentimiento humanitario. Se rompen las cadenas del enfermo mental, El San Lázaro corre al unísono. Aparece la

teoría infecciosa de la enfermedad mental es Fernando Casares de la Torre quien experimenta con dosis ahora risibles de 60, 100 unidades de penicilina, cautela explicable, aparece el electrochoque que Cerletty y Binni en Italia en 1939 con una explicación que ahora la vemos equivocada consigue recuperación de los enfermos mentales psicóticos pero que sigue siendo utilizada a nivel mundial señor, Francisco Cornejo Gaete hace su tesis sobre combinación del electrochoque y los neurolépticos, en esta casa se realizan todos los cambios que va dictando lo moderno del contexto. En el ser descalificado como humano y que ahora quiere mandarlo lejos para cerrar sus ojos ante una realidad que le provoca temor, repulsión. En este San Lázaro se utilizan las técnicas más modernas en la medida en que van saliendo al mundo, nada se ha dejado de lado.

El Servicio de Hospitalización se nutre principalmente del Servicio de Urgencias psiquiátricas, en nuestra institución solo reciben este servicio los pacientes de psiquiatría. Cuando un paciente llega a urgencias y según criterio médico precise de ingreso, éste es derivado al servicio de hospitalización para que se confirme el diagnóstico y se siga la evolución del paciente diariamente hasta que obtenga el alta médica dependiendo del criterio de nuestros profesionales.

La estancia en el hospital empieza en la Unidad de Admisión, situada delante de la puerta principal, donde tendrán la orden de ingreso de su médico. Esta unidad se encargará de tramitarle toda la documentación necesaria para el ingreso y le dirigirá a la unidad de hospitalización que le ha sido asignada.

Sala Magdalena: Aquí se albergan a las pacientes mujeres entre los 25 y 50 años con patologías agudas.

Sala Santa María: Aquí se ubican a las mujeres con problemas psiquiátricos crónicas, son mujeres de edad avanzada con depresión, esquizofrenia y retardo mental provocado por la misma enfermedad.

Sala Franklin Aguirre: Aquí son asignados a los pacientes hombres con patologías agudas.

Sala Cesar: Son ubicados los hombres con problemas psiquiátricos crónicos.

5.2.1.5.3. Personal y áreas médicas del centro

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS
ADMINISTRACION
RECEPCION
COLECTURIA
JEFE DE PERSONAL
RECURSOS HUMANOS
ADMINISTRACION
ESTADISTICA – ARCHIVO
TRABAJO SOCIAL (2)
FARMACIA
BAR
COMEDOR DE PERSONAL
COCINA
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)
AREA MEDICA
CONSULTA EXTERNA (3 CONSULTORIOS)
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

LABORATORIO CLINICO
ODONTOLOGIA
TERAPIA FISICA
HOSPITALIZACION
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)
SALA MAGDALENA (ALA MUJERES)
ESTACION DE ENFERMERIA
CONSULTORIO
HABITACIONES
BAÑOS GENERALES
AREA DE ESTAR
COMEDOR DE PACIENTES
SALA SANTA MARIA (ALA MUJERES)
ESTACION DE ENFERMERIA
CONSULTORIO
HABITACIONES
BAÑOS GENERALES
AREA DE ESTAR
COMEDOR DE PACIENTES
SALA FRANKLIN AGUIRRE (ALA HOMBRES)
ESTACION DE ENFERMERIA
CONSULTORIO
HABITACIONES
BAÑOS GENERALES
AREA DE ESTAR
COMEDOR DE PACIENTES
SALA CESAR (ALA HOMBRES)
ESTACION DE ENFERMERIA
CONSULTORIO
HABITACIONES
BAÑOS GENERALES
AREA DE ESTAR
COMEDOR DE PACIENTES
HABITACIONES CELDA
SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL
PATIO INTERNO PRINCIPAL
SALA DE ESPERA
TALLER DE CARPINTERIA
AMBIENTES DE RECREACION AMPLIOS Y AMBIENTES DE RECREACION CONFORTABLES
CANCHAS DEPORTIVAS
SALA DE JUEGOS
AREA DE SERVICIO
LAVANDERIA
COCINA
SASTRERIA
ALMACENAMIENTO DE ROPA
BODEGAS
COMEDOR DE SERVICIO

TABLA # 24 ÁREAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LAZARO

Fuente: Autoras de Proyecto

PERSONAL	NUMERO DE PERSONAS
PERSONAL MEDICO	
PSICOLOGOS	3
PSIQUIATRAS	5
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	2
TERAPEUTAS FISICOS	2
ENFERMERAS	12
PERSONAL ADMINISTRATIVO	
ADMINISTRADOR	1
GERENTE	1
TRABAJADORES SOCIALES	1
CONTADOR	1
JEFE DE PERSONAL	1
ESTADISTICAS	1
SECRETARIAS	1
AREA DE SERVICIO	20

TABLA # 25 PERSONAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LAZARO

5.2.1.5.4. Aspecto físico-espacial del centro

· CONDICIONES FISICAS DEL ESTABLECIMIENTO

Fuente: Autoras de Proyecto

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DE MATERIALES	CONDICIONES		
		MALA	REGULAR	BUENA
PISOS	MADERA		X	
PAREDES	ADOBE Y CAL			X
VENTANAS	REJAS Y MADERA		X	
PUERTA PRINCIPAL	MADERA			X
PUERTAS INTERIORES	METALICAS		X	
CUBIERTA	ESTRUCTURA DE MADERA Y		X	
PINTURA	FONDEADO Y PINTADO	X		
INSTALACIONES ELECTRICAS	PVC EMPOTRADAS			X
INSTALACIONES HIDROSANITARIAS	PVC EMPOTRADAS		X	
CONTRAPISO EXTERIOR	PIEDRA			X

TABLA # 26 CONDICIONES FÍSICAS DEL ESTABLECIMIENTO

· DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

CONDICIONES DEL SERVICIO	AGUA POTABLE	ENERGIA ELECTRICA	ALCANTARILLADO	COMUNICACION	DESECHOS SÓLIDOS
TIENE	X	X	X	X	X
NO TIENE					
SERVICIO DEFICIENTE					

TABLA # 27 DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS

5.2.1.5.5. Reseña fotográfica

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 91. Ingreso del hospital psiquiátrico San Lázaro.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 92. Patio interno S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 93. Corredor S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 94. Patio interno S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 95. Habitación de seguridad S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 96. Terapia de electroshock S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 97. Habitaciones generales S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 98. Baterías Sanitarias S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 99. Baterías Sanitarias - duchas S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 100. Comedor de pacientes S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 101. Cocina auxiliar S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 102. Utería de ropa limpia S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 103. Patio interior S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 104. Sala de televisión S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 105. Lavandería S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 106. Ebanistería S.L.

Foto: Autoras de Proyecto



Ilustración 107. Terapia ocupacional S.L.

5.2.1.5.6. Análisis e interpretación de resultados de la observación al hospital psiquiátrico “San Lázaro”

En esta visita se pudieron evidenciar un sinnúmero de falencias que afectan seriamente a la posible recuperación de los pacientes internados, tales como el mal estado de su infraestructura dándole un aspecto tétrico y descuidado.

Al ser este el hospital más antiguo que existe a nivel psiquiátrico ha mantenido ciertos procedimientos de esta época que no son afines a la actual.

Su función tanto como su forma no son acorde a su tipología, es una sola edificación zonificada en niveles, impidiendo el desplazamiento de los pacientes dentro del centro, cabe mencionar que no cuenta con amplias áreas de recreación, excepto uno que se encuentra al ingresar al hospital y que no está disponible para todos los pacientes recluidos.

Una de las falencias que más llamo la atención fue la ubicación de las áreas destinadas a terapias ocupacionales y físicas debido a la difícil accesibilidad por la gran cantidad de niveles y el mal estado de los mismos.

5.2.1.6. Conclusión de las observaciones y visitas de campo a los distintos centros psiquiátricos del país

- La observación o visitas de campo se realizó para conocer las diferentes instalaciones que existen a nivel nacional y de esta manera realizar un diagnóstico del estado actual de cada una de ellas comparando el sector público con el privado, presentando el público mayor número de falencias y necesidades que rectificaron que el presente proyecto debe estar dirigido a dar atención a estas áreas.
- Mediante esto se pudo conocer los diferentes espacios de tratamientos, hospitalización y recreación que requieren este tipo de edificación, permitiendo esclarecer el cuadro de

necesidades y de áreas ideales para cada una de las partes que lo componen.

- Es muy importante mencionar que en la última visita realizada al hospital psiquiátrico “LORENZO PONCE” se obtuvieron datos estadísticos que permiten conocer que la cantidad de pacientes ingresados procedentes de la provincia de Manabí en el año 2009 fue de 75, representando la tercer provincia con mayor porcentaje de ingresados en esta institución.

5.2.1.7. Tabulación de las fichas de campo sobre el estado de los establecimientos psiquiátricos del país

5.2.1.7.1. Establecimientos psiquiátricos privados

5.2.1.7.1.1. Ubicación general de las instituciones privadas para enfermos mentales

Fuente: Wikimedia Commons



SIMBOLOGÍA


UBICACIÓN	ESTABLECIMIENTO
	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN
	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS
	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE

Ilustración 108. Reconocimiento de los hospitales psiquiátricos privados en el país

5.2.1.7.1.2. Aspecto técnico espacial

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS MEDICAS	HOSPITALES PSIQUIATRICOS PÚBLICOS		
	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL PÚBLICOS		
	Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón (QUITO)	Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (QUITO)	Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guay)
ADMINISTRACION	X	X	X
RECEPCION	X	X	X
COLECTURIA	X	X	X
JEFE DE PERSONAL	X	X	X
RECURSOS HUMANOS	X	X	X
GERENCIA	X	X	X
AUDITORIO	X	--	--
COMEDOR DE PERSONAL (MEDICOS DE TURNO, COLABORADORES)	X	X	X
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)	--	--	X
AREA MEDICA	X	X	X
SALA DE SESIONES	X	X	X
DIRECCION MEDICA	X	X	X
CONSULTA EXTERNA (CONSULTORIOS)	X	X	X
ESTACION DE ENFERMERIA	X	X	X
ARCHIVO	X	X	X
TRABAJO SOCIAL	X	X	X
FARMACIA	X	X	X
BODEGAS	X	X	X
CAFETERIA	X	X	X
TERAPIA OCUPACIONAL	X	X	X
AREA DE INGRESOS	X	X	--
AREA DE MEDIA ESTANCIA	X	X	X
AREA CRONICA	X	X	X
SALA DE ESPERA	X	--	--
SALA DE VISITAS	X	X	--
HABITACION DE SEGURIDAD	X	X	--
HABITACIONES DOBLES	X	X	--
SALAS DE ESTAR PARA PACIENTES	X	X	X
COMEDOR DE PACIENTES	X	X	X
PATIO INTERNO	X	X	X
TALLER DE CARPINTERIA	X	--	X
COMEDOR DE PACIENTES	X	X	X
SALA DE EJERCICIO	X	X	X
UTILERIA	X	X	X
ROPERIA	X	X	X
SALA DE RECREACION	X	X	X

GERIATRIA	X	X	--
REHABILITACION	X	X	X
PATIO DE LAVANDERIA (EXTERNO)	X	X	X
AMBIENTES DE RECREACION	X	X	X
INSTALACIONES DEPORTIVAS	X	X	X
AREAS VERDES	X	X	X
SALA DE JUEGOS	X	X	X
AREA DE SERVICIO	X	X	X
LAVANDERIA	X	X	X
COCINA GENERAL	X	X	X
SASTRERIA	X	X	X
ALMACENAMIENTO DE ROPA	X	X	X
CUARTO DE DESECHOS	X	X	X
COMEDOR DE SERVICIO	X	X	X

TABLA # 28 ASPECTO TECNICOS ESPACIAL DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.1.3. Condiciones físicas

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIATRICOS	CONDICIONES FISICAS		
	MALA	REGULAR	BUENA
Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón (QUITO)			100%
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (QUITO)		50%	50%
Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)	25%	65%	10%

TABLA # 29 CONDICIONES FÍSICAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.1.4. Estado físico del mobiliario

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIATRICOS	CONDICIONES FISICAS		
	MALA	REGULAR	BUENA
Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón (QUITO)			100%
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (QUITO)		25%	75%
Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)	15%	65%	25%

TABLA # 30 ESTADO FÍSICO DEL MOBILIARIO DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.1.5. Servicios básicos y accesibilidad

· CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	SERVICIOS BÁSICOS														
	AGUA POTABLE			ENERGIA ELECTRICA			ALCANTARILLADO			COMUNICACION			DESECHOS SÓLIDOS		
	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE
Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón (QUITO)	X			X			X			X			X		
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (QUITO)	X			X			X			X			X		
Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)	X			X			X			X			X		

TABLA # 31 SERVICIOS BÁSICOS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS DEL ECUADOR

· SERVICIOS BÁSICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

COMUNIDADES Y PARROQUIA	TIPOS DE TRANSPORTE							
	INTERPROVINCIAL		INTERCANTONAL		URBANO		PARTICULAR	
	HAY	NO HAY	HAY	NO HAY	HAY	NO HAY	HAY	NO HAY
Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón (QUITO)	X		X		X		X	
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (QUITO)	X		X		X		X	
Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)	X		X		X		X	

TABLA # 32 CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD A LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.1.6. Tipo de tenencia

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	TIPO DE TENENCIA			
	ARRENDADO	PRESTADO	DONADO	PROPIO
Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón (QUITO)				X
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (QUITO)				X
Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (Guayaquil)			X	

TABLA # 33 TIPO DE TENDENCIAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.2. Establecimientos psiquiátricos públicos

5.2.1.7.2.1. Ubicación general de las instituciones públicas para enfermos mentales

Fuente: Wikimedia Commons



Ilustración 109. Reconocimiento de los hospitales psiquiátricos públicos en el país

5.2.1.7.2.2. Aspecto técnico espacial

Fuente: Autoras de Proyecto

AREAS MEDICAS	HOSPITALES PSIQUIATRICOS PÚBLICOS	
	ESTABLECIMIENTOS DE SALUN MENTAL PÚBLICOS	
	Hospital Psiquiátrico Julio Endara (Quito)	Hospital Psiquiátrico San Lázaro (Quito)
ADMINISTRACION	X	X
RECEPCION	X	--
COLECTURIA	X	X
JEFE DE PERSONAL	X	--
RECURSOS HUMANOS	X	X
GERENCIA	X	X
ADMINISTRACION	X	X
AUDITORIO	X	--

COMEDOR DE PERSONAL (MEDICOS DE TURNO, COLABORADORES)	X	X
BATERIAS SANITARIAS (HOMBRES-MUJERES)	X	X
AREA MEDICA	X	X
SALA DE SESIONES	X	X
DIRECCION MEDICA	X	X
CONSULTA EXTERNA	X	X
ESTACION DE ENFERMERIA	X	X
ESTADISTICA - ARCHIVO	X	X
TRABAJO SOCIAL	X	--
FARMACIA	X	X
LABORATORIO DE PSICOMETRIA	--	--
BODEGAS	X	X
CAFETERIA	X	X
TERAPIA OCUPACIONAL	X	X
AREA DE INGRESOS (HOMBRES-MUJERES)	X	X
SALA DE ESPERA	X	--
SALA DE VISITAS	X	X
HABITACION DE SEGURIDAD	X	X
HABITACIONES GENERALES	X	X
BATERIAS SANITARIAS GENERALES	X	X
COMEDOR DE PACIENTES	X	X
SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL	X	X
PATIO INTERNO	--	X
AREA DE MEDIA ESTANCIA (H - M)	X	X
SALA DE ESPERA	X	--
SALA DE VISITAS	X	--
SALAS DE ESTAR	X	X
TALLER DE CARPINTERIA	X	X
COMEDOR DE PACIENTES	X	X
SALA DE JUEGOS	X	X
UTILERIA	X	X
ROPERIA	X	X
RECOLECCION DE ROPA	X	--
AREA CRONICA (H - M)	X	X
GERIATRIA	--	X
CAPILLA	X	--
CANCHAS DEPORTIVAS	X	--

TABLA # 34 ASPECTO TECNICOS ESPACIAL DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.2.3. Condiciones físicas

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIATRICOS	CONDICIONES FISICAS		
	MALA	REGULAR	BUENA
Hospital Psiquiátrico Julio Endara (Quito)			100%
Hospital Psiquiátrico San Lázaro (Quito)		50%	50%

TABLA # 35 CONDICIONES FÍSICAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.2.4. Estado físico del mobiliario

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIATRICOS	ESTADO FISICO		
	MALA	REGULAR	BUENA
H. P. Julio Endara (Quito)		75%	25%
H. P. San Lazaro (Quito)	60%	30%	10%

TABLA # 36 ESTADO FÍSICO DEL MOBILIARIO DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.2.5. Servicios básicos y accesibilidad

- SERVICIOS BASICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIATRICOS	SERVICIOS BASICOS														
	AGUA POTABLE			ENERGIA ELECTRICA			ALCANTARILLADO			COMUNICACION			DESECHOS SÓLIDOS		
	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE	TIENE	NO TIENE	DEFICIENTE
Hospital Psiquiátrico Julio Endara (Quito)	X			X			X			X			X		
Hospital Psiquiátrico San Lázaro (Quito)	X			X			X			X			X		

TABLA # 37 SERVICIOS BÁSICOS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DEL ECUADOR

- CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Fuente: Autoras de Proyecto

COMUNIDADES Y PARROQUIA	TIPOS DE TRANSPORTE							
	INTERPROVINCIAL		INTERCANTONAL		URBANO		PARTICULAR	
	HAY	NO HAY	HAY	NO HAY	HAY	NO HAY	HAY	NO HAY
H. P. Julio Endara (Quito)	X		X		X			X
H. P. San Lázaro (Quito)	X		X		X			X

TABLA # 38 CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD A LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DEL ECUADOR

5.2.1.7.2.6. Tipo de tenencia

Fuente: Autoras de Proyecto

HOSPITALES PSIQUIATRICOS	TIPO DE TENENCIA			
	ARRENDADO	PRESTADO	DONADO	PROPIO (MSP)
Hospital Psiquiátrico Julio Endara (Quito)				X
Hospital Psiquiátrico San Lázaro (Quito)		X		

TABLA # 39 TIPO DE TENDENCIA DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DEL ECUADOR

5.2.1.8. Conclusión final

5.2.1.8.1. Aspecto técnico espacial

En las visitas realizadas a los cinco hospitales psiquiátricos principales del país se puede decir que el 75% se encontraban de buen estado en cuanto a edificación y mobiliario.

Se pudo constatar que en todas se daban servicios adicionales al área de psiquiatría relacionadas con la misma, como áreas para fármaco dependientes y una pequeña área de geriatría, es importante también mencionar la presencia de capillas que prestaban orientación espiritual tanto a los pacientes como a familiares y personal en general.

Las áreas principales para el tratamiento de los pacientes eran sala de recién llegados, salas de media estancia, y sala de crónicos, todas estas divididas en estancias de hombres y mujeres siendo general el área de terapias físicas y ocupacionales. Cabe resaltar que ninguno de estos centros se encontraba unificado en una edificación, si no seccionado en pabellones que permitían amplitud, ventilación cruzada, áreas verdes y áreas de esparcimiento y recreación.

En la visitas fue notable la diferencia que existe entre los hospitales públicos y privados en cuanto a infraestructura debido que los públicos cuentan solo con el presupuesto suministrado por el gobierno, mientras que los privados están financiados por el pago mensual de los pacientes, autogestión y convenios con otras entidades.

5.2.1.8.2. Aspecto social

Es evidente que las personas que padecen de problemas de salud mental se encuentran desamparadas en el país, y que la atención medica suministrada a la población se encuentra centralizado por la ubicación de los hospitales dando atención mayoritariamente a la población residentes de los cantones y provincias colindantes.

Basadas en las encuestas a los distintos profesionales de la provincia se puede decir que existe una despreocupación por parte de las autoridades, desorganización, deficiencias e incumplimientos de las labores y servicios en cuanto a salud mental se refiere.

5.2.1.8.3. Servicios básicos, conectividad y accesibilidad

Los establecimientos visitados constan con todos los servicios básicos tanto como agua potable, energía eléctrica, alcantarillado, y con comunicación telefónica.

La accesibilidad y conectividad son sin duda factores muy importantes para el buen funcionamiento de estos proyectos. Los centros evaluados constan con buenas vías asfaltadas y un buen servicio de transporte público que facilita la movilidad de los habitantes hasta los mismos a pesar de que estos en un principio fueron concebidos como hospitales satélites alejados de la urbe siendo parte de la ciudad.

5.3. Técnica: Entrevista

5.3.1. Objetivos de las entrevistas

En lo que respecta a las entrevistas, estas han sido realizadas para poder contar con el criterio de profesionales del área de la salud, para desde su punto de vista poder interpretar el funcionamiento de la infraestructura de la salud mental, y los requerimientos en materia de centros de atención psiquiátrica.

Estas fueron dirigidas principalmente a los directores médicos de cada una de los hospitales psiquiátricos visitados, y a las autoridades que se consideran que deben estar apoyando y trabajando con esta rama de la medicina dentro de la provincia.

5.3.2. Estudio de los espacios físicos para la rehabilitación psiquiátrica de los enfermos mentales en Manabí

5.3.2.1. Entrevistas

5.3.2.1.1. Entrevista dirigida a: Dr. Néstor Gallegos – Director Provincial de Salud

1. ¿Cómo considera Ud. Que debería ser el trato al área de salud mental y a sus pacientes en la provincia?

R: Este es un campo bastante amplio que se llama salud mental, las afectaciones siempre son múltiples hay que ver el grado de afectación, esto se maneja mucho en el tema de desastres en el tema de la vida misma cotidiana hasta que punto puede ser afectada la salud mental desde luego que tiene que tener una alta importancia en el ser humano en la vivencia diaria.

2. ¿Existe un presupuesto dirigido al área de salud mental en la provincia? ¿de cuánto aproximadamente es?

R: Nosotros tenemos como programa, el ministerio de salud pública tiene como programa la salud mental y aquí en la provincia se tiene un representante de este componente, si bien es cierto la inversión es mínima dentro de lo que se programa, actualmente se lo maneja como el plan operativo anual que cada programa tiene q presentar sus necesidades de acuerdo a la afectación, si bien es cierto no hay datos tan precisos de cuál es el grado de afectación en la provincia y en país, muchas casos pasan desapercibidos porque siempre es bueno partir del problema a la solución a través de ciertas medidas de acción.

Hay otros programas que son un poco direccionados y que tiene que ver con esto como los estados de violencia donde digamos va haber una afectación mental aquellas personas que son afectadas, entonces desde ese punto de vista el ministerio lo tiene y ahí vamos a ver la afectación en la esfera mental desde luego y la solución.

3. ¿Se están realizan campañas de concitación acerca de los tratamientos y de la posible recuperación de los pacientes con patologías mentales? ¿cuáles? ¿quiénes lo dirigen?

R: Desde luego hay campañas del responsable del programa están siempre los medios de comunicación si le falta mucho en esta área tener mucho más en cuenta el sentido de afectación en la comunidad en general pero se está trabajando en esto.

4. ¿Por qué cree Ud. Que no existe un proyecto que este dirigido a la población afectada con estas enfermedades?

R: Porque en realidad no se cuenta con una línea de base concreta que nos diga que esta es la problemática para Manabí y bueno amerita tener una taza de salud para estos casos.

5. ¿En qué grado cree Ud. Que es factible el emplazamiento de un hospital en la provincia? ¿Por qué?

R: Habría que tener una línea de base y eso nos va a determinar porque todo tiene que ser con justificativo técnicos y bueno dependiendo de esos resultados se verás si es necesaria la creación de un centro psiquiátrico en la provincia.

Ahora se está avanzando, así como se trabaja con personas con discapacidades con otros problemas de salud, así mismo se puede tomar muy en cuenta lo que es salud mental si es una de

las problemáticas de la provincia y tomarlo con mucha seriedad si el caso lo amerita.

6. ¿Cómo director provincial de salud, estaría Ud. Dispuesto a apoyar la implementación de un centro de rehabilitación psiquiátrica en la provincia?

R: Desde luego todo lo que sea en beneficio de la comunidad manabita y todo en general estamos dispuestos a apoyar.

5.3.2.1.2. Entrevista dirigida a: Lcdo. Nexar Palacios – Director del MIES

1. ¿Qué programas de apoyo a las personas con escasos recursos económicos e indigentes lleva a cabo el ministerio?

R: El problema de la indigencia del país como en toda sociedad obedece a la estructura en que esta armada la sociedad y el estado Ecuatoriano en este caso por ejemplo tenemos una estructura económica súper inequitativa la mayoría de riqueza esa concentrada en pocas manos y muy poco de la riqueza se distribuye un 84% a la población restante.

Se están implementando algunos programas señalados por ejemplo el mies a través del consejo de la niñez y adolescencia está desarrollando programas para detectar primero cuales son las causas q provocan la indigencia porque todo problema social tiene una causa, al detectar estas personas se les provee de los programas básicos que tiene el estado como es el bono desarrollo humano que si bien no es una solución de sustento económico es un alivio

Y en cuestión de salud pública cada vez mejora mas se tiene una respuesta visible en caso de que incluso es paciente con extremada escases de recursos económicos no tienen ni siquiera para atenderse y comprarse un medicamento, el estado esta previendo de programas que apoyan de esta manera.

2. Dentro de estos programas, ¿existe alguno que brinde tratamiento o refugio a las personas con problemas mentales?

R: No se cuenta con un programa para este tipo de enfermedades, este tema le compete más al ministerio de salud pública.

3. ¿Conoce Ud. Algún programa en el país que se encargue de estas personas? ¿Dónde?

R: Si los casos de carácter psiquiátrico entiendo que hay centros de rehabilitación que están en Guayaquil Quito y Cuenca.

4. Considerando que algunas de estas personas que deambulan por las calles representen un peligro a la comunidad, ¿Cuál cree Ud. Que sería la solución adecuada a este problema?

R: Dependiendo del caso, primero determinar el riesgo que represente estas personas a la ciudadanía porque tenemos también el riesgo de esquematiza.

5. Dentro de la realidad que Ud. Conoce, ¿considera que existe un número importante de personas a las cuales le sería favorable recibir terapia que prevengan futuras enfermedades psiquiátricas?

R: No se puede precisar pero sí creo que exista un número importante de personas que necesiten prevención para futuras enfermedades psiquiátricas debido a que son problemas sociales de salud pública. Si llegase a existir un lugar donde se brinden estas terapias hay que atenderlos de forma adecuada que es lo q se debería hacer. La causa por que se generan este tipo de enfermedades son

varios, un país donde la tasa de migración en la ciudadanía es muy alta debido a las pocas oportunidades económicas, sociales; estas personas siempre tienden a tener problemas de desequilibrio, un país donde los jóvenes ha sido incivilizada e ignorada siempre va a tener riesgo a caer en ese estado de vida casi denigrante por las faltas de trabajos que han existido históricamente siempre va a ser recurrentes este tipo de situaciones por eso el problema no es solo atacar el efecto que vemos el problema es estructural ir creando las condiciones estatales, públicas y también sociales y familiares para que de alguna manera esto no siga sucediendo.

5.3.2.1.3. Entrevista dirigida a: Dr. Rodrigo Buitrón – Director médico del ala psiquiátrica en el IESS

1. ¿Cuántos pacientes atiende en el ala de psiquiatría por día?

R: Oficialmente se ajusta en función del tiempo, se determinan 30 minutos aproximadamente por paciente de tal manera que en la programación salen 12 pacientes por día, pero siempre nos pasamos más por necesidades del paciente que piden turnos adicionales y se los da.

No hay un ala de psiquiatría hay especialidad de psiquiatría donde se realiza atención de consulta externa, prevención primaria y secundaria, psiquiatría de enlace, es decir pacientes que están hospitalizados y requieren la inter consulta psiquiátrica pero no existe un área de psiquiatría, es más en el hospital no hay áreas de especialidades en las plantas alta esta cirugía y clínica donde se encuentran todas las especialidades juntas.

Solo un doctor es encargado de la especialidad de psiquiatría es decir no se cuenta con un equipo de salud mental que se supone debe haber un psiquiatra, psicólogo, enfermeras, clínico, trabajadora social entre otros lo cual sería ideal. No se cuenta con camas específicas para esta rama incluso para otras especialidades solo hay clínica de hombre y clínica de mujeres y ahí está gastroenterología, cardiología, nefrología, y cuando los pacientes psiquiátricos requieren ser internados van a la misma de las otras especialidades, de hecho ya no hay hospitales psiquiátricos como los habían antes la imagen que tenemos de encierros, calabozos lugares hostiles, en la actualidad se cuenta con neuroeléctricos en el cual los pacientes se pueden mantener controlados con medicación las 24 horas del día y puede ser manejado en el hospital general y en la fase aguda puede ser controlada en la casa del paciente.

2. ¿Cuándo cree Ud. Que un paciente requiere de reclusión permanente? ¿temporal?

R: De hecho las enfermedades psicóticas son enfermedades crónicas que requieren tratamientos permanentes ejemplo: esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos cerebrales orgánicos necesitan tratamientos para el resto de su vida pero obviamente bajo control de supervisión médica en las consultas y luego el paciente puede ir a su hogar siendo éste el mejor medio para su rehabilitación donde realmente recibe afecto.

3. ¿Qué porcentaje de los pacientes tratados aquí considera Ud. Que necesitan un tratamiento que requiera reclusión?

R: En la fase aguda del paciente necesitan internamiento y no necesariamente en un hospital psiquiátrico puede estar en un hospital general porque con medicinas puede ser controlado.

4. En lo referente a consulta externa, ¿Cree Ud. Que el ala de psiquiatría del IESS es suficiente para cubrir la demanda provincial de pacientes?

R: El hospital del IESS atiende a una población específica, a una población laboral, no da una

atención universal, o sea a los afiliados al seguro social, la atención universal estaría a cargo del Verdi Cevallos y ahí no hay ala psiquiátrica lo cual da como resultado que una gran parte de la población se encuentra desprotegida de todo tipo de salud mental.

5. ¿En qué grado cree Ud. Que es factible el emplazamiento de un centro de este tipo en la provincia? ¿Por qué?

R: Al paciente tenemos que quitarnos de la mente del enfermo mental recluido en un manicomio amarrado y demás, pero sería loable e interesante tener un lugar como centro de reposo donde cuente con todas las áreas necesarias donde se haga prevención primaria, secundaria, terapia familiar, rehabilitación y todo lo que conllevan estas enfermedades.

En cuestión de cantidad no se puede dar un criterio general para saber la factibilidad de este proyecto debido que en el hospital de iess se atiende a un número de pacientes privilegiados que son afiliados al iess como se lo mencionó anteriormente, el resto de la población no cuenta ni con prevención secundaria para psiquiatría. El proyecto más bien hay q enfocarlo a nivel del ministerio de salud pública si dicha institución acepta esta propuesta sería muy loable y necesaria teniendo en cuenta que Manabí es la tercera provincia de mayor población por lo cual quedaría una cobertura amplia de atención. No se tiene datos exactos pero se tiene entendido que el hospital de la punta de beneficencia de Guayaquil el Lorenzo Ponce recibe una gran cantidad de pacientes de Manabí.

