

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS



SEDE METROPOLITANA

ESCUELA DE ARQUITECTURA

TITULO:

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE DÍA PARA NIÑOS Y JÓVENES

TEMA:

CENTRO DIURNO HOSPITALARIO PARA
LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON DEPRESIÓN

PARA OPTAR POR EL TITULO DE:

LICENCIATURA EN ARQUITECTURA

TESIS REALIZADA POR:

VANESSA VALERIA VALERIO LORIA

TUTOR:

ARQ. GERMÁN MORA SIERRA

2018

Índice

Contenido

1.	Introducción	5
1.1.	Antecedentes del problema.....	5
1.2.	Justificación	12
1.3.	Planteamiento y formulación del problema.....	13
1.4.	Objetivos.....	15
1.4.1.	Objetivo General	15
1.4.2.	Objetivos específicos.....	15
2.	Marco Teórico	16
	Capítulo 1. Hospitales psiquiátricos	16
1.1.	Historia del hospital psiquiátrico de día.....	17
1.2.	Atención psiquiátrica actual de los hospitales de día.....	19
1.3.	Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica	21
1.4.	Cambios en el sistema de atención del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	22
	Capítulo 2. Enfermedades mentales	23
2.1.	Depresión	24
2.2.	Trastorno depresivo en Costa Rica	28
2.3.	Trastorno depresivo en adolescentes	32

2.4.	Trastorno depresivo en niños	35
Capítulo 3. Tratamiento para la depresión		36
3.1.	Tratamientos para la depresión en adolescentes	37
3.2.	Tratamiento para la depresión en niños	39
3.3.	Factores y técnicas que influyen en el tratamiento de los pacientes con depresión	40
3.	Marco metodológico	42
4.	Análisis de la información.....	44
4.1.	Análisis de sitio.....	44
4.2.	Análisis de accesibilidad.....	45
4.3.	Análisis de uso de suelo y servicios públicos circundantes	46
4.4.	Análisis topográfico	48
4.5.	Análisis climatológico	50
	52
4.5.1.	Análisis de zona de vida y vegetación de la zona	52
4.6.	Concepto de diseño	54
4.7.	Lista de necesidades.....	55
4.8.	Proceso de diseño.....	83
	84
	86
	87

5.	Conclusiones	92
6.	Bibliografía.....	109
6.1	Libro	109
	Libro en versión electrónica	109
6.2	Publicaciones periódicas	109
	1.2.1 Artículos científicos	109
	6.2.2 Periódico	109
6.3	Artículo de revista	110
	Online.....	110
6.4	Otros tipos de texto.....	110
	6.4.1 Autor corporativo, informe gubernamental	110
	6.4.2 Tesis y trabajos de grados	111
6.5	Material electrónico.....	111
	6.5.1 Referencia de páginas en el world wide web.....	111
	6.5.2 Blogs	111

1. Introducción

1.1. Antecedentes del problema

Desde la antigüedad las enfermedades mentales han existido, sin embargo, hay una gran diferencia en el tipo de tratamiento que se les daba antes y el que se brinda en la actualidad. Por ejemplo en las civilizaciones antiguas como en Egipto creían que las afectaciones mentales eran causadas por castigos de los dioses o por demonios y su forma de tratarlas era mediante exorcismos o algún tipo de ritual de carácter religioso. Igualmente los griegos adoptaron este tipo de ideología para intentar curar de una u otra forma estas enfermedades.

El pensador griego Hipócrates (460 a 377 AC) crea la “teoría humoral” la cual sugiere que el cerebro origina nuestras sensaciones y sentimientos, es el centro de la inteligencia y que los trastornos psicológicos se originan por causas naturales. Aristóteles (384 a 322 AC) asume los conceptos hipocráticos mientras que Platón (384-347 AC) considera que los trastornos mentales son en parte éticos y en parte divinos y pueden clasificarse en proféticos, rituales, poéticos y eróticos.

Durante la Edad Media no hubo un avance relevante sobre el conocimiento de las enfermedades mentales, la idea que prevalece es que la locura se manifiesta por los pecados, y los tratamientos son la penitencia, el exorcismo y los castigos físicos. En el año 707 los árabes construyen el primer establecimiento para el cuidado de dementes en Damasco, llamado Emir El Ouafid Ibn Abdelmelik, con el fin de “internar y cuidar a los débiles de espíritu”, luego en el año 765 en Bagdad este tipo de albergue se caracteriza por el trato humano que se les da a los ingresados.

Durante el siglo XV se empiezan a construir en Europa establecimientos para el internamiento de personas con algún tipo de trastornos mentales; el de Valencia (1409) se construye y organiza según estricta imitación del construido en El Cairo un siglo antes, el de Zaragoza se origina en 1425, en Sevilla se establece en el año 1435, en Valladolid este tipo de internado surge en el año 1436, Toledo inicia con el mismo concepto a finales del siglo XV y en Granada se instaure en 1527. España es el primer país de Europa en mantener sin cadenas a los internos en el manicomio de Valencia (1409). En 1403 “St Mary of Bethlehem” (Londres), más conocido como Bedlam, admite a los primeros pacientes mentales sin embargo no fue hasta 1547 cuando se le reconoció por Eduardo VIII como un establecimiento dedicado exclusivamente a estos enfermos.

Las creencias religiosas que ven la enfermedad mental como posesión demoníaca persistieron aproximadamente hasta la mitad del siglo XVIII y el tratamiento que las personas recibían en estos “albergues” estaba basado en la utilización de medios coercitivos. Si no eran internados vagaban solitarios y eran objeto de burlas, maltratos y desprecios. En Bedlam (St Mary of Bethlehem, Hospital de Londres) en 1676 se organizaban visitas turísticas, que continuaron hasta 1800, para que, mediante el pago de una entrada, las personas pudieran ver a los pacientes allí ingresados, la mayoría encadenados, como si se tratara de un zoológico y como una forma de diversión pública. Esta situación también se daba en otros establecimientos de Inglaterra y de los Estados Unidos.

William Battie (1704-1776) un médico inglés, inició el uso de los establecimientos “terapéuticos” en los que se facilitaba tratamiento médico, basándose en la tesis de que la enfermedad mental era el resultado de una sobreexcitación, o por el contrario de insensibilidad de los sentidos y diferenciaba su origen entre causas internas y externas. Su tratamiento consistía en

el internamiento en un lugar de ambiente relajado y tranquilo así como tener una rutina y ocupación diaria, Battie fue el autor del “Tratado sobre la Locura” en 1753.

A finales del siglo XVIII y comienzos del XIX aparece una tendencia en el tratamiento brindado en los hospitales psiquiátricos, denominado “Tratamiento Moral” que coincide en el tiempo con la Revolución Francesa (1789–1799) y cuyo principal valedor es Philippe Pinel (1745–1826) que en 1793 es nombrado director del Hospital de la Bicêtre, una institución para hombres y que ante la terrible situación en la que se encuentran los allí internados, argumenta que estas personas son enfermos y que deben de ser tratados con simpatía y respeto y no con cadenas y castigos corporales. Les libera de sus cadenas y les permite moverse libremente por el hospital y sus alrededores sacándolos de sus habitaciones. Esta acción y el trato digno permitieron que muchos de ellos mejoraran rápidamente y fueran liberados.

Una acción similar se llevó a cabo posteriormente por Pinel en el Hospital de Pitié–Salpêtrière, una institución que en aquellos momentos alojaba a 6.700 mujeres, la mayor parte encadenadas. Jean Esquirol (1722-1840) alumno y sucesor de Philippe Pinel continuó con su práctica y se abrieron diez nuevas instituciones que operaban con los mismos principios. En Inglaterra William Tuke (1732–1819), cuáquero, puso en marcha reformas similares a las empleadas por Pinel y así en 1796 fundó “The Retreat” (York) en el que treinta pacientes vivían en un ambiente rural con actividades que incluían descanso, rezos y trabajos manuales.

De esta forma se inicia un movimiento reformista en Europa con Philippe Pinel, William Tuke y Chiarugi (1759-1820) en Florencia. Benjamín Rush (1745-1813) considerado el padre de la psiquiatría americana trató de poner en práctica las ideas de Philippe Pinel y William Tuke en el Hospital de Pensilvania en el que las prácticas coercitivas y los castigos sólo eran utilizados

cuando se consideraba “necesario”. El siglo XX marca el comienzo del desarrollo científico de la Psiquiatría, donde destacaron varios hitos históricos en este periodo de tiempo:

- La psicoterapia
- La clasificación de las enfermedades mentales
- La psicofarmacología.

Entre los personajes que han tenido una gran influencia en la historia de la Psiquiatría durante el siglo XX se debe de citar a; Emil Kraepelin (1856-1926) que en 1878 definió la “demencia precoz”, Eugen Bleuler que en 1911 utilizó por primera vez la palabra esquizofrenia para definir a la demencia precoz y Sigmund Freud (1856-1939) creador del psicoanálisis y cuyas teorías han tenido una enorme influencia. Las terapias conductuales y cognoscitivas tienen su origen en los experimentos de Pavlov (1849-1936) y de Watson (1878-1958).

En 1908 Clifford Beers escribió un libro autobiográfico titulado “A Mind That Found Itself” en el que refería el tratamiento que él mismo había recibido en un hospital psiquiátrico de Connecticut, como resultado de esta experiencia y del libro en la que se contaba se fundó en ese mismo año de 1908 el movimiento por la Higiene Mental (The Mental Hygiene Movement), cuyos objetivos fueron:

1. Mejorar las actitudes públicas hacia la enfermedad mental y quienes la padecían.
2. Mejorar los servicios y la atención ofrecida a estos enfermos.
3. Trabajar por la prevención y la promoción de la salud mental.

Durante esta época, se dieron además los primeros tratamientos de carácter biológico, entre los cuales se encuentran:

1. Coma insulínico, practicado por Manfred Joshua Sake (1900-1957) en 1932.

2. Terapia convulsiva introducida, por von Meduna en 1934 mediante inyección intravenosa de metrazol. La inducción farmacológica de convulsiones fue muy pronto sustituida por la terapia electroconvulsiva.
3. Lobotomía (neurocirugía) practicada por primera vez en 1936 por Egas Moniz (1874-1955) fue rápidamente introducida en los Estados Unidos por Walter Freeman y James Watt. El número de operaciones creció dramáticamente en los años siguientes, comenzó a declinar muy rápidamente a partir de 1950. En la actualidad su uso en el tratamiento de las psicosis es prácticamente nulo.
4. En 1938 Ugo Cerletti (1877-1963) utilizó por primera vez la práctica del electroshock en un paciente diagnosticado de esquizofrenia en colaboración con Lucio Bini. Su trabajo tuvo una gran influencia y desarrollo en los años siguientes. Este tratamiento fue ampliamente aceptado entre 1940 y 1950 su utilización comenzó a declinar a partir de 1950 con la aparición de antipsicóticos y antidepresivos.

El descubrimiento de la clorpromazina por los científicos franceses Pierre Deniker, Henri Leborit y Jean Delay en 1950 se inicia la llamada era de los psicofármacos. La clorpromazina se sintetizó el 11 de diciembre de 1950 y fue administrada por primera vez el 19 de enero de 1952 a un paciente de un hospital militar de París. En 1961 aparecen los que se denominarán antipsicóticos atípicos o de segunda generación. La clozapina desarrollada en 1961 es el primero de esta serie de fármacos.

En 1952 El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I).

El proceso que se conoce como desinstitucionalización psiquiátrica se inicia oficialmente en los Estados Unidos en 1963 (Community Mental Health Act). El final de la Segunda Guerra Mundial propicia en los países occidentales la aparición de movimientos ciudadanos en pro de los derechos civiles y humanos. Las condiciones deplorables en las que se encontraban las personas ingresadas en los entonces superpoblados hospitales psiquiátricos norteamericanos comenzaron a trascender al público americano a través de los medios de comunicación y de las denuncias de muchos profesionales de la salud mental. Estas protestas provocan la creación en 1955 de la “Joint Commission on Mental Illness and Health” cuyas recomendaciones para la transformación de los hospitales en dispositivos comunitarios se hacen públicas en 1961 (Action for Mental Health). El descubrimiento y comercialización de los neurolépticos a partir de 1952 es otro factor importante en la realización de las políticas para la atención comunitaria de la salud mental. En los Estados Unidos el número de camas en los hospitales psiquiátricos descendió rápidamente y así en 1955 la tasa de camas era 339/100.000 habitantes descendiendo a 21/100.000 en 1998.

El concepto de desinstitucionalización o atención comunitaria a la salud mental propuso entre otras cosas, el traslado de los pacientes institucionalizados en los grandes hospitales psiquiátricos a la comunidad. Asimismo no se producirán nuevos ingresos. Se da también la creación simultánea de suficientes dispositivos comunitarios para el tratamiento y apoyo en su medio natural de estas personas desinstitucionalizadas permitiéndolas integrarse y participar como miembros activos en la sociedad a la que pertenecen.

La palabra desinstitucionalización, salvo en su contexto histórico, ha sido sustituida por los términos “atención comunitaria” y “psiquiatría comunitaria”. A partir de la década de 1960 este movimiento hacia la atención comunitaria comienza a extenderse a los países europeos.

En España durante la década de 1970 se cuestionan radicalmente el manicomio y la psiquiatría oficial y no es hasta 1983, que se crea por parte del Ministerio de Sanidad una comisión para estudiar la futura organización de la asistencia psiquiátrica, cuyo informe que se hace público en 1985 opta por una atención comunitaria como reforma psiquiátrica.

En la actualidad Estados Unidos ha iniciado ya la puesta en marcha de una organización de sus servicios para la atención a la salud mental basada en un modelo cuyo objetivo sea la recuperación de estos enfermos. El tema de este tipo de atención está ante una nueva fase de la desinstitutionalización psiquiátrica ya que hoy sabemos que la recuperación en la esquizofrenia no sólo es posible sino que ocurre en más del 60% de los casos. Se trata de sacar a los ciudadanos enfermos de sus casas y rehabilitarlos tanto como sea posible permitiéndoles llevar una vida digna y totalmente integrada en la comunidad.

1.2. Justificación

Debido al gran porcentaje de niños y adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo en Costa Rica y por la falta de centros médicos y profesionales especialistas para poder atender a todos y brindar la adecuada atención que estos necesitan, existe una necesidad real de generar estrategias de salud pública que contribuyan al tratamiento con el fin de detener la problemática que cada día afecta más a la ciudadanía costarricense.

Durante el año 2017 se notificó un aumento en las consultas y los egresos hospitalarios por parte de este tipo de pacientes con episodios depresivos. El reporte fue de aproximadamente 643 casos, principalmente en el área metropolitana. Este es un problema a nivel nacional muy significativo, ya que representa una gran demanda en los servicios de atención psiquiátrica en los hospitales especialistas en el tema como el Hospital Nacional de Niños y en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

En los primeros 6 meses del 2018 el Hospital Nacional Psiquiátrico reportó un aumento de 161 casos de pacientes con intento suicidas, provocando que los centros médicos superen su capacidad instalada para la atención de estos casos. Es necesario contar con instituciones de salud más especializadas en este tipo de diagnóstico, para así brindar una atención adecuada y por otra parte proporcionar una mayor cobertura a los pacientes.

Deben de crearse espacios donde puedan implementarse nuevas metodologías de tratamientos para esta clase de patología de salud mental. Modalidades terapéuticas diferentes donde no sea necesaria la internación y se brinde un sistema de atención de forma ambulatoria.

Se trata de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de depresión y la de sus familiares, esto mediante estrategias que no solo permitan tratar estos trastornos, sino también a prevenirlos. Esto busca desarrollar sus capacidades con el objeto de poder insertarse en la

sociedad con buenas posibilidades de éxito, mejorar la relación familiar a través de las reuniones familiares y grupales, además de desarrollar nuevas posibilidades de inserción laboral y educacional.

Esto con el propósito de disminuir la cantidad de suicidios en el país, además de contribuir con la promoción de salud mental, generando así mayor conciencia en las personas sobre estos trastornos y brindándoles una gran oportunidad de superación a las que están atravesando por este tipo de situaciones.

1.3.Planteamiento y formulación del problema

La salud mental es un factor esencial de la calidad de vida y parte integral del bienestar de las personas, tanto así que no se puede hablar de salud sin salud mental. Su ausencia interfiere directamente en las capacidades, emociones y vida de los individuos, provocando en muchas ocasiones la desesperanza y pensamientos suicidas.

Este es un problema característico que ha venido afectando mucho a la ciudadanía costarricense, especialmente a niños y adolescentes, los cuales padecen de diferentes trastornos psicológicos que cada vez aumentan más su número, pero hay uno en particular, el trastorno depresivo, el cual ha generado un mayor impacto sobre estas personas provocando un incremento en el porcentaje de suicidios en el país, principalmente en la capital.

Esto genera gran preocupación, ya que hay en juego muchas vidas de niños y adolescentes que están pasando por situaciones tan difíciles como rupturas familiares, abandono, drogas, enfermedades físicas y baja autoestima, causándoles desesperanza por la vida.

La falta de infraestructura adecuada y personal médico especialista en este tipo de trastorno mental, plantea la investigación para el diseño de nuevo centro diurno hospitalario para la atención psiquiátrica de niños y adolescentes con depresión, espacio que permita la promoción

de salud la mental mediante programas preventivos y un nuevo sistema de atención psiquiátrica ambulatoria basada en tratamientos que no afecten la vida cotidiana de los pacientes y la de sus familiares, incluyendo actividades complementarias desarrolladas en talleres, para que los mismos reconozcan sus habilidades, posibilidades, socialicen nuevamente y vuelvan a tener una calidad de vida normal.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Intervenir con una propuesta arquitectónica que responda al adecuado sistema de atención y al tratamiento de niños y adolescentes con depresión.

1.4.2. Objetivos específicos

- Reconocer las necesidades espaciales que requiere un Hospital Psiquiátrico de Día para su adecuado funcionamiento.
- Plasmar espacios que respondan a las necesidades de los usuarios a nivel médico, institucional y profesional.
- Identificar las técnicas existentes que se requieren para el tratamiento del trastorno depresivo en niños y adolescentes.
- Organizar funcionalmente espacios interdisciplinarios para la atención en el centro diurno hospitalario.
- Incorporar los requerimientos a nivel técnico que incidan en el diseño de instalaciones de estas características.
- Complementar el centro de salud mental con espacios que permitan desarrollar actividades relacionadas con salud ocupacional.

2. Marco Teórico

Capítulo 1. Hospitales psiquiátricos

Los hospitales psiquiátricos son un tipo de centro médico destinado al tratamiento, cuidado y custodia de los enfermos mentales, tienen como fin organizar, operar y proporcionar servicios de salud-psiquiátrica integral a la población, que permita efectuar acciones preventivas de enfermedades mentales, diagnósticos tempranos y tratamientos.

En estos establecimientos psiquiátricos algunos pacientes que sufren de algún trastorno u enfermedad mental son abandonados por sus propios familiares y apartados de la sociedad de una forma drástica. Muchas de estas personas por razones de sus patologías de salud mental son internadas en este tipo de centros médicos por un tiempo indefinido, algunos durante toda su vida.

Debido a la problemática que se vive a diario en los hospitales psiquiátricos que afectan a los pacientes e influyen directamente en su tratamiento y en su recuperación, se empezaron a investigar nuevas alternativas que sean más eficaces, y que mejoren la relación del paciente y la de sus familiares.

Desde el año 1935 se creó una modalidad de asistencia médica como la que brindan actualmente los hospitales psiquiátricos de día, la cual surgió como un tipo de “experiencia de semi-internación” en la U.R.S.S. y cuyo objetivo principal era brindar un tipo de atención parcial a pacientes psiquiátricos, evitando así la internación de los mismos.

Fue hasta el año 1947 que dicha “experiencia” fue nombrada Hospital de día, en Canadá, por D. Ewen Cameron, un psiquiatra del siglo XX. Este tipo de institución resulto ser una gran opción para evitar que los pacientes sean hospitalizados permanentemente y pasen toda la vida aislados del mundo y su realidad, expuestos a pasar por situaciones inhumanas, antiéticas y de

quedar en el olvido. Además el modelo de atención brindado por este tipo de centros médicos representa una gran alternativa para que los pacientes se reincorporen a la sociedad nuevamente.