Un equipo de salud mental requiere un psiquiatra en la parte médica, psicólogo en la parte de apoyo terapéutico, trabajadora social para vigilar los conflictos de tipo familiar, y enfermeras lógicamente para atención de los pacientes. La reintegración social depende del tratamiento integral: farmacológico, psicoterapéutico, apoyo emocional.

6. ¿Piensa Ud. Que las personas que padecen de estas patologías representan una amenaza para la sociedad?

R: No un peligro de violencia pero si representa una carga social recordemos q hablamos de enfermedades crónicas que implican gastos y cuidados especiales y si la familia no tiene los recursos sería una carga de tipo social más que una amenaza o un peligro.

7. Según su opinión, ¿Cuál sería una posible solución para los dementes indigentes que vagan por las calles?

R: Habría que determinar si son pacientes crónicos, deben ser pacientes con enfermedad crónica que fueron abandonados por su familia, anteriormente lo que sucedía con estos pacientes cuando existían los hospitales psiquiátricos en Quito como el San Lázaro, Julio Endara; primero que al enfermo mental tratan de ocultarlo lo dejaban ahí abandonados, tiene entendido que en el San Lázaro hay un pabellón para los enfermos crónicos que tienen más de 30 años abandonados.

5.3.2.1.4. Entrevista dirigida a: Dr. Erickson Toscano – Director médico del “Hospital psiquiátrico Sagrado Corazón”

1. ¿Qué funciones realiza como director del hospital que dirige?

R: A más de atender pacientes debo encargarme de toda la actividad medica y científica de la institución, eso significa revisar los diagnósticos, los tratamientos, la asistencia y el trabajo eficiente de los médicos, de los psicólogos, vigilar que la enfermería este funcionando bien: establecer proyectos para capacitación continua como charlas científicas, capacitación del personal.

2. ¿De acuerdo a su experiencia y conocimiento considera Ud. Que los hospitales psiquiátricos existentes en el país son suficientes para la acogida de los enfermos mentales que hay en el mismo?

R: No, no hay suficientes. Idealmente debería existir una unidad psiquiátrica en cada provincial del país. El asunto es que depende de las políticas que el gobierno establezca, lastimosamente no hay políticas de gobierno para la salud mental, de hecho la salud mental en el país ha ido retrocediendo en vez de avanzar. Antes existía una dirección de salud mental, la cual se encargaba de establecer las políticas tenía recursos propios, esta paso a ser división de salud mental le retiraron los recursos y seguido paso a convertirse en departamento de salud mental y ahora es unidad de salud mental lo que es una pequeña oficina a lado de epidemiología en el ministerio de salud sin presupuesto asignado, usan el presupuesto de epidemiología, y como la salud mental no es algo importante los presupuestos van para otras áreas de la medicina.

3. ¿Cómo clasifican a los pacientes dentro del centro que dirige?

R: Se dividen en pacientes recién internados, media estancia y estancia prolongada, la cual se subdivide en estancia prolongada crónica y estancia prolongada estable. Cada una de estas estancias está divididos en área de mujeres y de hombres.

4. ¿Cuáles son los casos de enfermedades más frecuentes en el hospital que dirige?

R: Como este es un hospital de especialidad y la hospitalización básicamente son las patologías más graves lo que más tenemos acá son esquizofrénicos y trastornos afectivos, depresiones, trastornos maniacos depresivos, bipolaridad, trastornos orgánicos graves: eso es lo que más tenemos aquí: mas trastornos de ansiedad como trastornos obsesivos compulsivos, son los que ingresan cuando la ansiedad llegan a niveles ya inmanejables.

5. ¿Cómo cree Ud. Que sería el ambiente ideal para un centro psiquiátrico? ¿y que rol juega la familia en ello?

R: Debe ser lugares humanizados, donde se acaba el allanamiento del enfermo rompiendo esquemas e implementando nuevas ideologías que permitan nuevos tratamientos y tratos para los pacientes, que ayude no solo a mejorar el estado de los mismos sino también a entrenar y capacitar a una nueva generación de médicos psiquiatras con valores humanos. Respecto a la familia es indiscutible su incidencia en la recuperación de los pacientes, convirtiéndose en el nexo que mantiene viva la realidad y su origen.

6. Con respecto a la infraestructura, ¿Qué piensa Ud. Que mejoraría al centro que dirige?

R: La verdad que este centro es el que mejor infraestructura posee en el país, el más bonito del país y me parece que posee el ambiente adecuado con área de esparcimiento amplias, lo único que me gustaría sería que las habitaciones sean un poco mas grandes respetando los 8m² por persona.

7. En relación al uso de los espacios, ¿Considera Ud. Que el diseño arquitectónico existente permite brindar un servicio especializado de acuerdo a los diferentes tipos de enfermedades de los pacientes?

R: Si, ya que a veces los pacientes necesitan ser aislados temporalmente por lo que se requiere habitaciones especiales que le brinden a estos seguridad y comodidad. En otras ocasiones se requiere de salas con aparatos especializados que permitan realizar terapias de electroshock así

como salones de uso común que deben contar con ventilación, vista al exterior, iluminación, entre otras, todo esto con las debidas seguridades.

8. ¿Posee algún programa que incluya y trate a los enfermos mentales indigentes de la calle?

R: Tenemos 120 pacientes indigentes sin familia que viven en el hospital, donde el hospital se hace cargo de todo, creándoles incluso una identidad y cargando con todo el peso económico mediante autogestión. Es por eso que el hospital ya no recibe pacientes que entren con convenio del estado o que no paguen algo, excepto si es que vemos que hay pacientes que los encuentran en la calle que por humanidad se los recibe unos días se los alimenta, se los medica se los pone mejor se trata de averiguar si tienen familia y enviarlos, sino se quedan aquí se los reubica en el albergue San Juan de Dios o algún otro lado para no abandonarlos.

9. ¿Presta el ministerio de bienestar social algún servicio que ayude a las personas que no poseen los recursos económicos necesarios para recibir tratamiento?

R: Se ha acudido a estos centros para obtener ayuda, porque hay graves problemas económicos aquí, tenemos los sueldos más bajos del país, pero se nos han cerrado las puertas con la excusa de que no prestan ayudas a centros privados.

5.3.2.1.5. Entrevista dirigida a: Dr. Fabrizio Delgado – Director médico del “Hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce”

1. ¿Qué funciones realiza como director del hospital que dirige?

R: Todo lo que tiene que ver con el aspecto técnico y parte administrativa del hospital.

2. ¿De acuerdo a su experiencia y conocimiento considera ud. Que los hospitales psiquiátricos existentes en el país son suficientes para la acogida de los enfermos mentales que hay en el mismo?

R: Definitivamente no, toda provincia debería tener su propio hospital psiquiátrico y no solamente eso, si no debería existir una red, un sistema de salud mental en red zonificado que permita atender a los pacientes en su lugar de origen en su propio cantón.

3. ¿Cómo clasifican a los pacientes dentro del centro que dirige?

R: Nosotros tenemos básicamente dos tipos de pacientes, los pacientes psiquiátrico agudos comunes y corrientes y los pacientes que tienen alguna descompensación sea de tipo psicótica o afectiva como depresiva y que necesitan un tratamiento psiquiátrico intensivo los cuales son admitidos en el hospital, reciben en mejor tratamiento posible y en general se recuperan en alrededor de una dos o tres semanas y regresan a la comunidad muy mejorado y continúan con su tratamiento ambulatorio con nosotros hasta que finalmente son dados de altas completamente y tenemos el otro segmento de pacientes que son básicamente con problemas sociales que se mantienen en el hospital porque no tienen familiares son el caso de la mayor parte de los pacientes asilados en nuestra salas generales, son pacientes que están institucionalizados porque no tienen familiares, de tal manera que no tenemos a quien entregárselos, sus familiares se niegan a recibirlos, han dado direcciones falsas , y no podemos ponerlas en la calle.

4. ¿Cuáles son los casos de enfermedades más frecuentes en el hospital que dirige?

R: En general la enfermedad más frecuente es la esquizofrenia, pero tenemos un importante porcentaje un 33% de nuestros pacientes tienen trastornos mentales orgánicos, es decir problemas

orgánicos que han manifestado algunas ocasiones síntomas psicóticos por eso ingresaron, pero se quedaron por diversas razones, trastornos afectivos, trastornos bipolares lo q antes se llamaban enfermedad maniacodepresiva, básicamente esos son los principales.

5. ¿Qué áreas posee el centro para las distintas actividades y tratamientos que existen?

R: Bueno nosotros tenemos el hospital del hospital valga la redundancia la verdadera parte hospital que es a lo que nosotros llamamos que tiene alrededor de 100 camas y que estamos ampliando a 150 camas y que está en proceso de remodelación que será inaugurado en enero o febrero del 2011 esa es la parte mas importante del hospital, de ahí tenemos las salas generales, las salas asilares o sea el asilo de crónicos como lo estamos llamando actualmente que son 8 salas generales con un promedio de 80 pacientes en cada uno de estas salas que son pacientes crónicos como ya les digo pacientes crónicos institucionalizado sobre todo por razones sociales, claro tienen síntomas residuales psiquiátricos, bien podrían estar en otra estructura, la mayoría podría estar con sus familiares o en esta estructura dependiendo de la complejidad, por otro lado tenemos una clínica privada, nuestro pensionado que también tiene una parte de agudos el pensionado de agudos, el pensionado de crónicos que son pacientes que también son crónicos institucionalizados que tienen estancia bastante larga de algunos años y que tienen un edificio especial que está mucho mejor atendido en habitación individuales un ambiente más bonito que el de la sala general, por otro lado tenemos una unidad de infracto juvenil que es una unidad compleja que tiene consulta externa y hospitalización para niños y adolescentes es una unidad relativamente nueva, por otro lado tenemos también una unidad de de conductas adictivas que es un centro donde tenemos específicamente a personas con problemas de adicción es una unidad de aparición reciente tiene alrededor de un año, bueno nuestra consulta externa que es enorme con muchos profesionales, tanta psiquiatras, psicólogos, trabajadora social, terapeutas familiares, atendemos un promedio de de 60 mil consultas al año, tenemos también un hospital del día que está vinculado al departamento de rehabilitación integral en el cual se hace todo tipo de actividades para los pacientes sobre todo para los crónicos institucionalizados, tratando de recuperar algunas funciones que se han quedado atrofiadas por tanto tiempo sin actividad, y tenemos un programa de rehabilitación laboral en el cual se le enseña a los pacientes cierto tipo de actividades básicas como por ejemplo actividades de limpieza, actividades de pintura en fin se trata de que aprendan un oficio para que en el momento que puedan ser reinsertados en caso de que se logre no sean una carga para sus familiares y puedan colaborar en ciertas tareas básicas que no se sientan una carga y que podría ganarse un dinerito practicando este tipo de cosas, aparte de eso tenemos un taller de danza, un taller de pintura, tenemos talleres de manualidades sobre todo para las mujeres, tenemos un taller de papel reciclado, se elabora también leche de soya, en fin hay muchas actividades ocupacionales para tratar de recuperar lo mas que se pueda la parte cognitiva de estos pacientes, tenemos una unidad de encefalografía y neurología con equipos modernos de primer orden y estamos tratando actualmente de concretar un proyecto de la junta, un proyecto de cirugías de epilepsias, un proyecto que va ser íntimamente vinculado con el hospital Luis Vernaza, vamos a tratar de resolver ese grave problema que tienen algunos pacientes con epilepsia refractarias al tratamiento, aparte tenemos una cocina que es de primera la calidad de nuestra comida es muy buena la comida de los pacientes, la comida de los empleados es excelente; básicamente es eso.

6. ¿Cómo cree ud. Que sería el ambiente ideal para un centro psiquiátrico? ¿y qué rol juega la familia en ello?

R: Bueno depende hay dos tipos de centros psiquiátricos a mi juicio, el hospital psiquiátrico de agudos debe ser un centro como cualquier otro hospital en el cual el paciente debe recibir un tratamiento médico intensivo y un centro de rápida rotación de pacientes debe estar separado obviamente en ciertos grupos. Se debe separar a los pacientes de acuerdo a su sexo, a grupos de edad y también la parte asilar debe estar en un lugar preferiblemente en área rural, con amplios espacios verdes y donde se puedan realizar actividades de tipo agrícola, ciertas actividades pecuarias en las cuales los internos puedan distraerse y colaborar en su propia manutención. Por otro lado la cercanía con los miembros de la familia ayuda sustancialmente a una mejor recuperación y posibilita también la oportunidad de brindar soporte especializado a esta para que acompañe de mejor manera al paciente hasta su total mejoría.

7. Con respecto a la infraestructura, ¿Qué piensa ud. Que mejoraría al centro que dirige?

R: Hay muchas cosas que hacer, este hospital es un lugar que tiene mucho tiempo concebido con otra función, con otra idea, lo estamos adaptando para que se adapte mas a la realidad, a la psiquiatría moderna, estamos reconstruyendo el área de las salas generales que adaptamos para que se convierta en la parte de hospital de agudos la estamos mejorando, pero hay muchísimas cosas que hacer, tenemos una cuenta muy alta q tenemos q seguir subiendo.

8. En relación al uso de los espacios, ¿Considera ud. Que el diseño arquitectónico existente permite brindar un servicio especializado de acuerdo a los diferentes tipos de enfermedades de los pacientes?

R: No siempre es necesario, ni recomendable aislar a un paciente, pero en caso de agresividad, de peligro hacia los demás y de desequilibrio emocional extremo nos vemos a obligados a ubicarlos en habitaciones de mayor seguridad e individualmente hasta que la crisis seda luego de lo cual se lo reincorpora al grupo. Sin embargo, si es conveniente que las salas presenten ciertas condiciones especificas como rampas, ventanales que permitan mirar el exterior con sus respectivas protecciones, ventilación necesaria, ya que todas estas condiciones ayudan al tratamiento y bienestar de los pacientes.

9. ¿Posee algún programa que incluya y trate a los enfermos mentales indigentes de la calle?

R: La mayoría de los pacientes que tenemos aquí son traídos por la policía o no los ha traído alguna alma caritativa y así los hemos recibidos de la mejor manera, también tenemos pacientes que vinieron con sus familiares y que finalmente los abandonaron después de varios ingresos.

10. ¿Presta el ministerio de bienestar social algún servicio que ayude a las personas que no poseen los recursos económicos necesarios para recibir tratamiento?

R: Actualmente el mies está ayudando a ciertos pacientes sobre todo a adolescentes, tenemos un grupo de alrededor de 6 u 8 pacientes que están hospitalizados mediante un convenio con el mies, el mies está cubriendo el pago subsidiado, no es que está cubriendo el costo si no que está pagando la tarifa q les cobramos a los familiares, estamos ayudando al mies a que haga beneficencia pero posiblemente podríamos mejorar ese convenio para q sea más favorable también para nuestra sección económica.

5.3.2.2. Conclusión de las entrevistas

· Entrevistas a fin de obtener las opiniones profesionales, las cuales fueron muy importantes

para tener una idea clara del funcionamiento administrativo y financiero que llevan cada uno de estos hospitales, especialmente en el ámbito público que es hacia donde se direcciona el proyecto; también se pudo observar los ambientes más loables para los tratamientos y recuperación de los pacientes.

- A través de las entrevistas se verificó que la salud mental en el Ecuador esta descuidada por parte de la autoridades pertinentes al no existir programas para las personas indigente dicho por el mismo director del ministerio de salud pública, y de esta forma se evidencio que hacen faltan proyectos que impulsen el crecimiento de esta materia como especialidad.

5.4. Técnica: Encuesta

5.4.1. Objetivos de las encuestas

Las preguntas están orientadas a conocer el tipo de servicio e infraestructura que se posee en cuanto al ámbito medico-psiquiátrico en la provincia y esclarecer la verdadera necesidad de implementar un centro en la misma.

5.4.2. Tabulaciones y análisis

5.4.2.1. Cuadro y gráfico #1

1. ¿Cómo calificaría usted a la acción de las autoridades pertinentes en cuanto al mantenimiento y servicio de las áreas de salud mental de la provincia?

Fuente: Autoras de Proyecto

ALTERNATIVAS	F	%
Excelente	0	0%
Muy Bueno	0	0%
Bueno	0	0%
Regular	14	20%
Deficiente	56	80%
TOTAL	70	100%

TABLA # 40 LA ACCIÓN DE LAS AUTORIDADES EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL ÁREA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

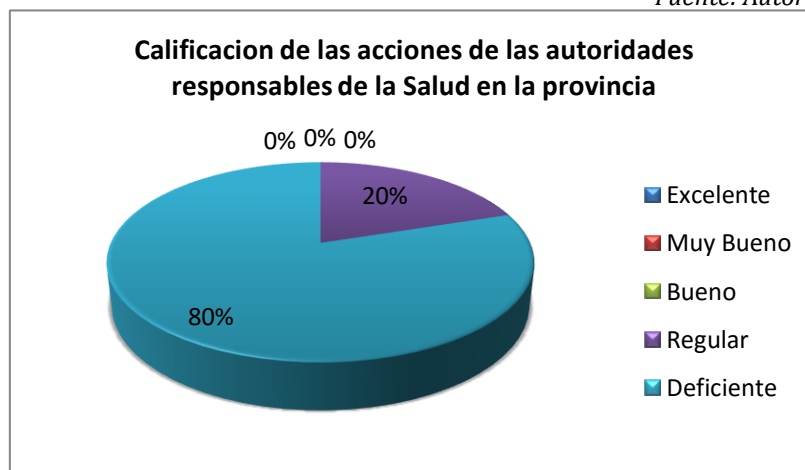


Ilustración 110. La acción de las autoridades en cuanto al mantenimiento del área de salud mental en la provincia

5.4.2.1.1. Análisis

Al obtener un 80% en deficiencia en cuanto al mantenimiento y servicio de la salud mental se percibe un claro descuido de parte de las autoridades, sobretodo en el ámbito público, donde no proveen un presupuesto que solvente las necesidades de la población y, al no verlo como un gasto necesario, provocan que los habitantes de la provincia que padecen de este tipo de enfermedades y que no poseen recursos económicos no tengan posibilidades de tratamiento.

5.4.2.2. Cuadro y gráfico #2

La implementación de un centro de rehabilitación psiquiátrica en la provincia de Manabí, se encuentra necesaria debido a:

Fuente: Autoras de Proyecto

ALTERNATIVAS	F	%
La cantidad de pacientes manabitas reclusos en otros hospitales	18	26%
La cantidad de personas indigentes con problemas mentales en las calles	10	14%
La necesidad de trasladarse a otras provincias por tratamiento	42	60%
Otras	0	0%
TOTAL	70	100%

TABLA # 41 ALTERNATIVAS DE LA NECESIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN EN LA PROVINCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

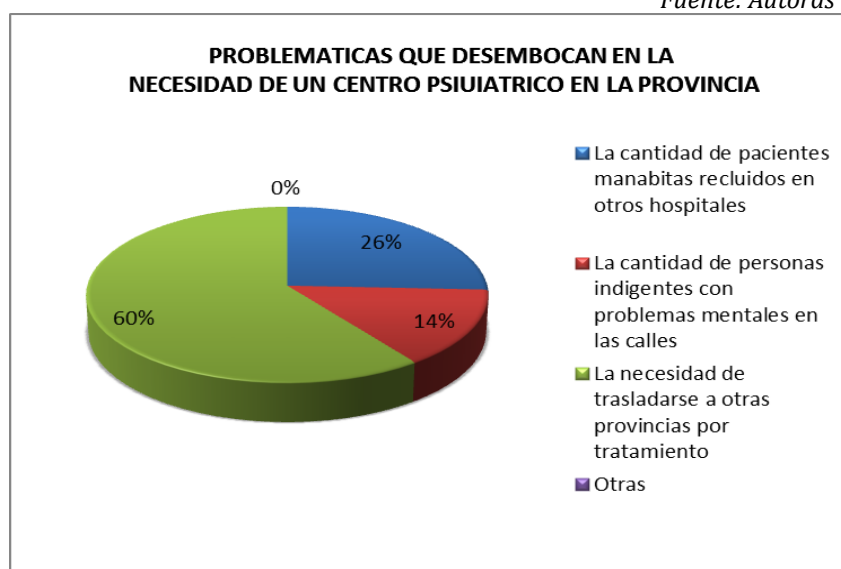


Ilustración 111. Alternativas de la necesidad de la implementación de un centro de rehabilitación en la

5.4.2.2.1. Análisis

Según las propuestas establecidas para determinar la necesidad de la implementación de un centro psiquiátrico en la provincia, muestra que el principal motivo que justifique este proyecto es el obligado desplazamiento de los pacientes a otras provincias por tratamientos, lo cual representa el 60% de la opinión profesional, un 25% expresa que otro factor determinante es el número de personas manabitas reclusos en los hospitales existentes del país y el 15% restante opina que la cantidad de personas indigentes con problemas mentales en las calles es otra razón de suma importancia para evidenciar la necesidad de un espacio físico dedicados a esta especialidad.

5.4.2.3. Cuadro y gráfico #3

Al no existir un centro psiquiátrico en la provincia y teniendo conocimiento de las enfermedades mentales existentes ¿Qué recomienda Ud.?

Fuente: Autoras de Proyecto

ALTERNATIVAS	F	%
Crear un centro especializado	38	54%
Atenderlos en las alas de psiquiatría existentes en los hospitales públicos de la provincia	25	36%
Desplazarlos a los centros existentes en otras provincias	7	10%
TOTAL	70	100%

TABLA # 42 ALTERNATIVAS PARA SATISFACER A LAS PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES MENTALES EN LA PROVINCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

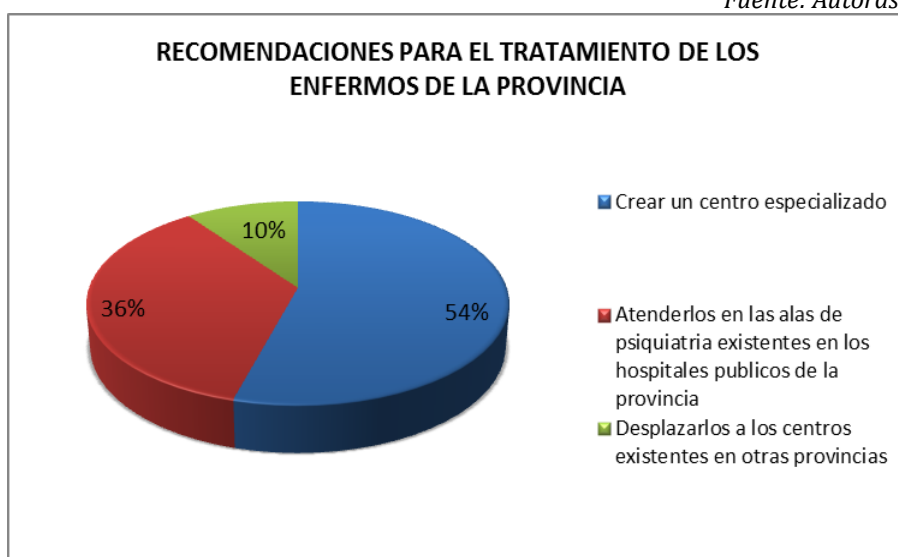


Ilustración 112. Alternativas para satisfacer a las personas que padecen enfermedades mentales en la provincia

5.4.2.3.1. Análisis

Más de la mitad de los encuestados optan por la creación de un espacio físico especializado como respuesta a la inexistencia de uno propio en la provincia que brinde este tipo de servicios, en segunda instancia con un 35% se considera que con la integración de un ala de psiquiatría en los hospitales públicos se satisficaría la demanda de pacientes, y en su minoría con un 10% se cree conveniente desplazar a los personas con estas patologías a otras provincias.

5.4.2.4. Cuadro y gráfico #4

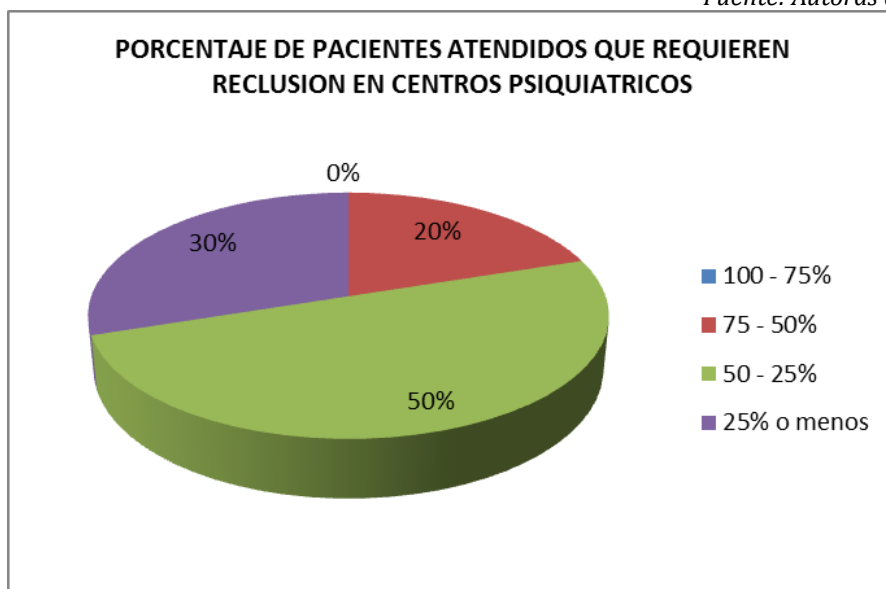
2. De los pacientes que Ud. atiende, ¿Qué porcentaje ubicaría en un centro de atención psiquiátrica especializada?

Fuente: Autoras de Proyecto

ALTERNATIVAS	F	%
100 - 75%	0	0%
75 - 50%	14	20%
50 - 25%	35	50%
25% o menos	21	30%
TOTAL	70	100%

TABLA # 43 PACIENTES QUE NECESITAN SER INTERNADOS POR ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Fuente: Autoras de Proyecto



5.4.2.4.1. Análisis

Queda expuesto que un importante porcentaje de las personas que han sido atendidas en los diferentes ámbitos médicos, han requerido algún tipo de tratamiento psiquiátrico, como resultado del desconocimiento público acerca de las prevenciones que se deberían tener en cuanto a la salud mental.

5.4.2.5. Cuadro y gráfico #5

3. ¿En qué nivel considera Ud. que las personas que no reciben tratamiento a tiempo conforman un peligro para la comunidad?

Fuente: Autoras de Proyecto

ALTERNATIVAS	F	%
Alto	0	0%
Medio	11	16%
Bajo	35	50%
Nada	24	34%
TOTAL	70	100%

TABLA # 44 EL PELIGRO QUE REPRESENTAN LAS PERSONAS QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO A TIEMPO

Fuente: Autoras de Proyecto

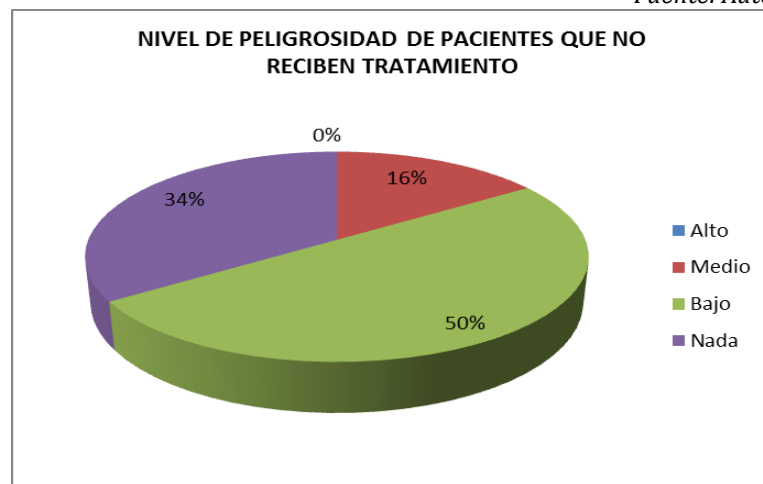


Ilustración 114. El peligro que representan las personas que no reciben tratamiento a tiempo

5.4.2.5.1. Análisis

La mayoría de los médicos encuetados considera que las personas que padecen enfermedades psiquiátricas no suelen ser un peligro para la comunidad, pero que se debe tomar en cuenta el tipo de enfermedad debido a que algunas producen agresividad en los pacientes que pueden ser contraladas mediante fármacos.

5.4.2.6. Cuadro y gráfico #6

4. ¿En qué grado cree Ud. que los familiares inciden en la recuperación del paciente?

Fuente: Autoras de Proyecto

ALTERNATIVAS	F	%
Mucho	70	100%
Poco	0	0%
Nada	0	0%
TOTAL	70	100%

TABLA # 45 LA INCIDENCIA DE LOS FAMILIARES PARA LA RECUPERACIÓN DE UN PACIENTE

Fuente: Autoras de Proyecto

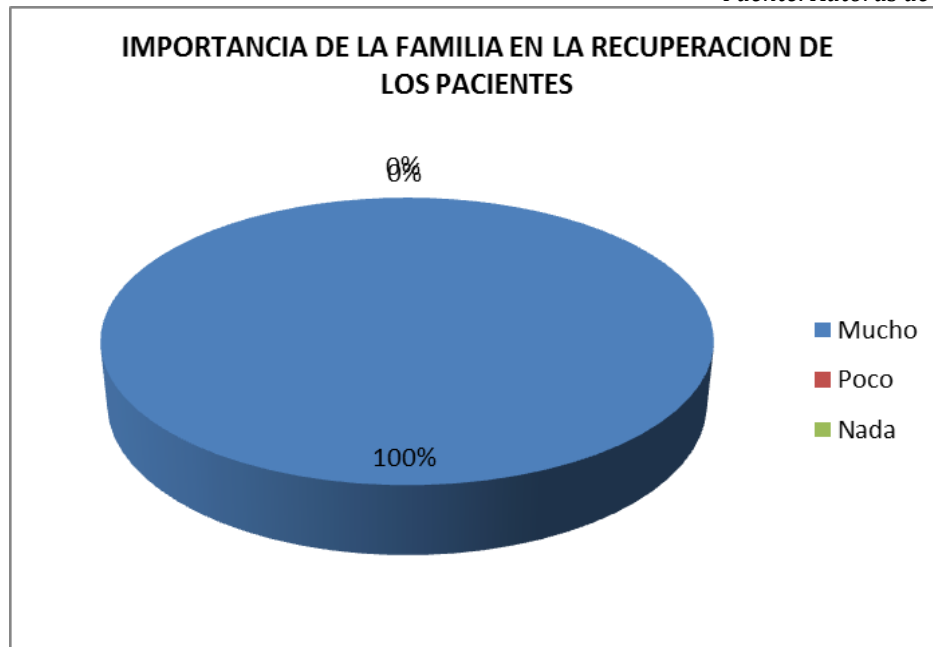


Ilustración 115. La incidencia de los familiares para la recuperación de un paciente

5.4.2.6.1. Análisis

Es evidente en un 100% que en todo tipo de enfermedad se necesita el apoyo familiar, mas aun en cuestiones de salud mental debido a que es un factor que define el equilibrio y estabilidad emocional de los pacientes, lo cual contribuye a su posible rehabilitación, recuperación e reintegración social. Es de suma importancia mencionar que este apoyo moral que pueda brindar la familia debe ser constante, teniendo en cuenta la susceptibilidad que conllevan estas enfermedades y que vivirán con esto el resto de su vida.