El Dr. Pereira (2018) afirma:

El Hospital de Día es, probablemente el contexto que más posibilidades nos da a la hora de plantear una intervención terapéutica, dado que permite integrar diversos modelos de intervención con una alta disponibilidad de tiempo y en un espacio definido. Es una alternativa menos restrictiva con respecto al ingreso de personas que sufren una grave y seria enfermedad mental. Muchos de los pacientes que ingresan a una internación completa en una clínica privada podrían ser tratados en un Hospital de Día donde la atención es más barata que en la internación. El cuidado de las personas en los hospitales de día puede lograr reducciones sustanciales del número de personas que necesitan atención hospitalaria a la vez que da mejores resultados.

Este tipo de tratamiento psiquiátrico suele desarrollarse en sesiones que resultan de 8 horas o más a la semana, proporcionado por un equipo de profesionales capacitados mediante diversos tipos de terapias, ya sean individuales o grupales.

1.1. Historia del hospital psiquiátrico de día

Desde Grecia antigua, con Celso y Coelius Aureliano (Llpba, 1984), se pueden encontrar propuestas de modalidades de tratamiento que tenían en cuenta la variable social, el trato humanitario y el desarrollo de las potencialidades del paciente psiquiátrico.

El tratamiento que se le otorga al paciente psiquiátrico varía considerablemente según la sociedad, la cultura y la época en que éstos se producen.

A finales del siglo XVIII, V. Chiarugi en Florencia y luego W. Tuke en Inglaterra, encabezan propuestas de tratamiento para los enfermos psiquiátricos en las que se hallaban los fundamentos de sus derechos y protección.

En concordancia con el ideario de la Revolución Francesa, P. Pinel propone su “Tratamiento Moral”, de características más humanitarias, y valorando la importancia del trabajo y la actividad artística. En un contexto estructurado de tratamiento y bajo un régimen de disciplina, bajo la dirección del psiquiatra, el paciente controlado de ese modo llegaría a la cura.

La psiquiatría sufre luego cierto agotamiento, dada su perspectiva descriptiva y progresivamente. En la década del cincuenta retoma impulso al iniciarse la elaboración de psicofármacos y el contar con un arsenal terapéutico cada vez más variado.

La psiquiatría habría atravesado, según Rapaport, tres grandes períodos. El primero, del tratamiento humanitario y nacimiento de la psiquiatría como rama de la medicina (P. Pinel). El segundo, en el que vendrían a adquirir relevancia la interpretación y significación de los síntomas propugnada por los desarrollos del psicoanálisis, y el tercero, en el que se incluye la dimensión de lo social. De este último movimiento participa entonces el Hospital de Día.

El Hospital de Día se inicia como “experiencia de semi-internación” en la U.R.S.S, la cual tuvo como objetivo central evaluar la continencia que podría brindarse en un dispositivo de atención parcial a pacientes psiquiátricos, evitándose así su internación.

Es así como la reducción de costos va de la mano de la suposición que el tratamiento bajo régimen de internación no sería cualitativamente superior al brindarse un marco de atención parcializado.

Dicha experiencia no llevaba el nombre de Hospital de Día. Este es acuñado posteriormente en Canadá, por Even Cameron, en el año 1947.

En 1948, J. Brier inaugura la primera unidad de hospital de día en Inglaterra. En Estados Unidos, los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en la Menger Clinic (1949). Tanto en los EE.UU. como en el Reino Unido, luego de la promulgación

de leyes de protección al enfermo psiquiátrico en la década de 1960, se dio gran impulso a la apertura de nuevos centros. Con ese incentivo, en esos países se pasó de 112 unidades en 1963 a 2000 en 1980.

(Alazraqui, 2017)

1.2. Atención psiquiátrica actual de los hospitales de día

En todo centro médico existe una serie de elementos en específico que los caracteriza, esto depende de su modelo de atención, sus especialidades médicas, tipos de tratamiento... Por ejemplo hay hospitales que cuentan con un sistema de internación y otros que brindan atención de forma ambulatoria, es decir, que posee una especialidad médica que se ocupa de hacer diagnósticos, terapias y tratamientos sin la necesidad de que los pacientes sean hospitalizados, mismo servicio que ofrecen actualmente los Hospitales Psiquiátricos de Día.

Este tipo de instituciones son una modalidad terapéutica donde se tratan patologías de la salud mental, tales como trastornos de personalidad, específicamente la depresión. Dentro de sus tratamientos incluyen actividades complementarias que se pueden desarrollar en diversos talleres en el área de salud ocupacional, como por ejemplo, taller de costura, bordado, música, danza, molduras, carpintería, huerto, natación, gimnasio y expresión plástica y corporal. Permitiendo crear vínculos entre los pacientes y el equipo interdisciplinario, para asimismo evaluar su comportamiento y luego con ese tipo de análisis obtener material de suma importancia que complementa el tratamiento y el avance del mismo.

Además IPSE Salud Mental (institución dedicada a salud mental, (1999-2018)) afirma que este tipo de actividades tienen como ventaja la posibilidad de socialización, que en estos pacientes está muy deteriorada como así también mejorar la relación familiar a través de las reuniones familiares y grupales. Por otro lado en el Hospital de Día se trabaja interdisciplinariamente con el objeto de

tener distintas miradas en la problemática de un paciente, por ello es necesario un equipo integrado por psiquiatras, psicólogos, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionales, plásticos, etc.

Es conocido el valor y efecto de la música como el de la pintura en el desencadenamiento de sentimientos, sensaciones y afectos que permiten trabajar la enfermedad y recuperar en el paciente lo más profundo de su ser, aún desconocido para él. Por otro lado la terapia ocupacional y el resto de talleres aportan lo propio a los efectos de que el paciente reconozca sus capacidades y posibilidades.

Este tipo de centros médicos son dirigidos para pacientes con patologías cuyo estado no revista peligrosidad para sí o para terceros, pudiendo admitirse el ingreso de pacientes con diagnóstico de: neurosis grave, cuadros depresivos, trastornos de personalidad, psicosis compensadas.

Algunos de los servicios abordados por un equipo multidisciplinario de salud que se dan en los hospitales diurnos son:

- Control psiquiátrico y prescripción farmacológica.
- Servicio de enfermería a cargo de administración y control de medicación.
- Psicoterapia individual, grupal, familiar.
- Terapia ocupacional.
- Musicoterapia.
- Expresión corporal.
- Actividades recreativas y sociales.

(IPSE Salud Mental ,1999-2018)

1.3.Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

El inicio del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres data en el año 1869, siendo presidente de la Junta de Caridad, el Lic Vicente Herrera Z., quien observó la necesidad de brindar atención a los pacientes con enfermedades mentales que permanecían internados en el Hospital San Juan de Dios. Para 1977 la Junta retoma el tema sobre dichos pacientes y propone crear un espacio para estos enfermos.

En 1883, el Gobierno de Costa Rica a través del ministerio de policía, solicita a la Junta de Caridad que se sitúen a todos los individuos que deambulan por las calles en un lugar apto para ellos. Se nombró entonces una comisión integrada por el Dr. Carlos Durán C. y Francisco Brenes Robles, mientras el Poder Legislativo dictó el acuerdo No. 34, de julio de 1883.

Como consecuencia de esta ley, se destina del tesoro público cinco mil colones, para iniciar la construcción del dicho hospital, y fue entonces para el año 1886 que se da inicio a la construcción del nuevo edificio para la atención enfermos de salud mental.

El Hospital de Insanos quedo oficialmente inaugurado el 4 de mayo de 1890. Para 1891 ya se contaba con una población de 158 pacientes, lo que llevo a la Junta a comprar terrenos a diferentes personas para ampliar las instalaciones. El 26 de abril de 1896 la Junta decidió cambiar el nombre de “Hospital de Insanos” por “Hospital Chapuí”, debido a que fue el Por Manuel Antonio Chapuí y Torres quien donó al estado los terrenos donde se levantaría el nuevo y actual hospital, lugar conocido como Mata Redonda.

Al igual que El Hospital de Insanos se construye con las contribuciones del pueblo costarricense, y de los excedentes de la lotería nacional. Su construcción dura cerca de cuatro años, y queda oficialmente inaugurado el 15 de setiembre de 1974. Actualmente, el Hospital Nacional Psiquiátrico se encuentra ubicado en Pavas, distrito de la provincia de San José, cuenta

con un terreno cercano a los 232.381 metros cuadrados. Este centro cumple una importante labor para el país, convirtiéndose en uno de los mejores centros de atención en psiquiatría y salud mental de América Latina

1.4.Cambios en el sistema de atención del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel

Antonio Chapuí y Torres

A pesar de que fue y ha sido uno de los mejores centros para la salud mental, dicha institución ha venido buscando la implementación de un nuevo cambio en su sistema de atención y para ello dejaron de asilar a los pacientes. Según una entrevista realizada por Carlos Mora en el 2016 la decisión la tomaron las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con la intención de someter al centro médico a un nuevo modelo de atención y rehabilitación de las enfermedades mentales.

Se pretende dar un abordaje más integral para el tratamiento de enfermedades mentales menos atendidas como el estrés post traumático, la depresión, los trastornos de personalidad, los trastornos alimenticios, sobrepeso, patología dual, entre otros. Además el nuevo enfoque busca la reincorporación de los pacientes a la sociedad.

“La nueva propuesta hospitalaria garantiza el derecho de los pacientes a vivir en la comunidad y tener acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y personal necesaria para facilitar su existencia y así evitar el aislamiento y la exclusión”, dijo la doctora Lilia Uribe, directora del centro médico, en una entrevista realizada por Carlos Mora.

Los salones que alguna vez albergaron a estos "residentes permanentes" ahora serán ocupados por pacientes jóvenes que, cada vez con más frecuencia y cantidad, desarrollan enfermedades mentales tempranamente debido al consumo de drogas.

La salida de pacientes institucionalizados ha permitido al Hospital Nacional Psiquiátrico redirigir recursos hacia programas nuevos que hoy demanda la población. Entre ellos, uno especial para población autista.

Los recursos también serán redirigidos a otros programas que este hospital está desarrollando, que son de carácter ambulatorio; es decir, no requieren internamiento, menciona Carlos Mora.

Gracias a este nuevo cambio que se está desarrollando a nivel de salud mental se requiere plantear nuevas propuestas que respondan de una manera adecuada a la principal problemática existente, la depresión en adolescentes y niños. Ya que no dan abasto los espacios y el recurso humano disponible para la atención de pacientes con este tipo de trastorno, se crea la necesidad de la construcción de un centro diurno hospitalario para la atención psiquiátrica de niños y adolescentes con depresión.

Capítulo 2. Enfermedades mentales

Existe gran cantidad de trastornos mentales que sufren muchas personas a nivel mundial, entre las que se encuentran la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar afectivo, las discapacidades intelectuales, entre otras. Este tipo de enfermedades mentales se caracterizan por generar alteraciones a nivel de pensamiento, comportamiento y emociones, las cuales afectan directamente en sus vidas, la de sus familiares y la de las personas que los rodean.

Estos trastornos deben ser tratados para mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen. Actualmente se cuenta con varios tipos de estrategias eficaces de tratamientos que permiten tratar y prevenir estas alteraciones. Este modelo de paciente debe tener un control de atención a nivel médico y además es de suma importancia que reciba apoyo y tenga acceso a servicios sociales que le brinde ayuda.

Según la OMS (Organización Mundial de la salud) los trastornos mentales continúan aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países. Esta misma entidad creó un plan de acción que fue aprobado por la Asamblea Nacional de la salud en el 2013, donde aclara que la salud mental es un elemento fundamental para el bienestar de todas las personas.

Dentro de los objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS se encuentran:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completo, integrado y con capacidad de respuesta.
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Este tipo de programas de acción resulta ser muy favorables en el avance de nuevos tratamientos útiles para pacientes que padecen estas alteraciones mentales como la depresión, que según la OMS este tipo de trastorno en particular afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, con mayor porcentaje de afectación en mujeres que en los hombres.

2.1.Depresión

En Costa Rica la presencia de depresión en las personas cada vez es más común, generando un problemática a nivel de salud mental, debido a que es un trastorno que se caracteriza por generar alteraciones en el estado de ánimo, acompañada de otras características como la

presencia de tristeza, sensación de vacío o soledad, desinterés por actividades que antes eran placenteras, autoestima baja, alteraciones en el apetito y en el sueño.

Este tipo de trastorno puede ser crónico o recurrente, e influir en el desempeño de muchas actividades cotidianas como por ejemplo la escuela, el trabajo y la capacidad de afrontar la vida. La depresión leve puede ser tratada sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene un carácter moderado o grave se necesita una medicación adecuada y tratamiento profesional como la psicoterapia, ya que su forma más severa, ha conducido a miles de personas hasta el suicidio.

Según el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM-5), la depresión se caracteriza por los siguientes criterios:

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante un periodo de 2 semanas, y representan un cambio respecto al funcionamiento previo: al menos uno de estos síntomas debe ser: 1. Estado de ánimo depresivo o 2. Pérdida de interés o capacidad para el placer (anhedonia).
 - 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. se siente triste, vacío, desesperanzado) o la observación realizada por otros (p. ej, llanto frecuente).
 - 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. (Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables).

4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día, más allá de los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermos.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. El episodio no son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una sustancia y otra condición.
- D. La ocurrencia de un episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- E. Nunca se ha producido un episodio maniaco o hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra condición médica.

2.1.1. Tipos de depresión

Los síntomas y el tipo de depresión pueden variar según la persona, además este tipo de trastorno se puede clasificar si se toman en cuenta características particulares como:

1. Depresión ansiosa: depresión a la que se le suma la inquietud o la preocupación inusual por posibles eventos o pérdida de control
2. Características combinadas: depresión y manía en simultáneo, que comprende autoestima elevada, hablar demasiado y aumento de energía
3. Características melancólicas: depresión grave con falta de respuesta ante cuestiones que solían proporcionar placer y que está asociada a despertarse temprano en la mañana, a que el estado de ánimo empeore durante la mañana, a cambios importantes en el apetito y a sentimientos de culpa, agitación o pereza
4. Características atípicas: depresión que comprende la capacidad de alegrarse momentáneamente ante acontecimientos felices, mayor apetito, necesidad excesiva de dormir, sensibilidad al rechazo y sensación de pesadez en los brazos o en las piernas
5. Rasgos psicóticos: depresión acompañada de delirios o alucinaciones, lo que puede implicar limitaciones para cumplir con tus tareas u otras cuestiones negativas
6. Catatonía: depresión que comprende actividades motoras relacionadas con movimientos descontrolados y sin sentido, o con una postura fija y rígida
7. Comienzo en el periparto: depresión que se manifiesta durante el embarazo o en las semanas o los meses posteriores al parto (posparto)
8. Patrón estacional: depresión relacionada con los cambios de las estaciones y con una menor exposición a la luz solar

2.2.Trastorno depresivo en Costa Rica

La depresión es un trastorno mental común y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. En Costa Rica por ejemplo según estadísticas brindadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), durante el 2017 se reportaron un total de 462 egresos de la red de hospitales nacionales con episodio depresivo (cuando pasa una vez) y 181 con trastorno depresivo recurrente (cuando ocurre en varias ocasiones) (Matarrita,2018).

Esta problemática afecta cada vez más a los costarricenses y no solo a personas adultas, la depresión cada vez es más frecuente en niños y adolescentes que pasaron o están pasando por situaciones difíciles que los han llevado a padecer este tipo de enfermedad mental.

Según el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres se reportaron 161 casos en 6 meses durante el 2018 de menores de edad sin motivación para vivir, donde cabe mencionar que 125 son mujeres y 36 hombres, los cuales ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de intento suicidas.

Entre dichos pacientes, hubo un menor de diez años y otro de 11. Algunos reportes informan que la cantidad de afectados sube a partir de los 12 años, con diez pacientes atendidos por esa causa, alcanzando los 37 casos entre quienes tienen 16 años. Esto en muchos casos son consecuencias de abandonos o rupturas familiares.

La mayoría de esos pacientes viven en San José (91); le siguen los vecinos de Alajuela (30 casos), Heredia (24) y muy por debajo, los cartagineses (7).

Max Figueroa Malavassi, jefe de clínica en el servicio de Psiquiatría del hospital pediátrico informó en una entrevista realizada por Ángela Ávalos el 8 de julio del 2018, que: “la mayoría de estos niños, niñas y adolescentes son referidos por sus centros educativos a los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).”

Además el pediatra Max Figueroa confirmó que los pensamientos suicidas afecta, principalmente, a quienes tienen entre 10 y 12 años.

"En las conductas suicidas tenemos desde el pensamiento de muerte (qué va a pasar si me muero, irán a mi entierro, me extrañarán) hasta la comisión del suicidio.

"En ese espectro, existe la ideación que es cuando un niño piensa en quitarse la vida. Y eso puede ir desde pensar 'quisiera no haber nacido' hasta configurar un plan con una serie de pasos", explicó el médico.

Cualquier persona con ese tipo de pensamientos debe ser considerada una emergencia, advirtió Figueroa.

Por otra parte el Hospital Nacional de Niños notifico un aumento en la cantidad de consultas de niños con trastornos depresivos y con ideas suicidas. Estos pacientes no necesitan ser internados pero sí necesitan recibir tratamiento para disminuir riesgos.

Estos como otros casos han generado una mayor demanda en los servicios de atención psiquiátrica en los hospitales especializados como lo son: El Hospital Nacional de Niños, el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres y el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Donde cabe mencionar que los primeros 2 centros de salud antes mencionados son los que se encargan de los casos más complejos de menores de edad con comportamientos suicidas.

Gloria Chacón Gordon, del servicio de atención a niños y adolescentes del Nacional Psiquiátrico, en una entrevista realizada por Ángela Ávalos en el año actual (2018), confirmo un aumento en la atención de pacientes con esas características y una mayor demanda de servicios de personas que consultan por conducta suicida; especialmente, menores de edad.

"En los últimos tres años, han superado la capacidad instalada del hospital para su atención. En ciertas épocas del año, la presencia de menores de edad colapsa el servicio de observación", reconoció Chacón.

Quienes más consultan por esa razón en el Psiquiátrico son mujeres a partir de los 13 años.

"Los espacios y el recurso humano disponible para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes no da abasto para atender las situaciones de crisis que se presentan y asegurar el seguimiento que estas personas requieren."

"En el Hospital Nacional Psiquiátrico estos casos representan un 10% de la población que se atiende en el servicio de Urgencias, pero requieren una inversión mayor de tiempo y recursos que otros grupos."

De acuerdo con datos de la Secretaría Técnica de Salud Mental, en el Ministerio de Salud, las cifras de personas con comportamiento suicida en el país fluctúan de un año a otro. Por ello dichas entidades están realizando acciones para reforzar la atención de estos casos en todo el territorio nacional.

El Dr. Francisco Gólcher Valverde, Contralor de Servicios del Ministerio de Salud, destacó en una entrevista realizada por Ángela Avalos en el año actual (2018), la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, de la cual saldrá pronto un decreto ejecutivo; y la existencia de un decreto para la Norma Nacional para la Articulación Interinstitucional para el Abordaje del Comportamiento Suicida.

A la Caja se les pidió elaborar un protocolo para la atención de estos casos en todos sus servicios de Emergencias, y también a instituciones como el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (Conapam) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

"La situación lo amerita. La actual sociedad, altamente competitiva, agresiva y terriblemente machista y homofóbica, agrede a los chicos que son diferentes. Hay desintegración familiar, alcohol, drogas y violencia", dijo Gólcher.

"Para nosotros, este tema es de una alta prioridad. Estamos trabajando para que haya un abordaje integral desde las diferentes instituciones, fortaleciendo la parte de prevención y promoción.

"Estas son las herramientas para fortalecer a estos muchachos y a estos niños que entran en una situación de desesperanza ante las situaciones que están viviendo", agregó el especialista.

El pediatra Alberto Morales Bejarano fue entrevistado por Ángela Avalos donde comentó que le ha venido dando seguimiento a este y otros temas vinculados con la salud de los menores de edad desde hace más de dos décadas.

Para Morales, hay varios factores de riesgo sobre los cuales se tiene que actuar.

Uno de los principales son las relaciones familiares deterioradas. "Es el primer sistema de contención natural y afectivo para que el niño y el adolescente tengan esa sensación de bienestar y de que son protegidos. Al debilitarse este sistema familiar, evidentemente la persona está más expuesta. "

"A esto sumamos las debilidades en el sistema escolar, que ya no existe como una red de protección y contención extendida. También las familias hoy cargan con demandas modernas que las sobrepasan. Todo esto, genera ambientes o entornos de mucha ansiedad, de violencia, donde el bullying se ha vuelto más visible".

"Evidentemente, están todas las propuestas de consumo a las que están expuestos los menores. En esta gesta de la competencia de ser el mejor y ser exitoso con un concepto de tener cosas, con

propuestas de consumo inalcanzables para grandes sectores de la población que generan mucha frustración y desesperanza", comentó el médico.

Debido a la gran cantidad de casos tanto de niños como de jóvenes que sufren este tipo de trastorno psiquiátrico, las instituciones especializadas existentes no dan abasto con la atención adecuada que debería de brindárseles a todos los afectados. Además estos centros médicos que brindan esta clase de servicios de consultas no cuentan con instalaciones apropiadas que cumplan a nivel espacio-funcional con las características que deberían de tener este tipo de centros de atención de salud mental. Por otro lado esta misma situación no les permite complementar sus servicios con nuevas técnicas de tratamientos para los pacientes.

2.3.Trastorno depresivo en adolescentes

. La adolescencia es un periodo de crecimiento desarrollo humano comprendido entre los 10 y los 19 años, después de la niñez y antes de la edad adulta. En esta etapa las personas experimentan cambios psicológicos, biológicos, sexuales y sociales que pueden alterar directamente su estado de ánimo, provocando así en muchas ocasiones trastornos depresivos, acompañados sensación de soledad, sentimientos de culpa y desesperanza.

Ademas de sufrir cambios físicos como aumento de vello corporal, altura, composición de la grasa corporal, cambio en el tono de voz... muestran pensamientos como la audiencia imaginaria (pensar que todos están pendientes de él o ella) y además de creen que son indestructibles y únicos. En muchos casos desarrollan épocas de rebeldía en el entorno familiar, generan mayor presión social por parte de sus amigos y poseen preocupaciones por sus identidades tanto ocupacionales como sexuales, generando alteraciones pueden repercutir directamente en sus autoestimas.

Actualmente ni el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM-5) considera la depresión en adolescentes como una categoría independiente. El motivo es que la depresión, tanto en adolescentes como en adultos, presenta sintomatología muy similar que cambia a nivel individual y según la etapa vital.

Algunas de las características que presentan los adolescentes con depresión se resumen en sentimiento de tristeza, incapacidad por desarrollar actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio, fatiga, dificultad de concentración y pensamiento de muerte.

2.3.1. Factores de riesgo de la depresión en adolescentes

Existen una serie de situaciones y de rasgos de personalidad que influyen directamente en la probabilidad de que un o una adolescente sufra depresión, alguno de estos son:

- Factores familiares y del contexto social: condiciones familiares adversas que son vividas con un alto nivel de estrés. Antecedentes familiares de depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias o trastornos de conducta o personalidad, también son considerados como de riesgo.
- Factores relacionados con el entorno: conflictos en el centro de estudio, rechazo de otras personas, acoso escolar o bullying, bajo rendimiento escolar.
- Factores personales: sexo femenino, baja autoestima o exceso de autoexigencia, déficit de habilidades sociales, trastornos de aprendizaje, tics o conducta o enfermedad crónica.
- Factores psicológicos: existencia de cogniciones disfuncionales, estilo de ánimo pesimista, excesiva autocrítica, distorsiones cognitivas, pensamientos negativos automáticos, alto nivel de desesperanza y dificultades en solución de problemas.

Por esta serie de circunstancias no se puede hablar de una única causa cuando de trastornos depresivos se habla, ya que cada persona debe ser considerada de una forma individual. Siempre

tomando en cuenta la influencia de cambios hormonales los cuales pueden hacer que el adolescente se sienta triste y deprimido, los rasgos personales como por ejemplo la inhibición conductual (mostrarse tímido y temeroso). Además se pueden mencionar otro tipo problemas generados por preocupaciones como la imagen física, enfermedades incapacitantes, embarazo adolescente, ruptura sentimental traumática... estas junto con todo lo anterior antes mencionado son variables que pueden precipitar el desarrollo de una depresión en adolescentes.

2.3.2. Evaluación de los trastornos depresivos en adolescentes

La evaluación de este trastorno se debe llevar a cabo mediante entrevistas médicas, observaciones, así como mediante el uso de técnicas e instrumentos psicológicos que ayuden a los especialistas a comprender y analizar de forma individual el caso. Se trata de recopilar la mayor información posible sobre el paciente para obtener un panorama claro y proponer soluciones para ayudar a mantener un estado de ánimo "saludable".

Es de suma importancia y de gran ayuda la participación de familiares o de personas cercanas al adolescente durante su tratamiento, ya que estas personas aparte de generar una sensación de apoyo, pueden brindar información complementaria de gran valor para el diagnóstico del paciente y además juegan un papel fundamental en el avance de los mismos.

Durante esta etapa de evaluación existen 3 aspectos básicos importantes para diagnosticar de una forma adecuada a los pacientes, los cuales son:

- La presencia de síntomas como la tristeza, pérdida de interés, cambios a nivel físico o social, etc.
- Signos de otros problemas de salud mental como la ansiedad, esquizofrenia, manía...
- Riesgo de suicidios y desesperanza.

2.4.Trastorno depresivo en niños

La depresión es un trastorno que no solo lo padecen los adultos o adolescentes. En la actualidad muchos niños han sido diagnosticados con este tipo de afectación mental, perjudicando directamente su calidad de vida durante la niñez, su adolescencia e inclusive en algunos casos estas secuelas se extienden hasta la adultez. Las alteraciones causadas por esta enfermedad pueden ser muy graves y de larga duración, interfiriendo en la vida cotidiana del paciente y la de sus amigos y familiares.

La depresión infantil puede desarrollarse por varios aspectos como por ejemplo, causas biológicas producidas por factores hereditarios, hormonales y neuronales, causas estacionales relacionadas con la cantidad de luz producida en los cambios de las estaciones, más conocido como trastorno afectivo emocional, causas psicológicas generadas por rupturas familiares, pérdida de seres queridos o problemas de autoestima. Por otra parte hay que tomar en cuenta las causas del entorno, las cuales tienen que ver con el estrés y las presiones a las que están sometidos los niños.

2.4.1. Diagnóstico depresivo en niños

El diagnóstico de la depresión en niños es difícil, ya que simultáneamente pueden padecer de otros trastornos como la ansiedad o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Este tipo de pacientes pueden presentar una serie de síntomas relacionados con la depresión, pero para ser diagnosticado con este tipo de enfermedad es necesario la presencia de 4 o más síntomas de los que se especifican a continuación durante un largo periodo de tiempo.

- Estado de ánimo irritable o depresivo
- Pérdida de interés o placer
- Aislamiento social

- Agitación
- Problemas de conducta/disciplina
- Autoestima baja
- Sentimientos de desesperación
- Dificultad al concentrarse
- Llanto frecuente
- Quejas físicas
- Crecimiento y peso no apropiados
- Cambio en apetito
- Trastornos en el sueño
- Cansancio
- Conducta dirigida a lastimarse a sí mismo
- Hablar acerca del suicidio o intentarlo

Cabe mencionar que estos síntomas no son únicos de la depresión, ya que pueden estar presentes en otro tipo otros trastornos. Esta serie de afectaciones pueden variar dependiendo de la personalidad y la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño.

Capítulo 3. Tratamiento para la depresión

Los medicamentos y la psicoterapia son muy eficaces para la mayoría de personas con depresión, pero además actualmente existen programas para la prevención y tratamiento de trastornos depresivos, los cuales favorecen mucho a los pacientes y a sus familias.

Según la OMS (2018) se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños (por ejemplo, mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual) y en los adultos (por ejemplo, mediante la asistencia psicosocial).

La depresión de leve a moderada se puede tratar eficazmente con terapias que utilizan el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. Los antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela.

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos. El mantenimiento o la recuperación de las redes y las actividades sociales son también importantes. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

3.1. Tratamientos para la depresión en adolescentes

Existen diversos tipos de tratamiento los cuales se pueden subdividir en 3 grandes grupos, por una parte la prevención del trastorno psicológico en población de riesgo, y por otra el tratamiento farmacológico y psicológico.

Existen programas destinados a la prevención de la depresión como por ejemplo el Penn Resiliency Project, desarrollado por Martín Seligman un psicólogo y escritor estadounidense. Se trata de un programa destinado a la prevención de episodios depresivos para jóvenes de entre 10 a 16 años, desarrollado en grupo. El objetivo es disminuir las distorsiones cognitivas, haciendo el pensamiento más flexible a través de la terapia cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas.

En cuanto al tratamiento farmacológico, aunque es muy similar al tratamiento en adultos, suele usarse la Fluoxetina como tratamiento de elección en los adolescentes. En el ámbito psicológico, se ha demostrado la eficacia de tratamientos conformados fundamentalmente por técnicas cognitivo-conductuales. Entre las técnicas utilizadas se recomiendan: actividades agradables, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, resolución de conflictos interpersonales, habilidades sociales, autocontrol y relajación. El primer objetivo del tratamiento psicológico es vencer la inactividad o “dejadez” que normalmente ocurre en los adolescentes que padecen depresión.

Con la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en autoinstrucciones positivas lo que se pretende es detectar los pensamientos contraproducentes y entrenar al adolescente para controlarlos (debatir y cuestionando los pensamientos) primero en consulta y posteriormente en casa. Con las actividades de habilidades sociales se busca desarrollar capacidades comunicativas y/o de resolución de problemas interpersonales.

El objetivo, por tanto, sería el de enseñar a una persona o grupo de personas destrezas y habilidades socialmente efectivas. El entrenamiento en grupo, puede ser beneficioso para entrenar determinadas competencias, así como por el apoyo social que puede recibir de los compañeros. Dentro del tratamiento no se debe dejar de lado las técnicas como la relajación y el manejo de las emociones, ya que pueden ser útiles para elevar el grado de autocontrol de sus emociones, disminuyendo el estrés y aumentando la autoconfianza.

Las técnicas de relajación pueden mejorar el estado de ánimo debido a las emociones agradables que generan y que contrarrestan las emociones negativas vividas, por lo que es de gran importancia la participación de los padres en este tipo de actividades, debido a que son el principal contexto de apoyo del adolescente por lo que beneficiará a su recuperación.

Actualmente, se utilizan programas creados específicamente para tratar la depresión en niños y adolescentes. En la depresión adolescente el Curso de Afrontamiento de la depresión de Lewinsohn está considerado como un tratamiento muy eficaz. Éste se compone de 16 sesiones cuya duración es de dos horas aproximadamente. Se compone de autocontrol, habilidades sociales, actividades agradables, relajación, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y negociación, habilidades de solución de problemas, mantenimiento de logros y cuenta con la participación de los padres en algunas de las sesiones.

Y por último en el tratamiento interpersonal se abordan temas como la separación de los padres o el distanciamiento familiar, el desarrollo de relaciones familiares positivas, la experiencia con la muerte o la presión por el grupo de referencia.

3.2. Tratamiento para la depresión en niños

Debido a que existen diferentes tipos y causas de depresión, se necesitan de diversos tratamientos para su recuperación. Cuando los síntomas de depresión son persistentes y más severos, se debe buscar la ayuda de un profesional (generalmente un psicólogo o un psiquiatra) para que estos establezcan un diagnóstico y un control sobre el niño, para luego poder establecer los tratamientos adecuados dependiendo de su estado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso de medicamentos no es para nada recomendado para la depresión en niños, por lo que se realizan otro tipo de técnicas como tratamientos psicológicos que incluyen terapias conductuales, cognitivas y psicoterapia.

La psicoterapia se basa en un conjunto de técnicas y métodos usados para poder ayudar a niños y niñas que tienen problemas con sus emociones o conductas, y uno de los muchos elementos que la diferencian de la terapia para adultos es que utiliza el juego como elemento clave en la terapia. Además, implica a la familia (y en ocasiones la escuela y/o otras instituciones

y profesionales) en el proceso terapéutico, por lo que la relación terapéutica y la alianza es múltiple.

Los terapeutas infantiles ponen en práctica actividades y juegos para relacionarse y comunicarse con los niños, creando vínculos entre paciente y profesional y asimismo logrando obtener información importante para su diagnóstico y su recuperación. No obstante, el lenguaje y la comunicación verbal en este tipo de terapia es también importante, como en la terapia de adultos, pero es necesario adaptarlo a la etapa evolutiva en la que se sitúa cada niño, tanto a nivel de comprensión y expresión del lenguaje como de las características de su cognición y pensamiento. Estos profesionales son expertos en ayudar a los niños a desarrollar y construir la autoestima sana, mejorar la comunicación, las habilidades sociales, estimular el desarrollo y mejorar su inteligencia emocional y relacional.

Gracias a la terapia basada en el juego, el niño encuentra una manera de expresión que facilita la comunicación de sus problemas, preocupaciones, emociones y pensamientos sin necesidad de tener que verbalizar de forma directa el problema como haría un adulto y sin sentirse amenazado o interrogado.

3.3. Factores y técnicas que influyen en el tratamiento de los pacientes con depresión

El espacio en el que recibirán evaluación y tratamientos este perfil de pacientes con trastornos depresivos debe cumplir con ciertas condiciones espaciales, capaces de estimular y promover sensaciones y reacciones generando la interacción del paciente con su entorno, tomando en cuenta varios elementos como lo son: la seguridad, confort, espacios de fácil orientación y desplazamiento, áreas exteriores con grandes zonas verdes, texturas, iluminación, entre otros. Por otro lado es de suma importancia el tema de la cromática ya que color tiene un efecto sobre el

equilibrio orgánico, factor que lo convierte en un elemento colaborador en el tratamiento y rehabilitación de pacientes con alteraciones mentales.

Cada color posee un efecto psicológico y emocional sobre las personas por lo que hay que saber escoger muy bien y esto va a depender de la sensación que se desee transmitir en el espacio, como por ejemplo:

- Blanco: significa seguridad, pureza y limpieza.
- Amarillo: significa alegría, estimula la actividad mental y genera energía muscular; en exceso puede tener un efecto perturbador e inquietante.
- Naranja: combina la energía del rojo con la felicidad del amarillo. Se le asocia con la alegría. Representa el entusiasmo, la felicidad, la atracción, la creatividad, la determinación, el éxito, el ánimo y el estímulo.
- Rojo: se asocia con el peligro, la guerra, la energía, la fortaleza, la determinación, la pasión, el deseo y el amor. Es un color muy intenso a nivel emocional.
- Azul: es el color del cielo y del mar, por lo que se le suele asociar con la estabilidad y la profundidad. Se le considera un color beneficioso tanto para el cuerpo como para la mente. Produce un efecto relajante y se asocia a la tranquilidad y la calma.
- Verde: es el color de la naturaleza y representa armonía, crecimiento, exuberancia, fertilidad, y frescura. Tiene una fuerte relajación a nivel emocional con la seguridad. Es el color más relajante para el ojo humano, además sugiere estabilidad y calma.
- Negro: representa el poder, la elegancia, la formalidad, la muerte y el misterio. Es el color más enigmático y se asocia al miedo y a lo desconocido.

El color junto a la iluminación permite transformar un espacio u habitación para transmitir tranquilidad y relajación, orden y limpieza o cualquier otra emoción.

3. Marco metodológico

El análisis del proyecto fue llevado a cabo en primera instancia por la recopilación de información sobre problemáticas existentes en el país para la elección del tema escogido, que tuviera coherencia y concordancia con el tipo de carrera cursada para poder brindar una solución pertinente y que además tuviera un valor de gran trascendencia para la ciudadanía costarricense.

Se investigó de forma cualitativa sobre el tema de salud mental actual, mediante el cual se concluyó que hay una necesidad por parte de los hospitales especializados en psiquiatría para brindar una completa y adecuada atención a los niños y adolescentes con diagnóstico depresivo. Además de la carencia de una institución especializada en este tipo trastorno mental, que brinde el tipo de atención adecuada y una innovación en el tipo de sistemas de tratamiento para estos pacientes, evitando la internación.

Se empezó a recopilar información sobre la bibliografía existente de este tema en específico y luego se realizó una selección crítica del material recopilado, para lograr obtener un mejor enfoque y una mayor claridad sobre la investigación. Se decidió enfocar el proyecto de análisis específicamente sobre el Área Metropolitana, ya que hay una mayor demanda de este tipo de problemática existente antes mencionada.

Se utilizaron fuentes de investigación primaria como libros en versión electrónica, noticias, publicaciones periódicas, artículos científicos, autores corporativos, blogs y entrevistas. Se decidió dirigir el proyecto hacia una propuesta arquitectónica de un nuevo centro diurno hospitalario, que responda al adecuado sistema de atención y al tratamiento de niños y adolescentes con depresión.

Para ello se tuvo que indagar sobre el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos de día, a nivel espacio-funcional, además se investigó sobre los trastornos depresivos y sus diferentes tipos de tratamientos y factores que influyen en el avance de los pacientes. Esto mediante material electrónico y una entrevista no dirigida al psicólogo Martín Beita. También se realizó un análisis para la elección del lugar ideal para el planteamiento y el desarrollo de la propuesta arquitectónica, mismo que se estableció en Pavas, en el lugar donde se encuentra actualmente el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

Luego se realizó un estudio de sitio, tomando en cuenta vías principales, áreas circundantes, paradas de autobuses, vegetación y uso de suelo, además se analizaron factores topográficos y climatológicos fundamentales para el diseño arquitectónico. También se realizó una matriz de relaciones por zonas para establecer un orden a nivel funcional y un programa arquitectónico detallado donde se especificaron los espacios y las áreas necesarias en el proyecto, tomando en cuenta los reglamentos constructivos y restricciones municipales existentes.

4. Análisis de la información

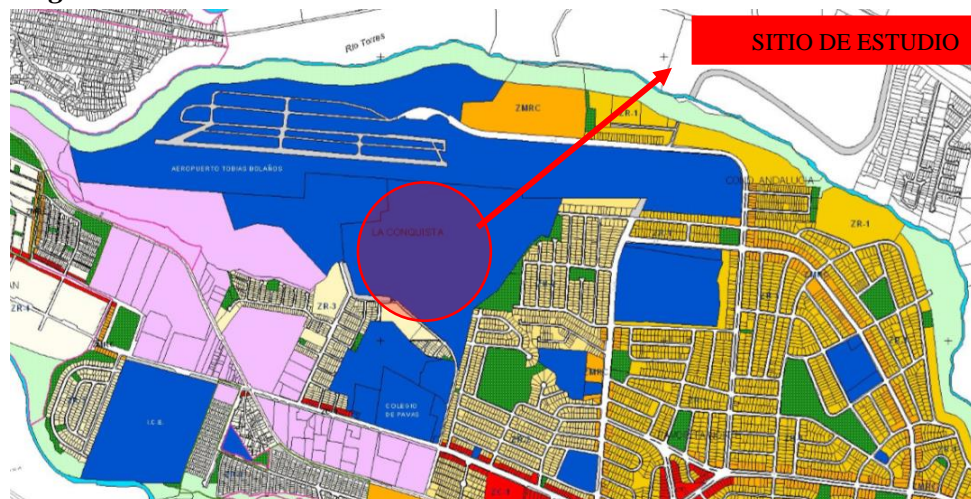
4.1. Análisis de sitio

La realización de un análisis de sitio es fundamental para cualquier proyecto arquitectónico, ya que permite conocer sus características más particulares, las cuales son gran importancia para el desarrollo del diseño. El terreno para llevar a cabo la propuesta del nuevo centro diurno hospitalario, está ubicado en Pavas, distrito 9 del cantón de San José, en Barrio La Conquista, específicamente donde se encuentra actualmente el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. En dicho territorio se analizó el contexto macro y micro de la ubicación del proyecto, donde se pudo contemplar que existe una excelente accesibilidad al sitio, además cuenta con conexiones de transporte óptimas, por medio de buses, tren, taxis o vehículos particulares. (Ver imagen 1 y 2)

Imagen 1.



Imagen 2.