5.4.2.7. Cuadro y gráfico #7

5. ¿Qué papel desempeña la familia en el tratamiento y recuperación del paciente?

ALTERNATIVAS	F	%
Ayuda moral	0	0%
Ayuda económica	0	0%
Asistencia social	0	0%
Ayuda moral y economica	21	30%
Ayuda económica y asistencia social	11	16%
Ayuda moral y asistencia social	14	20%
Todas	24	34%
Ninguna	0	0%
TOTAL	70	100%

TABLA # 46 PAPEL QUE DESEMPEÑAN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE PARA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE

Fuente: Autoras de Proyecto

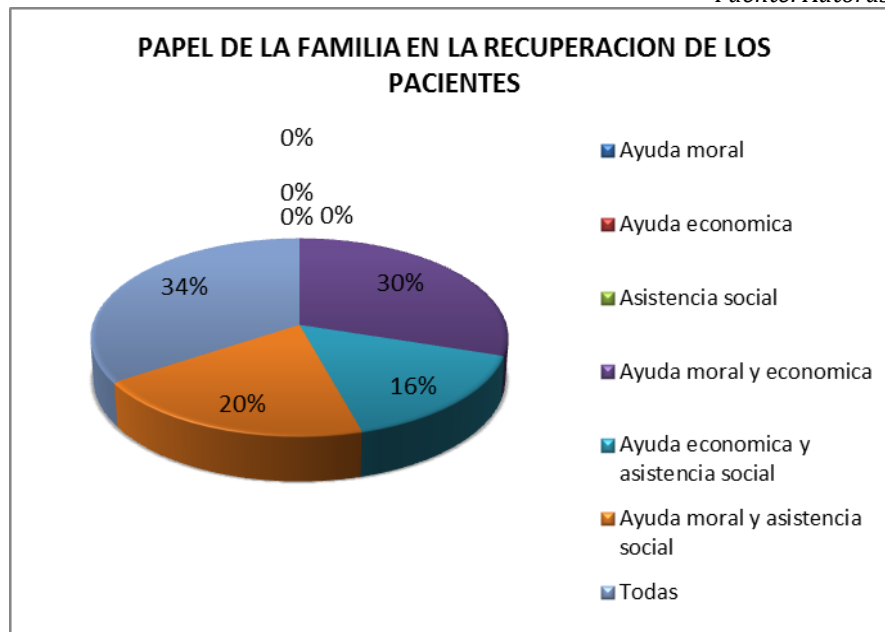


Ilustración 116. Papel que desempeñan los familiares del paciente para la recuperación del paciente

5.4.2.7.1. Análisis

De acuerdo a la opinión profesional que se obtuvo realizando las encuestas, se menciono la necesidad de todas las opciones propuestas, recalcando que a pesar de que son más significativas la ayuda moral y económica debido a los altos precios de los fármacos y tratamientos, no se deben separar ya que todas deben conformar una red integral de apoyo.

5.4.2.8. Cuadro y gráfico #8

6. ¿En qué porcentaje cree Ud. que la sociedad conozca sobre los tratamientos que existen para la recuperación de estas enfermedades?

ALTERNATIVAS	F	%
Alto	0	0%
Medio	7	10%
Bajo	38	54%
Nada	25	36%
TOTAL	70	100%

TABLA # 47 PORCENTAJE QUE LA SOCIEDAD CONOCE SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE EXISTEN PARA LAS ENFERMEDADES MENTALES

Fuente: Autoras de Proyecto

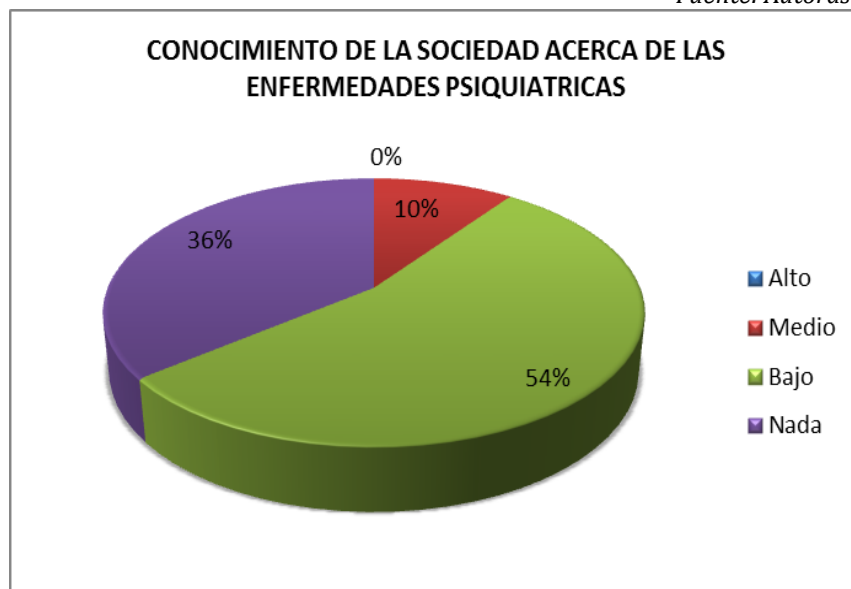


Ilustración 117. Porcentaje que la sociedad conoce sobre los tratamientos que existen para las

5.4.2.8.1. Análisis

Consecuencia de que no exista ningún centro psiquiátrico en la provincia es que las personas desconozcan los tipos de enfermedades mentales y tratamientos pertinentes para cada una de ellas, imposibilitando la prevención y conservando una ideología equivocada acerca de los métodos y tratos inhumanos dados a este tipo de personas en la antigüedad. Actualmente estos temas se los mantienen como tabúes y debido a esto existen personas que se privan de recibir cualquier tipo de ayuda por vergüenza y rechazo social agudizando su estado de salud.

5.4.2.9. Cuadro y gráfico #9

7. ¿Cree Ud. que es justificable la construcción de un centro de rehabilitación psiquiátrica en la provincia de Manabí, considerando los porcentajes de enfermos mentales que existen en la misma?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	42	60%
No	28	40%
TOTAL	70	100%

TABLA # 48 FACTIBILIDAD DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN LA PROVINCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

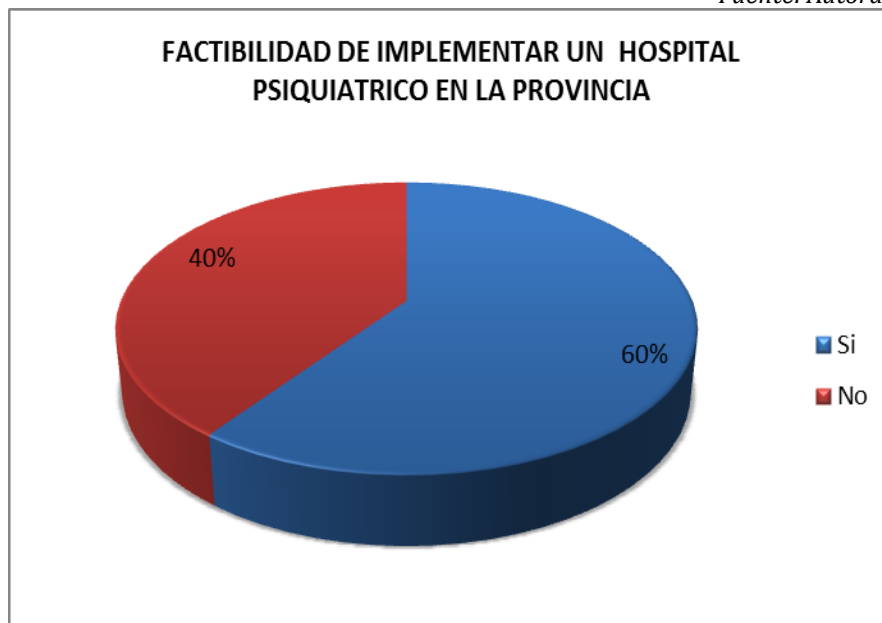


Ilustración 118. Factibilidad de la construcción de un hospital psiquiátrico en la provincia

5.4.2.9.1. Análisis

Se puede observar una clara división de opiniones acerca de la implementación de un centro psiquiátrico dentro de la provincia más que todo debido a falta de información que no permite determinar con claridad la verdadera necesidad social de este centro.

5.4.3. Conclusión de las encuestas

- Se utilizó la encuesta para poder obtener un diagnóstico basado en la realidad, incluyendo un análisis profesional con respecto al nivel de importancia que se le da a la salud mental en la provincia permitiéndonos conocer las carencias administrativas y de proyectos que existen para la misma.

6. SÍNTESIS Y SOLUCIONES

6.1. Comprobación de las hipótesis

Las hipótesis propuestas anteriormente en la investigación, se encuentran en capacidad de poder ser comprobadas después de un estudio realizado minuciosamente, proporcionando elementos de juicio que permitirá emitir criterios acertados sobre el tema.

6.1.1. Hipótesis general

- La falta de preocupación de las entidades pertinentes por el estado de la salud mental en la provincia, han conllevado a la inexistencia de un espacio físico dentro de la misma que permita el correcto tratamiento de personas con enfermedades mentales.

6.1.1.1. Comprobación

Una vez recopilado los datos y la información necesaria a través de entrevistas, estudio de campo y encuestas, se puede constatar:

- En la construcción del marco teórico, capítulo 2, en el apartado 2.3.2.11, en relación al financiamiento para la salud mental en el Ecuador, podemos constatar que el presupuesto para el correcto funcionamiento de este campo en cuanto a infraestructura y servicio es prácticamente inexistente en relación a las otras ramas de salud que son debidamente financiadas, información que logro corroborarse en los datos obtenidos en la aplicación de técnicas primarias como fueron la entrevista y encuesta, así como en la técnica secundaria de observación de campo, donde se pudo notar la debilidad de infraestructura en los establecimientos de servicio público para este tipo de pacientes.

6.1.2. Hipótesis 1

No existen datos estadísticos en la provincia que revelen el porcentaje de la población que padece trastornos mentales.

6.1.2.1. Comprobación

- Al dialogar con los médicos que dirigen las áreas de salud mental tanto en el hospital regional como en el IESS, así como en el Ministerio de Salud Pública de la provincia, estos manifestaron la inexistencia de estadísticas sobre la población manabita que padece de trastornos mentales y que requieren de atención urgente.
- En la entrevista realizada al director del ministerio de salud pública como máxima autoridad de esta entidad en la provincia, se pudo evidenciar la falta de preocupación e importancia que existe hacia este ámbito de la salud, obviando planificaciones y registros que permitan recolectar una información técnica necesaria no solo para la evaluación del estado de la salud mental sino también para que permita realizar un presupuesto a base de cifras reales y constatar la verdadera necesidad de la población de obtener un servicio integral. Con la obtención de este tipo de información se podría sugerir a las autoridades de mayor rango del país un financiamiento acorde al estudio realizado y a la realidad de los habitantes.

6.1.3. Hipótesis 2

Es frecuente observar en las calles de la ciudad personas que por su comportamiento y apariencia

física, evidencian trastornos mentales.

6.1.3.1. Comprobación

- De la experiencia visual y por datos de prensa (anexo 4) se evidencia el aumento progresivo y alarmante de personas de distintas edades y sexo que deambulan por la calle en estados de alteración mental, debido a su conducta, forma de vestir y actitud para con los demás, sin que ninguna institución pública o privada, asuma la competencia respectiva.

6.1.4. Hipótesis 3

Es insuficiente el presupuesto estatal, destinado a cubrir la demanda de salud mental en el país.

6.1.4.1. Comprobación

- Del marco teórico se desprende que: el presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2006 fue de 647'000 dólares americanos de los cuales se asignaron para las distintas acciones de salud mental 7'795 dólares que corresponde al 1.2% del presupuesto total del estado. De lo asignado a las acciones de salud mental, a los hospitales psiquiátricos correspondió la cantidad de 4'595 dólares que representan el 58.95% del valor anterior. Es decir, es mínimo el valor asignado para cubrir esta demanda que es un derecho contemplado en la carta magna.
- En relación a el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a través de sus unidades asistenciales cubre a sus afiliados la atención a todos los trastornos mentales y todos los problemas de salud mental de interés clínico. Esta cobertura incluye consulta externa, exámenes complementarios y un porcentaje limitado para medicinas, no así la hospitalización debido a que no se cuenta con un centro destinado para este fin.
- En el estudio de campo se pudo observar cómo debido a la falta de presupuesto y de importancia por parte de las entidades pertinentes las instalaciones se encuentran en estados no muy convenientes para dar tratamiento a las personas recluidas en los mismos. Es así como se notó distintos tipos de falencias en la infraestructura dificultando la estancia y recuperación de los pacientes al estar en un lugar en mal estado.
- En la entrevista realizada a uno de los directores médicos de un hospital público mencionó cómo a pesar de todos los intentos de mantener en mejor estado posible las instalaciones, se vuelve imposible debido al limitado presupuesto que poseen, dejándolo incluso con un déficit que deben afrontar anualmente.
- En el estudio de campo se pudo observar que los centros psiquiátricos existentes en el país financiado por el estado, tienen varias necesidades que no alcanzan a ser compensadas con el mismo, mostrando muchas falencias no solo en infraestructura si no también en servicio médico profesional que no pueden ser pagado, teniendo como resultado que los pacientes no poseen un progreso tan rápido y óptimo como debería ser.
- Los datos recolectados en la tabulación de las encuestas realizadas a médicos especialistas indican que el servicio y mantenimiento de la salud mental se encuentra descuidada por parte de las autoridades porque no se provee un presupuesto que solvete los tratamientos que requieren estas enfermedades.

6.1.5. Hipótesis 4

El deterioro de los establecimientos existentes, su incorrecto funcionamiento y la falta de espacios y áreas para los tratamientos necesarios, han generado una inadecuada cobertura de tratamiento a la población correspondiente.

6.1.5.1. *Comprobación*

- En la pregunta 7 de la entrevista dirigida a los directores médicos de los establecimientos públicos de hospitales psiquiátricos se obtuvo como información que los espacios físicos utilizados como centros psiquiátricos, no han sido diseñados para este menester. Se concluye entonces que a pesar de brindar un servicio, este no es óptimo, ya que las salas para tratamientos especializados no cuentan con el equipamiento peor aún con las condiciones físicas necesarias, las áreas de uso múltiple no cuentan con el mantenimiento necesario ni con las condiciones suficientes de iluminación, ventilación, contacto visual con la naturaleza; características básicas necesarias para su rehabilitación.

6.1.6. Hipótesis 5

La situación económica y la regionalización de los centros psiquiátricos en el país, ha obligado a los pacientes a trasladarse a otras ciudades, alejándose de su familia y de su entorno social afectando a su proceso de rehabilitación o incluso de su posible recuperación.

6.1.6.1. *Comprobación*

- En el capítulo 2.3.2.10 acerca del rol de la familia en los tratamientos, se puede comprobar el importante papel que desempeña la familia dentro de la recuperación del paciente brindándole apoyo y seguridad al momento de enfrentar estas patologías, así mismo la familia debe recibir soporte por parte de los profesionales y los servicios de salud mental toda vez que se ven afectados y desestabilizado afectivamente con la finalidad de que no abandonen al paciente y asuman el problema con responsabilidad.
- En las entrevistas realizadas a los directores médico de las estancias psiquiátricas mostraron su fuerte apego a la idea de que los enfermos deben tener relación cercana con sus orígenes ya que estos les permiten tener una motivación de querer regresar a su hogar y a su vida cotidiana.
- Las encuestas muestran en un 100% que el apoyo familiar es un factor que define el equilibrio y estabilidad emocional de los pacientes contribuyendo a su recuperación y reintegración social.
- La inexistencia en la provincia de un centro psiquiátrico, sea este público o privado, obliga a las familias a trasladar a su paciente a lugares como Quito o Guayaquil en busca de ayuda hospitalaria, generando un conflicto de índole tanto como económico como de distanciamiento familiar, causado por los costos que significan acudir con frecuencia a las visitas que los pacientes de esta índole requieren. Este análisis evidencia la necesidad urgente de crear un centro psiquiátrico que brinde a los manabitas la asistencia médica especializada que esta área de la salud necesita.

6.1.7. Hipótesis 6

La creación de un centro psiquiátrico en Manabí, arquitectónicamente planificado y atendido

correctamente, permitirá brindar un servicio eficiente y eficaz a los pacientes de la provincia y de la región en general.

6.1.7.1. Comprobación

- La investigación de campo, el análisis bibliográfico y la reflexión personal, permiten proponer como estrategia viable de solución, la construcción urgente de un centro para enfermos mentales que cubran la demanda no solo de la provincia, sino de aquellos sectores aledaños a la misma, diseñado desde el punto de vista funcional que garantice a sus pacientes recibir un correcto tratamiento y pronta recuperación.
- Este análisis otorga la importancia de la propuesta de solución que el presente trabajo investigativo plantea.

6.2. Conclusiones

Una vez analizado los resultados obtenidos de las distintas técnicas de investigación aplicada en el presente estudio investigativo se concluye,

QUE:

1. A pesar de que el ministerio de Salud Pública del Ecuador cuenta con una organización interna provincial y cantonal, este Ministerio no cuenta con un departamento específico dedicado a proteger y cuidar la salud mental, por lo que deja a ciertas áreas del país sin cobertura médica mental, siendo los más afectados los sectores rurales.
2. Del financiamiento general del estado para la Salud Pública que corresponde al 6%, solo el 1,2% es destinado al área de salud mental, presupuesto deficiente y no real que no responde adecuadamente a las necesidades sentidas y al contexto patológico que afecta a la población. Cabe indicar que si se hace una relación comparativa de todo el presupuesto general del estado, este 1,2% es insignificante y no permite atender esta área ni siquiera medianamente.
3. Al conocer que solo el 18% de la población nacional se encuentra afiliada al IESS y que el 82% restante se halla sin afiliación alguna, se esclarece el nivel de cobertura que queda en manos de la atención pública, la cual es deficiente en muchas áreas de salud especialmente en la psiquiatría, rama a la que no se le da la atención necesaria prestando servicio solo a consultas externas en 13 hospitales regionales del país. Aclarando que el servicio que se ofrece es meramente de consulta externa, escasa medicina y en relación a la hospitalización es nula.
4. La psiquiatría como especialidad en el país ha tenido un significativo avance en los últimos años, sin embargo, es notable la poca importancia que aun se le presta no logrando despuntar de la misma manera que otras ramas de salud como la neurología, cardiología, entre otras; motivo por el cual en el servicio a este campo sigue existiendo grandes vacíos que afectan a la población, tanto en servicio como en cobertura, siendo el problema principal la regionalizada atención, toda vez que los hospitales existentes se encuentran ubicados en Quito y Guayaquil, dejando sin tratamiento y sin posibilidades de atención a muchos sectores del país, incluso afectando el nivel de conocimiento público de estas enfermedades.

5. El área de psiquiatría en los hospitales generales del país, cuentan con un número limitado de camas para la atención ambulatoria a pacientes que aquejan crisis emocionales, problema que se agudiza en este mundo convulsionado donde las personas evidencian cada vez mas situaciones de desequilibrio provocadas por el estrés, economía familiar, relaciones amorosas, entre otras; hechos que hacen que el índice de pacientes aumente aceleradamente, mientras que la escases de cama y de áreas de especialización es cada vez menor.
6. Es insuficiente los registros estadísticos que reposan en los centros, originando el desconocimiento de datos importantes como lugar de procedencia, situación económica, jerarquía familiar, situación que impide conocer la real demanda de atención en salud mental que el país exige. Esta situación provoca la desatención y la justificación para los organismos pertinentes que por desconocimiento no aumentan el presupuesto ni implementan proyectos de mejoramiento, convirtiéndose en una de las áreas de la salud más desprotegidas.
7. La provincia de Manabí no cuenta con un centro psiquiátrico que brinde atención y hospitalización especializada y que cubra la demanda de enfermos mentales que esta posee. Esta necesidad genera que los familiares de aquellas personas que requieran este tipo de atención medica migren a Quito o Guayaquil para recibir el tratamiento necesario, ocasionando un conflicto de índole económico y social al verse obligados a abandonar a su familiar en los pocos centros de recuperación mental que hay en el país.
8. Producto de la observación y de la experiencia vivencial como manabitas, el número de personas que evidencian problemas mentales, aumentan significativamente en las calles en completo estado de abandono, sin que ninguna autoridad asuma esta competencia.

6.3. Recomendaciones

Luego de especificadas las conclusiones a las que se llegaron mediante la investigación bibliográfica y las técnicas de campo aplicadas este equipo de investigadoras se permite expresar las siguientes recomendaciones:

1. Realizar un estudio de alcance que delimite la población que padece de trastornos mentales en cada una de las provincia del país a fin de contar con datos estadísticos que permitan determinar las necesidades de cobertura especializada en el área de salud mental, para de esa manera englobar a todo el país en una red integral de salud mental y establecer la factibilidad de implementar nuevos proyectos de hospitalización en la rama de la psiquiatría.
2. Crear un organismo de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Publica, específicamente para impulsar, controlar y direccionar el desempeño, organización y funcionamiento de todas las entidades encargadas de atención psiquiátrica, haciendo cumplir con sus funciones y sus deberes hacia la comunidad.
3. Se hace urgente incrementar el presupuesto destinado a la salud mental del país de manera considerable para poder brindar una cobertura, suficiente y eficaz en las distintas regiones y a las personas que requieran de ella, pues existen pocos centros en el país que atienden estas patologías creando nuevos hospitales construidos desde el punto de vista técnico que permitan el correcto funcionamiento de sus instalaciones, prestando servicios de calidad.

4. Ejecutar campañas por parte del ministerio de salud pública que den a conocer no solo el servicio psiquiátrico brindado, sino también de la prevención y existencia de las enfermedades mentales que muchas veces suelen confundirse con otra rama de la medicina y que por lo tanto no son detectadas a tiempo sin recibir el tratamiento adecuado, y en otros casos las familias ocultan al paciente por vergüenza o desconocimiento confiscándolo a permanecer recluido en su propio hogar en condiciones deplorables.
5. Aumentar proyectos de atención pública psiquiátrica en las diferentes provincias del país, incrementando espacios y equipamiento necesario para su atención, dado que las enfermedades mentales son tan importantes como cualquier otra e incluso necesitan de más atención por su sintomatología que en un principio se presenta silenciosa pero que al evolucionar el paciente se convierte dependiente de terceras personas.
6. Implementar políticas de registros en los centros existentes con el propósito de obtener datos estadísticos y técnicos que permitan un estudio que sustente la justificación de la creación de nuevos centros psiquiátricos en el país con el fin de satisfacer la demanda que se conoce por medio de indagaciones mas no de datos específicos y de esta manera demostrar a la entidades pertinente la importancia y necesidad de este servicio para la población.
7. Construir un hospital psiquiátrico en la provincia de Manabí que brinde cobertura al sin número de pacientes que esta zona del país posee dando así cumplimiento a los derechos que la constitución del estado demanda del gobierno para sus habitantes, así como cuidar de la seguridad ciudadana ya que este tipo de enfermos pueden convertirse en un peligro o amenaza para los mismo.

7. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

7.1. Soluciones

7.1.1. Solución administrativa-gubernamental

Este tipo de solución es la más importante debido a que solo con el apoyo del gobierno nacional y provincial será posible la implementación y funcionamiento de proyectos que estén direccionados a dar asistencia pública al área de salud mental, el cual aunque sea existente en el país es muy limitado para la cantidad de población que demanda este servicio.

Como proyectistas se plantea como solución una reestructuración en las políticas las cuales deben ser las encargadas de regular y normatizar el manejo administrativo de estos centros creando una unidad de salud mental dentro del ministerio de salud pública en la provincia que se haga responsable de conservar y efectivizar el servicio que se debe brindar.

Se considera que los hospitales psiquiátricos del país que trabajan como entes independientes deberían ser parte de una red integral que permita organizar el servicio de tal manera que sectoricen el campo de atención según su capacidad, que no solo esclarece la necesidad de infraestructura que conlleva esta especialidad si no también establecer si con los hospitales existentes en el país son suficiente. Es importante mencionar que con este tipo de red se facilitarían la obtención de datos estadísticos más acertados que permita llevar un control real de los mismos.

7.1.2. Solución financiera

La falta de presupuesto es uno de los principales problemas que sufren las entidades públicas, provocando la escasez de fondos para equipamiento, mantenimiento, gastos por servicios prestados y para gastos operativos, es por esto que como se mencionó en el apartado anterior es estrictamente necesario incrementar el presupuesto para el área de salud mental pública, con la finalidad de dar mayor cobertura, atención especializada e infraestructura especializada para este fin.

7.1.3. Solución de orden organizacional y de recursos humanos

Los centros y hospitales psiquiátricos deberán estar dirigidos por profesionales especializados en esta rama, así como los médicos y enfermeras tanto con nombramiento, residentes, internos que dependerán del Ministerio de Salud Pública.

El recurso humano deberá recibir capacitación constante y específica en relación al avance de la ciencia, a los tipos de enfermedades, a las relaciones humanas y a la optimización de los recursos técnicos y físicos.

7.2. Normas y reglamentos de accesibilidad y proyectos hospitalarios

Para la realización de toda propuesta arquitectónica es importante conocer las normativas planteadas a nivel de departamentos de planificación urbana.

7.2.1. Norma internacional

La normativa internacional que hemos acogido es la del Distrito Federal (1994), las cuales se enuncian a continuación:

Art. 180. Las edificaciones deberán contar con los espacios para estacionamiento de vehículos que establecen en las normas técnicas de acuerdo a su tipología y a su ubicación, conforme a lo siguiente:

Tipo	Número mínimo de m2 construido
Hospitales privados	1 cada por cada 30
Hospitales públicos	1 cada por cada 60
Clínicas privadas	1 cada por cada 30
Clínicas privadas	1 cada por cada 60
Asistencia Social	1 cada por cada 50

Los requerimientos de estacionamientos se podrán reducir en un 10% en el caso de usos ubicados dentro de las zonas que se definen como centros urbanos y corredores de servicios de alta intensidad.

Las medida de cajones de estacionamiento para coches serán de 5.00 x 2.40 m se podría permitir hasta el 50% de los cajones para vehículos chicos de 4.20 x 2.20 m

Los estacionamientos públicos y privados para la salud deben destinar por lo menos un cajón de cada 18 para uso exclusivo de personas impedidas, ubicado lo más cerca posible de la entrada de la edificación. En estos casos las medidas del cajón deberán de ser de 5 x 3.80 m; y a partir del estacionamiento del inmueble constara de rampas con pendientes no mayor al 10% y piso antideslizante de acceso para los impedidos.

En edificios para la salud el servicio de urgencias contará con estacionamiento propio para ambulancias y acceso libre sin obstrucciones para vehículos y contar con la fluidez necesaria.

Se deberá contar con estacionamiento independiente específico para vehículos de transporte de desechos sólidos y servicios.

Art. 181. Los locales de las edificaciones para la salud, según su tipo, deberán tener como mínimo las dimensiones que se establecen en las normas técnicas complementarias correspondientes:

Local	Área índice m2	Lado mínimo m	Altura mínima m
Consultorios			
Área de exploración	9.00	3.3	2.40
Área de entrevista	6.00	3.30	2.40
Hospitalización			
Cuarto privado (sin sanitario)	9.00	2.70	2.40
Sanitarios para discapacitados			
Regaderas	2.00	1.20	2.40
Inodoros	3.00	1.80	2.40

Art. 82. Las edificaciones deberán estar provistas de servicio de agua potable capaces de cubrir las demandas mínimas:

Requerimientos mínimos de agua potable:

Tipología	Dotación mínima	Observaciones
Hospitales	800 l/cama/día	a,b,c,d,
Clínicas	250 l/cama/día	a,b,c,d,
	300 l/cama/día	a,b,c,d,

Las necesidades de riego se consideran por separado a razón de 5 l/m2/día.

Las necesidades generadas por empleados o trabajadores se consideraran por separado a razón

de 100 l /trabajador/día.

Almacenamiento general de agua para cubrir un día de consumo.

Los cuartos privados estarán capacitados con atención a discapacitados, contarán con un lavabo, una regadera, y un excusado igualmente para servir a discapacitados.

Hasta por cada seis camas en encamados comunes se tendrá un lavabo, una regadera y un excusado independiente a los servicios del personal.

La disposición de los muebles permitirá el uso simultáneo prevaleciendo la privacidad de cada uno cuando sean comunes.

Las centrales de enfermeras contarán en su área con un excusado y un lavamanos, adicional a la dotación por empleados.

En las salas de espera de hasta 100 personas; en baños de hombres un excusado, un mingitorio y un lavabo. En baños de excusados y un lavabo. De un 101 a 200 personas se incrementará un excusado en cada baño. En el caso de un excusado contará con espacio suficiente para ser usado por discapacitados.

Los núcleos de servicios sanitarios contarán con un núcleo de aseo con tarja.

Tipología	Excusados	Lavabos	Regaderas
Hasta 25	2	2	2
De 26 a 50	3	2	2
De 51 a 75	4	2	2
De 76 a 100	5	3	4
Cada 100 adicionales	3	2	2

En los sanitarios para hombres será obligatorio agregar un mingitorio para locales con un máximo en dos excusados. A partir de locales con tres excusados se podrá sustituir uno de ellos por un mingitorio sin necesidad de recalcar el número de excusados.

Art. 85. Las edificaciones de salud, en lo que se refiere al almacenamiento y eliminación de la basura, deberán observar lo siguiente:

Por cada servicio que compone el hospital, debe contar con un espacio definido que se encuentre ubicado cerca de pasillos o accesos, para el almacenamiento de los desechos que le corresponden según la clasificación.

La concentración de los desechos sólidos será en contenedores independientes en cada clasificación para su disposición final, los desechos orgánicos humanos serán cremados en un área específica ubicada en los servicios generales.

El espacio correspondiente a los contenedores será ubicado en los servicios generales y con fácil acceso al área de servicio.

Art. 90. Los locales de las edificaciones contarán con medios de ventilación que aseguren la provisión de aire exterior, así como la iluminación diurna y nocturna en los términos que se fijan en las normas complementarias.

Los cuartos encamados en hospitales tendrán iluminación diurna natural por medio de ventanas que den directamente a la vía pública, terrazas. El área de las ventanas no será inferior a los siguientes porcentajes, correspondientes a la superficie del local, cada una de las orientaciones:

Norte	15.0%
Sur	20.0%
Este y Oeste	17.5%

En el dimensionamiento de ventanas se tomará en cuenta, complementariamente lo siguiente:

Los valores para orientaciones intermedias a las señaladas podrán interpolarse en forma proporcional.

Cuando se trate de ventanas con distintas orientaciones en un mismo local, las ventanas se dimensionaran aplicando el porcentaje mínimo de iluminación a la superficie del local dividida entre el número de ventanas.

Los locales cuyas ventanas estén ubicadas bajo marquesinas, techumbres, pórticos, o volados, se considerarán iluminados y ventilados naturalmente cuando dichas ventanas se encuentran remetidas como máximo el equivalente a dos tercios de la altura del piso a techo local. En el caso de elaborar el estudio de soleamiento por orientaciones así como la textura de los materiales y su color se permitirá el manejar el volado de la misma altura del local.

Para circulaciones horizontales y verticales en todas las edificaciones, excepto de habitación, el nivel de iluminación será de cuando menos de 100 luxes; para elevadores de 100 y para sanitarios en general de 75.

Con respecto a la ventilación se norma:

Los locales habitables en los cuartos encamados de los hospitales, tendrán ventilación natural por medio de ventanas que den directamente a la vía pública, terrazas u otros. El área de abertura de ventilación no será inferior al 5% del área del local.

Para las áreas de sala de operación, salas de expulsión, salas de recuperación, curaciones y terapia, la ventilación será por sistema artificial.

Art. 98. Las puertas de acceso, intercomunicación y salida en los edificios de salud, deberán tener una altura de 2.10 m cuando menos, y una anchura que cumpla con la medida de 0.60 m por cada usuario o fracción.

Para el cálculo del ancho mínimo del acceso principal podrán considerarse solamente la población el piso o nivel de la construcción con más ocupantes, sin perjuicio de que se cumpla con los valores mínimos indicados en la tabla.

Hospitales	Ancho (m)
Acceso principal	1.20
Cuarto encamados	1.20
Locales complementarios	0.75
Salas de operaciones	1.50
Acceso consultorios	1.20
Acceso salas de recuperación y preparación para cirugía	1.50
Acceso sala de operaciones	1.50
Acceso sala de curaciones	1.50
Acceso servicios sanitarios	1.20

Art. 99. Las circulaciones horizontales, como corredores, pasillos y túneles deberán cumplir con una altura mínima de 2.10 m² y con una anchura adicional no menor de 0.60m por cada 100 usuarios

o fracción, ni menor de los valores mínimos que establezcan.

En el caso de los hospitales, los anchos de todos los pasillos o circulaciones generales serán de 1.80 m como mínimo y altura de 2.40 m libre de toda instalación o elemento estructural.

Art. 100. Estas edificaciones tendrán siempre escalera o rampas peatonales que comuniquen con todos los niveles, aún cuando existen elevadores, escaleras eléctricas, montacargas, con un ancho mínimo de 0.75 m y las condiciones de diseño de se establezcan.

Tipo de edificación	Tipo de escalera	Ancho mínimo
Salud	En zonas de cuartos y consultorios	1.80 m
Asistencia social	Principal	1.20 m

7.2.2. Norma nacional

Normas de Arquitectura y Urbanismo del Distrito Metropolitano de Quito.

SECCION TERCERA: EDIFICACIONES DE SALUD

Art.200ALCANCE

Se considerarán a las edificaciones destinadas a brindar prestaciones de salud, conforme a la clasificación utilizada por el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, para fomento, prevención, recuperación, y/o rehabilitación del paciente que requiera atención ambulatoria y/o internación.

Los establecimientos hospitalarios deberán ocupar la totalidad de la edificación. No se permitirá otros usos compartidos.

Art.202 ACCESOS

En las edificaciones hospitalarias, adicionalmente al ingreso principal, existirán accesos separados para emergencia; consulta externa para el personal, servicio en general y para el abastecimiento. Cuando la capacidad de los hospitales, sea superior a 50 personas, deberán contar con salidas de emergencia que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Deberán existir en cada localidad o nivel del establecimiento.
- b) Serán en número y dimensiones tales que, sin considerar las salidas de uso normal, permitan el desalojo del local en un máximo de 3 minutos.
- c) Tendrán salida directa a la vía pública, o lo harán por medio de circulaciones con anchura mínima igual a la suma de las circulaciones que desemboquen en ellas y,
- d) Deberán disponer de iluminación y ventilación adecuada, y en ningún caso, tendrán acceso o cruzarán a través de locales de servicio, tales como cocinas, bodegas, y otros similares.

Art.203 ALTURA LIBRE DE LOS LOCALES

Los locales destinados a antesalas, vestíbulos, administración, consulta externa y salas de enfermos tendrán una altura libre mínima de 2.50 m. entre el nivel de piso y cielo raso. (En los servicios destinados a diagnóstico y tratamientos su altura dependerá del equipo a instalarse, sin permitirse alturas inferiores a 2.50 m.).

En las centrales de oxígeno y casa de máquinas deberá considerarse la altura libre necesaria en función de la especificación de los equipos mecánicos y eléctricos a instalarse, en máquinas debe considerarse el volumen de aire requerido por ventilación de los equipos y el correspondiente aislamiento por ruido. Deberá también establecerse las medidas de prevención y control de

contaminaciones por ruido, emisiones difusas y riesgos inherentes (fugas, explosión, incendios).

Art.204 PUERTAS

Cuando las puertas abran hacia el exterior de la edificación, no obstruirán la circulación en corredores, descansos de escaleras o rampas y estarán provistos de dispositivos de cierre automático.

Sus características mínimas serán las siguientes:

a) En áreas de administración, consulta externa, consultorios y laboratorio clínico, serán de 0.90 m. de ancho.

b) En servicios a los que acceden pacientes en camillas o sillas de ruedas, carros de abastecimiento, equipo médico portátil, Rayos X, Salas de Hospitalización, Quirófanos, Salas de Partos, Recuperación, Rehabilitación y similares serán de 1.50 m. de ancho y doble hoja.

Las puertas en Rayos X, dispondrán de la protección o recubrimiento necesario que no permita el paso de radiaciones producidas por el equipo, lo cual está regulado por la Comisión de Energía Atómica, igual consideración deberá exigirse para ventanas, paredes y techos.

c) En los baños, serán de 0.90 m. de ancho, recomendándose su batiente hacia el exterior.

Las cerraduras de las puertas de los locales donde los pacientes puedan estar solos, no deberán tener ningún tipo de seguro interno ni externo. Las puertas de los baños de pacientes deben abrir hacia el exterior del local.

Las puertas destinadas para salidas de emergencia deberán abrirse hacia el exterior del edificio, debiendo ser de fácil accionamiento.

Art.205 PASILLOS

a) Los pasillos de circulación general serán de 1.80 a 2.40 m. de ancho, dependiendo del flujo de circulación.

b) Deben ser iluminados y ventilados por medio de ventanas separadas por lo menos cada 25 m.

c) El ancho de pasillos delante de ascensores será de 3.40 m.

d) Cuando la espera de pacientes se encuentre vinculada a pasillos se calculará un área adicional de 1.35 m² de espera por persona mínimo considerando 8 asientos por consultorio.

El piso será uniforme y antideslizante tanto en seco como en mojado.

Art.206 ESCALERAS

Considerando la complejidad de la Unidad de Salud, las circulaciones verticales se clasifican de acuerdo al usuario:

Escalera principal (paciente y público en general)

Escalera secundaria (exclusivas para personal médico y paramédico).

Escalera de emergencia (evacuación para casos de desastre)

ESCALERA	ANCHO	HUELLA	CONTRAHUELLA
Principal	1.50	0.30	0.17
Secundaria	1.20	0.30	0.17
Emergencia	1.50	0.30	0.17

Tabla 1: Dimensiones de las Escaleras en Edificios de Salud

Se deberá dotar de escaleras de emergencia a edificaciones hospitalarias con internación de más de un piso, a fin de facilitar la evacuación rápida del paciente en casos de desastre. No se diseñarán escaleras compensadas en sitios de descanso.

Art.207 RAMPAS

Las rampas para uso peatonal tendrán un ancho mínimo igual a 1.20 m. El ancho mínimo libre de las rampas unidireccionales será de 0.90 m.

Cuando se considere la posibilidad de un giro a 90°, la rampa debe tener un ancho mínimo de 1.00 m. y el giro debe hacerse sobre un plano horizontal en una longitud mínima hasta el vértice del giro de 1.20 m. Si el ángulo de giro supera los 90°, la dimensión mínima del ancho de la rampa debe ser de 1.20 m.

Art.209 SALAS DE PACIENTES

La capacidad máxima por sala debe ser de 6 camas para adultos y para niños, un máximo de 8 camas debiendo disponer de baño completo.

El área mínima total de iluminación será del 20% del área del piso del local.

El área mínima total de ventilación será el 30% de superficie de la ventana. Esta área se considera incluida en la de iluminación.

Esto se aplica a todos los locales del hospital, excluyendo las áreas específicas que por asepsia no permitan el contacto con el exterior o por su funcionalidad específica.

Art.212 COCINAS

Las paredes y divisiones interiores de las instalaciones usadas para el servicio de cocina deben ser lisas, de colores claros y lavables de piso a cielo raso recubiertos con cerámica.

El diseño de cocinas estará en relación con las especificaciones del equipo a instalarse. Debe contar con un sistema de extracción de olores.

Art.213 SERVICIOS SANITARIOS

a) En las salas o habitaciones de pacientes se considera un baño completo por cada 6 camas, pudiendo diseñarse como baterías sanitarias para hospitalización o habitaciones con baño privado.

En las salas de aislamiento se preverá un baño completo por habitación con ventilación mecánica.

c) En las salas de esperas, se considerará un inodoro por cada 25 personas, un lavabo por cada 40 personas, y un urinario por cada 40 personas. Considerándose servicios higiénicos separados

para hombres y mujeres.

d) Se instalará, además, un baño destinado al uso de personas discapacitadas o con movilidad, según lo especificado en literal b) del Art. 68 referente a Área Higiénica Sanitaria, de esta Normativa.

Los vestidores de personal constarán de por lo menos dos ambientes, un local para los servicios sanitarios y otro para casilleros. Conviene diferenciar el área de duchas de la de inodoros y lavabos, considerando una ducha por cada 20 casilleros, un inodoro por cada 20 casilleros, un lavabo y un urinario por cada 40 casilleros.

Art.214 LAVANDERIAS

Podrán localizarse dentro o fuera de la edificación. Las zonas de recepción y entrega de ropa deben estar separadas, así como las circulaciones de ropa limpia y ropa sucia, al interior del servicio.

Debe contar con sub-áreas de recepción de ropa usada, lavado, secado, plancha, costura, depósito y entrega de ropa limpia.

Las paredes, pisos y cielo raso deben estar recubiertos de material cerámico que permita la fácil limpieza. El piso será antideslizante tanto en seco como en mojado.

Se considera para su diseño un promedio de 0.80 m². por cama.

Art.215 ESTACIONAMIENTOS

El número de puestos de estacionamiento, para Edificaciones de Salud, se calculará de acuerdo a lo especificado en el Cuadro No. 12 de Requerimientos Mínimos de Estacionamientos por usos del Régimen Metropolitano del Suelo. Cumplirán además, con las disposiciones establecidas en el Capítulo IV, Sección Décimo Primera referida a Estacionamientos de la presente Normativa.

Art.216 GENERADOR DE EMERGENCIA

Todas las edificaciones hospitalarias y clínicas tendrán generador de emergencia, dispuesto de tal modo que el servicio eléctrico no se interrumpa. Los generadores contarán con soluciones técnicas para controlar la propagación de vibraciones, la difusión de ruido y las emisiones gaseosas de combustión. La transferencia del servicio normal a emergencia debe ser en forma automática.

Las condiciones y tipo de locales que requieren instalación eléctrica de emergencia independiente se justificarán en la memoria técnica del proyecto eléctrico.

Todas las salidas de tomacorrientes deben ser polarizadas

El sistema eléctrico en las salas de cirugía, partos, cuidados intensivos debe prever tablero aislado a tierra, piso conductivo aterrizado, tomacorrientes de seguridad a 1.5 m. del piso y conductores con aislamiento XHMW o similares. Las instalaciones serán de tubería metálica rígida roscable a fin de sellar los extremos.

Art.217 DISPOSICION DE DESECHOS

Todo establecimiento hospitalario contará con un horno crematorio/incinerador de desperdicios contaminados y desechos, el mismo que contará con dispositivos de control de emisiones de combustión, el almacenamiento de desechos deberá contar con medidas de control de lixiviados y emisiones de procesos (vectores); además de un compactador de basuras y deberá cumplir con lo establecido en el Reglamento para la gestión de desechos hospitalarios. Dicho horno crematorio

deberá contar con los dispositivos de control de emisiones de combustión, el almacenamiento de desechos deberá contar con medidas de control de lixiviados y emisiones de procesos (vectores).

Art.218 REVESTIMIENTOS

Se debe utilizar materiales fácilmente lavables, pisos antideslizantes; en cielos rasos se utilizará materiales de fibra mineral y losa enlucida en quirófanos.

Los pasillos deberán tener zócalos con una altura de 1.20 m. como mínimo.

Art.219 PROTECCION CONTRA INCENDIO

a) Los muros que delimitan el generador de energía y/o cualquier tipo de subestación serán de hormigón armado, con un mínimo de 0.10 m. de espesor, para evitar la propagación del fuego a los otros locales.

b) Las alarmas de incendios deben existir a razón de dos por piso como mínimo, al igual que extintores localizados cerca a la estación de enfermería.

c) La distancia a recorrer hasta una salida será como máximo de 25 m.

d) La vitrina de equipo para apagar incendios, por lo general, será de una por cada 30 camas.

e) En caso de incendio o cualquier otro desastre, no se considerarán como medio de escape ascensores y otros medios de evacuación mecánica o eléctrica, debiendo hacerlo en lo posible por escapes de emergencia.

f) Cuando la instalación es de una o dos plantas, se permite escapar por puertas que den a las terrazas o a los terrenos del hospital. Para edificios de varias plantas, los medios de escape deben estar convenientemente localizados.

El Sistema Central de Oxígeno se instalará en un local de construcción incombustible, adecuadamente ventilado y usado exclusivamente para este propósito o instalado al aire libre.

Cuando la capacidad de almacenamiento sea mayor a 2000 pies cúbicos debe ser instalado en un cuarto separado o en uno que tenga una capacidad de resistencia al fuego de por lo menos 1 hora. El Sistema Central de Oxígeno, con capacidad menor a los 2000 pies cúbicos, puede ubicarse en un cuarto interior o separado. Estos locales no podrán comunicarse directamente con locales anestésicos o de almacenamiento de agentes inflamables.

No debe estar bajo o expuesto a líneas de fuerza eléctrica, líneas de combustible líquido o de gas. Se localizará en un sitio más alto, en caso de encontrarse cerca, de abastecimientos de líquidos inflamables o combustibles, ya sean al exterior o interior.

Para condiciones de seguridad, el Sistema Central de Oxígeno, debe estar a 15 m. como mínimo de centros de reunión, a 15 m. de áreas ocupadas por pacientes no ambulatorios; deberá ubicarse a 3 m. de distancia de los estacionamientos de vehículos. Estar por lo menos a 1.50 m. de paredes divisorias o edificios cercanos, o a 0.30 m. si se encuentra entre paredes protegidas a prueba de fuego.

Las instalaciones de accesorios eléctricos ordinarios, colocados en los cuartos del Sistema Central de oxígeno, deben estar instaladas a una altura mínima de 1.50 m. sobre el nivel de piso terminado.

7.3. Alternativas de implantación

7.3.1. Lógica de la implantación

Lo primero que se debe analizar al momento de implementar estos tipos de proyectos es el alcance referente al servicio que se pretende brindar; en el caso del presente trabajo la asistencia que se plantea es a nivel provincial, estableciendo que la localización debe ser accesible a todos los cantones que componen Manabí y en áreas colindantes o satélites a las cabeceras cantonales realizando el respectivo estudio en cuanto a crecimiento urbano, entorno y uso de suelo.

Para un poco definir el concepto que se maneja en cuanto a la implantación de hospitales, podemos establecer una lógica que cumpla con condicionantes que facilite la búsqueda de terreno, tales como:

- Se debe evitar elementos como barrancas, ríos, vías férreas, carreteras, grandes avenidas, etc. Que dividan a los habitantes del servicio médico e interfieran con el acceso general.
- Las vías de comunicación sean directas y adecuadas, se debe evitar que las calles, caminos o avenidas sean obstruidas con alguna frecuencia y no dejen acceso libre.
- El acondicionamiento del terreno se debe estudiar dando atención principal a los accesos, vías, entradas del hospital, vistas, curvas de nivel, orientación (está en relación con la climatología del lugar y la solución arquitectónica que posteriormente se presente) del edificio, estacionamiento de automóviles, patios de servicio y aspectos de arquitectura paisajista.
- El terreno no debe de ser adyacente a zonas que produzcan ruido, humos, malos olores o molestias de otro tipo, como zonas de tolerancia o diversiones nocturnas.
- La ubicación debe tener como prioridad la dotación de todos los servicios básicos, y pendientes suaves que permitan el drenaje natural de aguas lluvias.

7.3.2. Alternativas de Terrenos

Para la selección del terreno se han tomado algunas opciones posibles según su ubicación, centralización en la provincia, vías de accesibilidad, servicios básicos, entre otros representados en un cuadro de ponderación, el cual ayudará a decidir que terreno es el más óptimo y factible para la implementación del proyecto.

7.3.2.1. Alternativa 1

7.3.2.1.1. Ubicación

La primera alternativa de implantación se encuentra en la ciudad de Portoviejo la capital de la provincia, en la Ave. Universitaria vía Crucita frente al Parque Forestal.

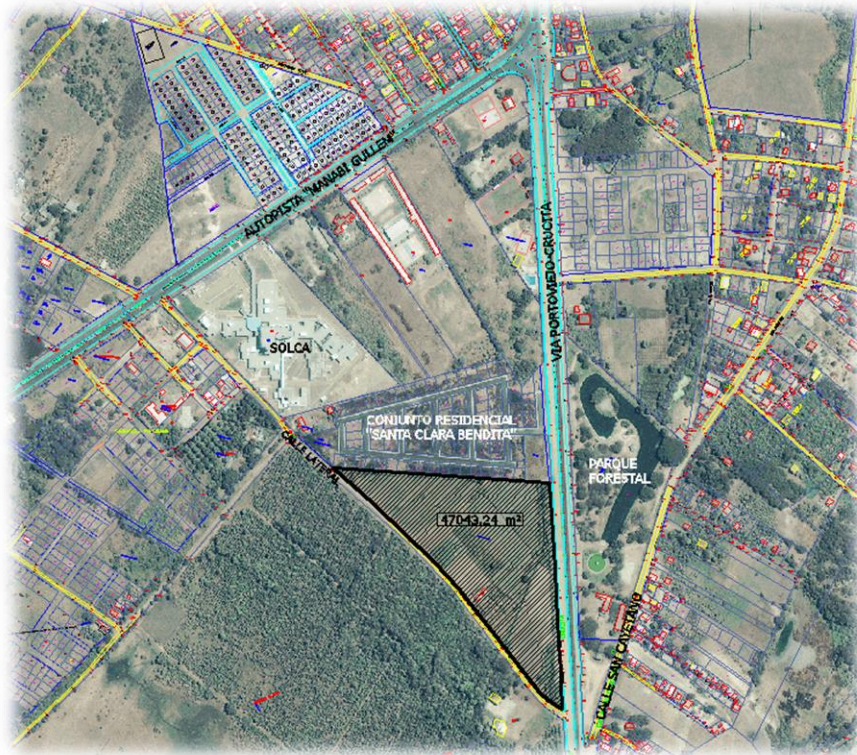


Ilustración 119. Ubicación de la alternativa 1 de terreno

7.3.2.1.2. Vías: accesibilidad y transporte

Debido a encontrarse en la vía a Crucita permite la fácil y conveniente accesibilidad de las vías provenientes de los cantones ubicados en la parte norte de la provincia como Rocafuerte, Chone, Tosagua, Junín, Bolívar, Pedernales y demás. Teniendo también cercanía con el paso lateral autopista “Manabí Guillem” que permite el acceso de las vías provenientes de la zona sur como lo son Manta, Montecristi, Puerto López, Jipijapa, Pajan; determinando así una buena conectividad de la provincia con el terreno expuesto.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 120. Vías de acceso al terreno

El terreno se encuentra sobre la vía principal Portoviejo-Crucita y posee una calle lateral que se conecta con SOLCA.

Este, posee paso recurrente de cooperativas intercantoneles de transporte público provenientes de la zona norte de la provincia que se dirigen al terminal terrestre. Al igual que posee las líneas de buses de la ciudad que permiten la fácil conexión y transportación del terminal terrestre hacia el terreno de las personas que se trasladan de las otra zonas provinciales por medio de transporte

interparroquial.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 121. Vía secundaria del terreno

7.3.2.1.3. Topografía del terreno

El presente terreno posee una extensión de 47043.21m² con forma triangular y presenta una topografía regular sin desniveles importantes y con un nivel freático de 1.2m. No presenta ninguna construcción, ni ningún tipo de cimentación. La vegetación presente constituye un sembrío de maíz y arbustos bajos que no se tomaran en cuenta al momento del diseño.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 122. Topografía del terreno

7.3.2.1.4. Condiciones climáticas

El clima es muy variable, aunque generalmente cálido, en el transcurso del verano el clima es templado. No así en el invierno cuando el clima es muy caluroso. La temperatura promedio es de 24 grados centígrados. Las precipitaciones anuales varían entre 500 y 1000 mm.



Ilustración 123. Condiciones climáticas del terreno

7.3.2.1.5. Infraestructura básica

La ubicación presentada cuenta con todos los servicios básicos necesarios, tales como: energía eléctrica, alcantarillado, aguas servidas, aguas lluvia, agua potable y telefonía. Agregándole un valor adicional la posibilidad de conexiones a internet y tv cable.

7.3.2.1.6. Uso del suelo y equipamiento urbano

La alternativa planteada se encuentra en una zona de posible crecimiento urbano, pero que actualmente está permitiendo la implantación de establecimientos de salud, ya que en la zona circundante se encuentra SOLCA y unas cuantas clínicas más que permite el posible uso de este.

terreno.



Ilustración 124. Uso del suelo del terreno

Dentro del equipamiento existente e inmediato encontramos el parque forestal, la urbanización “Santa Clara Bendita” de los ingenieros eléctricos y una escuela fiscal. Este terreno en la actualidad pertenece al Dr. y no posee utilidad alguna.

7.3.2.1.7. Análisis de implantación

La presente implantación propuesta muestra ser muy conveniente por su ubicación y por su facilidad de acceso. Presta todos los servicios básicos y su extensión parece ser la suficiente para implementar un hospital de las características planteadas con anterioridad.

Algo ventajoso que presenta este terreno es su ubicación en la capital de la provincia, que de cierta manera permitirá un mejor control de calidad de servicio por parte del ministerio de salud.

7.3.2.2. Alternativa 2

7.3.2.2.1. Ubicación

La segunda alternativa expuesta por los tesisistas está ubicada en la parroquia Crucita perteneciente al cantón Portoviejo en el sector Los Ranchos.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 125. Ubicación de la alternativa 2 de terreno

7.3.2.2.2. Vías: accesibilidad y transporte

La vía Crucita cuenta con varias intersecciones de acceso intercantonal tales como Manta, Rocafuerte, y estas a su vez se comunican con otros cantones como Chone, Bolívar, San Vicente entre otros.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 126. Vías de acceso al terreno

En cuando a vías urbanas existe una calle lastrada paralela a la del malecón, que recorre los distintos sectores de Crucita: los arenales, los ranchos, las gilses; y es esta vía la que se conecta con la calle donde está el terreno establecido.

No existe transporte público interno que llegue hasta el área de estudio pero si cuenta con servicio de traslado intercantonal que realiza un recorrido que integra a todos los sectores de la parroquia.

7.3.2.2.3. Topografía del terreno

El terreno cuenta con 39760 m² es de forma regular frente al mar, con una topografía relativamente plana. No cuenta con ningún tipo de edificación que tenga que ser desplazada, al contrario está cubierto por vegetación y maleza, lo que no impide que pueda construirse el presente proyecto.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 127. Topografía del terreno

7.3.2.2.4. Condiciones climáticas

Debido a la ubicación de este terreno, el clima es muy conveniente su temperatura oscila entre 24° C a 26°, la brisa marina y salinidad de sus vientos contribuyen a la salud tanto física como mental.



Ilustración 128. Condiciones climáticas del terreno

7.3.2.2.5. Infraestructura básica

El terreno cuenta con varios servicios básicos: instalaciones de agua potable, de energía eléctrica y posibilidades de conexión de línea telefónica, pero en el sector no hay instalaciones de agua servidas sin embargo existen proyectos en la zona que abastecen esta necesidad por medio de pozas sépticas y no presentan problemas con este procedimiento.

7.3.2.2.6. Uso de suelo y equipamiento urbano

Cerca del terreno no se cuenta con ningún tipo de equipamiento urbano que sobresalga, debido a la zona aislada en la que se encuentra, las únicas edificaciones que se logran observar son el conjunto habitacional Mar Azul, y algunas viviendas dispersas en el sector.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 129. Uso del suelo del terreno

7.3.2.2.7. Análisis de implantación

Se tomó como opción este terreno al creer muy conveniente su ubicación para el prototipo de proyecto que se va a implementar en él. Al encontrarse frente al mar ayuda a crear un ambiente propicio de tranquilidad y paz, factor que se vuelve indispensable para el tema que se está tratando. Además se tomó en cuenta la amplitud y forma del terreno que encaja perfecto para las necesidades que exige el proyecto.

7.3.2.3. Alternativa 3

7.3.2.3.1. Ubicación

La presente alternativa se encuentra ubicada en Montecristi, a menos de 1 km del redondel del colorado en la vía al aeropuerto.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 130. Ubicación de la alternativa 3 de terreno

7.3.2.3.2. Vías: accesibilidad y transporte

El terreno se encuentra inmediato a la vía principal de acceso a la ciudad de Manta, en la vía al aeropuerto, lo que permite el fácil acceso de las personas provenientes de los cantones Portoviejo, Montecristi, Manta y Jaramijo y estos a su vez que se comunican con los demás por medio del transporte interprovincial que obligatoriamente deben circular por la zona.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 131. Vía de acceso al terreno

Es importante mencionar la existencia de las líneas de buses públicos de la ciudad que brinda una fácil accesibilidad al terreno.

7.3.2.3.3. Topografía del terreno

El terreno cuenta con 83200.69m² y tiene una topografía relativamente regular, no cuenta con ningún tipo de cimentación o construcción que interfiera la implementación del proyecto, y se encuentra cubierto por arbustos bajos y maleza.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 132. Topografía del terreno

7.3.2.3.4. Condiciones climáticas

En Montecristi el clima es tropical, cálido, seco, fresco; tiene una temperatura promedio de 28° C, la que es variable tanto en el verano como en el invierno; en la época de invierno sube más de 30° C, mientras que en el verano en determinadas épocas provoca olas de frío donde la temperatura baja a 20° C y 22° C por las noches o madrugadas. El terreno posee una gran corriente de aire en las épocas de invierno.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto

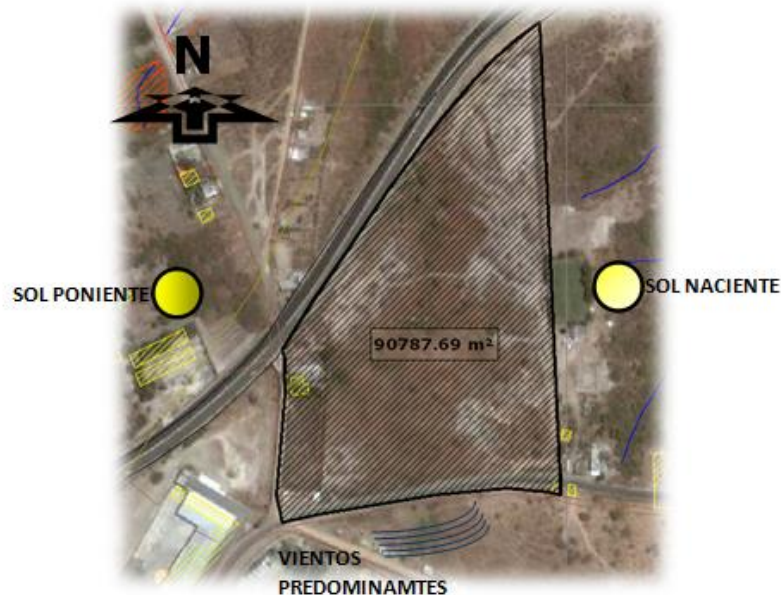


Ilustración 133. Condiciones climáticas del terreno

7.3.2.3.5. Infraestructura básica

La implantación propuesta consta con todos los servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, cableado telefónico, alcantarillado de aguas servidas y aguas lluvias.

7.3.2.3.6. Uso de suelo y equipamiento urbano

El terreno se sitúa cerca de una zona denominada como zona de expansión urbana e industrial.

En esta se puede observar uno de los complejos deportivos de la Aso. de médicos de Manta y un centro de recreación, además cuenta con una pequeña zona industrial en donde se pudo constatar la localización de un patio de almacenamiento.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 134. Uso de suelo del terreno

La presencia de ciertas industrias no implica un factor de riesgo pues por la dirección de los vientos no produce una proliferación de gases ni olores, ya que por el sentido en que se movilizan no afectan al terreno.

La expansión urbana en esta zona tiene un avance lento debido a la distancia en la que se encuentra respecto al centro urbano, permitiendo la implantación de otro tipo de construcción en la zona.

7.3.2.3.7. Análisis de implantación

Este terreno muestra ser propicio por su ubicación cercana a una vía principal y encontrarse en un punto de afluencia de vías que dan más posibilidades de accesibilidad desde los otros cantones.

La extensión con la que se cuenta en este terreno es apta para cumplir con las necesidades que se requiere y posee todos los servicios básicos, lo que facilita la construcción de cualquier tipo de edificación.

7.3.2.4. Alternativa 4

7.3.2.4.1. Ubicación

La cuarta alternativa se encuentra ubicada en Manta frente a la autopista de la cultura sobre la avenida de circunvalación de Manta.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 135. Ubicación de la alternativa 4 de terreno

7.3.2.4.2. Vías: accesibilidad y transporte

Debido a encontrarse en una avenida perimetral que se conecta con una vía de acceso, permite

llegar al terreno sin necesidad de pasar por el área urbana de la ciudad y al mismo tiempo facilita la accesibilidad de las vías provenientes de los cantones ubicados en la parte sureste de la provincia como Portoviejo, Montecristi y Jaramijó y estos a su vez se comunican con los demás cantones colindantes que facilita su traslado por medio del transporte público intercantonal.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 136. Vía de acceso al terreno

Es importante mencionar la existencia de las líneas de buses públicos de la ciudad que brinda una fácil accesibilidad al terreno.

7.3.2.4.3. Topografía del terreno

El terreno cuenta con 23,4 hectáreas es de forma regular con una topografía relativamente plana, no cuenta con ningún tipo de cimentación que interfiera, al contrario está cubierto por vegetación y maleza, lo que no impide que pueda edificarse el proyecto expuesto.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 137. Topografía del terreno

7.3.2.4.4. Condiciones climáticas

En Manta el clima es tropical, cálido, seco, fresco; Tiene una temperatura promedio de 28° C, la que es variable tanto en el verano como en el invierno; en la época de invierno sube más de 30° C, mientras que en el verano en determinadas épocas provoca olas de frío donde la temperatura baja a 20° C y 22° C por las noches o madrugadas.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 138. Condiciones climática del terreno

7.3.2.4.5. Infraestructura básica

El terreno presentado cuenta con todos los servicios básicos necesarios, tales como: energía eléctrica, alcantarillado, aguas servidas, aguas lluvia, agua potable y telefonía. Agregándole un valor adicional la posibilidad de conexiones a internet y tv cable.