4.2. Análisis de accesibilidad

En las imágenes 3, 4 y 5 se puede observar la vía del ferrocarril muy cerca del lugar de análisis, las paradas de autobuses y del tren perimetrales al sitio, además las vías principales de acceso al proyecto respectivamente.

Imagen 3.

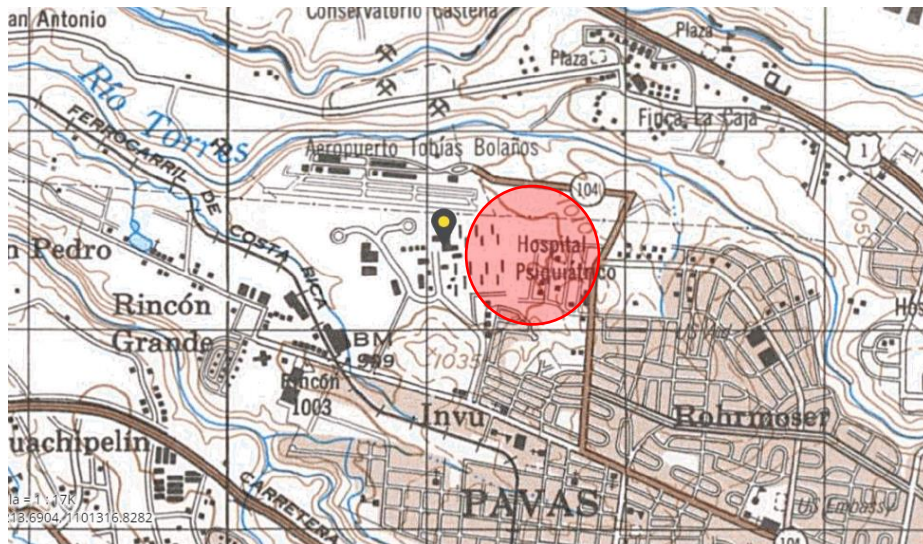


Imagen 4.

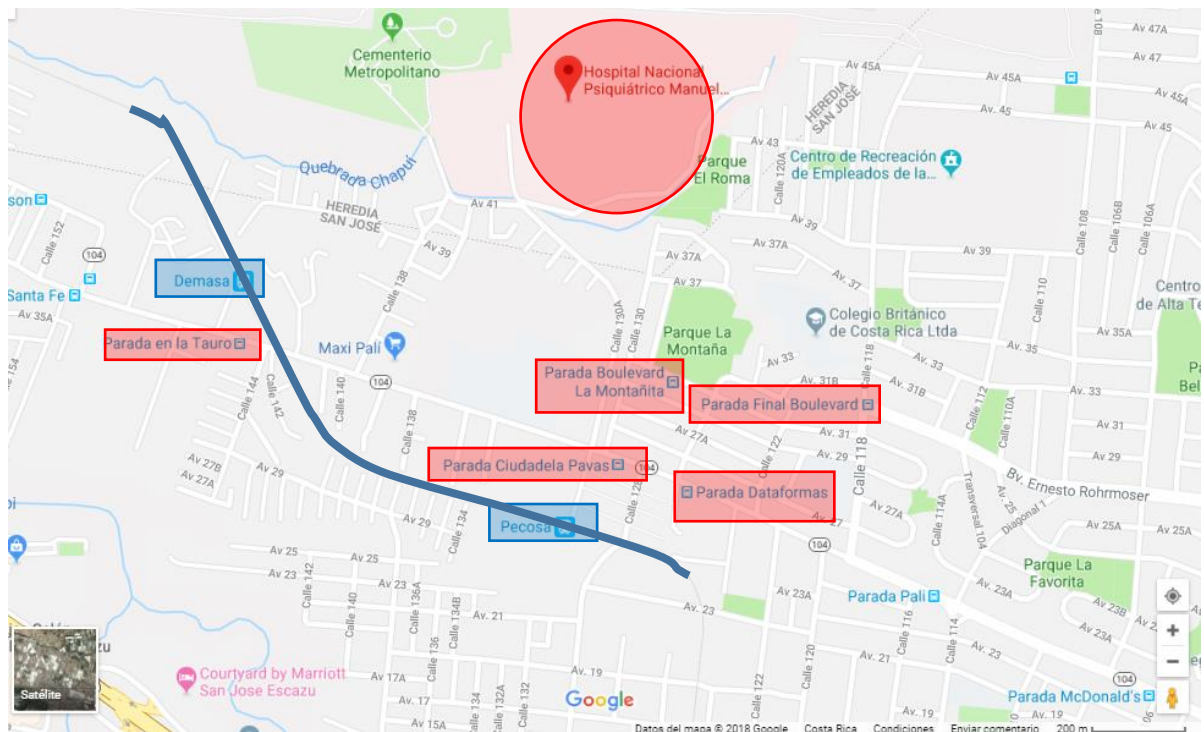
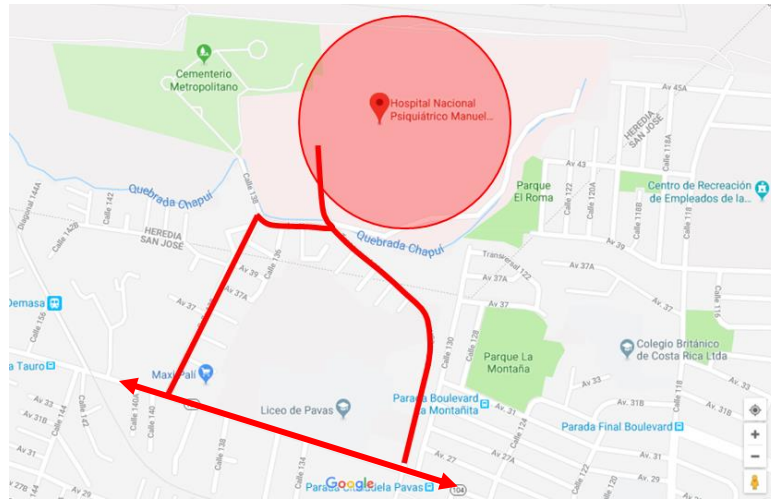


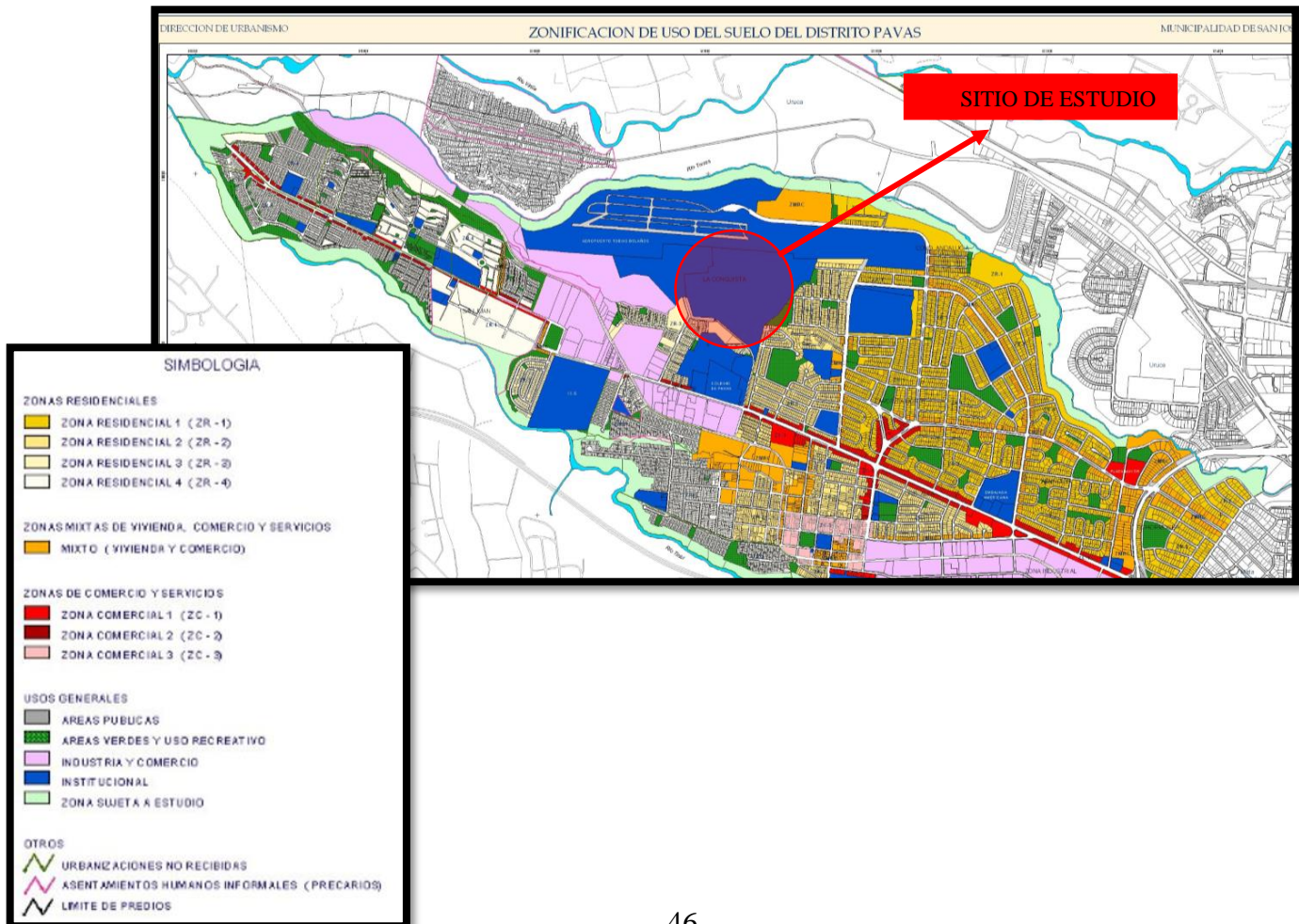
Imagen 5.



4.3. Análisis de uso de suelo y servicios públicos circundantes

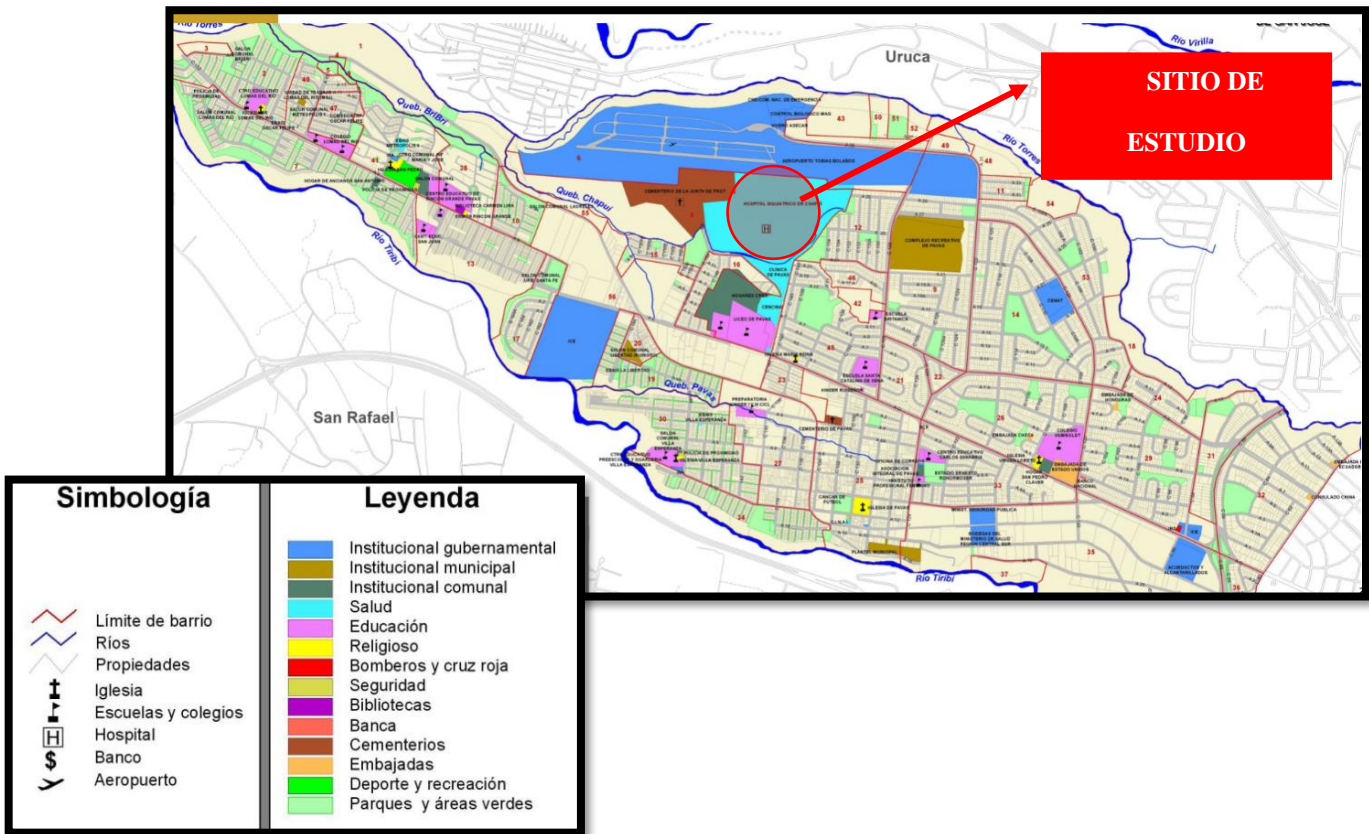
Según datos de la Dirección de Urbanismo de la Municipalidad de San José, el sitio posee un uso de suelo meramente institucional. (Ver imagen 6)

Imagen 6.



Además se realizó un análisis los servicios públicos y comunales circundantes al sitio de estudio, lo cual resulta muy favorable para el proyecto. Por otro lado se localizaron los ríos cercanos a terreno, debido a que es un factor de suma importancia a tomar en cuenta para el diseño. (Ver imagen 7)

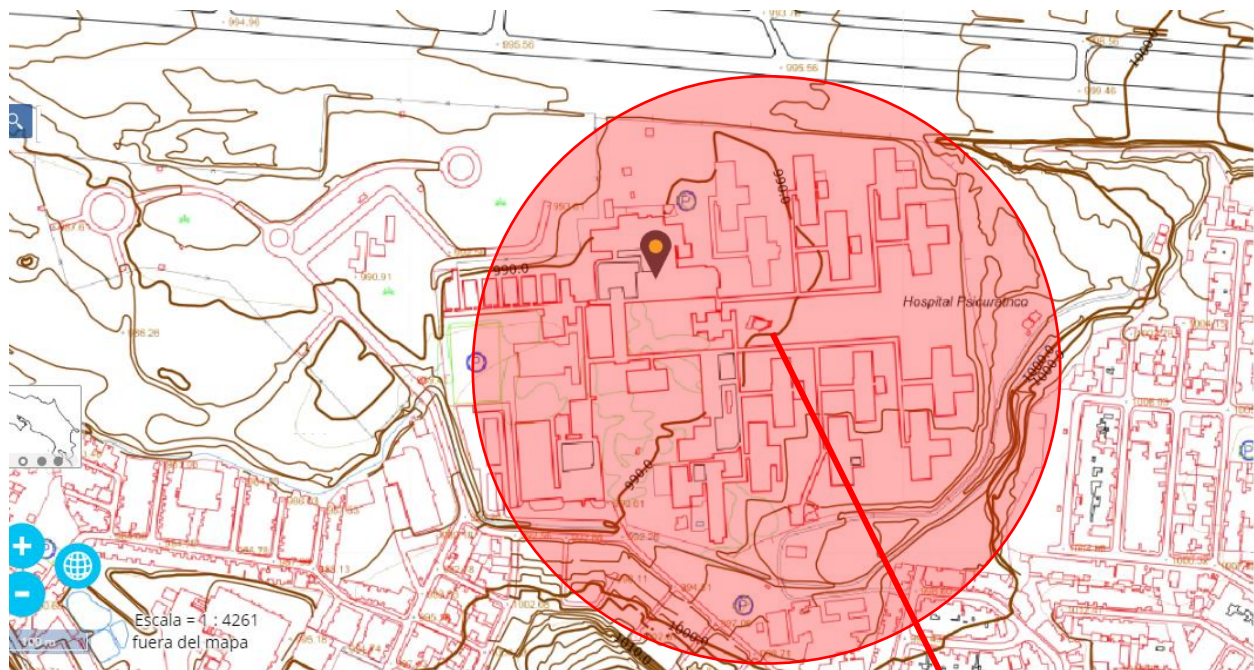
Imagen 7.



4.4. Análisis topográfico

La propiedad cuenta con el número de plano catastro 84-544080-84, lo cual permitió obtener datos exactos de su perímetro y su área. Además se realizó un análisis a nivel topográfico por medio del geoportal del Sistema Nacional de Información Territorial (SNIT), donde se demuestra que el terreno es prácticamente plano, ya que no hay presencia de muchas curvas de nivel, solamente hay una que pasa casi por el medio del sitio de análisis, lo que quiere decir que el porcentaje de pendiente generada por esa curva de nivel es mínima. (Ver imagen 8 y 9)

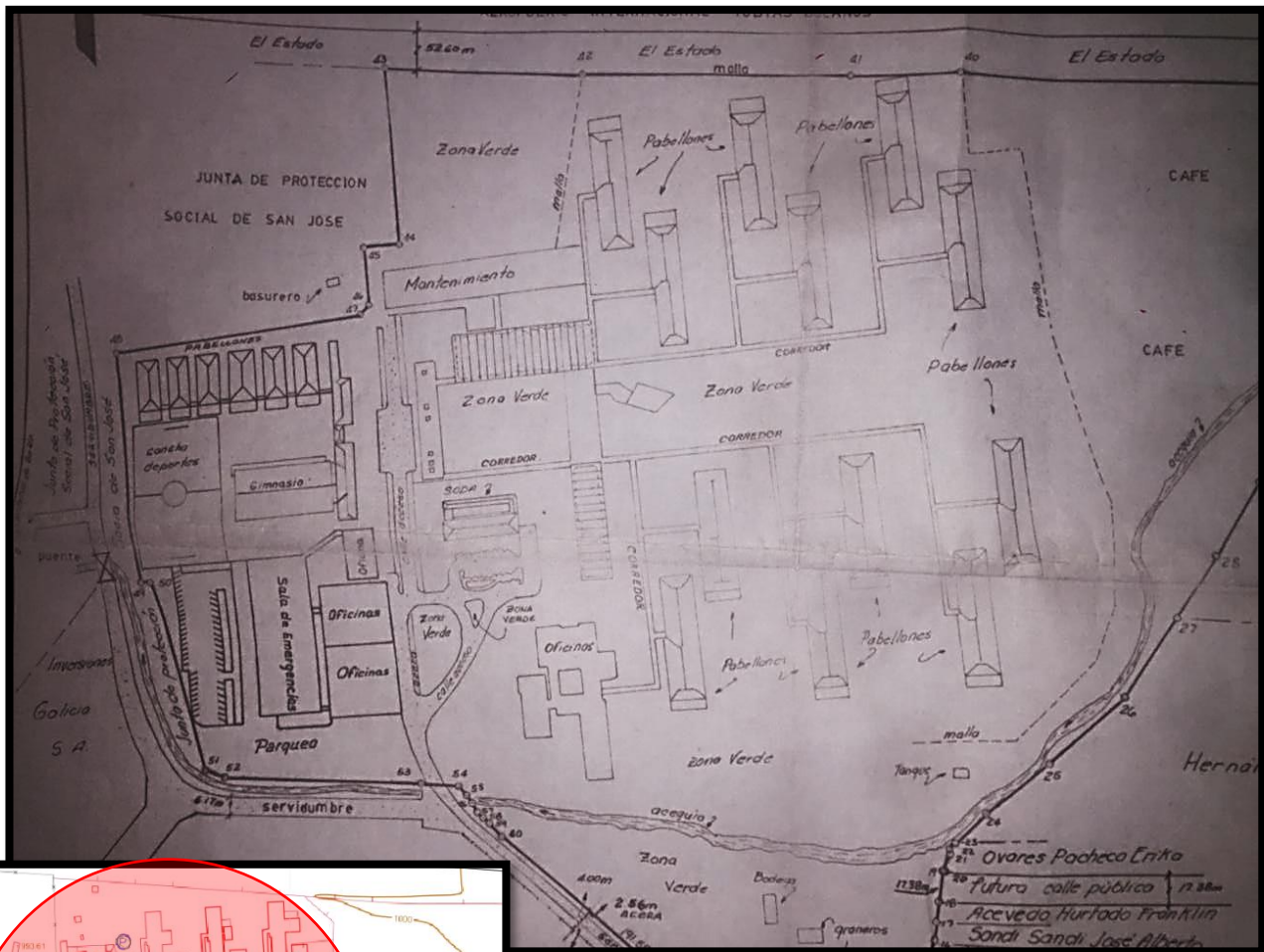
Imagen 8.