7.3.2.4.6. Uso de suelo y equipamiento urbano

La alternativa planteada se encuentra en una zona de posible crecimiento urbano. Dentro del equipamiento existente e inmediato encontramos una gasolinera PRIMAX y el cementerio. Este terreno en la actualidad no posee utilidad alguna y está a la venta.

Fuente: Autoras de Proyecto



Ilustración 139. Uso de suelo del terreno

7.3.2.4.7. Análisis de implantación

Este terreno muestra ser opcional debido a su ubicación fuera de la urbe y a la vez conectado y cerca de la ciudad dando facilidad tanto al acceso intercantonal como local.

Otro aspecto importante es la extensión y forma del terreno que se acopla al cuadro de necesidades que exige un proyecto de este tipo.

7.4. Escogitamiento de la alternativa

7.4.1. Cuadro de ponderación

En base a los análisis anteriores y mediante un cuadro de puntuación procederemos a calificar en un rango de 1-5 las diferentes alternativas propuestas.

Fuente: Autoras de Proyecto

UBICACIÓN	VIAS INTERPROV.	VIAS URBANAS	SERVICIO DE TRANSPORTE	TOPOGRAFIA Y FORMA	ASOLEAMIENTO Y VENTILACION	SERVICIOS BASICOS		VISTA DEL ENTORNO	SUPERFICIE	TOTAL
						AASS	AAPP			
Opción 1 (Portoviejo)	5	5	3	4	3	5	5	3	4	37
Opción 2 (Crucita)	2	1	1	4	5	0	3	5	3	24
Opción 3 (Montecristi)	5	4	3	5	5	5	5	2	5	39
Opción 4 (Manta)	3	4	3	5	5	5	5	2	5	37

TABLA # 49 CUADRO DE PONDERACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE TERRENOS

Después de realizar la calificación correspondiente en cada una de las opciones de implantación, se optó por la alternativa #3, la cual obtuvo el mayor puntaje.

7.5. Programación arquitectónica

7.5.1. Ubicación del objeto arquitectónico

Anteriormente se especificaron los parámetros que se deben analizar en cuanto a la ubicación del terreno (CAP. 7, apartado 7.3.1), lo que nos permitió realizar una selección de todas las alternativas planteadas y de esta manera proceder a la designación del mismo.

El terreno escogido se encuentra en el límite entre Montecristi y Manta, en el sector Colorado, en una zona sin uso de suelo específico, aislada de todo tipo de ruido, olores y humos; cuenta también con todos los servicios básicos, acceso vial intercantonal y provincial estratégico, extensión de terreno y demarcación dentro de un contexto natural potencialmente agradable con corrientes de aire favorables.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 140. Ubicación del objeto arquitectónico

7.5.2. Aspectos generales de la ubicación seleccionada

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 141. Aspectos generales de la ubicación seleccionada

- La alternativa escogida se encuentra ubicada sobre la vía al aeropuerto “Eloy Alfaro”, en esta ruta encontramos al redondel del colorado q funciona como cordón vial que une a las 4 vías: Montecristi-Manta, la avenida circunvalación y la vía al aeropuerto. Siendo todas vías principales de gran movimiento vehicular cantonal, intercantonal y provincial.
- En el entorno del mismo se puede observar la ubicación de galpones y patios de almacenamiento industrial; además de distintas zonas de recreación tales como uno de los complejos deportivos de la Aso. de médicos de Manta y el centro recreacional Torreón.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto

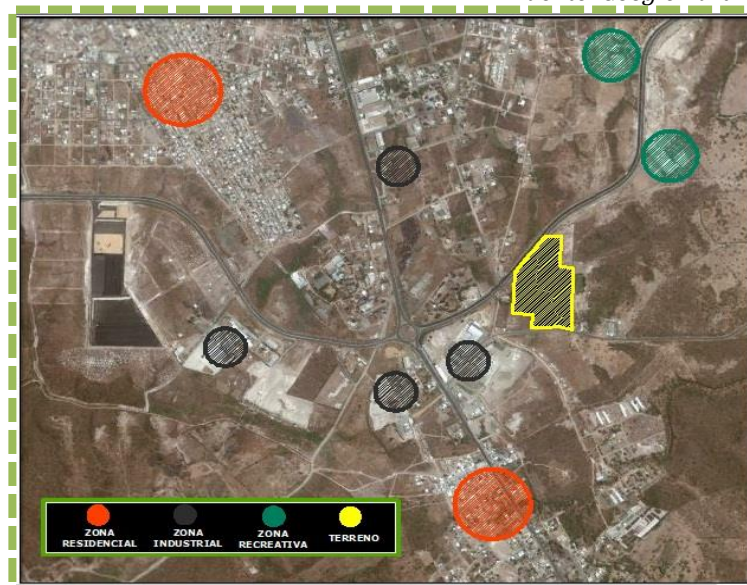


Ilustración 142. Uso del suelo del terreno seleccionado

- Como mencionamos anteriormente su zona carece de consolidación, razón por la que no podemos expresarnos concretamente en términos de actividades del sector a más de una zonificación que no está contemplada como una ordenanza sobre el uso de suelo. Se puede mencionar como actividades provisionales la recreativa y la industrialización.
- El terreno se encuentra en una zona sin elevaciones, permitiendo que las corrientes de aires fluyan en el terreno y en la zona, impidiendo la acumulación de humos u olores provocados por ciertas industrias cercanas.

7.5.3. Condiciones ambientales del terreno

Por su ubicación goza de un microclima fresco, y vientos moderados, que ayudan a mitigar la influencia de los rayos solares, los cuales inciden normalmente sobre las horas de la tarde.

Los vientos alisios moderados que se dirigen en sentido noreste – suroeste, afectan lo que es la parte lateral derecha del terreno, y los vientos predominantes que tienen direcciones norte – sur, o noreste – sureste, inciden en la zona frontal del terreno.

El clima es tropical, cálido, seco, fresco; tiene una temperatura promedio de 28° C, la que es variable tanto en el verano como en el invierno; en la época de invierno sube más de 30° C, mientras que en el verano en determinadas épocas provoca olas de frío donde la temperatura baja a 20° C y 22° C por las noches o madrugadas.

Fuente: Google Earth-Autoras de Proyecto



Ilustración 143. Condiciones ambientales del terreno

7.5.4. Formas y dimensiones del terreno

El Terreno posee un área de 60237.81m² lo que corresponde a 6.23 hectáreas, teniendo las siguientes dimensiones:

Este posee forma rectangular, con pequeñas irregularidades geométricas en su lado frontal y trasera, ubicado según la dirección del norte geográfico.

Fuente: Autoras de Proyecto

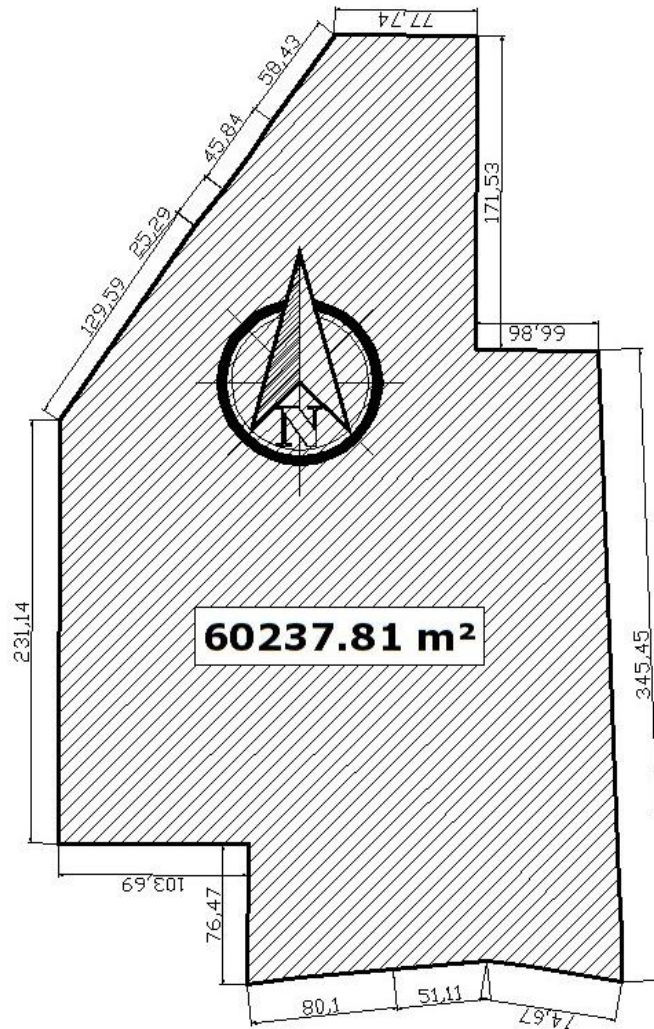


Ilustración 144. Formas y dimensiones del terreno

7.5.5. Relación con el contexto

Fuente: Autoras de Proyecto

Objeto Arquitectónico	Localización	Contexto Urbano		Tipo de Relación				
		ZONA	TIPO	DI-RECTA	INDI-RECTA	NINGUNA		
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MANABI	Ubicado en los límites urbanos entre Monteristi y Manta, sector el Colorado.	Industrial	Almacenamiento	x				
		Residencial			x			
		Comercial					x	
		Agrícola					x	
		Áreas comunales	Plazas					x
			Salud					x
			Culto					x
		Recreación			x			
			Servicios				x	
		Estructura Vial	Carretera		x			
			Vías Secundarias		x			
		Comunicación	Circulación		x			
		Periféricas Peatonal			x			
		Infraestructura	A.A.L.L.		x			
			A.A.P.P.		x			
		Factores Paisajísticos y	A.A.S.S.		X			
			E. Eléctrica		X			
			Teléfono		X			
		Factores Paisajísticos y Ambientales	Topografía		X			
			Vegetación				x	
			Vientos		x			
		Crecimiento de la zona	Norte		x			
			Sur		x			
Este			x					
Oeste					x			

7.6. Programación del diseño

7.6.1. Programa de necesidades

Fuente: Autoras de Proyecto

CUADRO DE NECESIDADES
ADMINISTRACION
Recepción
Sala de espera
Sshh hombres
Sshh mujeres
Secretaría
Administración ½ sshh
Gerencia ½ sshh
Recursos humanos
Contabilidad
Estadísticas
Jefe de personal
Trabajadora social
Sala de sesiones
ZONA DE SERVICIO
· Lavandería:
· Sastrería
· Lavado
· Planchado
· Secado
· Doblado
· Bodegas
· Utilería sucia
· Utilería limpia
Cocina general:
· Llegada de alimentos
· Limpieza de alimentos
· Clasificación de alimentos
· Frigoríficos (carnes - vegetares)
· Zona de cocción de alimentos
· Zona de lavado de vajilla
· Zona de almacenamiento de vajillas
· Bodegas
· Alacena
· Comedor de personal
Cuarto de máquinas
Bar - Cafetería
Ebanistería
Farmacia
ZONA DE CONSULTA EXTERNA
Recepción
Sala de espera

Baterías sanitarias
3 Consultorios psiquiátricos
2 consultorios psicólogos
1 consultorio terapéutico
1 consultorio nutricionista
1 laboratorio clínico
ZONA DE HOSPITALIZACION
ZONA DE INGRESO
Estación de enfermería - botiquín
15 habitaciones individuales - sshh
2 habitaciones de seguridad - sshh
1 consultorio de control de pacientes
Salas de estar para pacientes
Comedor
ZONA DE MEDIA ESTANCIA
· HOMBRES/MUJERES
Estación de enfermería - botiquín
Sala de espera
1 consultorio de control de pacientes
Sala de visitas
Comedor
Sala de recreación pasiva
· HOMBRES:
3 Cuartos generales de (6 camas)
Baños generales zonificados
Salas de estar
Utilería limpia
Utilería sucia
Utilería general
· MUJERES:
3 Cuartos generales de (6 camas)
Baños generales zonificados
Salas de estar
Utilería limpia
Utilería sucia
Utilería general
ZONA DE CRONICOS
· HOMBRES/MUJERES
Estación de enfermería - botiquín
Sala de espera
2 consultorios de control de pacientes
Sala de visitas
Comedor
Sala de recreación pasiva
· HOMBRES:
3 Cuartos generales de (4 camas)
Baños generales zonificados
1 cuarto de seguridad
Salas de estar
Utilería limpia
Utilería sucia
Utilería general
· MUJERES:
3 Cuartos generales de (4 camas)
Baños generales zonificados
1 cuarto de seguridad

Salas de estar
Utilería limpia
Utilería sucia
Utilería general
AREA DE TERAPIAS
Estación de enfermería
2 salas de Terapia ocupación
1 sala de terapia física
1 gimnasio
1 sala de terapia de electroshock
Baterías sanitarias
AREA DE RECREACION
2 canchas multiuso
1 cancha de futbol
1 sala de juegos
Áreas verdes
Plazoletas
AREAS COMPLEMENTARIAS
1 Invernadero
1 Capilla