**CURVA DE NIVEL SOBRE
SITIO DE ESTUDIO**

Por otra parte la información del plano catastro permitió obtener el levantamiento de la infraestructura existente del sitio, lo que resulta ser favorable para tener la perspectiva de lo actual con respecto a la nueva propuesta de diseño arquitectónico.

Imagen 9.



4.5. Análisis climatológico

A nivel climatológico se analizó el soleamiento de la zona para reconocer los puntos críticos a considerar en el diseño arquitectónico, para así utilizar elementos de protección solar como parasoles y pérgolas. Por otro lado los vientos dominantes provenientes del este, son otro elemento de suma importancia a tomar en cuenta para lograr utilizarlo a favor del espacio a desarrollar. También se adquirió información de la estación climatológica de la zona por medio del Instituto Meteorológico Nacional (IMN) para obtener varios datos importantes como la temperatura, la humedad, los vientos, precipitaciones, radiación y presión, mismos que no se pueden dejar de lado a la hora de diseñar. (Ver imagen 10 y 11)

Imagen 10.

INSTITUTO METEOROLOGICO NACIONAL DEPARTAMENTO DE INFORMACION PROMEDIOS MENSUALES DE DATOS CLIMATICOS (estaciones automáticas)																
ESTACION: 84 195 AEROP. PAVAS OESTE			Latitud: 09 ° 57 ' N Longitud: 84 ° 08 ' O Altitud. 997 m.s.n.m													
Elementos	Períodos		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Prom.	Total
LLUVIA	1996	2014	10.2	12.8	11.7	66.5	223.3	204.3	157.8	205.3	297.2	279.1	132.5	30.2	135.9	1630.9
TEM.MAX.	1996	2014	26.1	26.9	27.8	28.6	27.9	27.5	27.1	27.4	27.3	26.5	26.1	26.0	27.1	
TEM.MIN.	1996	2014	18.1	18.1	18.3	19.0	19.1	18.9	19.1	18.8	18.3	18.4	18.5	18.4	18.6	
TEM.MED.	1996	2014	22.1	22.5	23.1	23.8	23.5	23.2	23.1	23.1	22.8	22.5	22.3	22.2	22.9	
HUMEDAD	1996	2014	68.6	67.0	66.7	68.7	77.8	80.3	77.3	78.7	83.3	84.1	78.6	71.9	75.3	
VIENTO VEL.	1996	2014	22.5	22.1	20.8	17.8	12.6	10.9	13.2	11.8	8.9	9.3	13.8	19.2	15.2	
RADIACION	1996	2014	14.8	15.8	16.5	15.9	12.5	12.3	12.8	12.4	12.7	11.9	10.9	12.7	13.4	
PRESION	1999	2015	902.7	902.6	902.4	902.3	902.2	902.2	902.5	902.4	902.3	902.0	901.7	902.4	902.3	
VIENTO DIR. PREDOMINANTE			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		Total
Promedio días con lluvia >= 0.1 mm.			3	4	4	9	21	22	20	22	25	25	18	8		183

Lluvia en milímetros: 1mm = 1 litro de agua por m². Radiación Solar global en Megajulios(MJ/m²)
 Temperatura en Grados Celsius (°C). Evaporación en mm. Viento en km/h. Humedad Relativa en Porcentaje (%).
 VIENTO DIR PREDOM : 1 Norte, 2 Noreste, 3 Este, 4 Sureste, 5 Sur, 6 Suroeste, 7 Oeste, 8 Noreste, 9 Variable
 Brillo Solar en horas y décimas de horas. Presión hPa.

Imagen 11.

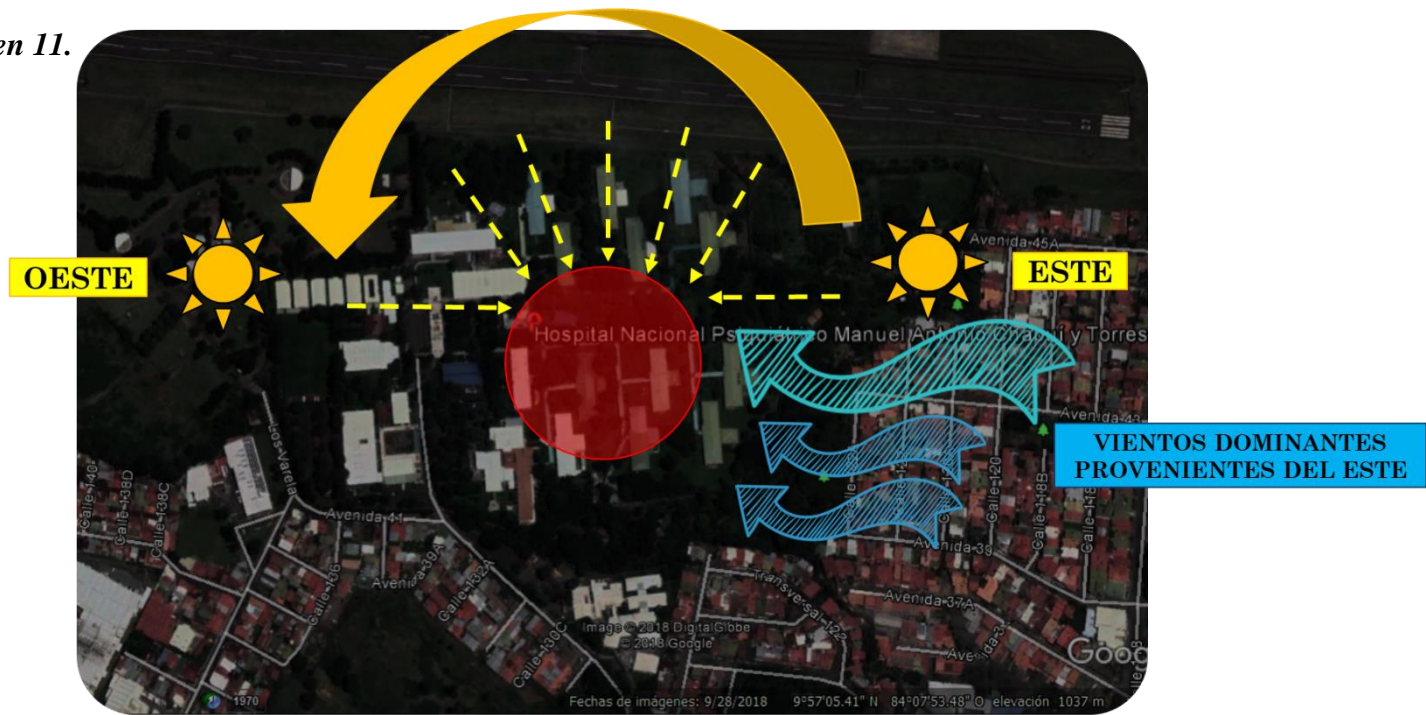
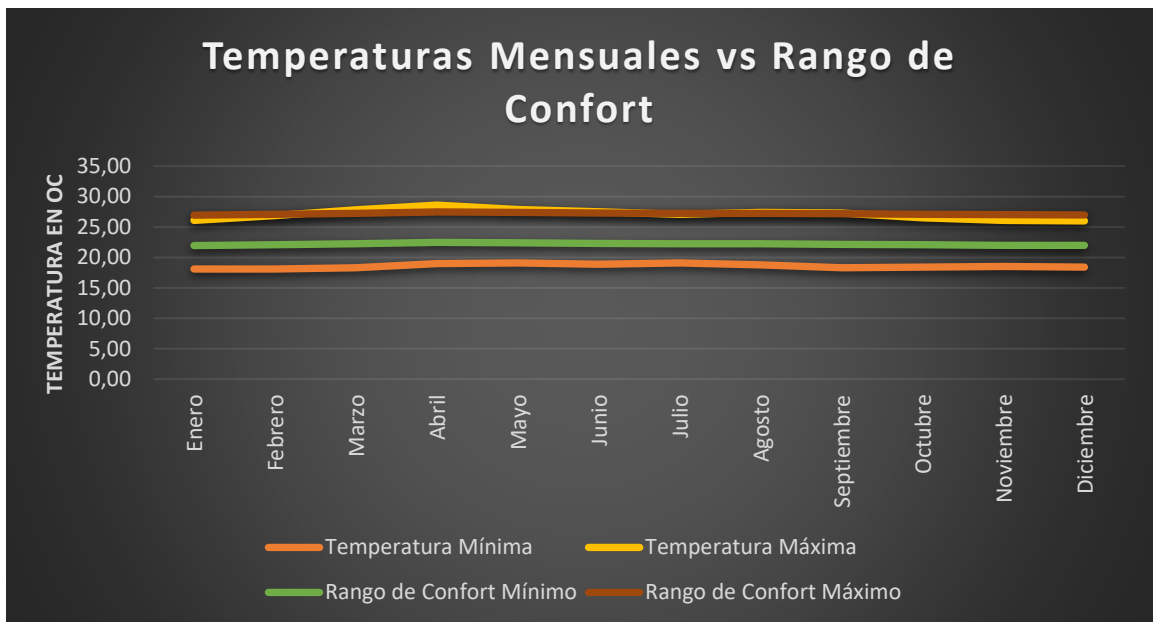


Tabla 1.

Modelo de Adaptación						
Cálculo del Rango de Confort						
PAVAS						
Mes	Temperatura en °C			Temperatura Neutral¹	Rango de Confort	
	Min	Max	Med		Min²	Max³
Enero	18,10	26,1	22,1	24,45	21,95	26,95
Febrero	18,10	26,9	22,5	24,58	22,08	27,08
Marzo	18,30	27,8	23,1	24,76	22,26	27,26
Abril	19,00	28,6	23,8	24,98	22,48	27,48
Mayo	19,10	27,9	23,5	24,89	22,39	27,39
Junio	18,90	27,5	23,2	24,79	22,29	27,29
Julio	19,10	27,1	23,1	24,76	22,26	27,26
Agosto	18,80	27,4	23,1	24,76	22,26	27,26
Septiembre	18,30	27,3	22,8	24,67	22,17	27,17
Octubre	18,40	26,5	22,5	24,58	22,08	27,08
Noviembre	18,50	26,1	22,3	24,51	22,01	27,01
Diciembre	18,40	26	22,2	24,48	21,98	26,98

Gráfico 1.



4.5.1. Análisis de zona de vida y vegetación de la zona

Procedimiento

- Datos:

Temperatura media anual (TMA): 22,9°

Bio.Temp: **22,9°**

Altitud: 997 msnm

Latitud: 10°

Precipitación: 1630,9 mm

- Piso y región latitudinal

0,6 = 100 m

X = **997** msnm

Procedimiento:

0,6 x 997 / 100: **5,982**

Se le suma a la biotemperatura:

22,9 + 5,982 = **28,882**

- Resultados

Zona de vida:

Bosque húmedo, tropical

Región tropical – Piso Basal

(Ver imagen 12)

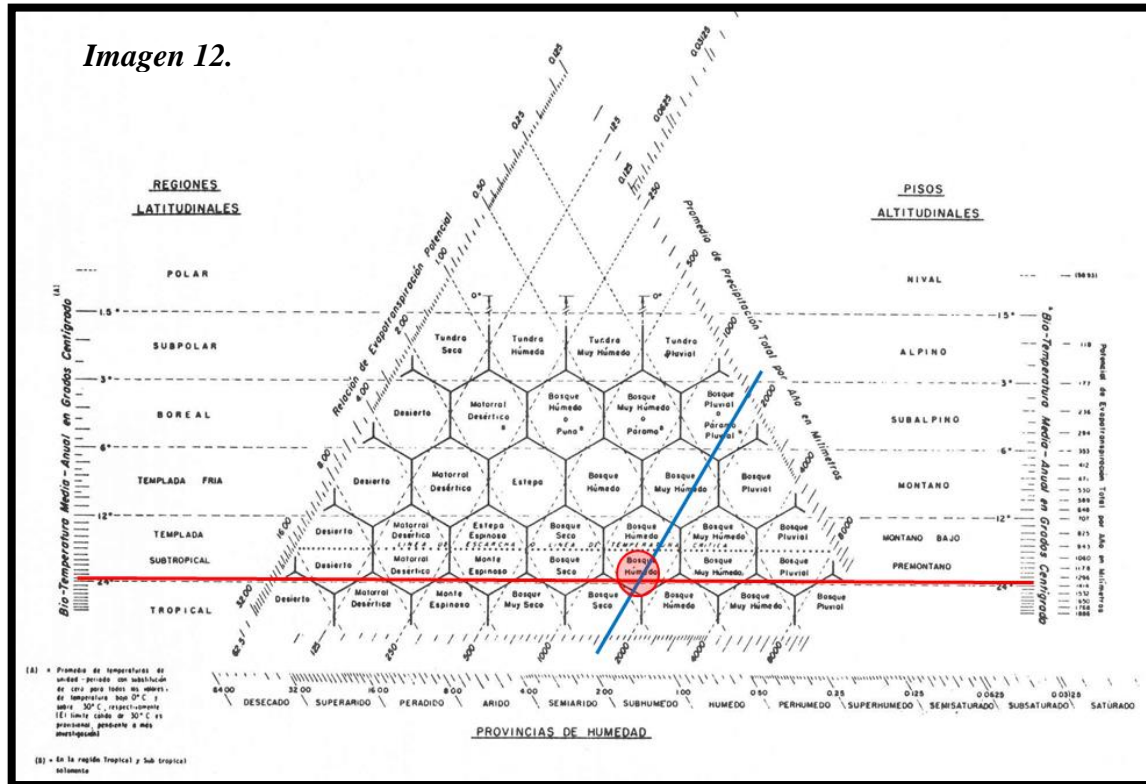
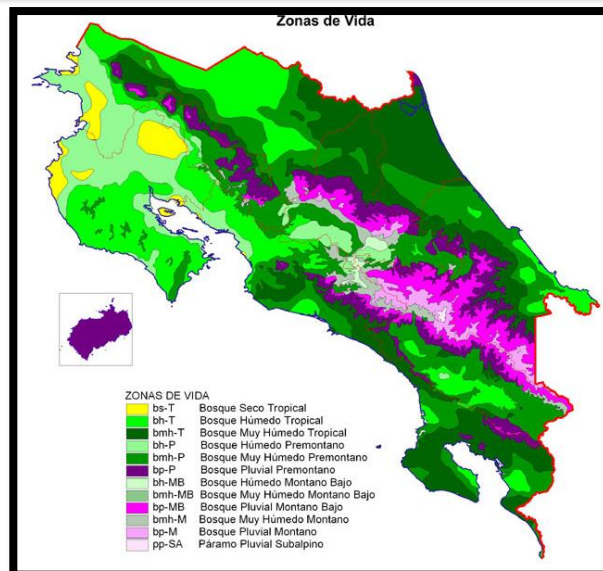


Imagen 13.



4.6. Concepto de diseño

La conceptualización del proyecto como tal se plasmó a partir del cerebro y sus neuronas.

Cada neurona como elemento estructural soportante y el cerebro como habitáculo espacial envolvente. La estructura como elemento ordenador del proyecto, misma con forma ortogonal y su envolvente con forma orgánica, utilizando un estilo arquitectónico contemporáneo. Lo que se pretende con la utilización y la combinación de estas formas es romper con ese esquema que se tiene a nivel hospitalario de que la gran mayoría de edificaciones de esta categoría están conformadas a partir de formas puras como cuadrados.