TABLA # 51 PROGRAMA DE NECESIDADES

7.6.2. Organigramas

7.6.2.1. Organigramas funcionales

· ORGANIGRAMA GENERAL

Fuente: Autoras de Proyecto

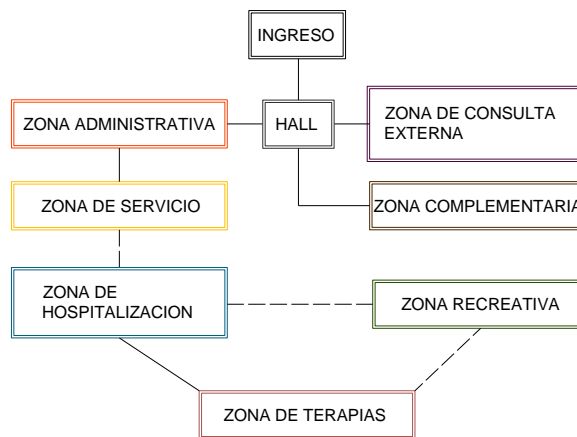


Ilustración 145. Organigrama funcional general

· ZONA DE CONSULTA EXTERNA

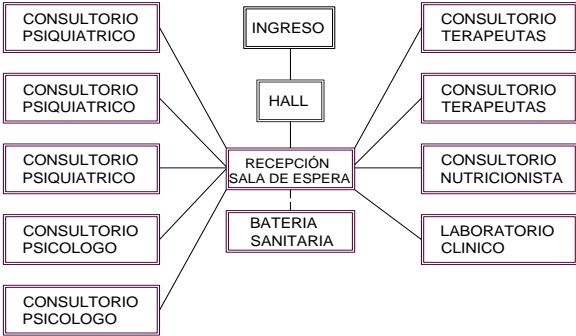


Ilustración 146. Organigrama funcional de consulta externa

· ZONA ADMINISTRATIVA

Fuente: Autoras de Proyecto

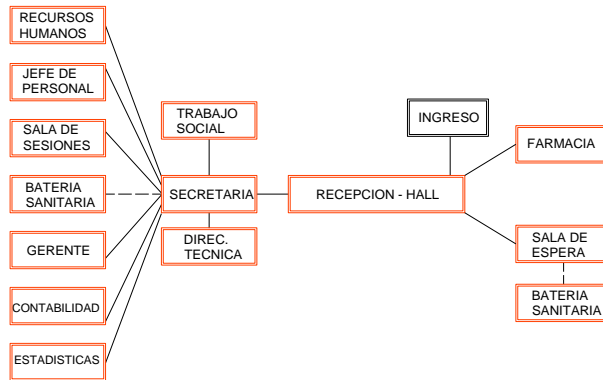


Ilustración 147. Organigrama funcional de la zona administrativa

· ZONA DE SERVICIO

Fuente: Autoras de Proyecto

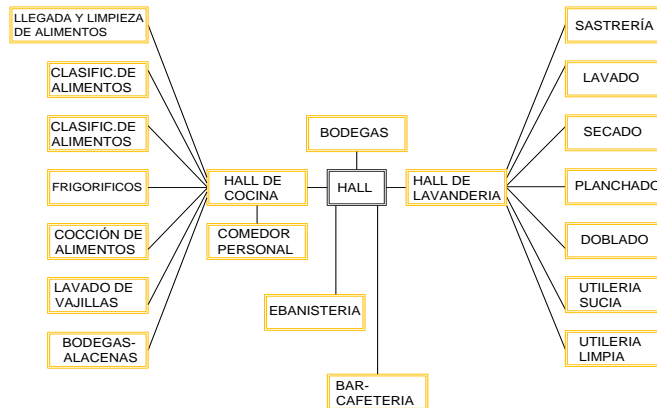


Ilustración 148. Organigrama funcional de la zona de servicio

· ZONA DE TERAPIAS

Fuente: Autoras de Proyecto

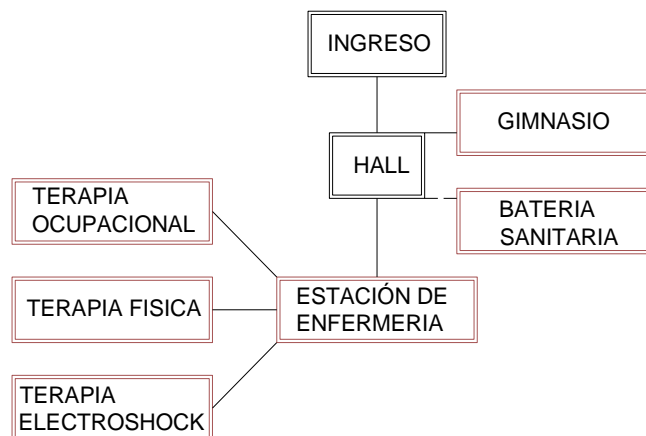


Ilustración 149. Organigrama funcional de la zona de terapias

- ZONA DE INGRESADOS

Fuente: Autoras de Proyecto

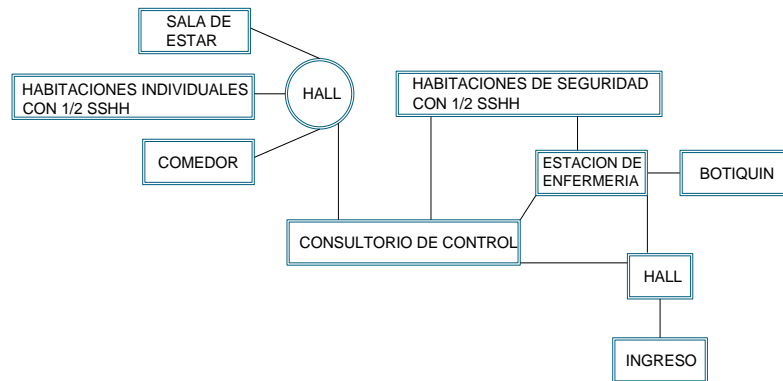


Ilustración 150. Organigrama funcional de la zona de ingresados

- ZONA DE MEDIA ESTANCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

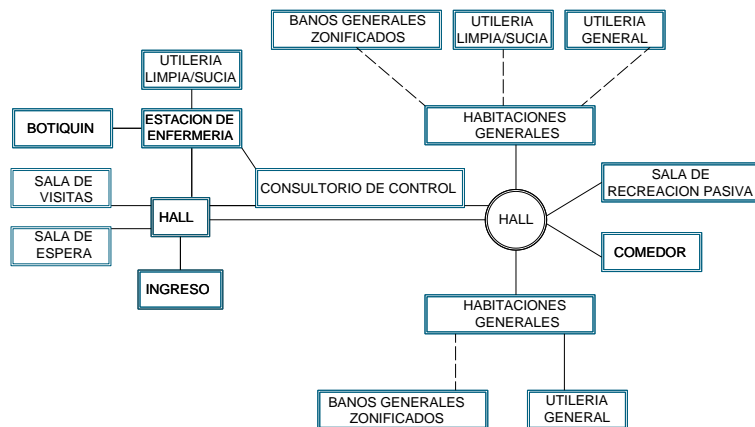


Ilustración 151. Organigrama funcional de la zona de media estancia

- ZONA DE CRÓNICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

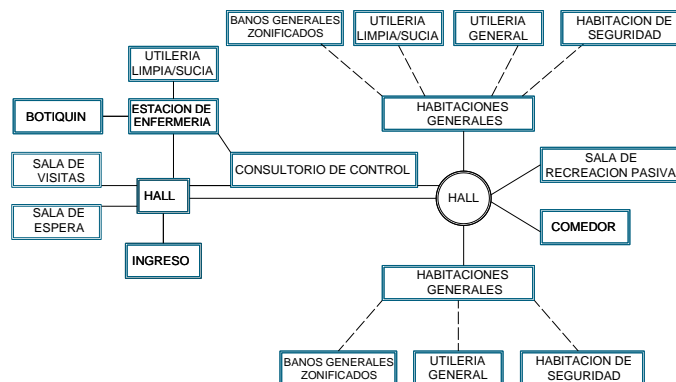


Ilustración 152. Organigrama funcional de la zona de crónicos

· ZONAS COMPLEMENTARIAS

Fuente: Autoras de Proyecto

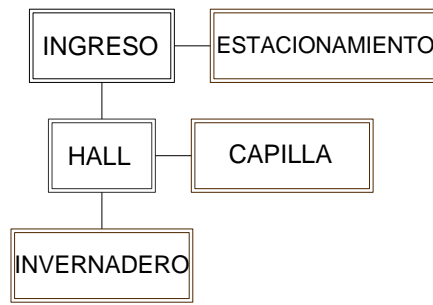


Ilustración 153. Organigrama funcional de la zona complementaria

· ORGANIGRAMA GENERAL POR ZONAS

Fuente: Autoras de Proyecto

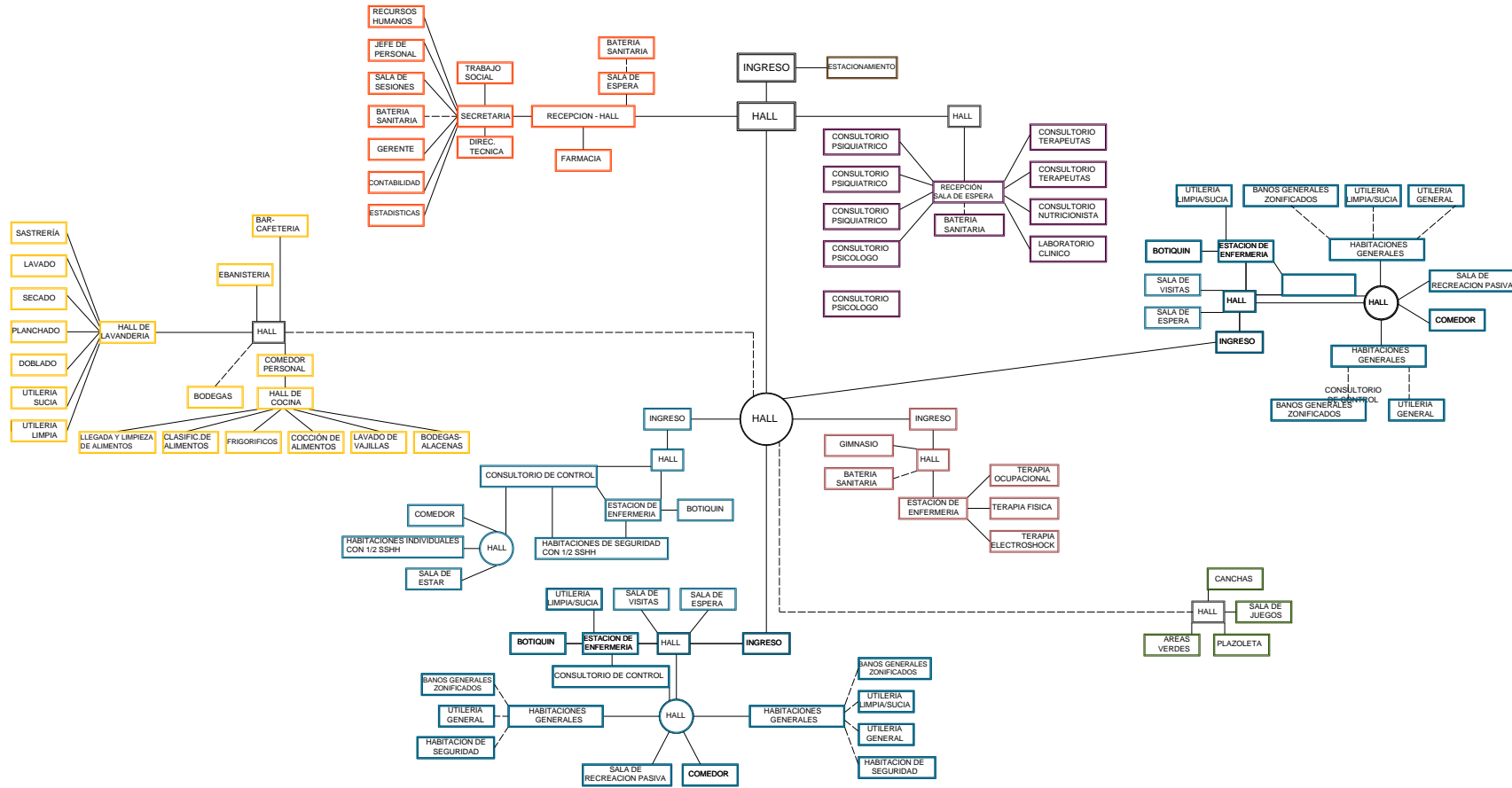


Ilustración 154. Organigrama funcional general por zonas

7.6.2.2. *Organigramas de circulación*

· ORGANIGRAMA GENERAL

Fuente: Autoras de Proyecto

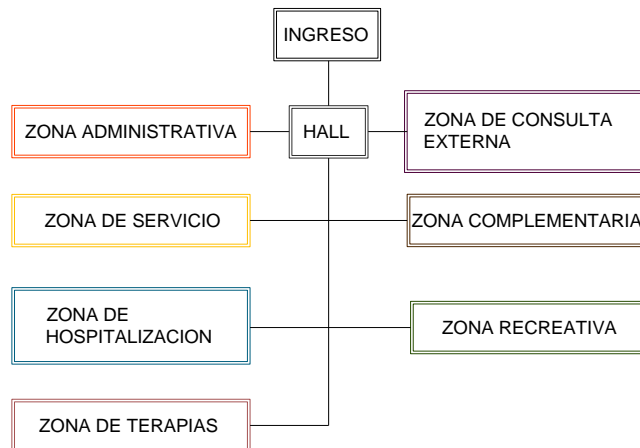


Ilustración 155. Organigrama de circulación general

· ZONA DE CONSULTA EXTERNA

Fuente: Autoras de Proyecto

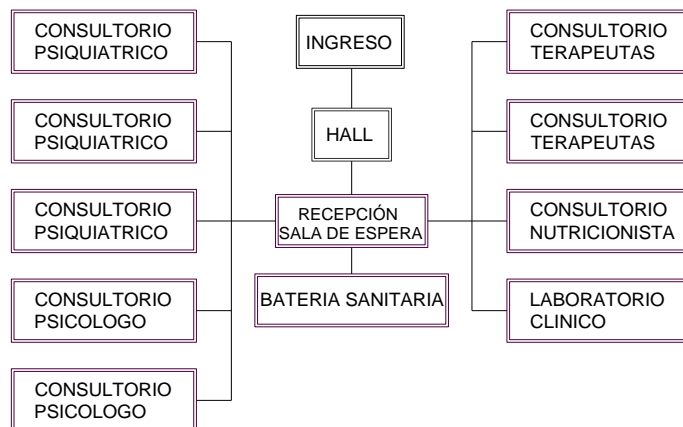


Ilustración 156. Organigrama de consulta externa

· ZONA ADMINISTRATIVA

Fuente: Autoras de Proyecto

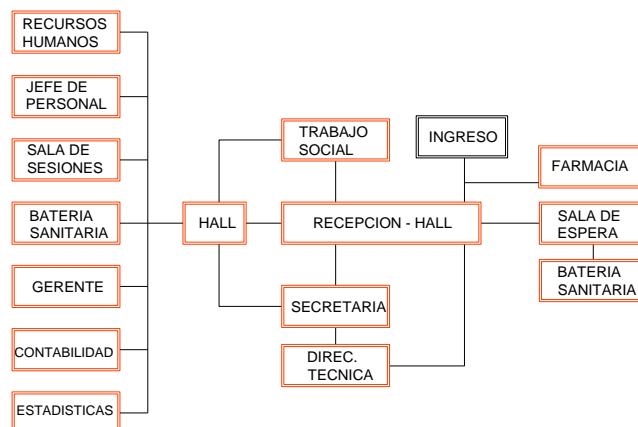


Ilustración 157. Organigrama de circulación de la zona administrativa

· ZONA DE SERVICIO

Fuente: Autoras de Proyecto

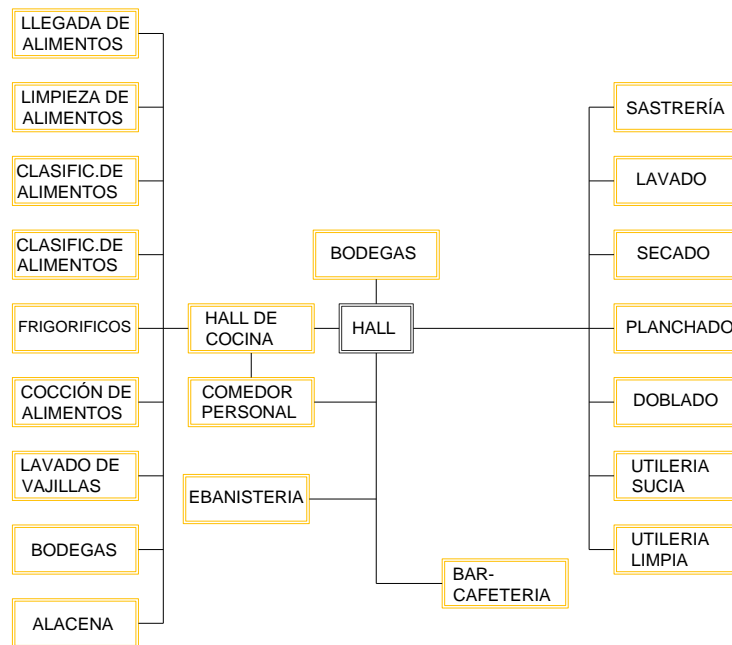


Ilustración 158. Organigrama de circulación de la zona de servicio

· ZONA DE TERAPIAS

Fuente: Autoras de Proyecto

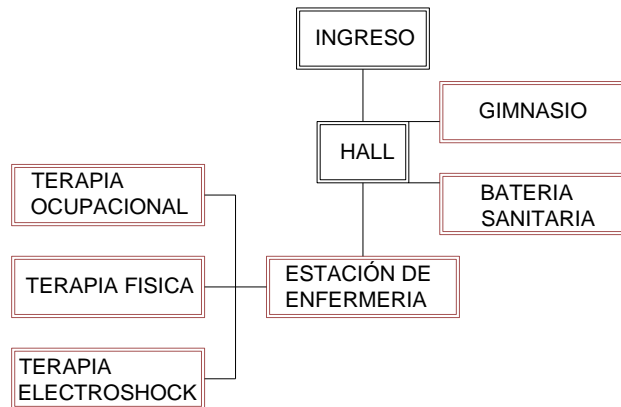


Ilustración 159. Organigrama de circulación de la zona de terapia

· ZONA DE INGRESO

Fuente: Autoras de Proyecto

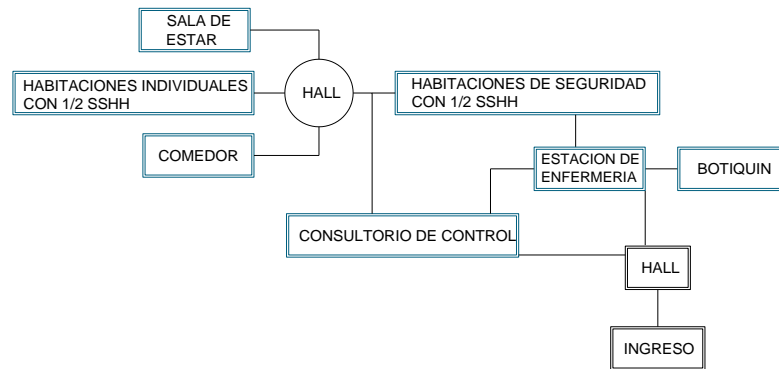


Ilustración 160. Organigrama de circulación de la zona de ingreso

· ZONA DE MEDIA ESTANCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

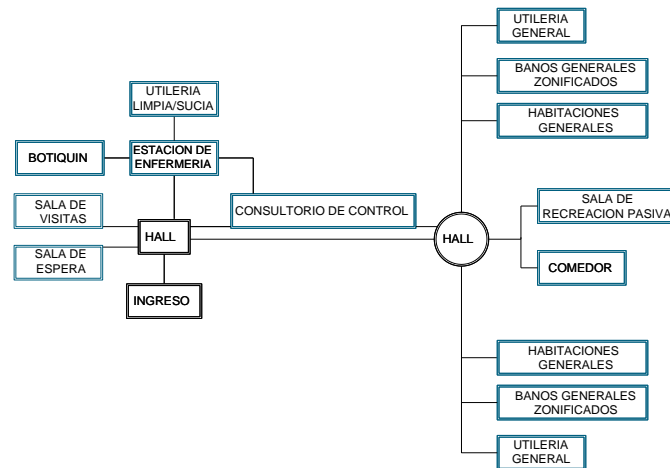


Ilustración 161. Organigrama de circulación de la zona de media estancia

· ZONA DE CRONICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

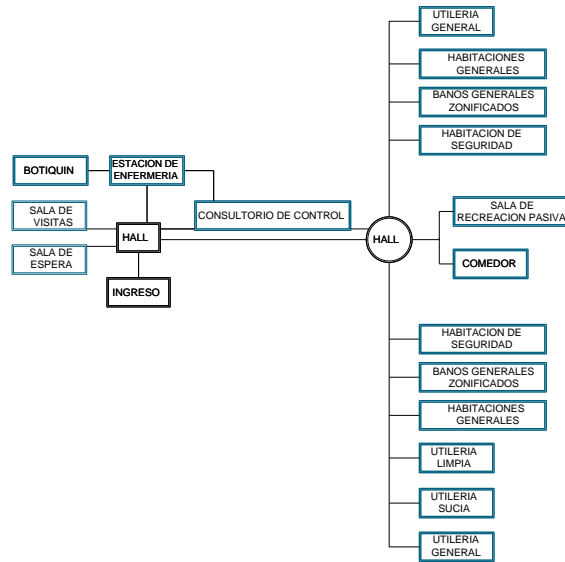


Ilustración 162. Organigrama de circulación de la zona de crónicos

· ZONAS COMPLEMENTARIAS

Fuente: Autoras de Proyecto

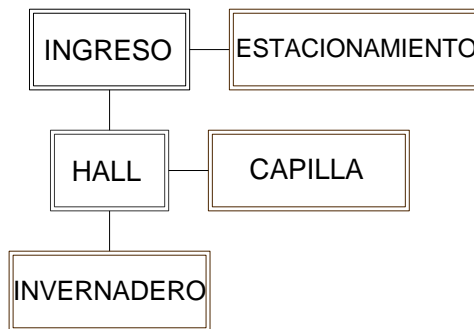


Ilustración 163. Organigrama de circulación de la zona de complementaria

· ORGANIGRAMA GENERAL POR ZONAS

Fuente: Autoras de Proyecto

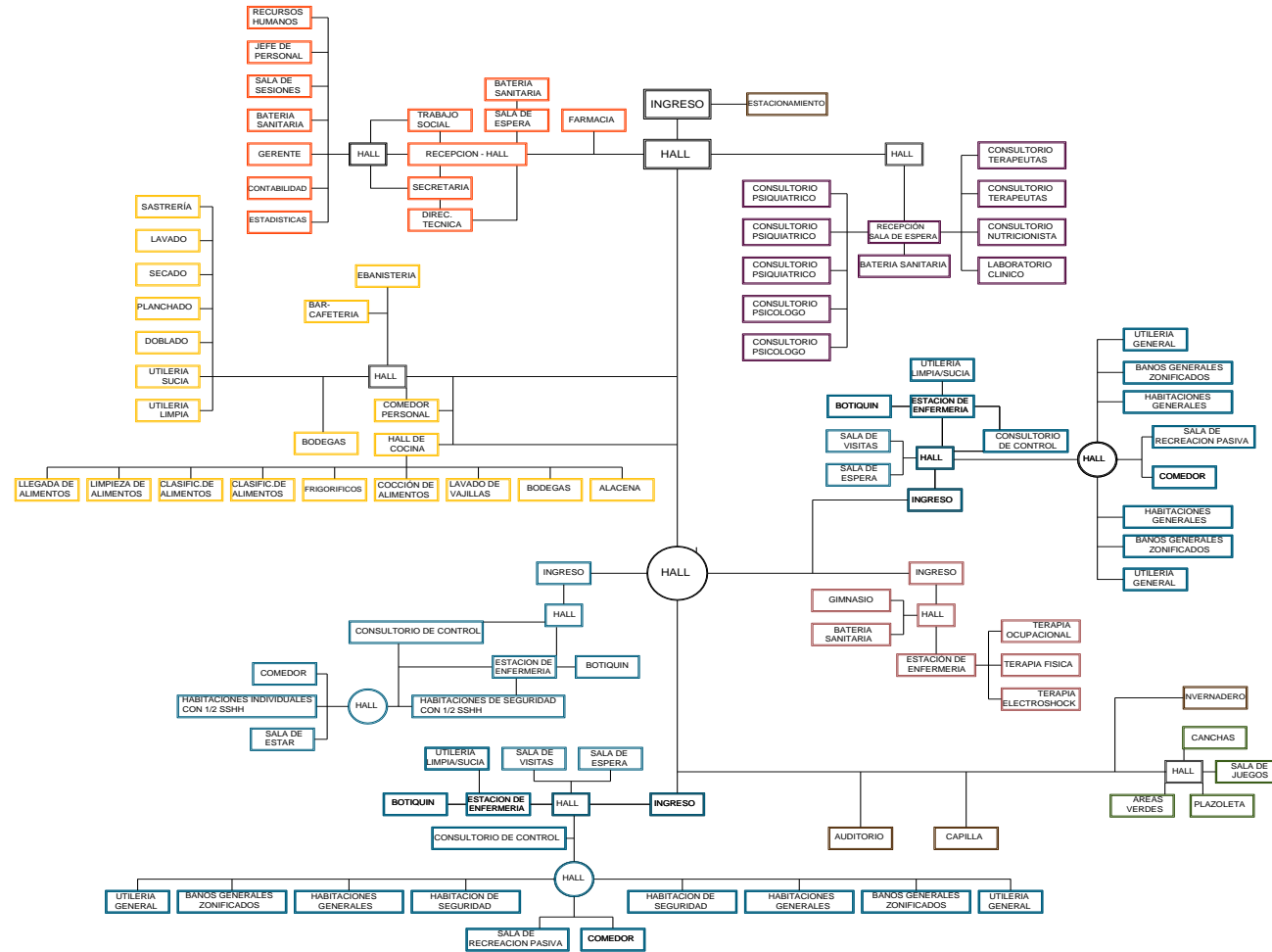

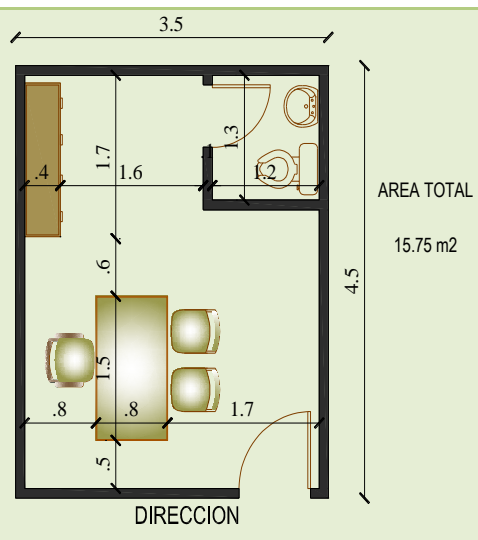


Ilustración 164. Organigrama de circulación general por zona

7.6.3. Estudio de áreas

ID		ZONA	ACTIVIDAD
01		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD		AREA	ROL
Dirección		Recepción	Esta área se designa para el control y recepción de las personas que llegan a solicitar algún servicio o a reunirse con el personal administrativo.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR Recepcionista		sillón escritorio-mostrador	EMISOR 8 horas
RECEPTOR Usuarios		archivador 1 computador	RECEPTOR 10 a 15 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial/natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Artificial/natural		OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">RECEPCION</p> <p style="text-align: right;">AREA 24,00 m²</p>			

ID	02	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Dirección	Secretaria del director	Organizar la información del Hospital, informar y asistir al director en trámites administrativos	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Secretaria	sillón escritorio	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	sillas archivador 1 computador	RECEPTOR 15 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>AREA 7.63 m²</p> <p>SECRETARIA</p>			

ID	03	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Dirección	Oficina del Director	Direccionar el funcionamiento del Hospital	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Director	sillón presidencial escritorio sillas	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	archivador computador 1 medio baño	RECEPTOR 20 a 50 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
 <p>AREA TOTAL 15.75 m2</p>			

ID	04	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Dirección	Sala de Sesiones	Reunir al personal administrativo o/y médico para discutir tópicos referentes al funcionamiento del hospital.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Director RECEPTOR Personal Médico o Administrativo	Mesa de Juntas 8 sillas	EMISOR a 2 horas RECEPTOR a 2 horas	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural VENTILACION Artificial/natural	RUIDOS bajos OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">SALA DE JUNTAS</p> <p style="text-align: right;">AREA TOTAL 15,00 m²</p>			

ID	05	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD		AREA	ROL
Dirección		Gerente	Asistir al director técnico con el funcionamiento del Hospital.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR Gerente		sillón presidencial escritorio sillas	EMISOR 8 horas
RECEPTOR Usuarios		archivador 1 computador 1 medio baño	RECEPTOR 15 a 30 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial/natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Artificial/natural		OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">GERENTE</p> <p style="text-align: right;">AREA TOTAL 15.75 m²</p>			


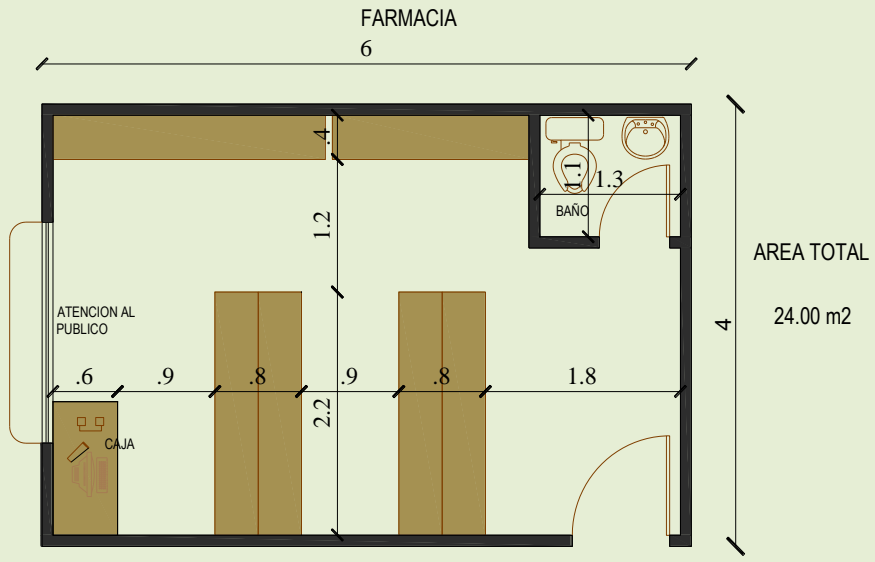
ID	06	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Administración	Recursos Humanos	Administrar y controlar las funciones del personal administrativo. Distribuir y guardar los insumos de oficina.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -	escritorio sillas 1 archivador	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	computador	RECEPTOR 10 a 15 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>AREA TOTAL 15.75 m²</p> <p>RECURSOS HUMANOS</p>			

ID	07	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Administración	Contabilidad	Administrar y controlar el área contable del hospital bajo la supervisión del director y/o gerente.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Contador	sillón presidencial 1 escritorio sillas	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	archivador 1 computador	RECEPTOR 10 a 15 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>AREA TOTAL 15.75 m2</p> <p>CONTABILIDAD</p>			

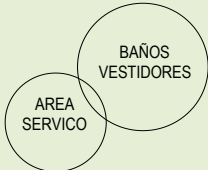
ID	08	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Administración	Estadística	Archivar registros clínicos y de producción del hospital, y de control de pacientes.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Jefe Dep. Estadística y auxiliar de estadística	sillón presidencial escritorios 5 sillas archivador	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Pacientes y otros usuarios	computadores 14 estanterías	RECEPTOR 10 a 15 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>AREA TOTAL 35,00 m2</p>			

ID	10	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Dirección	Trabajo Social	Evaluar condiciones socioeconómicas del paciente y de la familia del paciente.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Trabajadora Social	sillón presidencial 1 escritorios sillas	EMISOR 4-6 horas	
RECEPTOR Pacientes y Familiares		RECEPTOR 10 a 20 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>AREA TOTAL 15.75 m2</p> <p>TRABAJO SOCIAL</p>			

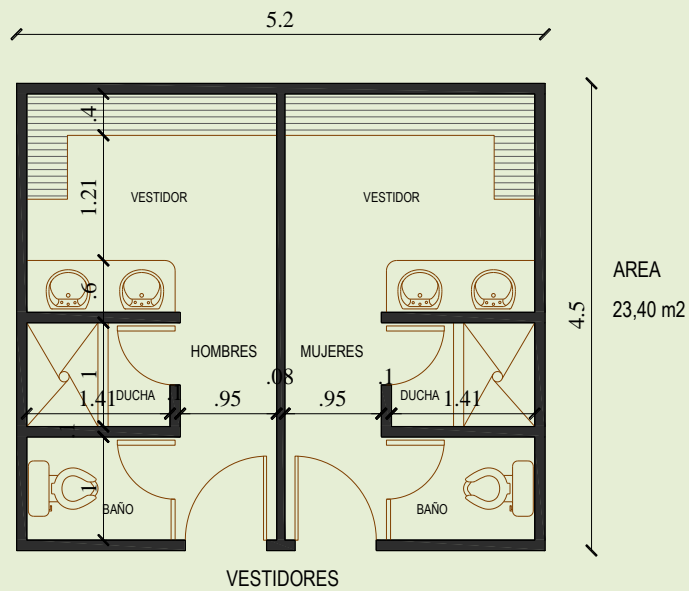
ID	11	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Dirección	Sala de Espera	Brindar un espacio mientras se espera atención.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -	Mesa de Centro y muebles	EMISOR -	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR 10 a 15 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>SALA DE ESPERA</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>AREA TOTAL 12,00 m²</p>			

ID	12	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD		AREA	ROL
Dirección		Farmacia	Expendir medicamentos al público.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR Farmacéutico RECEPTOR Usuarios y Pacientes		6 estanterías computador 1 mesa cajero silla 1 Medio baño	EMISOR 8 horas RECEPTOR a 8 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial/natural VENTILACION Artificial/natural		RUIDOS bajos OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
			

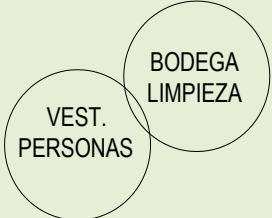
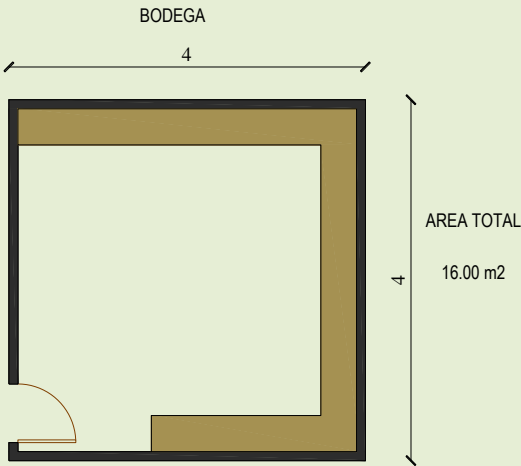
ID	13	ZONA	ACTIVIDAD
		Administrativa	Manejar el funcionamiento del hospital
UNIDAD	AREA	ROL	
Dirección	Baterías Sanitarias	Aseo Personal.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -	inodoros lavamanos urinarios	EMISOR -	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR a 8 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION natural	RUIDOS medios		
VENTILACION natural	OLORES medios		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">BATERIAS SANITARIAS GENERALES</p> <p style="text-align: right;">AREA 24,00 m2</p>			

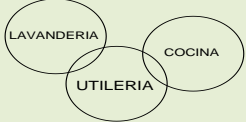
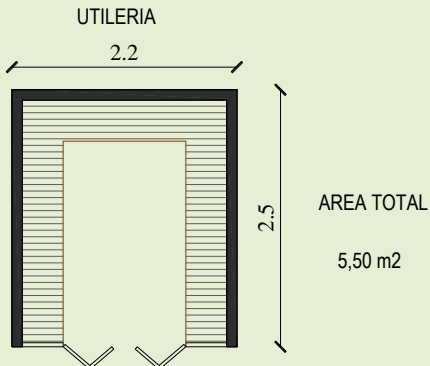
ID 14		ZONA	ACTIVIDAD
		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio		Baños vestidores personal	Aseo y cambio de uniforme del personal.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR ----		baño completo hombres con vestidor	EMISOR ----
RECEPTOR Personal servicio		1 baño completo mujeres con vestidor	RECEPTOR 5 a 15 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Natural		OLORES medios	

ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO



ID		ZONA	ACTIVIDAD
15		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD	AREA	ROL	
Lavandería	Lavandería	Brindar un servicio complementario y necesario para el lavado, secado, planchado y costura.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	lavadoras Secadoras mesones	EMISOR ----	
RECEPTOR Personal limpieza	tablas de planchas máquinas de coser almacenamiento	RECEPTOR 3 a 6 horas	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Natural	RUIDOS medios		
VENTILACION Natural	OLORES Medios		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
16		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio		Bodega	Almacenar
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR -----		Estantes	EMISOR ----
RECEPTOR Personal			RECEPTOR 5 a 10 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Natural		OLORES medios	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
			

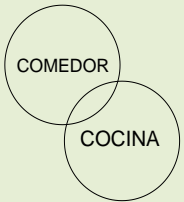
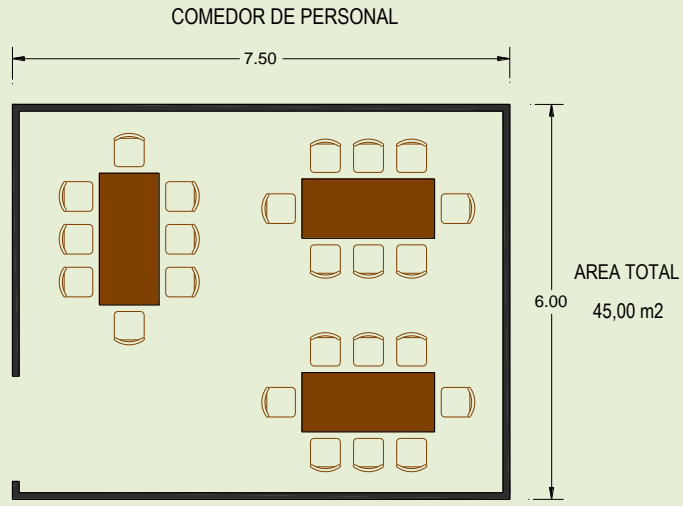
ID 17		ZONA	ACTIVIDAD
		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio		Utilería	Guardar instrumentos
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR Personal de bodega		Estanterías	EMISOR ----
RECEPTOR -			RECEPTOR 2 a 3 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Natural		OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
			

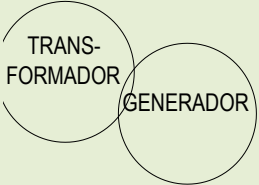
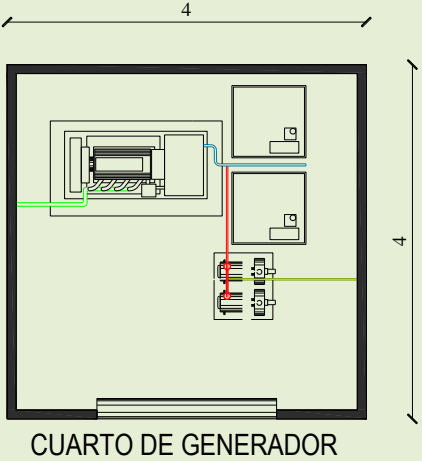
ID		ZONA	ACTIVIDAD
18		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio/Cocina		Llegada, limpieza y clasificación de alimentos	Limpiar, clasificar y distribuir los alimentos correctamente dentro de la cocina.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR - RECEPTOR Personal de cocina		Mesones 4 fregaderos	EMISOR 30min. a 1hora RECEPTOR 2 a 3 horas
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural		RUIDOS medios	
VENTILACION Natural		OLORES altos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			

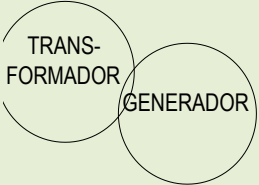
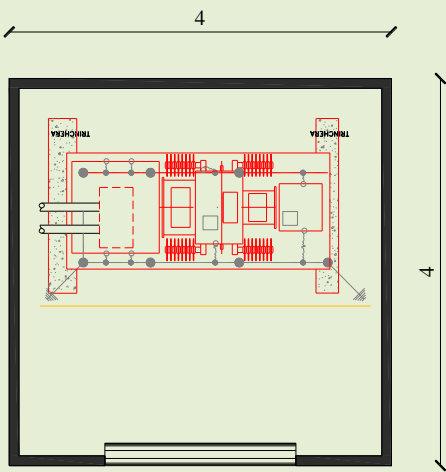
ID	19	ZONA	ACTIVIDAD
		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio/Cocina		Frigoríficos de Alimentos	Mantener los alimentos perecibles en estado consumible.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR -		Cuarto frio	EMISOR -
RECEPTOR Personal de cocina			RECEPTOR 10 a 15 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial		RUIDOS bajos	
VENTILACION Artificial		OLORES altos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>FRIGORIFICOS (CARNES, VEGETALES, LACTEOS, MARISCOS)</p> <p>FRIGORIFICO</p> <p>AREA 6.24 m²</p>			

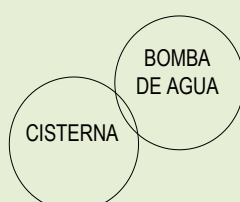
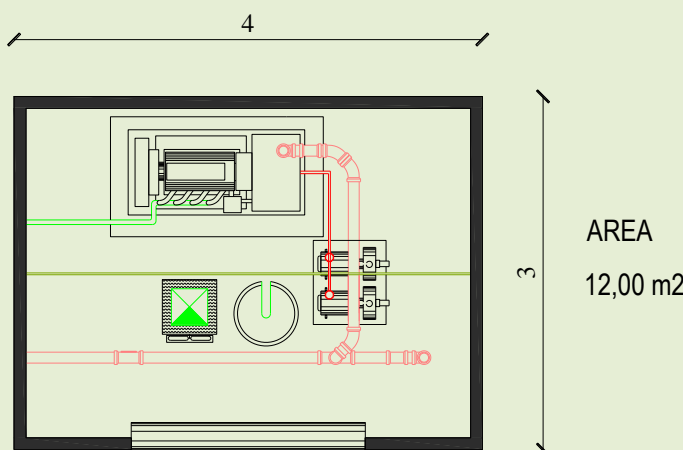
ID		ZONA	ACTIVIDAD
20		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD	AREA	ROL	
Servicio/Cocina	Cocción de alimentos	Proporcionar un espacio para la preparación de los alimentos.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR - RECEPTOR Personal de cocina	Mesones Cocinas	EMISOR - RECEPTOR 4 a 6 horas	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Natural/Artificial	RUIDOS medios		
VENTILACION Natural/Artificial	OLORES altos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">COCCION DE ALIMENTOS</p> <p style="text-align: right;">AREA 88 m2</p>			

ID 21		ZONA	ACTIVIDAD
		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio/Cocina		Lavado y almacenamiento de vajillas	Espacio para el lavado y almacenamiento de vajillas.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR - RECEPTOR Personal de cocina		Mesones lava vajillas Repisas	EMISOR - RECEPTOR 1 a 3 horas
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural/Artificial		RUIDOS altos	
VENTILACION Natural/Artificial		OLORES altos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			

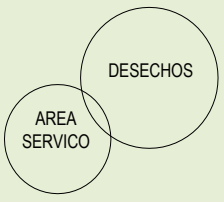
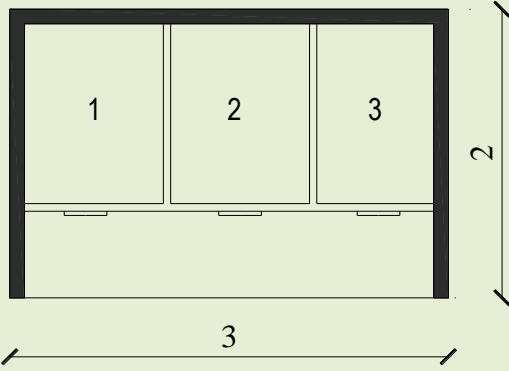
ID		ZONA	ACTIVIDAD
23		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Servicio		Comedor de Personal	Proporcionar un lugar donde el personal pueda alimentarse.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR Personal de cocina RECEPTOR Personal del hospital		Mesas Sillas	EMISOR horas RECEPTOR 1 hora
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural VENTILACION Natural		RUIDOS bajos OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">COMEDOR DE PERSONAL</p>  <p style="text-align: right;">AREA TOTAL 45,00 m2</p>			

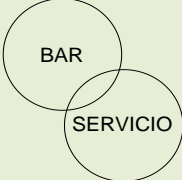
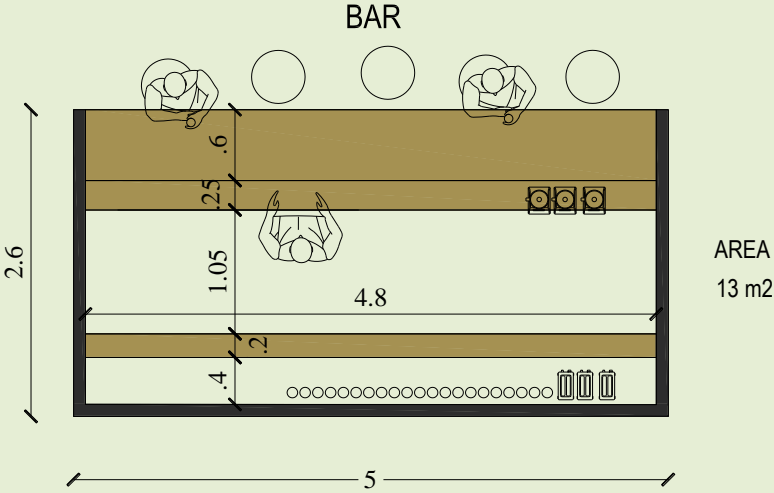
ID 24		ZONA	ACTIVIDAD
		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD	AREA	ROL	
Cuarto de Maquinas	Cuarto de Generador	Albergar generador eléctrico	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR - RECEPTOR -	Generador Paneles de control de todo el hospital	EMISOR - RECEPTOR -	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Natural VENTILACION Natural	RUIDOS altos OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
 <p style="text-align: center;">CUARTO DE GENERADOR</p> <p style="text-align: right;">AREA 16,00 m2</p>			

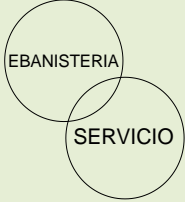
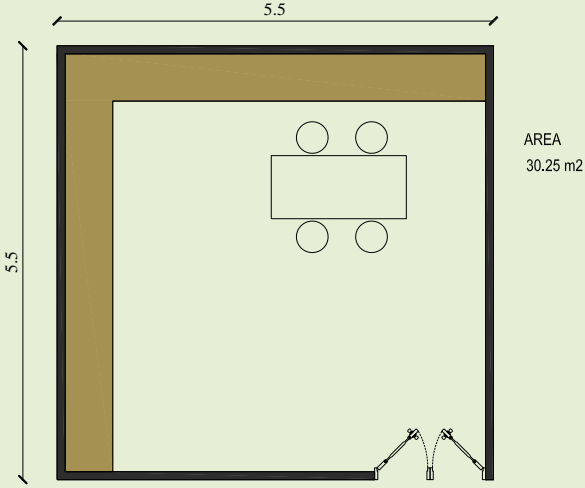
ID		ZONA	ACTIVIDAD
25		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Cuarto de Maquinas		Cuarto de transformador	Albergar generador eléctrico
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR - RECEPTOR -		Transformador	EMISOR - RECEPTOR -
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural VENTILACION Natural		RUIDOS bajos OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
 <p>AREA 16,00 m²</p> <p>CUARTO DE TRANSFORMADOR</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
26		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD	AREA	ROL	
Cuarto de Maquinas	Cuarto de bomba de agua	Suministrar de agua al hospital	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR - RECEPTOR -	Bomba de Agua	EMISOR - RECEPTOR -	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Natural VENTILACION Natural	RUIDOS altos OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
 <p style="text-align: center;">CUARTO DE BOMBA DE AGUA</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
27		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Cuarto de Maquinas		Cisterna	Almacenar agua
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR - RECEPTOR -		Cisterna	EMISOR - RECEPTOR -
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural VENTILACION Natural		RUIDOS bajos OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">CISTERNA</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: right;">AREA TOTAL 25,00 m2</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
28		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Desechos		Cuarto de Desechos	Aseo
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR -		3 vagones desechos	EMISOR -
RECEPTOR Pers. Servicio			RECEPTOR 5 a 15 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Natural		OLORES altos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">DESECHOS</p>  <p style="text-align: right;">AREA TOTAL 6.00 m2</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
29		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD		AREA	ROL
Bar		Bar	Expende snacks entre las horas de comida.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR -		Mesones Sillas	EMISOR a 6 horas RECEPTOR 3 a 5 min.
RECEPTOR -			
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Natural		RUIDOS altos	
VENTILACION Natural		OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
30		Servicio	Actividades de Limpieza, Mantenimiento y servicios del Hospital.
UNIDAD	AREA	ROL	
Taller	Ebanistería	Dar mantenimiento al mobiliario que compone el hospital.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -	3 vagones desechos	EMISOR -	
RECEPTOR Personal de Servicio		RECEPTOR 3 a 5 horas	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Natural	RUIDOS altos		
VENTILACION Natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">EBANISTERIA</p>  <p style="text-align: right;">AREA 30.25 m2</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
31		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA	ROL	
Recepción	Recepción	Esta área se designa para el control y recepción de las personas que llegan a solicitar alguna consulta médica.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Recepcionista	silla de oficina 1 mesón computadora	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR a 10 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">RECEPCION</p> <p style="text-align: right;">AREA 24,00 m²</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
32		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA	ROL	
Sala de espera	Sala de espera	Dar cabida a pacientes en espera.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	Sillas	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR 30 a 60 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>SALA DE ESPERA GENERAL</p> <p>6,5</p> <p>4,79</p> <p>AREA 31.13m²</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
33		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA	ROL	
Consultorios	Consultorio de Psiquiatría	Atención especializada para pacientes con patologías mentales.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Psiquiatra	sillón presidencial	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Pacientes	1 escritorio sillas mueble de un cuerpo 1 mueble de dos cuerpos 1 medio baño	RECEPTOR 30 a 45 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>CONSULTORIO DE PSIQUIATRÍA</p> <p>AREA 20.79 m²</p>			