FIGURA 2

ZONA B. UNIDAD DE TRATAMIENTO CLÍNICO

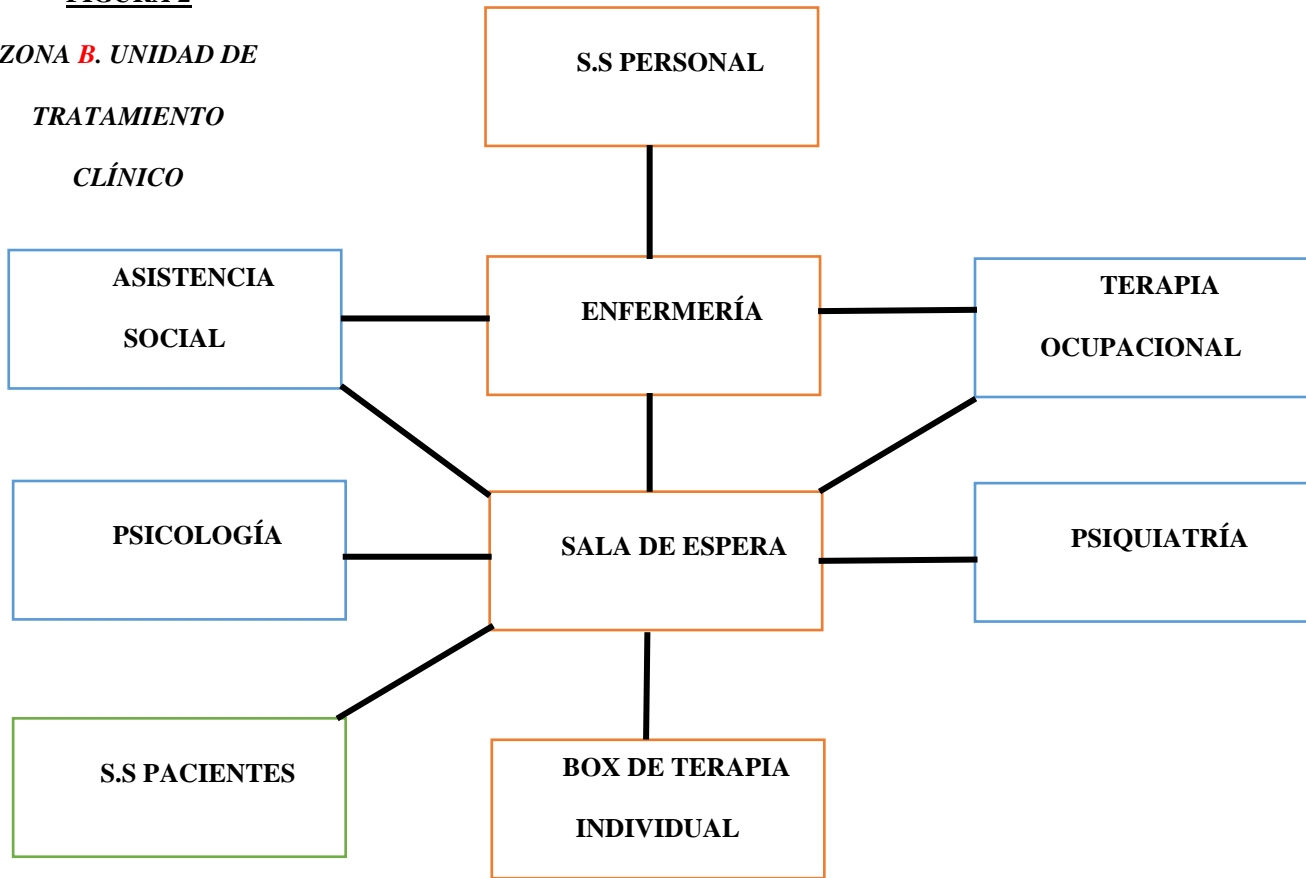


FIGURA 3

**ZONA C. UNIDAD DE
REHABILITACIÓN Y
TERAPIA**

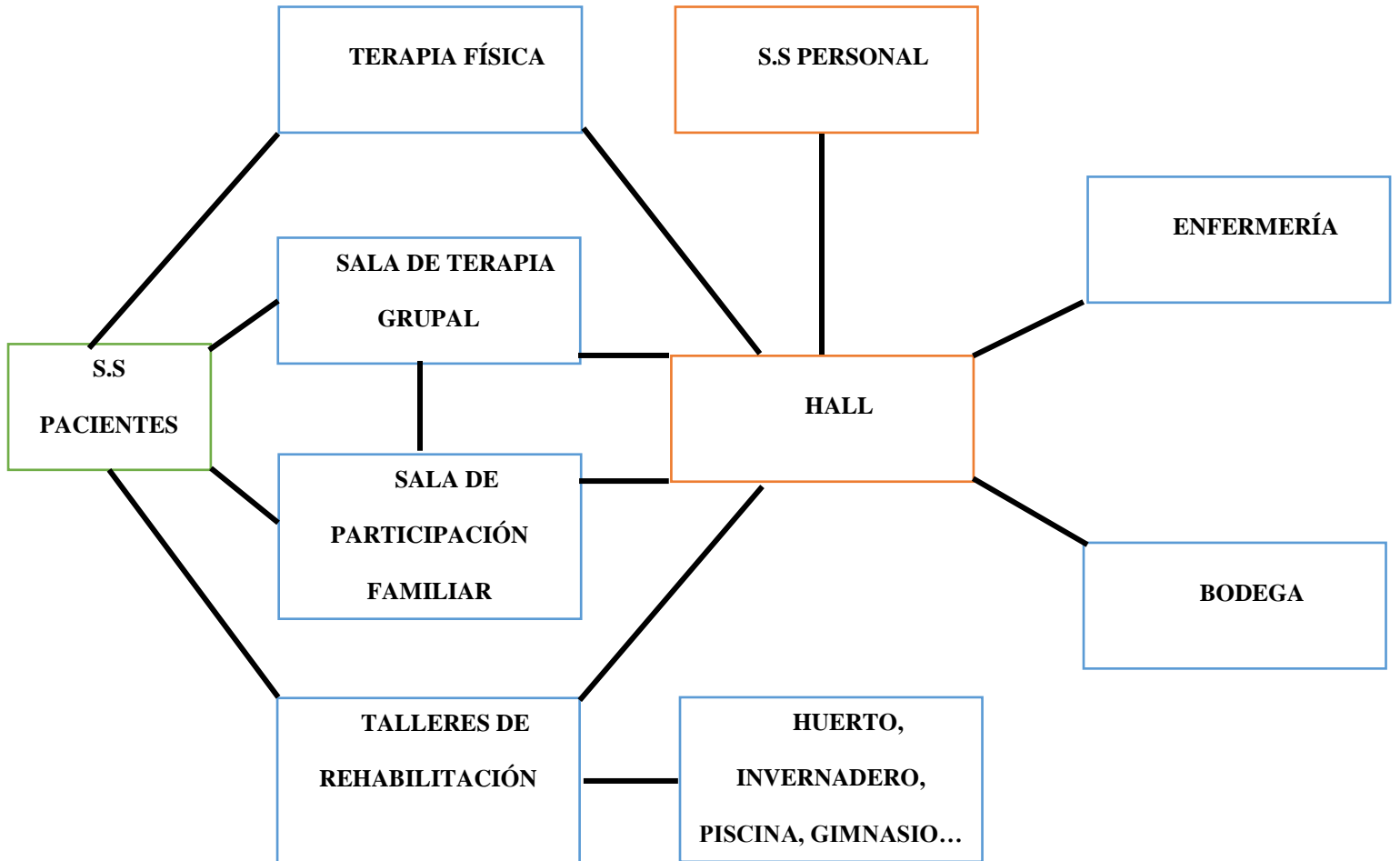


FIGURA 4

**ZONA D. UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN**

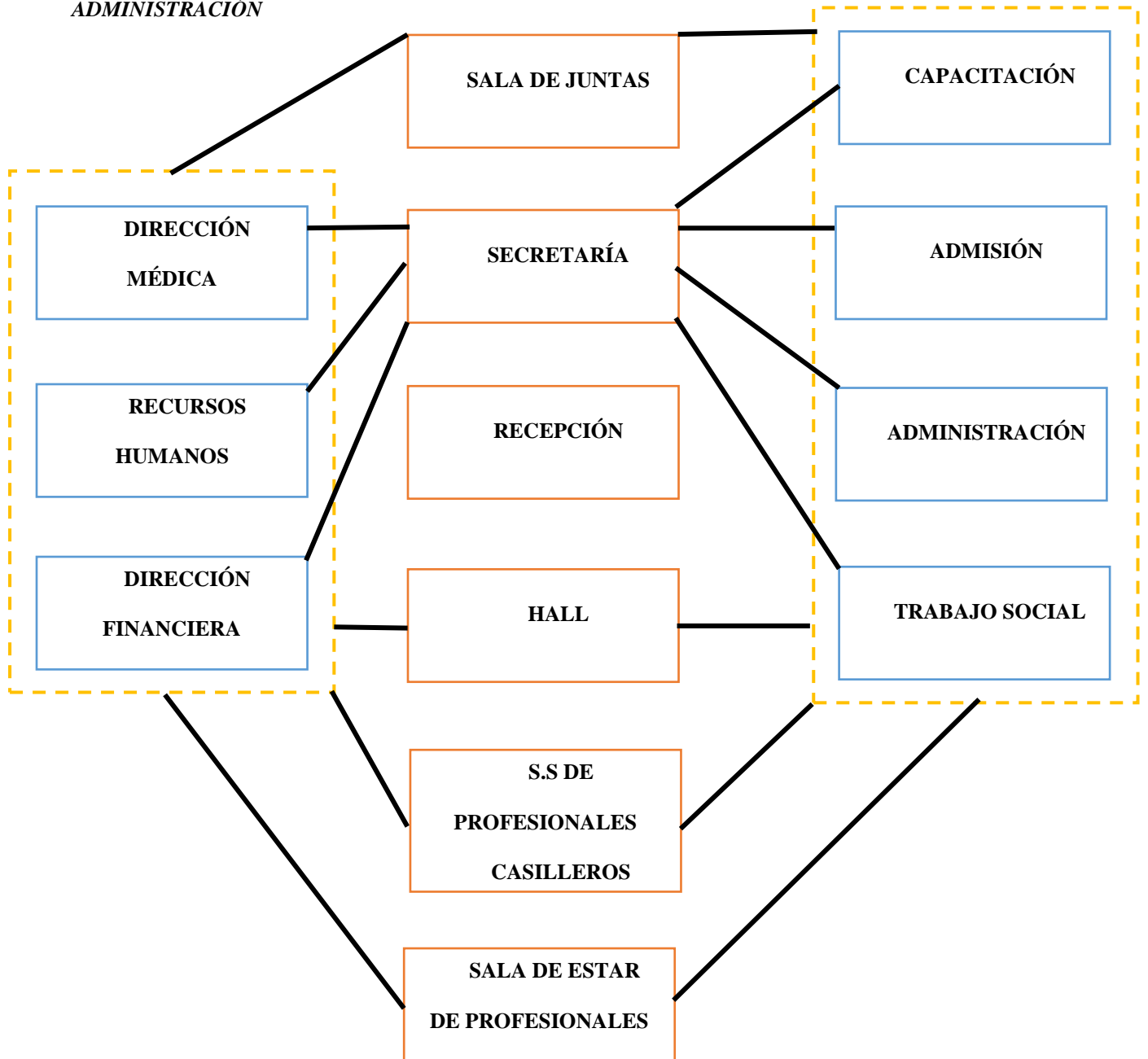


FIGURA 5

ZONA E. UNIDAD DE

SERVICIOS

GENERALES

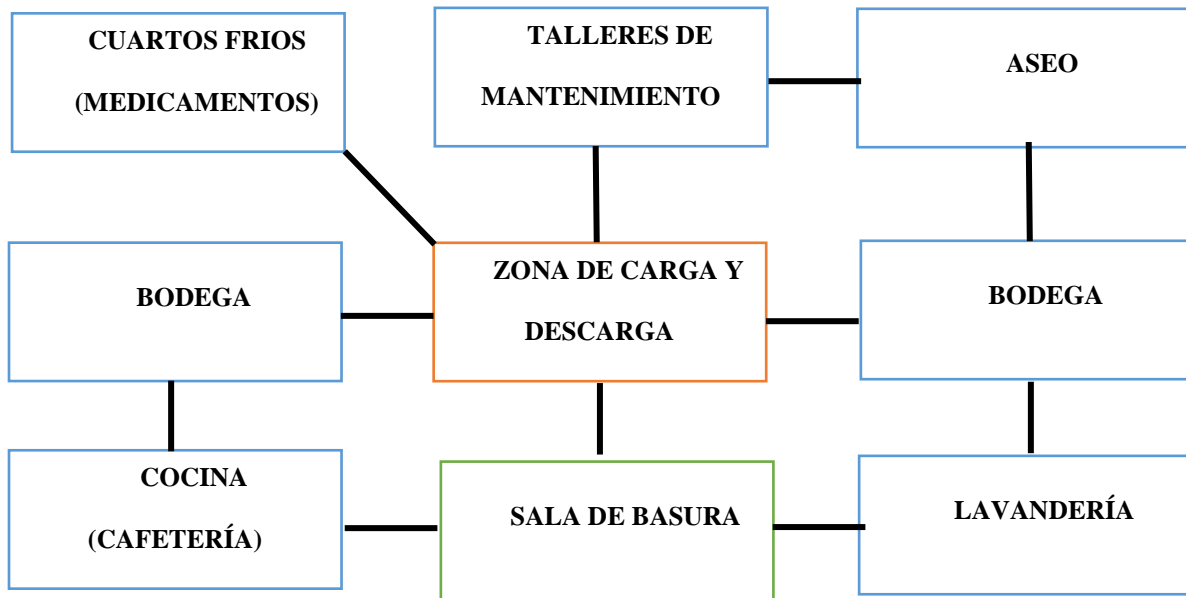


Tabla 2**Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Acceso de ambulancia Acceso peatonal Acceso vehicular Vestíbulo principal Recepción general <ul style="list-style-type: none"> • Información 	12 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Estación de cómputo con acceso a red informática • Mostrador de atención • Papelera • Sillas giratorias • Teléfono •
<ul style="list-style-type: none"> • Centro informático de control y distribución de información Zona de atención Área de recepción para pacientes adolescentes y niños respectivamente <ul style="list-style-type: none"> • Recepción y control 	8 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Estación de cómputo con acceso a red informática • Mostrador de atención • Papelera • Sillas giratorias • Teléfono • Reloj de pared • Sillas • Sistema de televisión • Papelera
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de espera El área por persona será de 1,20 m ² , y para discapacitados en silla de ruedas de 1,44 m ² . En forma proporcional al número de consultorios que existan en la unidad, se determinará las dimensiones de la sala de espera, al menos se debe considerar 3 a 6 lugares de espera por consultorio.	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • Lavatorios • Servicios sanitarios • Orinales • Banca
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios para pacientes y acompañantes 		

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.1.
Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
<p>Área de consulta para pacientes adolescentes y niños respectivamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultorios 	12 m ² c/u	<ul style="list-style-type: none"> • Balanza con tallímetro • Bote sanitario con pedal • Coche de curaciones • Dispensador de jabón líquido • Escalinata de dos peldaños • Escritorio • Estación de cómputo con acceso a red informática y a internet. • Lámpara de pie rodable • Lavamanos • Mesa de acero inoxidable para múltiples usos • Mesa para exploración universal o diván para paciente (por ejemplo para la especialidad de psiquiatría) • Negatoscopio • Papelera • Sillas • Taburete giratorio • Teléfono • Vitrina de instrumental y material estéril

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatriza, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.2.

Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona técnica		
<ul style="list-style-type: none"> Enfermería 	12 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Estación de cómputo con acceso a red informática Mostrador que cuenten con cajones y espacios para clasificación de documentos Papelera Sillas giratorias Teléfono
<ul style="list-style-type: none"> Zona de soporte técnico 	37 m ² aprox.	<ul style="list-style-type: none"> Almacén 20,00 m² Cuarto de ropa limpia. 6 m² Cuarto de ropa sucia. 4 m² Cuarto de limpieza. 4 m² Depósito de residuos. 3,00 m²
<ul style="list-style-type: none"> Zona administrativa 	30 m ² aprox.	<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el responsable de la unidad. 9,00 m² Sala multiuso. 20,00 m²
<ul style="list-style-type: none"> Zona de personal 		<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el personal. 12,00- 25,00 m² Servicios sanitarios para personal
		Variable
<ul style="list-style-type: none"> Salas de reuniones Cuarto de aseo (mantenimiento) 		<ul style="list-style-type: none"> Casilleros

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.3.

Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Servicios auxiliares de diagnóstico		
Unidad de imagenología		
Zona de atención		
<ul style="list-style-type: none"> Control y recepción de pacientes 	<p>10 m² aprox.</p> <p>Nota: en este espacio se ubicará el control general de encendido de las áreas comunes de la unidad, la central de recepción de llamadas de enfermería, y el tubo neumático de transporte de resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Archivadores Estación de cómputo con acceso a red informática Mostrador de atención al público Silla giratoria Papelera Teléfono
<ul style="list-style-type: none"> Sala de espera de pacientes ambulatorios 	<p>30 m² aprox.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reloj de pared Sillas Sistema de televisión Papelera Lavatorios Servicios sanitarios Orinales
<ul style="list-style-type: none"> Servicios sanitarios 	<p>Variable</p>	<p>Banca</p> <p>Nota: para pacientes y público en general diferenciados por género. Se contará con un servicio exclusivo para personas con discapacidad.</p>

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.4.

Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Área de exámenes de imagenología		
<ul style="list-style-type: none">• Rayos x	<ul style="list-style-type: none">• Área de 30,00 m² con una altura de 3,00 metros. <p>Debe contar con: (1) una cabina de 2,00 m² con acceso al exterior y al área de examen, (2) área de 20,00 m² para los exámenes, (3) servicio sanitario y (4) vestidor.</p> <p>La puerta de la cabina estará en conexión con la sala del equipo y tendrá una ventana de control sobre el área de examen con protección de rayos x.</p> <p>En casos se realicen estudios radiológicos telecomandados, se deberá tener una sala al menos de 20,00 m².</p>	<ul style="list-style-type: none">• Bote sanitario con pedal• Equipo de rayos x como mínimo de 300 ma con mesa basculante• Taburete giratorio rodable

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.5.**Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Área de exámenes de imagenología		
<ul style="list-style-type: none">• Tomografía axial computarizada	<ul style="list-style-type: none">• El área de examen será de 30,00 m²• Además, contará con un vestidor y servicio sanitario para pacientes.• La sala de control tendrá 12,00 m² con puerta de conexión a la sala de examen y ventana de control sobre la sala de examen con protección de rayos x. En este ambiente se ubicarán los monitores de los ordenadores y la central del scanner.• Además, se debe contar con una sala técnica de 6,00 m² para colocar los tableros eléctricos y armarios de equipos, y una puerta de comunicación con la sala de control.• Adicionalmente, se debe considerar una sala de 12,00 m² para lectura y reproducción de imágenes de tac. Este ambiente contará con una mesa de trabajo y se comunicará con la sala de control.	<ul style="list-style-type: none">• Bote sanitario con pedal• Flujómetro con humidificador.• Flujómetro para gas medicinal• Lámpara de pie rodable• Reloj de pared• Riel porta venoclísis• Sistema de televisión• Taburete giratorio rodable• Tomógrafo computarizado que no sea menor de 250 ma para realizar estudios especiales de secciones del cuerpo o de órganos• Unidad de succió

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.6.

Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	equipamiento mínimo
Área de exámenes de imagenología		
<ul style="list-style-type: none"> Sala de resonador 	<ul style="list-style-type: none"> El área de examen será de 30,00 m² a 58,00 m² dependiendo del tipo de equipo. La sala de comando y equipos de control de resonador magnético tendrá de 14,00 a 35,00 m². 	<ul style="list-style-type: none"> Comando y equipos de control de resonador magnético Resonador magnético
Zona técnica		
<ul style="list-style-type: none"> Ambiente para revelado con luz del día 	6,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Contará con equipos de revelado automático con luz del día y tomas de agua y eléctricas a suelo.
<ul style="list-style-type: none"> Cámara oscura 	6,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Contará con pileta para lavado de rodillos y equipos, tomas de agua y energía eléctrica, y reparadores de líquidos y plata.
<ul style="list-style-type: none"> Cámara clara 	8,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Contará con procesadores de películas
<ul style="list-style-type: none"> Sala de lectura de exámenes 	14,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Mesas de trabajo Negatoscopio Papelera Sillas apilables
<ul style="list-style-type: none"> Sala de digitalización 	14,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Contará con conexiones informáticas de voz-datos, y conexiones con toda la unidad y servicios exteriores.

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatriza, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.7

Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	equipamiento mínimo
Área de exámenes de imagenología		
Zona de soporte técnico		
• Trabajo limpio	8 m ²	
• Trabajo sucio	8 m ²	
• Almacén de materiales y medicamentos	6 m ²	
• Almacén de equipos	10 m ²	
• Almacén de placas	Área de 30,00 m ² por sala de radiología	• Escalinata de dos peldaños
• Cuarto de instalaciones	10,00 m ²	• Estantería para placas de rayos x
		• Que contenga los paneles de las redes de comunicación e informática.
• Cuarto de limpieza	4 m ²	
• Depósito de residuos.	3 m ²	
Zona administrativa		
• Oficina para el responsable de la unidad	9 m ²	• Computadora personal e impresora
		• Escritorio
		• Mueble para equipo de cómputo
• Sala de elaboración de informes	• Área de 12,00 m ²	• Archivadores
	• Deberá estar situada junto al control y recepción de pacientes, y conectada con el interior de la unidad	• Computadora personal e impresora
		• Escritorio
		• Mueble para equipo de cómputo
		• Negatoscopio
		• Papelera
		• Reloj de pared
		• Sillas apilables
		• Teléfono

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatriza, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.8**Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Área de exámenes de imagenología		
Zona de personal		
• Sala de estar	8,00 – 25,00 m ²	• Sillones
• Servicios sanitarios diferenciados por genero	Variable	• Mesas
• Vestuarios de personal	8 m ²	• Lavatorios
• Cuarto de aseo (mantenimiento)		• Servicios sanitarios
		• Orinales
		• Banca
		• Casilleros

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatriza, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.9

Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Unidad de laboratorio clínico		
Zona de atención		
Área de recepción de pacientes		
<ul style="list-style-type: none"> Área de espera 	30 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Reloj de pared Sillas Sistema de televisión Papelera
<ul style="list-style-type: none"> Servicios sanitarios 	Variable	
Recepción y extracción de muestras		
<ul style="list-style-type: none"> Recepción 	3,60 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Coche para distribución de muestras Mostrador de atención a los usuario Papelera Sillas giratorias rodables Bote sanitario con pedal Lámpara de pie rodable Recipiente rígido para punzo cortantes Silla para toma de muestras Taburete giratorio rodable Vitrina para instrumental y material estéril
<ul style="list-style-type: none"> Toma de muestra 	Área de 4,80 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Bote sanitario con pedal Lámpara de pie rodable Recipiente rígido para punzo cortantes Silla para toma de muestras Taburete giratorio rodable Vitrina para instrumental y material estéril
<ul style="list-style-type: none"> Toma de muestra 	Área de 4,80 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Bote sanitario con pedal Lámpara de pie rodable Recipiente rígido para punzo cortantes Silla para toma de muestras Taburete giratorio rodable Vitrina para instrumental y material estéril

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.10**Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Unidad de laboratorio clínico		
Zona técnica	Área de 60 m ²	
<ul style="list-style-type: none">• Sección de hematología		<ul style="list-style-type: none">• Agitador para pipeta• Analizador hematológico• Balanza de precisión• Baño maría• Bote sanitario con pedal• Cámara de Neubauer• Centrífuga• Contadores• Cronómetro• Espectrofotómetro• Lavadero de acero inoxidable con escurridor• Mechero para gas• Mesa de trabajo con zona de almacenamiento inferior y para empotrar lavadero.• Micro centrífuga• Microscopio binocular• Reloj de intervalos