ID	3		ZONA	ACTIVIDAD
	4		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA		ROL	
Consultorios	Consultorio de Psicología		Atención especializada para pacientes con desequilibrios mentales.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO		FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Psicólogo	sillón presidencial 1 escritorio		EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Pacientes	sillas mueble de un cuerpo 1 mueble de dos cuerpos 1 medio baño		RECEPTOR 30 a 45 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS		REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos			
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos			
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO				
<p style="text-align: center;">CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA</p> <p style="text-align: right;">AREA 20.79 m²</p>				

ID		ZONA	ACTIVIDAD
35		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA	ROL	
Consultorios	Consultorio de Terapia familiar	Atención especializada para familiares de pacientes con desequilibrios mentales.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Terapeuta	sillón presidencial 1 escritorio	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	sillas mueble de un cuerpo 1 mueble de tres cuerpos 1 medio baño	RECEPTOR 45 a 60 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>CONSULTORIO DE TERAPIA FAMILIAR</p> <p>AREA 20.79 m²</p>			

ID	3 6	ZONA	ACTIVIDAD
		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA	ROL	
Consultorios	Consultorio de Nutricionista	Atención especializada para pacientes con desórdenes alimenticios.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Nutricionista	sillón presidencial 1 escritorio	EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	sillas mueble de un cuerpo 1 mueble de dos cuerpos 1 medio baño	RECEPTOR 30 a 45 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">CONSULTORIO DE NUTRICIONISTA</p> <p style="text-align: right;">AREA 20.79 m²</p>			

ID	3		ZONA	ACTIVIDAD
		7		Consulta Externa
UNIDAD		AREA		ROL
Batería Sanitaria		Batería Sanitaria		Necesidades biológicas y aseo
USUARIOS		EQUIPAMIENTO		FRECUENCIA DE USO
EMISOR -----		inodoros lavamanos 1 urinario		EMISOR -----
RECEPTOR Usuarios				RECEPTOR a 5 min.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS		REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial/natural VENTILACION Artificial/natural		RUIDOS bajos OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO				
<p style="text-align: center;">BATERIAS SANITARIAS GENERALES</p> <p style="text-align: right;">AREA 24,00 m²</p>				

ID	3 8	ZONA	ACTIVIDAD
		Consulta Externa	Dar atención ambulatoria a pacientes
UNIDAD	AREA	ROL	
Consultorios	Laboratorio Clínico	Destinado a ofrecer un servicio complementario de atención a la salud con la intención de controlar los tratamientos de los pacientes.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Laboratorista RECEPTOR Usuarios	sillones vitrina 1 mesón fregadero 3 microoscópicos	EMISOR 8 horas RECEPTOR 10 a 15 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural VENTILACION Artificial/natural	RUIDOS bajos OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">LABORATORIO CLINICO</p> <p style="text-align: right;">AREA 25.92 m²</p>			

ID	3		ZONA	ACTIVIDAD
		9		Hospitalización
UNIDAD	AREA		ROL	
Zona de Ingreso	Estación de enfermería		Dar atención a los pacientes de hospitalización.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO		FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Enfermera	escritorio de pared Estante de insumos		EMISOR 8 horas	
RECEPTOR Usuarios	1 silla		RECEPTOR a 10 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS		REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos			
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos			
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO				
<p>ESTACION DE ENFERMERIA</p> <p>AREA 9,00 m²</p>				

ID		ZONA	ACTIVIDAD
40		Hospitalización	Dar atención a pacientes que necesitan ser reclutados
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Ingreso	Utilería limpia / sucia	Almacenar la ropería sucia y limpia	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	escritorio de pared Estante de insumos 1 silla	EMISOR ----- RECEPTOR a 10 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>AREA 5,50 m2</p>			

ID	4		ZONA	ACTIVIDAD
		1		Hospitalización
UNIDAD		AREA		ROL
Zona de Ingreso		Habitación individual		Dar atención a las personas recién ingresadas que necesitan un estricto control para diagnosticar su enfermedad.
USUARIOS		EQUIPAMIENTO		FRECUENCIA DE USO
EMISOR -----		escritorio de pared Estante de insumos		EMISOR -----
RECEPTOR Usuarios		1 silla		RECEPTOR 24 horas.
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS		REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial/natural		RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural		OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO				
<p>HABITACIÓN INDIVIDUAL</p> <p>AREA 12.24 m²</p>				

ID	4 2	ZONA	ACTIVIDAD
		Hospitalización	Dar atención a pacientes que necesitan ser reclutados
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Ingreso	Habitación de seguridad	Dar atención a las personas recién ingresadas que presentan síntomas violentos.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Enfermera	escritorio de pared Estante de insumos	EMISOR horas	
RECEPTOR Usuarios	1 silla	RECEPTOR a 10 min.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>HABITACIÓN DE SEGURIDAD</p> <p>AREA 12.24 m²</p>			

ID	4 3	ZONA	ACTIVIDAD
		Hospitalización	Dar atención a pacientes que necesitan ser reclutados
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Ingreso	Sala de estar	Brindar confort y entretenimiento a los pacientes	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	3muebles del 3 cuerpos mueble de 2 cuerpos 1 librero	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR a 2 horas	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">SALA DE ESTAR</p> <p style="text-align: right;">AREA 20.00 m²</p>			

ID	ZONA		ACTIVIDAD
	44	Hospitalización	
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Ingreso	Consultorio de control	Supervisar a los pacientes recién ingresados para diagnosticar su estado	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Psiquiatra	sillón presidencial 1 escritorio sillas	EMISOR horas	
RECEPTOR Usuarios	mueble de un cuerpo 1 mueble de dos cuerpos 1 medio baño	RECEPTOR 30 a 45 min	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">CONSULTORIO DE CONTROL</p> <p style="text-align: right;">AREA 20.79 m²</p>			

ID 45		ZONA	ACTIVIDAD
		Hospitalización	Dar atención a pacientes que necesitan ser reclutados
UNIDAD		AREA	ROL
Zona de Ingreso		Comedor	Alimentar a los pacientes
USUARIOS		EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
EMISOR -----		mesas de 4 sillas Un mesón Un fregadero	EMISOR -----
RECEPTOR Usuarios			RECEPTOR 30 a 45 min
COND. NECESARIAS		COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA
ILUMINACION Artificial/natural		RUIDOS bajos	
VENTILACION Artificial/natural		OLORES bajos	
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>COMEDOR</p> <p>LLEGADA DE ALIMENTOS</p> <p>AREA 40.00 m²</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
46		Hospitalización	Dar atención a pacientes que no cuentan con el apoyo familiar para su tratamiento y control
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Media Estancia	Sala de espera	Espera la familia del paciente	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	muebles de 3 cuerpos librero	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios	mesas esquineras 1 mesa central	RECEPTOR 10 a 15 min	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">SALA DE ESPERA</p> <p style="text-align: right;">AREA 16.00 m²</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
47		Hospitalización	Dar atención a pacientes que no cuentan con el apoyo familiar para su tratamiento y control
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Media Estancia	Comedor	Alimentar a los pacientes	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	mesas de 4 sillas Un mesón Un fregadero	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR 30 a 45 min	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>COMEDOR</p> <p>AREA 57.50 m2</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
48		Hospitalización	Dar atención a pacientes que no cuentan con el apoyo familiar para su tratamiento y control
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Media Estancia	Sala de Recreación pasiva	Brindar tiempo de recreación a los pacientes que viven temporalmente dentro del centro.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	escritorio de pared Estante de insumos	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios	1 silla	RECEPTOR 45 a 60min	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">SALA DE RECREACION PASIVA</p> <p style="text-align: right;">AREA TOTAL= 48.00 m2</p>			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
49		Hospitalización	Dar atención a pacientes que no cuentan con el apoyo familiar para su tratamiento y control
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de Media Estancia	Habitación de 6 camas	Dar atención a las personas que viven temporalmente dentro del centro.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	camas veladores	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR horas.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">DORMITORIO</p> <p style="text-align: right;">AREA 39.9 m2</p>			

ID	50		ZONA	ACTIVIDAD
				Hospitalización
UNIDAD	AREA		ROL	
Zona de Media Estancia	Baños generales		Necesidades biológicas y aseo	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO		FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	inodoros lavamanos 4 duchas		EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios			RECEPTOR a 10 min	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS		REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos			
VENTILACION Artificial/natural	OLORES medios			
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO				
<p style="text-align: center;">BATERIAS SANITARIAS GENERALES</p> <p style="text-align: center;">7.7 AREA 26.18 m²</p>				

ID		ZONA	ACTIVIDAD
5 1		Hospitalización	Dar atención a pacientes con un grado muy severo y avanzado en la enfermedad.
UNIDAD	AREA	ROL	
Zona de crónicos	Habitación de 4 camas	Dar atención a las personas que viven permanentemente dentro del centro.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR -----	camas veladores	EMISOR -----	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR horas.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
ANALISIS DIMENSIONAMIENTO			
			AREA 27.6m ²
HABITACION			

ID		ZONA	ACTIVIDAD
5 2		Zona de terapia	Brindar otro tipo de actividades necesarias para el tratamiento a las personas quienes son atendidas dentro del centro.
UNIDAD	AREA	ROL	
Sala de terapia ocupacional	Sala de terapia ocupacional	Dar atención a las personas que requieren tener terapia de tipo ocupacional.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Terapistas	Estanterías 3 mesas de 10 sillas	EMISOR horas	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR a 2 horas.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL</p> <p style="text-align: center;">AREA 70.00 m2</p>			

ID 53		ZONA	ACTIVIDAD
		Zona de terapia	Brindar otro tipo de actividades necesarias para el tratamiento a las personas quienes son atendidas dentro del centro.
UNIDAD	AREA	ROL	
Sala de terapia física	Sala de terapia Física	Dar atención a las personas que requieren tener terapia de tipo física.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Terapistas	Piscina con hidromasaje Pelotas inflables	EMISOR horas	
RECEPTOR Usuarios	4 camas	RECEPTOR a 2 horas.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUA	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos		
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p style="text-align: center;">SALA DE TERAPIA FÍSICA</p> <p style="text-align: center;">AREA 70.00 m²</p>			

ID 54		ZONA	ACTIVIDAD
		Zona de terapia	Brindar otro tipo de actividades necesarias para el tratamiento a las personas quienes son atendidas dentro del centro.
UNIDAD	AREA	ROL	
Sala de electroshock	Sala de electroshock	Dar atención a las personas que requieren sesiones de electroshock.	
USUARIOS	EQUIPAMIENTO	FRECUENCIA DE USO	
EMISOR Terapistas	4 camas 3 veladores	EMISOR 4 horas	
RECEPTOR Usuarios		RECEPTOR a 2 horas.	
COND. NECESARIAS	COND. GENERADAS	REL. ACT. CONTIGUAS	
ILUMINACION Artificial/natural	RUIDOS bajos	<p>Diagrama de relaciones entre actividades contiguas: TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE ELECTROSHOCK, ESTACION DE ENFERMERIA.</p>	
VENTILACION Artificial/natural	OLORES bajos		
ANÁLISIS DIMENSIONAMIENTO			
<p>Diagrama de planta de la SALA DE ELECTROSHOCK. Dimensiones: 9.68 m de ancho y 5 m de largo. Área total: 48.4 m². El espacio contiene una zona de recepción con un escritorio y una zona de tratamiento con 4 camas y 3 veladores. Las dimensiones de los muebles y espacios entre ellos están detalladas en el diagrama.</p>			

7.6.4. Cuadro de áreas

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONA ADMINISTRATIVA	UNIDAD	ID	AREA (m2)
	Recepción	01	24.00
	Secretaria	02	6.16
	Dirección	03	12.00
	Sala de Sesiones	04	15.00
	Gerencia	05	12.00
	Recursos Humanos	06	6.16
	Contabilidad	07	6.16
	Estadísticas	08	25.00
	Jefe de Personal	09	12.00
	Trabajadora Social	10	6.16
	Sala de Espera	11	12.00
	Farmacia	12	26.80
	Baterías Sanitarias	13	24.00
	Circulación (10%)		18.74
TOTAL		206.18	

TABLA # 52 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA ADMINISTRATIVA

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONA DE SERVICIO	UNIDAD	ID	AREA (m2)
	Vestidor de Personal	14	23.40
	Lavandería	15	123.00
	Bodega	16	16.00
	Utilería	17	5.50
	Cocina:		
	Llegada, limpieza y clasificación de alimentos	18	28.00
	Frigoríficos	19	6.24
	Cocción de alimentos	20	88.00
	Lavado y almacenamiento de vajillas	21	56.70
	Alacena	22	30.00
	Comedor de Personal	23	45.00
	Cuartos de maquinas:		
	Cuarto de generador	24	16.00
	Cuarto de transformador	25	16.00
	Cuarto de Bomba	26	12.00
	Cisterna	27	25.00
	Cuarto de Desechos	28	6.00
	Bar	29	13.00
	Ebanistería	30	18.90
	Circulación (10%)		52.87
	TOTAL		581.61

TABLA # 53 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA DE SERVICIO

Fuente: Autoras de Proyecto

CONSULTA EXTERNA	UNIDAD	I	AREA	TOTAL AREA
		D	(m2)	(m2)
	Recepción	3	24.00	24.00
		1		
	Sala de Espera	3	28.00	28.00
		2		
	3 Consultorios Psiquiátricos	3	22.00	66.00
		3		
	2 Consultorios Psicólogos	3	22.00	44.00
		4		
	1 Consultorio Terapéutico	3	22.00	22.00
		5		
	1 Consultorio de Nutrición	3	22.00	22.00
		6		
	1 Laboratorio Clínico	3	26.00	26.00
		7		
	Baterías Sanitarias	3	24.00	24.00
		8		
	Circulación (12%)			30.72
	TOTAL			286.72

TABLA # 54 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA DE CONSULTA EXTERNA

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONA DE INGRESO	UNIDAD	I	AREA	TOTAL AREA
		D	(m2)	(m2)
	Estación de Enfermería	3	9.00	9.00
		9		
	Utilería	4	5.50	5.50
		0		
	15 Habitaciones Individuales	4	11.52	172.80
		1		
	2 Habitaciones de Seguridad	4	11.52	23.04
		2		
	Sala de Estar de Pacientes	4	20.00	20.00
		3		
	Comedor	4	40.00	40.00
		4		
	1 Consultorio	4	22.00	22.00
		5		
	Circulación (12%)			35.08
	TOTAL			327.42

TABLA # 55 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA DE INGRESO

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONA DE MEDIA ESTANCIA	UNIDAD	I	AREA	TOTAL AREA
		D	(m2)	(m2)
	Sala de Espera	4	16.00	16.00
		6		
	Comedor	4	57.50	57.50
		7		
	Sala de Recreación Pasiva	4	48.00	48.00
		8		
	6 Cuartos Generales (6 camas)	4	39.00	234.00
		9		
	2 Baños Generales Zonificados	5	26.18	52.36
		0		
	Estación de Enfermería		9.00	9.00
	1 Consultorio		22.00	22.00
	Sala de Visitas		16.00	16.00
	2 Salas de Estar		22.00	44.00
	2 Utilería Limpia		5.50	11.00
	2 Utilería Sucia		5.50	11.00
	2 Utilería General		5.50	11.00
	Circulación (12%)			63.82
	TOTAL			595.68

TABLA # 56 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA DE MEDIA ESTANCIA

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONA DE CRONICOS	UNIDAD	I	AREA	TOTAL AREA
		D	(m2)	(m2)
	6 Cuartos Generales (4 camas)	5	30.00	180.00
		1		
	Estación de Enfermería		9.00	9.00
	Sala de Espera		16.00	16.00
	2 Consultorios de Control		22.00	44.00
	Sala de Visitas		16.00	16.00
	Comedor		57.50	57.50
	Sala de Recreación Pasiva		48.00	48.00
	2 Baños Generales Zonificados		26.18	52.36
	2 Cuartos de Seguridad		11.52	23.04
	2 Salas de Estar		22.00	44.00
	2 Utilería Limpia		5.50	11.00
	2 Utilería Sucia		5.50	11.00
	2 Utilería General		5.50	11.00
	Circulación (12%)			62.74
	TOTAL			585.64

TABLA # 57 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA DE CRÓNICOS

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONA DE TERAPIA	UNIDAD	I	AREA	TOTAL AREA
		D	(m2)	(m2)
	2 Salas de Terapia Ocupacional	5 2	70.00	140.00
	1 Sala de Terapia Física		70.00	70.00
	1 Gimnasio		72.00	72.00
	1 Sala de Terapia de Electroshock		30.00	30.00
	Baterías Sanitarias		24.00	24.00
	Estación de Enfermería		9.00	9.00
	Circulación (12%)			41.40
	TOTAL			386.40

TABLA # 58 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA DE TERAPIAS

Fuente: Autoras de Proyecto

RECREATIVA	UNIDAD	I	AREA	TOTAL AREA
		D	(m2)	(m2)
	2 Canchas Multiusos	5 3	693.50	1387.00
	Sala de Juegos	5 4	81.00	81.00
	Cancha de Futbol		1800.00	1800.00
	Circulación (25%)			817
	TOTAL			4085.00

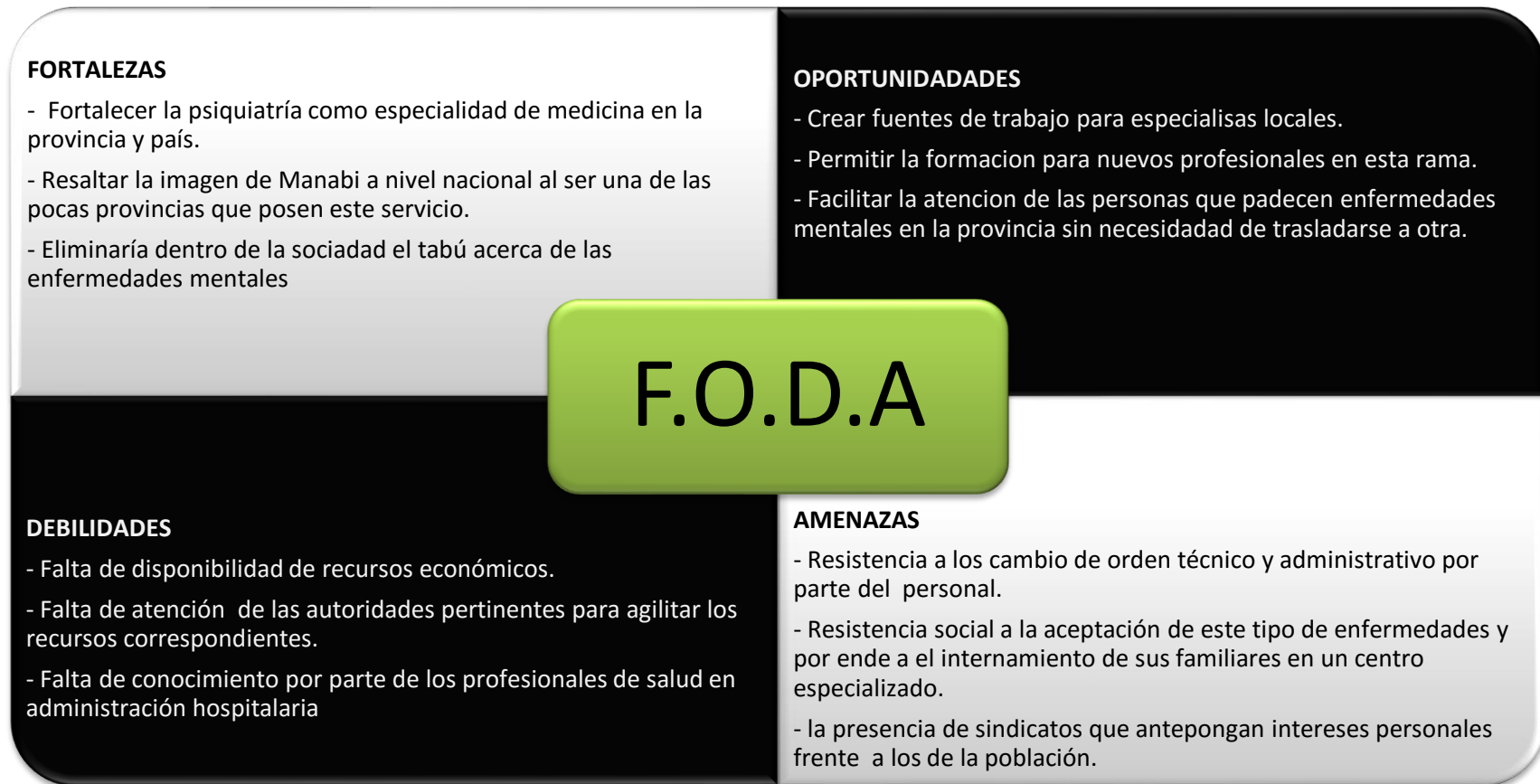
TABLA # 59 CUADRO DE ÁREAS DE LA ZONA RECREATIVA

Fuente: Autoras de Proyecto

ZONAS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA MANABI	ID	AREA	SUP. (m2)
		01	Zona Administrativa
	02	Zona de Servicio	581.61
	03	Consulta Externa	286.72
	04	Zona de Ingreso	327.42
	05	Zona de Media Estancia	595.68
	06	Zona de Cronicos	585.64
	07	Zona de Terapias	386.40
	08	Zona Recreativa	4085.00
	TOTAL		7054.65

TABLA # 60 CUADRO DE ÁREAS POR ZONAS

7.6.5. Análisis de matriz F.O.D.A.



7.7. Zonificación general

Fuente: Autoras de Proyecto

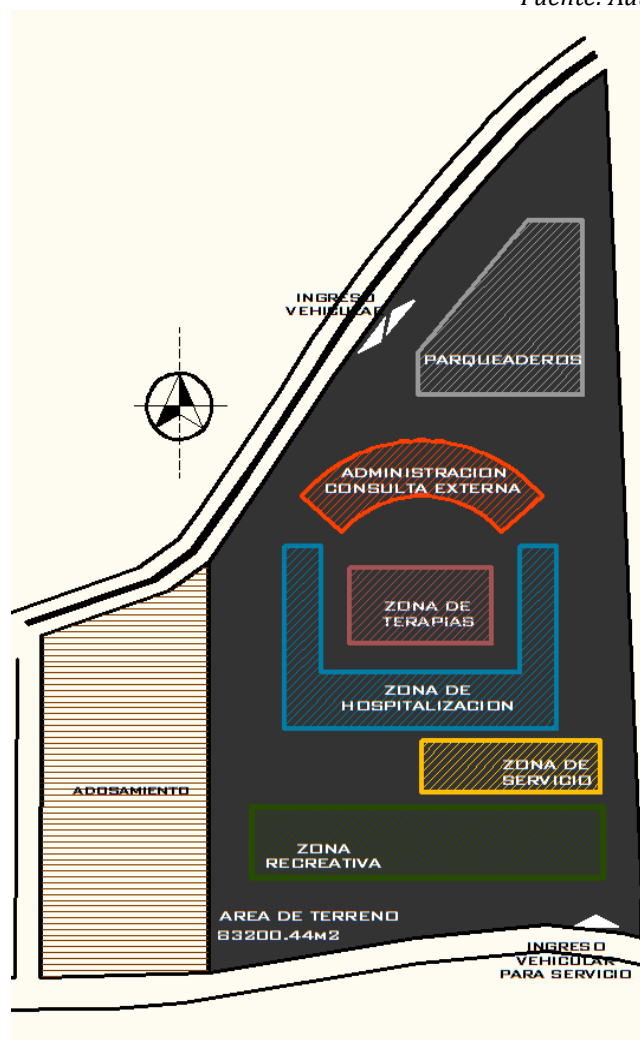


Ilustración 165. Zonificación general

7.8. Diseño arquitectónico

7.8.1. Análisis de partidos

7.8.1.1. Partido urbano

Si bien el entorno donde se halla emplazado el Hospital Psiquiátrico de Manabí se encuentra en proceso de consolidación, podemos mencionar provisionalmente como uso de suelo el industrial y recreativo, pudiéndose plantear que a corto y mediano plazo el entorno se verá supeditado a lo que las exigencias de un equipamiento de este tipo requiere, lo que irá de la mano con la creación de nuevas ordenanzas y normativas urbanas que contribuyan a regular todo tipo de labores, oficios y ocupaciones relacionados con la salud.

7.8.1.2. Partido paisajístico

Con respecto a este partido se puede resaltar el hecho de que el diseño de este Hospital va dirigido a integrar paisajes que complementen directamente la función del hospital, además de que

indirectamente crea una barrera excluyente del exterior hacia el interior y viceversa.

En el sector de emplazamiento se cuenta con una topografía regular, la misma que se ha aprovechado para evitar transgredir el aspecto natural del entorno.

7.8.1.3. Partido ecológico

En cuanto a este aspecto, podemos rescatar el hecho de que en la propuesta arquitectónica se busca forestar el área donde se emplaza el Hospital, pues actualmente en estas zonas no se evidencian ningún tipo de vegetación, pudiendo considerarla como una zona desforestada. Sin embargo por aspectos funcionales y ambientales proponemos hileras de árboles de la zona que a más de contribuir al aspecto ecológico servirán de barreras acústicas.

7.8.2. Partido arquitectónico

Dentro de este partido se encuentran expresados los criterios que se han manejado en cuanto a los aspectos funcionales, formales y constructivos de la propuesta que se están presentando para el Hospital Psiquiátrico.

7.8.2.1. Aspecto volumétrico

En cuanto a la volumetría propuesta, la concepción formal del Hospital refleja muy claramente la distribución de las zonas internamente, pues se manejaron criterios de descentralización de áreas de atención al público y consulta externa con áreas de hospitalización.

En la concepción formal se han manejado la distribución en bloques para cada una de las estancias o tipo de función, en cada uno de ellos se les han implementado patios internos para uso exclusivo de los pacientes. Se buscó crear volúmenes puros y que no contrasten ni pretendan robar protagonismo sino que jueguen en perfecta armonía entre ellos, incluyendo un valor agregado al aspecto formal del conjunto.

Se jerarquizo los ingresos de manera que se definan como tal, creando una forma diferente pero manteniendo el estilo que se adopto en la volumetría. En ciertos sectores de cada bloque se ha creado un enrejado metálico como elemento ornamental que complementa la volumetría, y que a la vez funcionan como protección metálicas para la ventanearía de las habitaciones.

En el bloque de administración – consulta externa existe una variación en su volumetría, sin embargo conserva el mismo concepto de formas limpias y puras, elevando en una segunda planta voladiza, perteneciente al área de administración incrustándose en el volumen correspondiente a la capilla.

7.8.2.2. Aspecto funcional

Funcionalmente se planteo la separación de las áreas públicas de las de atención interna especializada, razón por la cual el diseño quedo establecido por bloques que permiten la zonificación.

Cercano al ingreso, tanto peatonal como vehicular, se encuentra ubicado el bloque de administración, consulta externa y capilla, que son áreas destinadas para la atención pública ambulatoria. La consulta externa permite el ingreso restringido de los doctores hacia una circulación blanca por medio de la cual se dirigen a sus consultorios. Anexo a este bloque se encuentra el laboratorio y la farmacia. Directamente relacionado con el ingreso de la consulta se

encuentra la escalera que dirige a la zona administrativa controlada por una recepción en la planta baja.

Por medio de áreas verdes y de esparcimiento se pretende aislar la zona de tratamientos de estancias, colocando el bloque de terapia más próxima al área pública, permitiendo el fácil acceso de ciertas personas atendidas en consulta externa que necesitan tratamientos. En esta podemos localizar dos salas generales de terapia ocupacional y una de salas de juego para los internados, además de una sala de terapia física, una de electroshock y una sala controlada para terapia de sueño aplicada a pacientes ambulatorios.

El área de tratamiento se ha dividido en 3 estancias:

- Recién Ingresados
- Media Estancia
- Crónicos

Cada uno de estos cuenta con salas de estar, comedores que abastece al número de pacientes por bloque, patios internos que además de servir como lugar de estar es muy útil para brindar iluminación y ventilación cruzada a los ambientes, y poseen también un ingreso de servicio. Lo que diferencia estos bloques es el número y tipo de habitación:

Recién Ingresados, posee 15 habitaciones individuales con sshh, donde el interno tiene una estancia de pocos días, donde son estrictamente controlados y aislados, prohibiéndoles salir a las áreas de recreación externa. En esta estancia se cuentan con 2 habitaciones de seguridad, debidamente diseñadas para pacientes con agresividad. Vale recalcar que no todos los pacientes que se ingresen aquí, necesariamente tendrán que trasladarse a la media estancia, todo eso dependerá de la evolución de la enfermedad y de la capacidad que tenga para reintegrarse a la sociedad.

Media Estancia, cuenta con dos alas divididas por género, compartiendo únicamente el comedor. Cada ala posee su respectiva sala de estar, 4 habitaciones generales de 6 camas y baños generales zonificados. En esta estancia se encuentran pacientes que han tenido avanzada la enfermedad y no fue suficiente el tiempo que estuvo en el bloque de recién ingresado.

Crónicos, cuenta con las mismas áreas que la media estancia excepto que los cuartos generales son 4 camas, debido a que controlar el estado crónico de estos pacientes es más complicado y los tratamientos más extensos que los de media estancia.

En una edificación a parte de las demás, se encuentra la zona de servicio donde se localiza la lavandería y cocina general donde se prepara toda la comida para las distintas áreas del hospital, junto a ella encontramos el comedor general de servicio. También encontramos en este bloque el taller de ebanistería, que servirá no solo para taller de reparación del hospital, sino también para realizar terapias para los pacientes que se encuentren en capacidad física y mental.

Uno de los objetivos de este proyecto es crear un ambiente que permita el fácil esparcimiento de los pacientes, es por esto que se crearon áreas de gran apertura con jardines y canchas de juegos que posibilitara contrarrestar la sensación de encierro que generalmente sufren los internos. Se aprovecho igualmente la vegetación para crear un colchón acústico y visual alrededor del hospital que brindara privacidad y protección al mismo.

Cabe mencionar que como parte del área de terapias se implemento una piscina cerrada con las seguridades necesarias, con la intención de proporcionar terapias anti stress mediante la práctica

de la natación.

Los parqueaderos los podemos ubicar divididos en dos plazas con un mismo ingreso. El más próximo al ingreso vehicular es el parqueadero destinados a los visitantes o pacientes ambulantes que llegaran al hospital, mientras que el posterior está emplazado para el uso exclusivo del personal administrativo encargado de dirigir el establecimiento. Existe también el ingreso de servicio, ubicado en la parte posterior del terreno que permite el fácil abastecimiento de víveres y recolección de desechos del hospital.

7.8.2.3. Aspecto constructivo

En este aspecto se han propuesto las técnicas convencionales de construcción, el planteamiento estructural del hospital es sumamente sencillo y eficaz; la utilización de estructuras de hormigón armado basado en el tradicional sistema hiperestático viga – columna debido al riesgo sísmico que representa la zona costera.

Consta de módulos estructurales cuadrados en el caso de los bloques, soportadas por columnas de 30x30, las estructuras horizontales de cubiertas se las fabricará por medio de sistemas de losas alivianadas y en el caso de luces de mayor longitud se utilizarán vigas descolgadas.

Las paredes exteriores de las edificaciones estarán y antepechos de la edificación se constituirán de bloques huecos de hormigón, lo que nos brinda colchones de aire que ayudan no sólo a aligerar el peso de los mismos, sino a favorecer a una reducción interna de la temperatura al contener un aislante térmico natural.

En el caso de la sala de TAC esta contará con aislamiento de plomo en sus paredes las mismas que serán de mayor espesor.

En las paredes interiores se utilizarán colores pasteles para crear un ambiente de relajación y de tipo esmaltada por razones de limpieza, en las áreas exteriores se mantendrán las rampas en todos los accesos.

7.8.3. Impacto ambiental

7.8.3.1. Introducción

La construcción y puesta en marcha del Hospital Psiquiátrico de Manabí va a generar ciertas actividades que afectarán positiva mente y negativamente al medio en donde se va a desarrollar. Por ello, es necesario realizar un estudio que indique cuales podrían ser estas actividades y que se podría hacer para mitigarlas.

7.8.3.2. Marco legal

7.8.3.2.1. Derecho

Título II. CAPÍTULO II. SECCIÓN II. ART. 14

La constitución del Ecuador reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*. Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de los espacios naturales degradados.

7.8.3.2. Responsabilidad

Título VII. CAPÍTULO II. SECCIÓN I. ART. 396

Cada uno de los actores de los procesos de producción, distribución, comercialización y uso de bienes o servicios asumirá la responsabilidad directa de prevenir cualquier impacto ambiental, de mitigar y reparar los daños que ha causado, y de mantener un sistema de control ambiental permanente.

7.8.3.3. Caracterización del ambiente físico

7.8.3.3.1. Temperatura

La temperatura promedio es de 28° C, la cual es variable tanto en el verano como en el invierno; en la época de invierno sube más de 30° C, mientras que en el verano en determinadas épocas provoca olas de frío donde la temperatura baja a 20° C y 22° C por las noches o madrugadas.

7.8.3.3.2. Precipitación

El lugar donde se va a desarrollar el proyecto corresponde a una zona semiárida, denominada bosque tropical seco. En la época lluviosa de enero a junio, el promedio normal es de 193.5 mm y en la época seca el promedio es de 25.3 mm que corresponde a los meses de julio a diciembre.

7.8.3.3.3. Humedad relativa del aire

La humedad relativa medio anual del sector es de 76%, existiendo la mayor humedad en febrero, con un promedio de 81% y la menor humedad en noviembre con 72%.

7.8.3.3.4. Vientos

Debido a que la zona donde se va a realizar el proyecto no consta de protección natural contra vientos, los valores de fuerza y frecuencia son relativamente elevados.

El valor medio interanual de la velocidad del viento 3.6m/sg, siendo el valor medio anual de 5.15 m/sg; y el valor mínimo medio anual de 2.6 m/sg.

7.8.3.3.5. Calidad del aire

La zona no presenta problemas graves de contaminación de aire, no existe mucha presencia de polvo y el poco ruido que se genera es causado por el paso de los vehículos en la carretera Montecristi – Manta.

7.8.3.3.6. Geomorfología y geología

La zona donde se desarrollará el proyecto es un terreno con una pendiente casi nula. A los alrededores de la zona se muestran colinas suaves rodeando los valles siendo el punto más alto el cerro de Montecristi con 643 msnm y el punto más bajo entre los 20 y 100 msnm.

7.8.3.4. *Análisis ambiental*

La construcción, operación y mantenimiento del Hospital Psiquiátrico de Manabí conlleva a determinar posibles impactos ambientales en las actividades que se van a realizar tales como excavaciones, nivelación de proyecto, construcción del hospital, obras menores, obras adicionales (ubicación de servicios básicos) y puesta en marcha.

Los componentes ambientales que posiblemente se vean afectados en las actividades que se van a realizar son los siguientes:

Fuente: Autoras de Proyecto

Componente ambiental		Actividad	
		Construcción	Funcionamiento
Aire	Calidad de aire	Se generan altas cantidades de polvo (por uso de maquinaria de construcción) y emisiones de CO ₂ , lo que altera la composición del aire.	Posibles emisiones de CO ₂ y otros gases dañinos producidos en el área de cocina y por acumulación de desechos orgánicos.
	Ruido	Alta generación por uso de maquinaria de construcción.	Baja generación de ruido.
Suelo	Erosión	Debido a que el terreno no muestra pendientes considerables, la erosión de suelo es muy leve.	N/A
	Morfodinámica	Al momento de excavación y relleno se afecta la estructura del suelo natural, por el material granular de capacidad muy densa que se va a utilizar.	N/A
	Procesos biológicos	Se ven altamente afectados porque al momento de realizar la excavación se retira toda forma de vida natural (vegetación, insectos, microorganismos).	En los lugares donde se sitúen los edificios, estos procesos estarán atenuados.
Agua	Agua superficial	Podría existir una contaminación de estas aguas por los desechos que generan las maquinarias de construcción (aceites, lubricantes, combustibles)	Las posibles fugas en los sistemas de alcantarillado y los lixiviados que se generen desde la superficie por la basura pueden contaminar estas aguas.
	Agua de escorrentía		
	Agua subterránea		
Paisaje	Naturalidad	Se pierde porque se modifica completamente al momento de retirar todo material vegetal presente sobre la superficie	Se pierde por los edificios que se van a construir, lo cual impide completamente la regeneración de la vegetación en esos sitios.

Social	Impacta positivamente por la utilización de mano de obra directa e indirecta para la construcción.	Impacta positivamente por la utilización de mano de obra directa e indirecta para el funcionamiento del hospital.
--------	--	---

TABLA #61. POSIBLES COMPONENTES AMBIENTALES AFECTADOS POR LAS ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MANABÍ.

7.8.3.5. *Plan de mitigación ambiental*

Fuente: Autoras de Proyecto

Actividad	Componentes afectados	Impacto ambiental	Medidas de mitigación
Construcción	Aire	Alteración del aire Generación de ruido	Neutralización Apliacación de normas de seguridad y salud ocupacional según las OSHAS y normas vigentes
	Paisaje	Naturalidad	Implementación de áreas verdes
Puesta en marcha	Aire	Emisiones de gases dañinos	Plan de manejo de desechos
	Agua	Contaminación por lixiviados generados por la basura	Plan de manejo de desechos

TABLA #62. PLAN DE MITIGACIÓN AMBIENTAL

7.9. Presupuesto referencial

Fuente: Autoras de Proyecto

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITA- RIO	VALOR TOTAL
1	Terreno	Ha	6	40000	240000
2	Instalaciones Físicas Cerradas	m ²	5230,36	450	2353662
3	Area de pisos duros caminerias-plazas	m ²	13543,49	30	406304,7
4	Areas verdes	m ²	36359	15	545385
5	Pérgolas	m	612,66	45	27569,7
6	Cerramiento Perimetral	m	1096,43	30	32892,9
7	Areas deportivas: cancha de cesped	m ²	1247	20	24940
8	Areas deportivas: cancha de cemento	m ²	694,83	30	20844,9
9	Areas deportivas: piscina	U	1	10000	10000
10	Obras de hornamentacion - fuente	U	1	5000	5000
	TOTAL				3666599,2

TABLA # 63. PRESUPUESTO REFERENCIAL

ANEXOS

1. Anexo 1

Modelo de encuesta a realizarse:



**UNIDAD ACADEMICA TECNICA
CARRERA DE ARQUITECTURA
FORMULARIO DE ENCUESTAS**

La presente encuesta tiene como objetivo constatar la necesidad de implementar un centro psiquiátrico para el tratamiento de los enfermos mentales en la provincia de Manabí. Esta está dirigida a los profesionales en medicina que poseen conocimientos afines al tema.

INDICACIONES:

Marcar con una x una única respuesta que considere la más acertada.

Por favor, procure contestar todas las preguntas. De esta manera nos ayudará a obtener un resultado más aproximado a la realidad.

Esta es una encuesta anónima, no es necesario ningún dato personal.

Queda agradecida de antemano la atención y el tiempo que dedique a esta encuesta.

1. ¿Cómo calificaría usted la acción de las autoridades pertinentes en cuanto al mantenimiento y servicio de las áreas de salud mental de la provincia?

Excelente Muy bueno Bueno Regular Deficiente

2. La implementación de un centro de rehabilitación psiquiátrica en la provincia, se encuentra necesaria debido a:

- La cantidad de pacientes manabitas recluidos en otros hospitales
- La cantidad de personas indigentes con problemas mentales en las les
- La necesidad de trasladarse a otras provincias por tratamiento
- Otras

3. Al no existir un centro psiquiátrico en la provincia y teniendo conocimiento de las enfermedades mentales existentes en la misma, ¿Ud. que recomienda?

- Crear un centro especializado
- Atenderlos en las alas de psiquiatría existentes en los hospitales públicos de la provincia
- Desplazarlos a los centros existentes en otras provincias

4. De los pacientes que Ud. atiende, ¿Qué porcentaje ubicaría a las personas que requieren atención especializada y/oclusión den un centro de estas características?

100-75% 75-50% 50-25% 25% o menos

5. ¿En qué nivel considera Ud. que las personas que no reciben un tratamiento a tiempo conforman un peligro para la comunidad?

Alto Bajo Medio Nada

6. ¿En qué grado cree ud. que los familiares inciden en la recuperación del paciente?

Mucho Poco Nada

7. ¿Qué papel desempeña la familia en el tratamiento y recuperación del paciente?

<input type="checkbox"/>	Ayuda moral y económica	<input type="checkbox"/>	Todas
<input type="checkbox"/>	Ayuda moral y asistencia social	<input type="checkbox"/>	Ninguna
<input type="checkbox"/>	Ayuda económica y asistencia social		

8. ¿En qué porcentaje cree ud. que la sociedad conozca sobre los tratamientos que existen para la recuperación de estas enfermedades?

Alto Bajo Medio Nada

9. ¿Cree ud. que es justificable la construcción de un centro de rehabilitación psiquiátrica en la provincia de Manabí, considerando los porcentajes de enfermos mentales que existen en la misma?

Si No

2. Anexo 2

Modelo de entrevistas a realizarse:



**UNIDAD ACADEMICA TECNICA
CARRERA DE ARQUITECTURA
FORMULARIO DE ENTREVISTA**

TEMA:

**“ESTUDIO DE LOS ESPACIOS FÍSICOS PARA LA REHABILITACIÓN
PSIQUIÁTRICA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN MANABÍ”
DIRIGIDA AL DR. NESTOR GALLEGOS DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD**

1. ¿Cómo considera Ud. Que debería ser el trato al área de salud mental y a sus pacientes en la provincia?
2. ¿Existe un presupuesto dirigido al área de salud mental en la provincia? ¿de cuánto aproximadamente es?
3. ¿Se están realizando campañas de concitación acerca de los tratamientos y de la posible recuperación de los pacientes con patologías mentales? ¿cuáles? ¿quiénes lo dirigen?
4. ¿Por qué cree Ud. Que no existe un proyecto que este dirigido a la población afectada con estas enfermedades?
5. ¿En qué grado cree Ud. Que es factible el emplazamiento de un hospital en la provincia?
¿Por qué?
6. ¿Cómo director provincial de salud, estaría Ud. Dispuesto a apoyar la implementación de un centro de rehabilitación psiquiátrica en la provincia?

**UNIDAD ACADÉMICA TÉCNICA
CARRERA DE ARQUITECTURA
FORMULARIO DE ENTREVISTA**

TEMA:

**“ESTUDIO DE LOS ESPACIOS FÍSICOS PARA LA REHABILITACIÓN
PSIQUIÁTRICA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN MANABÍ”
DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL IESS**

1. ¿Cuántos pacientes atiende en el ala de psiquiatría por día?
2. ¿Cuándo cree Ud. Que un paciente requiere de reclusión permanente? ¿temporal?
3. ¿Qué porcentaje de los pacientes tratados aquí considera Ud. Que necesitan un tratamiento que requiera reclusión?
4. En lo referente a consulta externa, ¿Cree Ud. Que el ala de psiquiatría del IESS es suficiente para cubrir la demanda provincial de pacientes?
5. ¿En qué grado cree Ud. Que es factible el emplazamiento de un centro de este tipo en la provincia? ¿Por qué?
6. ¿Piensa Ud. Que las personas que padecen de estas patologías representan una amenaza para la sociedad?
7. Según su opinión, ¿Cuál sería una posible solución para los dementes indigentes que vagan por las calles?
8. ¿Cree Ud. Que la institución que dirige cuentan con todos los medio físicos para el correcto funcionamiento de los enfermos mentales?



**UNIDAD ACADÉMICA TÉCNICA
CARRERA DE ARQUITECTURA
FORMULARIO DE ENTREVISTA**

TEMA:

**“ESTUDIO DE LOS ESPACIOS FÍSICOS PARA LA REHABILITACIÓN
PSIQUIÁTRICA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN MANABÍ”
DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL**

1. ¿Qué programas de apoyo a las personas con escasos recursos económicos e indigentes lleva a cabo el ministerio?
2. Dentro de estos programas, ¿existe alguno que brinde tratamiento o refugio a las personas con problemas mentales?
3. ¿Conoce Ud. Algún programa en el país que se encargue de estas personas? ¿Dónde?
4. Considerando que algunas de estas personas que deambulan por las calles representen un peligro a la comunidad, ¿Cuál cree Ud. Que sería la solución adecuada a este problema?
5. Dentro de la realidad que Ud. Conoce, ¿considera que existe un número importante de personas a las cuales le sería favorable recibir terapia que prevengan futuras enfermedades psiquiátricas?

**UNIDAD ACADÉMICA TÉCNICA
CARRERA DE ARQUITECTURA
FORMULARIO DE ENTREVISTA**

TEMA:

**“ESTUDIO DE LOS ESPACIOS FÍSICOS PARA LA REHABILITACIÓN
PSIQUIÁTRICA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN MANABÍ”
DIRIGIDA A LOS DIRECTORES MÉDICOS DE LOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS**

1. ¿Qué funciones realiza como director del hospital que dirige?
2. ¿De acuerdo a su experiencia y conocimiento considera Ud. Que los hospitales psiquiátricos existentes en el país son suficientes para la acogida de los enfermos mentales que hay en el mismo?
3. ¿Cómo clasifican a los pacientes dentro del centro que dirige?
4. ¿Cuáles son los casos de enfermedades más frecuentes en el hospital que dirige?
5. ¿Qué áreas posee el centro para dar el tratamiento respectivo en las distintas enfermedades?
6. ¿Cuál debe ser el ambiente ideal para un centro psiquiátrico para que un paciente logre su recuperación?
7. Con respecto a la infraestructura, ¿Qué piensa Ud. Que mejoraría al centro que dirige?
8. En relación al uso de los espacios, ¿Considera Ud. Que el diseño arquitectónico existente permite brindar un servicio especializado de acuerdo a los diferentes tipos de enfermedades de los pacientes?
9. ¿Posee algún programa que incluya y trate a los enfermos mentales indigentes de la calle?
10. ¿Presta el ministerio de bienestar social algún servicio que ayude a las personas que no poseen los recursos económicos necesarios para recibir tratamiento?
11. ¿Cuál es el rol que juego la familia en la recuperación de un paciente psiquiátrico?

3. Anexo 3

Ley Orgánica de Salud estipulada en el capítulo 2.2.3 de la presente tesis.

Capítulo I

DEL DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCIÓN

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información;... [Ley Orgánica de Salud 2006]

7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;... [Ley Orgánica de Salud 2006]

Capítulo III

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS Y DEL ESTADO EN RELACIÓN CON LA SALUD

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

Art. 8.- Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;
- i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.

DE LAS ACCIONES DE SALUD

Capítulo I

DISPOSICIONES COMUNES

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

4. Anexo 4

Recopilación de reportajes periodísticos:

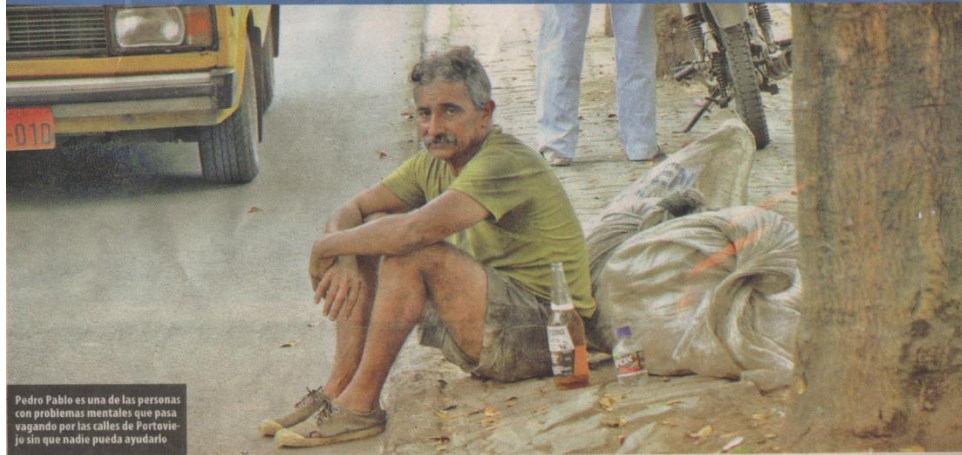


LA FOTONOTICIA **Demente tienta a la muerte**

FOTO: EL DIARIO

◆ Debe tener unos 24 años y al parecer sufre de alteraciones mentales; ayer deambulaba por la mitad de la carretera Manta-Rocafuerte retando a la muerte, pues se cruzaba intempestivamente ante los vehículos, que hacían esfuerzos por esquivarlo. En Manta no existe un sitio en donde la gente demente pueda ser acogida.

No existe ayuda para los enfermos mentales



Pedro Pablo es una de las personas con problemas mentales que pasa vagando por las calles de Portoviejo sin que nadie pueda ayudarlo

FERNANDO INTRIAGO, ED
fintriago@eldiario.com.ec

Le dicen "El Presidente". Quienes lo conocen se le ríen porque habla cosas que no tienen sentido. Se trata de Manuel Campoverde, de 64 años, quien padece de trastorno mental.

Él es sólo uno de tanta gente manabita que deambula por las calles sin rumbo fijo. En el caso de Campoverde es un arquitecto que estuvo preso en Guayaquil y fue donde comenzó su historia. Es oriundo de Macas, pero hace más diez años fue recibido en el asilo de ancianos Guillermina Loor de Portoviejo. Nadie sabe como

llegó a la capital. Ante el riesgo que representaba en el asilo fue regresado a sus familiares en noviembre del año pasado, pero a los tres días estaba de regreso. Ya no se le permitió la entrada al asilo y desde entonces dice que es el dueño del hospital Verdi Cevallos Balda, pues la sala de espera de la casa de salud se convirtió en su nuevo hogar. Según estadísticas del Conadis, en la provincia hay

POR LAS DROGAS

Hay muchas personas que padecen de trastorno mental debido al consumo excesivo de drogas. Así lo manifestó el director del Ministerio de Inclusión Económica y Social, MIES.

2.700 personas con discapacidad psicológica, de las cuales 233 son de Portoviejo. Sin embargo, en esta estadística no se toma en cuenta a los que vagan por las calles.

Lo peor de todo es que son personas que necesitan de ayuda profesional, pero en Manabí no hay un lugar especializado para acogerlos.

REACCIÓN. El director del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Néxar Palacios, indicó que es un problema social complejo. Comentó que lo ideal es que haya un centro psiquiátrico como en Guayaquil, Quito y Cuenca, pero la realidad es que el MIES sólo los podría ayudar brindándoles a sus familiares ayudas como el bono de desarrollo, comida, entre otras.

En el tema de salud fue

enfático en decir que esa es una competencia del Ministerio de Salud Pública, pero que en todo caso se necesitaría de una acción conjunta para sacarlos adelante.

Al respecto, el director provincial de Salud, Néstor Gallegos, tiene similar versión que Palacios. Él dijo que como área de salud lo único que pueden hacer por los enfermos mentales que andan en las calles, es darles atención ambulatoria, ya que su problema requiere de otro tipo de atención.

Gallegos también habló de la labor social profunda en la que hay que trabajar con los familiares de estas personas, debido a que sin el apoyo de ellos de nada serviría ayudarlos.

"Es una situación complicada en la que se necesita de un convenio interinstitucional para tratar de hacer algo, pero actualmente no existe ni siquiera una iniciativa", expresó el director, quien además explicó que cada enfermo mental es un mundo aparte en su tratamiento. <

DATOS

DUERME EN EL CEMENTERIO

En la ciudad hay un hombre con trastorno mental al que la gente le apoda Rambo y duerme en el cementerio general. <

LA NOCHE EN EL MERCADO

Hay otro, en cambio, que duerme en el mercado barrial, que por una moneda es capaz de hacer flexiones de pecho. <

Sólo el fútbol detiene la caminata de "Cafú"

REDACCIÓN ED
cronica@eldiario.com.ec

El miedo se reflejaba en su mirada, como aquel pajarito cuando se siente amenazado. Su actitud es de un niño de 13 años, aunque su cuerpo sea de unos 40 años.

Dice tener un solo nombre: Franklin,



Franklin, conocido como "Cafú", es otro personaje de Portoviejo

pero los que lo conocen le llaman "Cafú", por ser un buen futbolista, según dijeron.

> PERSONAJE. Este es otro personaje que deambula por las calles de Portoviejo. Ha perdido la noción del tiempo, pero no la educación.

El periodista se le acerca y le pregunta:

¿A qué te dedicas?

Soy betunero señor, responde Franklin.

Disculpe la pregunta, pero ¿para qué son las fotos y los videos?, repregunta "Cafú".

Son para El Diario, queremos contar un poco de tu vida, le responde el periodista.

Poco a poco las personas que se encontraban en la avenida Guayaquil y

Rocafuerte, donde se desarrolló la entrevista, se fueron amontonando para escuchar lo que decía Franklin, a pesar de que todos lo conocen, nadie nunca se había atrevido a preguntarle sobre su vida, pues pensaban que iba a reaccionar de forma violenta.

> HOMBRE DE POCAS PALABRAS. Sin embargo, lo que sorprendió a todos es que "Cafú" no habló mucho.

"Vivo por el hospital y soy el mayor de cinco hermanos. Mi mamá se llama Blanca y mi papá se llama Segundo", fue lo que pronunció para luego hacer silencio.

Caminó dos pasos hacía atrás, asustado de ver tanta gente.

"Si eso es todo me puedo retirar señor", dijo muy educadamente "Cafú".

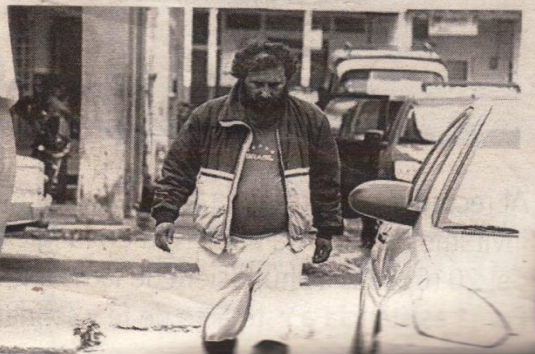
Antes de irse mencionó que a las 12h00 almuerza donde su mamá, quien vive por el hospital de Portoviejo.

Lo que sí reconoció es que su pasión por el fútbol es tan fuerte que no le importa jugar sin zapatos en cualquier lugar que sea. Juega con niños y adultos. Indicó que no tiene los materiales para betunar, por eso no está trabajando.

En Portoviejo no hay centros de rehabilitación que atiendan a personas con problemas mentales. <

LA GENTE LE TEME

Las personas aseguran que es un hombre violento, pero en la entrevista con El Diario mostró educación a pesar de tener problemas mentales.



EL DIARIO
Sábado, 30 de Octubre del 2010

La religión y la locura definen al San Lázaro

PROYECTO
Javier Téllez, de Venezuela, intervendrá este espacio con su visión sobre el arte y la sociedad

Redacción Cultura

Al pie del Panecillo, en un terreno en pendiente, se levantan los muros blancos del Hospital Psiquiátrico San Lázaro, el Patrimonio de la Psiquiatría en América.

Su nombre viene de la parábola bíblica de la resurrección de Lázaro y su calificativo responde a la enorme historia que encierra sus rincones. En la existencia del edificio se cruzan las vidas de clérigos y militares, de mendigos, leprosos y locos.

Los jesuitas empezaron a trabajar en estos predios en 1587, pero fue en 1738, que las primeras piedras se colocaron para una casa de ejercicios espiritua-

les y como noviciado después. Las construcciones que aún componen el establecimiento se erigieron en 1751. Pero tras la expulsión de los jesuitas, la autoridad real dispuso que éstas se destinasen a un establecimiento de caridad y a un cuartel. Cuando este último salió, en 1786, abrió sus puertas el hospicio Jesús, María y José.

La República también marcó la historia del lugar que ha vivido situaciones alarmantes; llegó a albergar hasta a 1 000 pacientes (tiene capacidad para 140). En 1972, adoptó el nombre oficial de Hospital Psiquiátrico San Lázaro. En su funcionamiento actual atiende a pacientes internos y de consulta externa.

Tres partes se distinguen en la edificación. Una cruz de piedra identifica a la primera (es uno de los hitos que componen la calle de las Siete Cruces o García Moreno), junto a ella una torre se muestra rematada por una cúpula recubierta de metal que al-

Un patio con historia. El uso del edificio de San Lázaro pasó de ser conventual a militar y luego se destinó a la salud.



Patú Rivas / EL COMERCIO

Más sobre el sitio

► **Se ubica** en Ambato Oe5-83 entre Bahía de Caráquez y García Moreno, El Panecillo.

► **Siga** a este proyecto en www.artepatiosquito.com y su sitio de Facebook

FALTAN 9 DÍAS

El 4 de septiembre arrancará la muestra que se mantendrá abierta hasta el 2 de octubre. El ingreso será libre.

guna vez alojó un reloj.

En la parte central se alza el frontis de aire neoclásico de la iglesia, compuesta por una sola nave cubierta con una armadura de madera decorada. El interior está todo pintado al óleo.

La tercera parte abarca el claustro. A éste se ingresa por una puerta barroca de piedra labrada. En el interior está un patio, que como los otros del recinto, se ajardina de cartuchos y geranios rojos. En el centro está una fuente y a sus costados, arcos de medio punto y corredores embaldosados con piedra. Este será

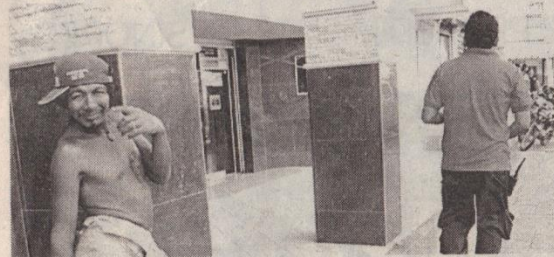
el espacio de trabajo artístico del venezolano Javier Téllez.

En este viejo claustro colonial, también reposan leyendas. Una de ellas cuenta que una joven monja de ojos verdes se quedó prendada de un apuesto muchacho que llegó al sitio con señales de lepra. Ambos huyeron enamorados, compartieron la enfermedad y procrearon un niño, quien creció huérfano dentro de los mismos muros del Hospicio, del que sus padres salieron.

Leyendas e historias que nutren el diálogo, entre la tradición y el arte contemporáneo.

► SUCRE

SE NECESITA SANATORIO PARA TRATAR DEMENCIA



Son muchos los casos de personas dementes en la provincia

Los casos de personas con desequilibrio mental que deambulan por las calles evidencian la necesidad de que se cree en Manabí un sanatorio para tratar ese tipo de pacientes. En la ciudad de Bahía de Caráquez existe una profunda preocupación colectiva por casos de personas que padecen algún tipo de trastorno y agresividad. Frecuentemente esas personas deambulan por las zonas comerciales y algunos de ellos son provocados por los transeúntes

que aunque conocen sus reacciones, los inducen a manifestaciones violentas.

CASOS. Mauro Cedeño, propietario de un estudio fotográfico, narró que la semana anterior una de esas personas, con síntomas de haber sido provocada, ingresó hasta su local con una piedra en la mano, tratando de derribar todo lo que estaba a su alcance. Cedeño dijo que se asustó porque no sabía cómo lidiar con ese caso. <

BIBLIOGRAFÍA

NEUFERT, Peter. Arte de Proyectar en Arquitectura. Siguan, Jordi 14ª edición. Editorial Gustavo Gili, S.A., Barcelona: 1995.

PLAZOLA, Cisneros Alfredo. "Hospitales". En: Enciclopedia de arquitectura Plazola. Plazola editores, México 1995.

IESM-OMS, IFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN EL ECUADOR. Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS. 2008.

OPS Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005.

MSP Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Proyección de la población por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos, Ecuador 2007.

MSP Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual de Organización de las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito 2008.

EL DIARIO, Manabí por Cantones,. Editora El Diario, Portoviejo – Ecuador 2005.

SITIOS WEB

<http://www.msp.gov.ec/>

<http://www.mailxmail.com/curso-salud-mental-filosofia/filosofia-salud-mental>

<http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/30020.pdf>

http://www.msp.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=75:informacion-general-&catid=46:salud-mental-&Itemid=88

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202007000200003&script=sci_arttext

http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_psiquiatria

<http://www.project-syndicate.org/commentary/leff1/Spanish>

<http://carmensosafoundation.org/quees.htm>

Dr. Néstor Gallegos – Director Provincial de Salud

Lcdo. Nexar Palacios – Director del MIES

Dr. Fabrizio Delgado – Director médico del “Hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce”

Dr. Erickson Toscano – Director médico del “Hospital psiquiátrico Sagrado Corazón”

Dr. Rodrigo Buitrón – Director médico del ala psiquiátrica en el IESS