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.11.**Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Unidad de laboratorio clínico		
Zona de soporte técnico		
<ul style="list-style-type: none"> Procesamiento y distribución 	Área de 14,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Computadora e impresora Mueble para equipo de cómputo Mesa de trabajo Papelera Sillas Teléfono Tubo neumático
<ul style="list-style-type: none"> Lavado y descontaminación del material 	Área de 14,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Bote sanitario con pedal Destilador Esterilizadora Horno de secado Lavadero de acero inoxidable con escurridor Mesa de trabajo con zona de almacenamiento inferior y para empotrar lavadero.
<ul style="list-style-type: none"> Preparación de reactivos 	Área de 9,00 m ² Nota: debe contar con buena iluminación, y sistema de ventilación natural y forzada.	<ul style="list-style-type: none"> Balanza de precisión Bote sanitario con pedal Estantería Lavadero de acero inoxidable con escurridor Mesa de trabajo con zona de almacenamiento inferior y para empotrar lavadero Refrigerador

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 2.12.**Programa arquitectónico Zona A - Unidad de evaluación y control**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Unidad de laboratorio clínico		
Zona de soporte técnico		
<ul style="list-style-type: none"> Almacén 	<p>Área de 18,00 m² Depende del nivel de complejidad del laboratorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escalinata de dos peldaños Estantería Cuarto frío para almacenamiento de medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> Cuarto de limpieza 	Área de 4,00 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Depósito de residuos 	Área de 3,00 m ²	
Zona administrativa		
<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el responsable de la unidad 	Área de 9,00 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Sala de elaboración de informes 	Área de 12,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Archivadores Computadora personal e impresora Escritorio Mueble para equipo de cómputo Negatoscopio Papelera Reloj de pared Sillas Teléfono
Zona de personal		
<ul style="list-style-type: none"> Sala de estar 	Área de 8,00 – 25,00 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Sillones Mesas Lavatorios Servicios sanitarios Orinales
<ul style="list-style-type: none"> Servicio sanitarios diferenciado por género 	Variable	
<ul style="list-style-type: none"> Vestuario de personal 	Área de 8,00 m ²	<p>Banca</p> <ul style="list-style-type: none"> Casilleros
<ul style="list-style-type: none"> Cuarto de aseo (mantenimiento) 		

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 3**Programa arquitectónico Zona B - Unidad de tratamiento clínico**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
<ul style="list-style-type: none"> Vestíbulo 		
Zona de atención		
Área de recepción para pacientes adolescentes y niños respectivamente		
<ul style="list-style-type: none"> Recepción y control 	8 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Estación de cómputo con acceso a red informática Mostrador de atención Papelera Sillas giratorias Teléfono
<ul style="list-style-type: none"> Sala de espera 	El área por persona será de 1,20 m ² , y para discapacitados en silla de ruedas de 1,44 m ² . En forma proporcional al número de consultorios que existan en la unidad, se determinará las dimensiones de la sala de espera, al menos se debe considerar 3 a 6 lugares de espera por consultorio.	<ul style="list-style-type: none"> Reloj de pared Sillas Sistema de televisión Papelera
<ul style="list-style-type: none"> Servicios sanitarios para pacientes y acompañantes 	Variable	
Área de consulta individual para pacientes adolescentes y niños respectivamente		
Box de terapia individual		
Consultorios especializados		
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio de asistencia social 	20 - 25 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio de psicología 	20 - 25 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio de terapia ocupacional 	20 - 25 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio de psiquiatría 	20 - 25 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Sala de reunión 	35 m ²	

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 3.1.

Programa arquitectónico Zona B - Unidad de tratamiento clínico

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona técnica – unidad de tratamiento clínico		
<ul style="list-style-type: none"> Enfermería 	12 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Estación de cómputo con acceso a red informática Mostrador que cuenten con cajones y espacios para clasificación de documentos Papelera Sillas giratorias Teléfono
<ul style="list-style-type: none"> Zona de soporte técnico 	37 m ² aprox.	<ul style="list-style-type: none"> Almacén 20,00 m² Cuarto de ropa limpia. 6 m² Cuarto de ropa sucia. 4 m² Cuarto de limpieza. 4 m² Depósito de residuos. 3,00 m²
<ul style="list-style-type: none"> Zona administrativa 	30 m ² aprox.	<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el responsable de la unidad. 9,00 m² Sala multiuso. 20,00 m²
<ul style="list-style-type: none"> Zona de personal 		<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el personal. 25,00 m² Servicios sanitarios para personal
<ul style="list-style-type: none"> Cuarto de aseo (mantenimiento) 		Variable <ul style="list-style-type: none"> Zona de casilleros

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 4**Programa arquitectónico Zona C - Unidad de rehabilitación y terapia**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
<ul style="list-style-type: none"> Vestíbulo 		
Zona de atención		
Área de recepción para pacientes adolescentes y niños respectivamente		
<ul style="list-style-type: none"> Recepción y control 	8 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Estación de cómputo con acceso a red informática Mostrador de atención Papelera Sillas giratorias Teléfono
<ul style="list-style-type: none"> Sala de espera 	El área por persona será de 1,20 m ² , y para discapacitados en silla de ruedas de 1,44 m ² . En forma proporcional al número de consultorios que existan en la unidad, se determinará las dimensiones de la sala de espera, al menos se debe considerar 3 a 6 lugares de espera por consultorio.	<ul style="list-style-type: none"> Reloj de pared Sillas Sistema de televisión Papelera
<ul style="list-style-type: none"> Servicios sanitarios para pacientes y acompañantes 	Variable	
Área de talleres de rehabilitación y terapia para pacientes adolescentes y niños respectivamente		
<ul style="list-style-type: none"> Sala de terapia física 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Sala de terapia grupal 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Sala de participación familiar 	M ²	
<ul style="list-style-type: none"> Talleres de rehabilitación 	m ²	<ul style="list-style-type: none"> Huerto Invernadero Gimnasio Piscina
<ul style="list-style-type: none"> Bodega de suministros para talleres 	50 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Sala de reunión 	35 m ²	

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 4.1.**Programa arquitectónico Zona C - Unidad de rehabilitación y terapia**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona técnica – unidad de rehabilitación y terapia		
<ul style="list-style-type: none"> Enfermería 	12 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Estación de cómputo con acceso a red informática Mostrador que cuenten con cajones y espacios para clasificación de documentos Papelera Sillas giratorias Teléfono
<ul style="list-style-type: none"> Zona de soporte técnico 	37 m ² aprox.	<ul style="list-style-type: none"> Almacén 20,00 m² Cuarto de ropa limpia. 6 m² Cuarto de ropa sucia. 4 m² Cuarto de limpieza. 4 m² Depósito de residuos. 3,00 m²
<ul style="list-style-type: none"> Zona administrativa 	30 m ² aprox.	<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el responsable de la unidad. 9,00 m² Sala multiuso. 20,00 m²
<ul style="list-style-type: none"> Zona de personal 		<ul style="list-style-type: none"> Oficina para el personal. 25,00 m² Servicios sanitarios para personal
<ul style="list-style-type: none"> Cuarto de aseo (mantenimiento) 		Variable <ul style="list-style-type: none"> Zona de casilleros

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatriza, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 5
Programa arquitectónico Zona D - Unidad de administración

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
<ul style="list-style-type: none"> • Vestíbulo 		
Zona de atención		
Área de recepción		
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción y control 	8 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Estación de cómputo con acceso a red informática • Mostrador de atención • Papelera • Sillas giratorias • Teléfono •
<ul style="list-style-type: none"> • Sector de secretarias 		
Área de departamentos administrativos		
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección médica 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección financiera 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Admisión 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Administración 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo social 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de juntas 	m ²	
Zona de personal		
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de estar de profesionales 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • Sillones • Mesas
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios para personal diferenciados por genero 		<ul style="list-style-type: none"> • Lavatorios • Servicios sanitarios • Orinales
<ul style="list-style-type: none"> • Zona de casilleros 		Banca
<ul style="list-style-type: none"> • Cuarto de aseo 		
(mantenimiento)		

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 6**Programa arquitectónico Zona E - Unidad de servicios generales**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
<ul style="list-style-type: none"> • Zona de carga y descarga 		
Zona de bodegas		
Suministros para las diferentes zonas o áreas		
<ul style="list-style-type: none"> • Bodega de alimentos 	m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Estantería
<ul style="list-style-type: none"> • Bodega para medicamentos 		<ul style="list-style-type: none"> • Cuarto frío para medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> • Bodega para productos de lavandería 		<ul style="list-style-type: none"> • Estantería
<ul style="list-style-type: none"> • Bodega para productos de aseo 		<ul style="list-style-type: none"> • Estantería
Zona de servicios generales		
<ul style="list-style-type: none"> • Cocina (cafetería) 	m ²	

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 6.1.**Programa arquitectónico Zona E - Unidad de servicios generales**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona de servicios generales		
• Lavandería		
Zona técnica de lavandería		
1. Ropa sucia	10 m ²	• Mesa de trabajo
	Recepción, clasificación y pesado de la ropa sucia.	• Balanza
• Almacén de ropa sucia	Sala de 20,00 m ²	• Carros de transporte.
	Para la llegada y colocación de los carros de ropa sucia	
• Sala de lavado		
2. Área de ropa limpia		
• Sala de centrifugado		• Secadoras
• Sala de secado/planchado		
3. Área de ropería		
• Sala de costura	15 m ²	
• Almacén de ropa limpia	20 m ²	• Estantería para almacenamiento de ropa
• Entrega de ropa	14 m ²	
Zona de soporte técnico		
• Cuarto de limpieza	4 m ²	
Zona administrativa		
• Oficina del responsable de la unidad	9 m ²	
Zona de personal		
• Servicios sanitarios para personal diferenciados por genero	Variable	• Lavatorios
		• Servicios sanitarios
		• Orinales
		Banca
• Vestuario de personal	8 m ²	• Casilleros

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 6.2.

Programa arquitectónico Zona E - Unidad de servicios generales

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona de servicios generales		
<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de limpieza 		
Zona técnica		
<ul style="list-style-type: none"> • Almacén de aparatos de limpieza 	16 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Almacén de material y útiles de limpieza 	12 m ²	
Zona administrativa		
<ul style="list-style-type: none"> • Oficina del responsable de la unidad 	10 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de trabajo Archivo.
Zona de personal		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios para personal diferenciados por genero 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • Lavatorios • Servicios sanitarios • Orinales Banca
<ul style="list-style-type: none"> • Vestuario de personal 	8 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Casilleros
<ul style="list-style-type: none"> • Estar de personal 	10 m ²	<ul style="list-style-type: none"> •
	Para el descanso del personal de limpieza.	

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Tabla 6.3.**Programa arquitectónico Zona E - Unidad de servicios generales**

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona de servicios generales		
<ul style="list-style-type: none"> Unidad de ingeniería clínica 		
Zona técnica		
<ul style="list-style-type: none"> Recepción e inspección de equipos y mobiliario 	10 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> Talleres 	m ²	En función de la política y planes del hospital se pueden contar con áreas para carpintería, pintura, electricidad, hidráulica, refrigeración, mecánica, electrónica, electromecánica y otros.
<ul style="list-style-type: none"> Almacenamiento y distribución de equipos 	20 m ²	Para el recibo, guardado y entrega de los equipos reparados. Debe contar con mostrador y mesa de trabajo para comprobar el correcto funcionamiento y calibración de los equipos.
<ul style="list-style-type: none"> Depósito de inservibles 	40 m ²	Para el guardado de bienes que serán dados de baja.
Zona administrativa		
<ul style="list-style-type: none"> Oficina del responsable de la unidad 	10 m ²	<ul style="list-style-type: none"> Mesa de trabajo Archivo.
Zona de personal		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios sanitarios para personal diferenciados por genero 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> Lavatorios Servicios sanitarios Orinales
<ul style="list-style-type: none"> Vestuario de personal 	8 m ²	Banca <ul style="list-style-type: none"> Casilleros
<ul style="list-style-type: none"> Estar de personal 	10 m ²	<ul style="list-style-type: none">
	Para el descanso del personal de limpieza.	

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

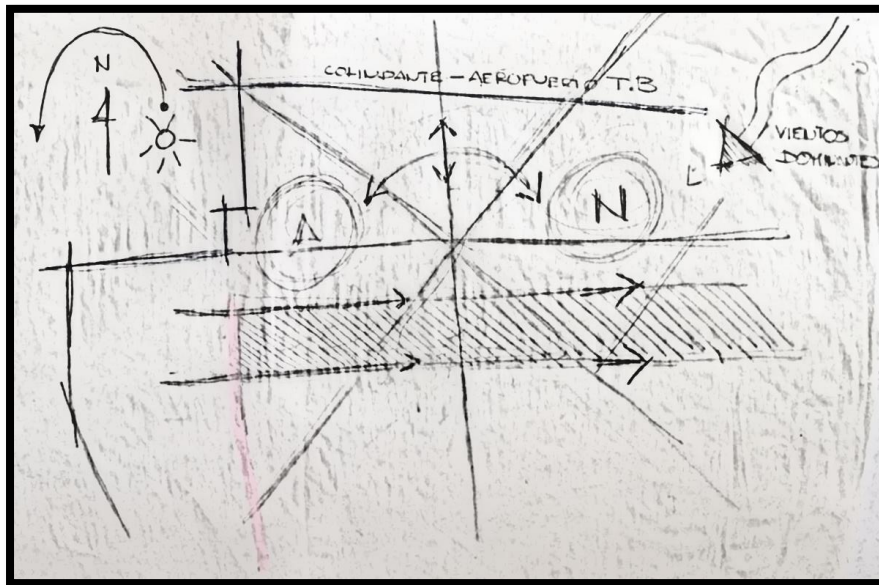
Tabla 6.4.

Programa arquitectónico Zona E - Unidad de servicios generales

Zonas	Dimensiones	Equipamiento mínimo
Zona de servicios generales		
<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de gestión de residuos hospitalarios 		
Zona técnica		
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de recepción de residuos no peligrosos 	20 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Sala para el lavado de los carros que transportan los desperdicios 	10 m ²	
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de disposición de residuos reciclables y biodegradables 	30 m ²	Con espacio para contenedores y compactador. Contará con suelo antideslizante, drenaje adecuado y lavamanos para el personal.
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de disposición de residuos comunes u ordinarios 	30 m ²	Contenedor y compactador
<ul style="list-style-type: none"> • Sala para los residuos infecciosos o de riesgo biológico 	15 m ²	Contenedores especiales para la disposición de los residuos.
<ul style="list-style-type: none"> • Sala para disposición de residuos líquidos 	20 m ²	Debe contar con sistema de cloración de aguas residuales.
Zona administrativa		
<ul style="list-style-type: none"> • Oficina del responsable de la unidad 	10 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de trabajo Archivo.
Zona de personal		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios para personal diferenciados por genero 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • Lavatorios • Servicios sanitarios • Orinales Banca
<ul style="list-style-type: none"> • Vestuario de personal 	8 m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Casilleros
<ul style="list-style-type: none"> • Estar de personal 	10 m ²	
	Para el descanso del personal de limpieza.	

Nota. Recuperado de “Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros”, de Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro., 2008. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

Imagen 16.



Desde un inicio se pensó en una propuesta arquitectónica orgánica, con el concepto del cerebro humano y sus neuronas, tomando aspectos de la proporción aurea para su desarrollo espacial. Además se analizaron los accesos al proyecto, tomando en cuenta diferentes y posibles medios de transporte utilizados por los usuarios y personal del centro médico.

Imagen 17.

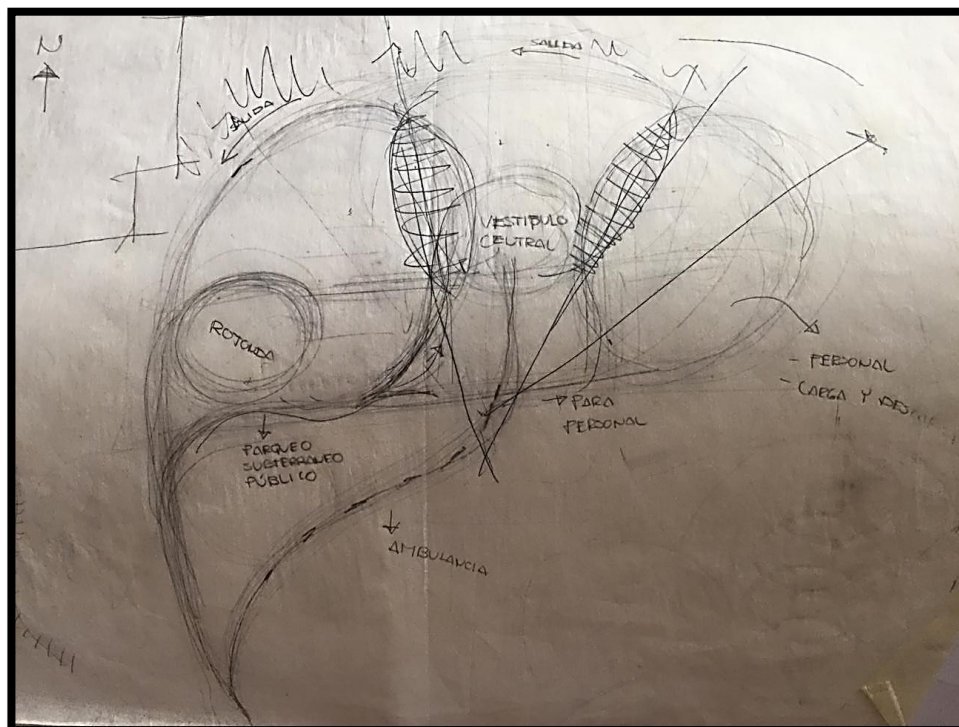


Imagen 18.

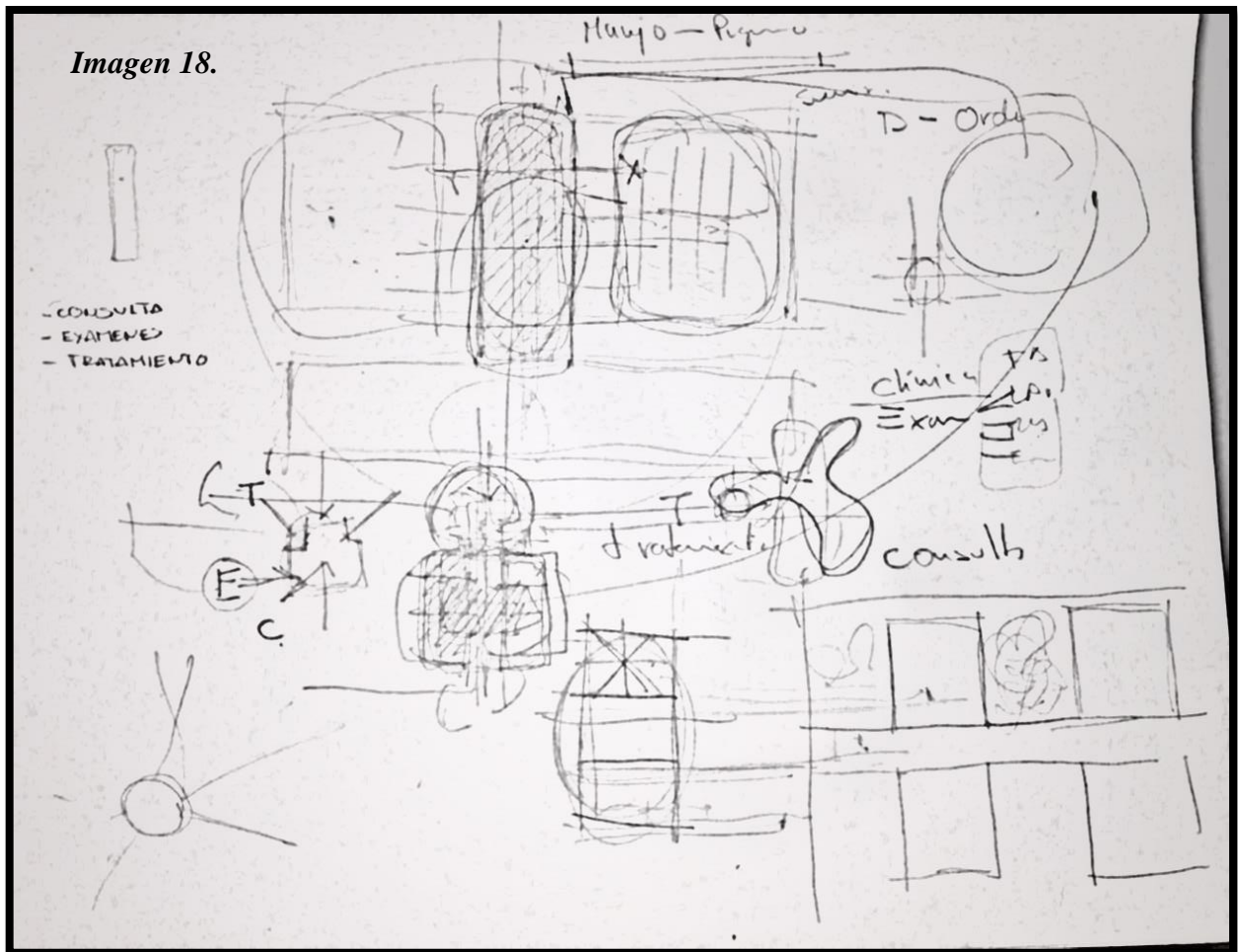


Imagen 19.

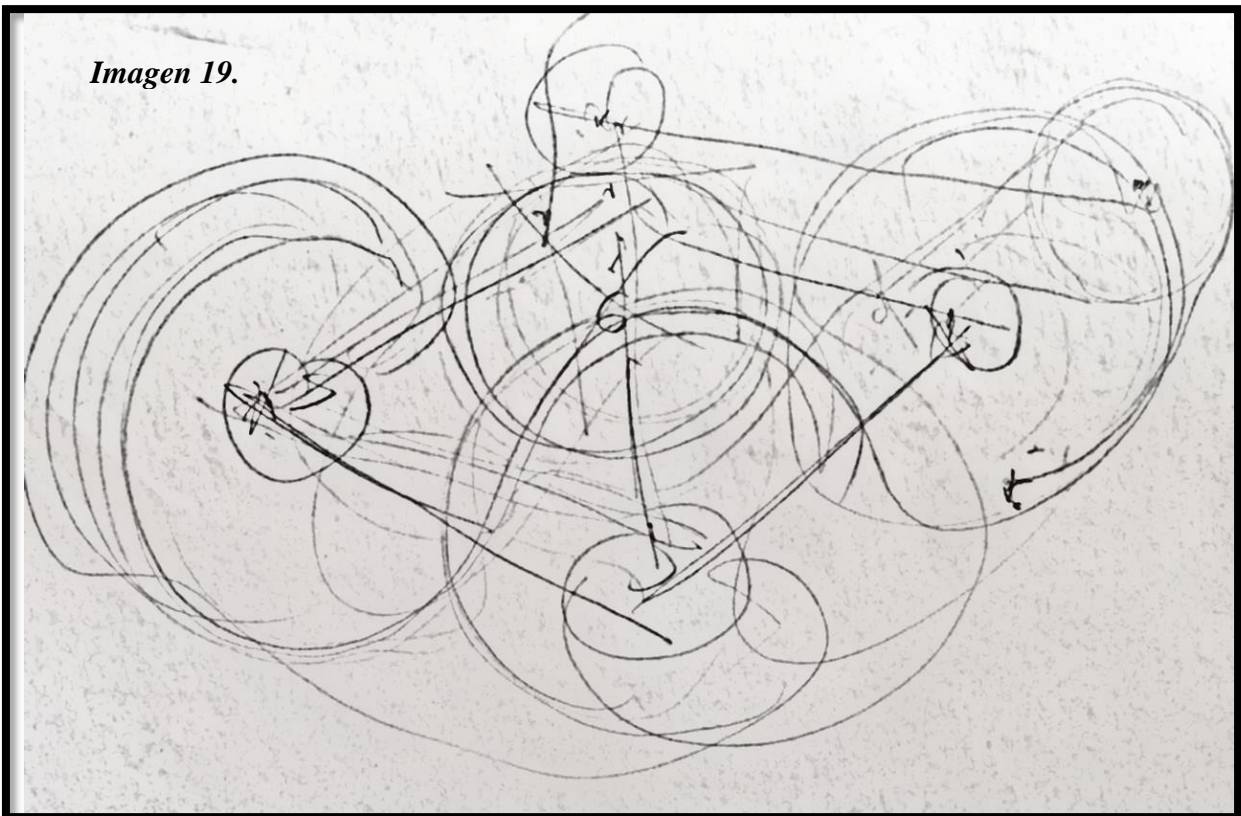


Imagen 20.

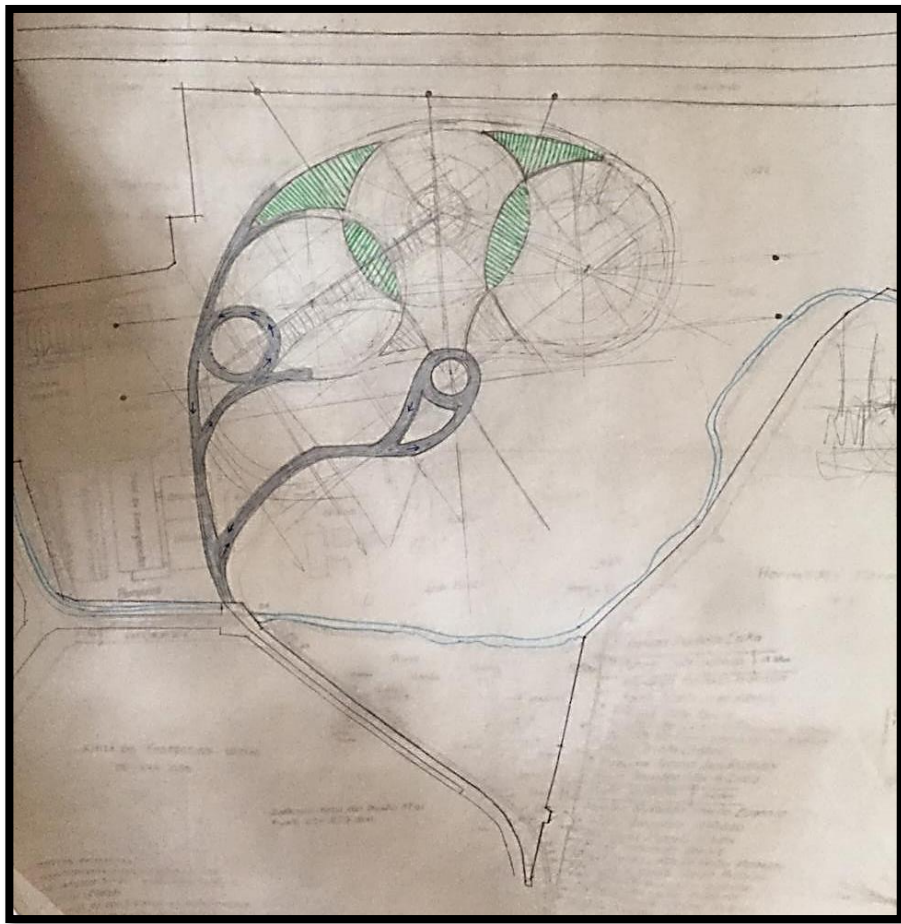


Imagen 21.

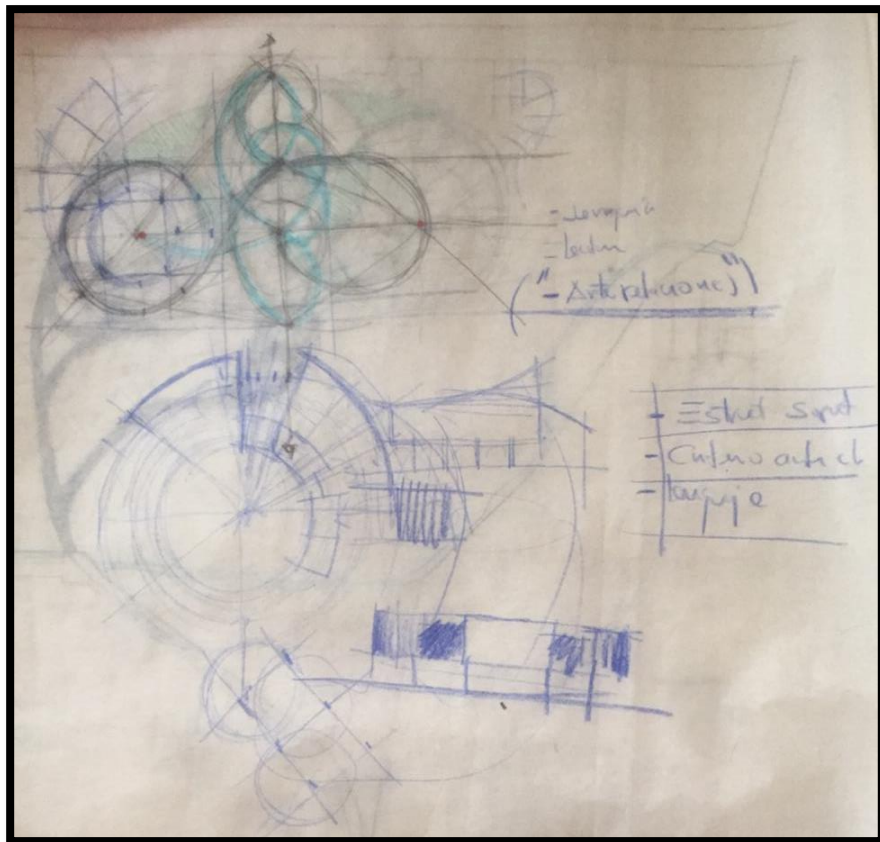


Imagen 21.

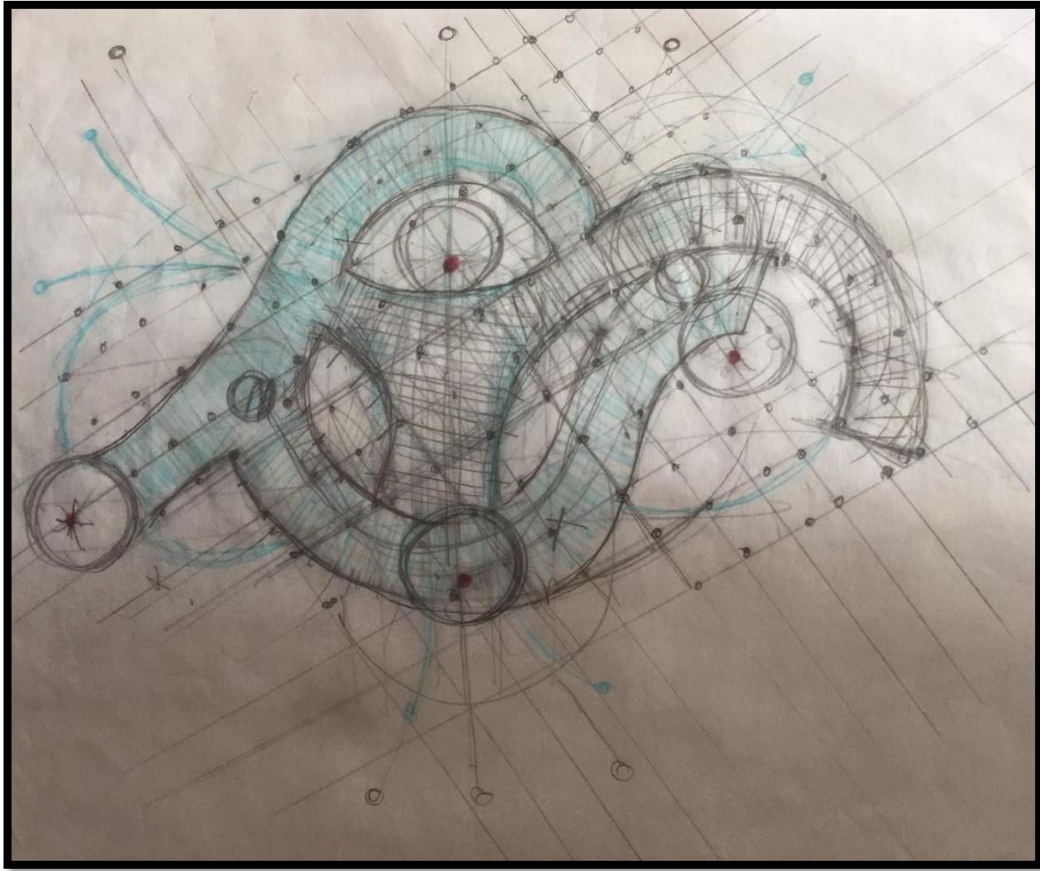
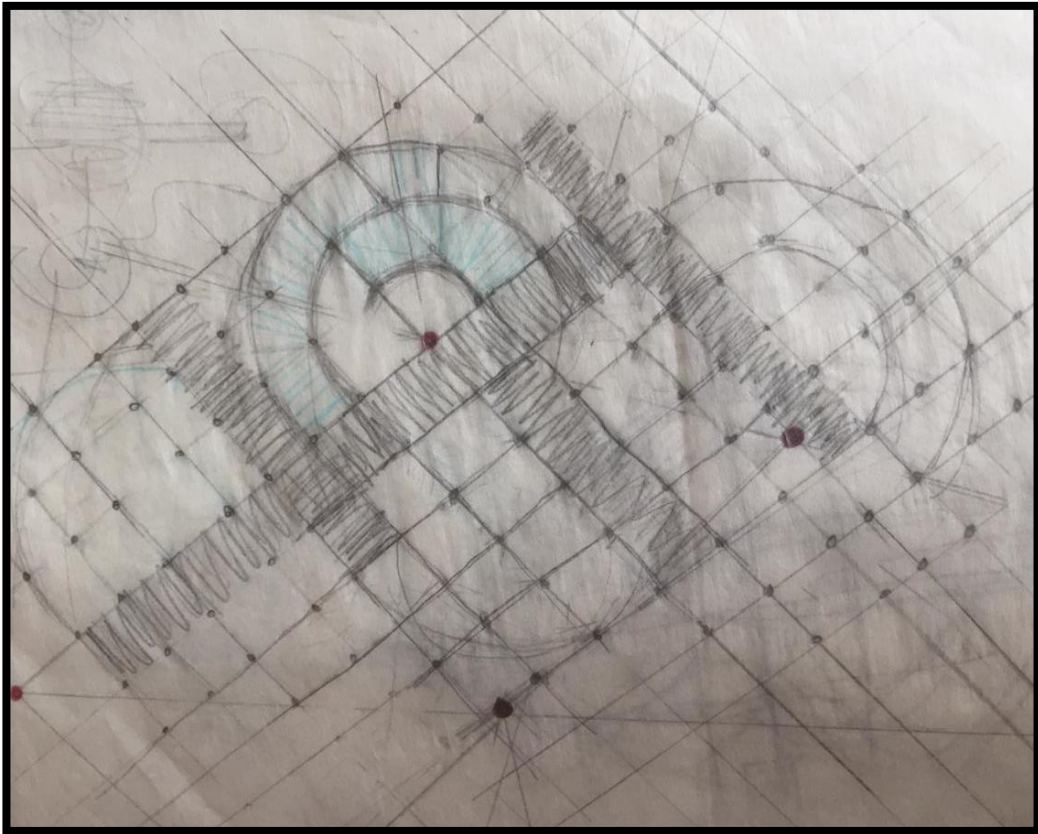


Imagen 21.



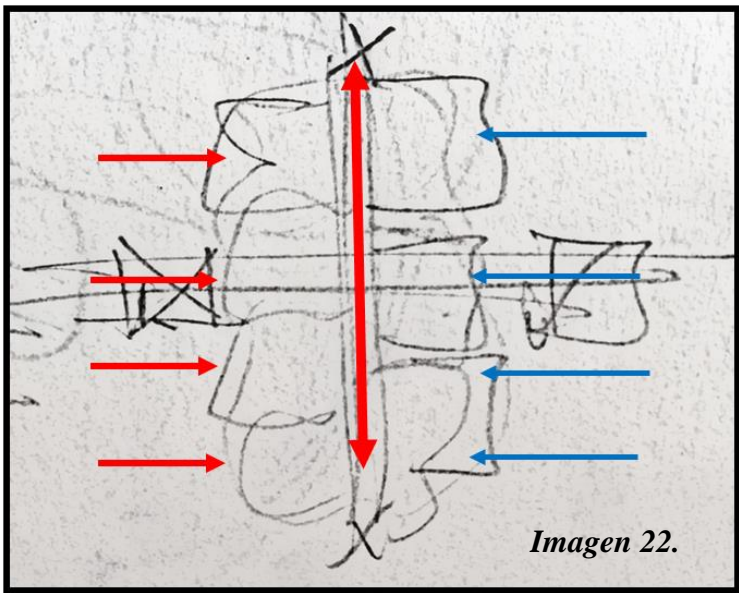


Imagen 22.

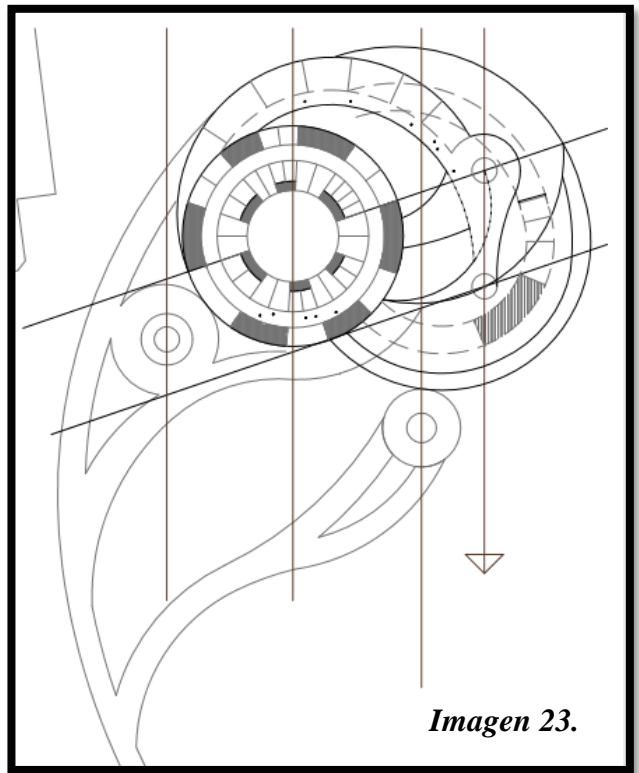


Imagen 23.

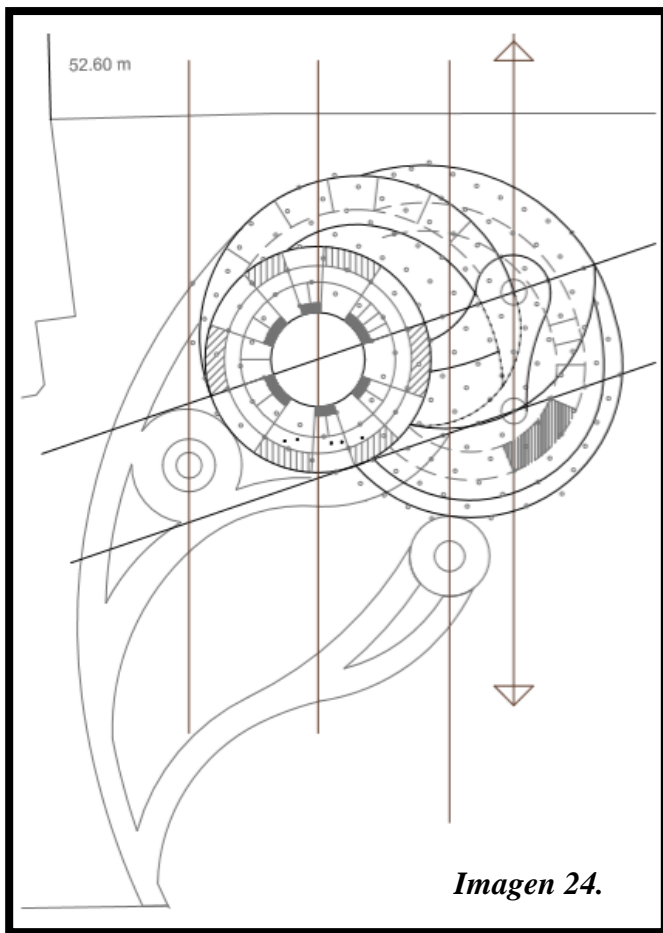


Imagen 24.

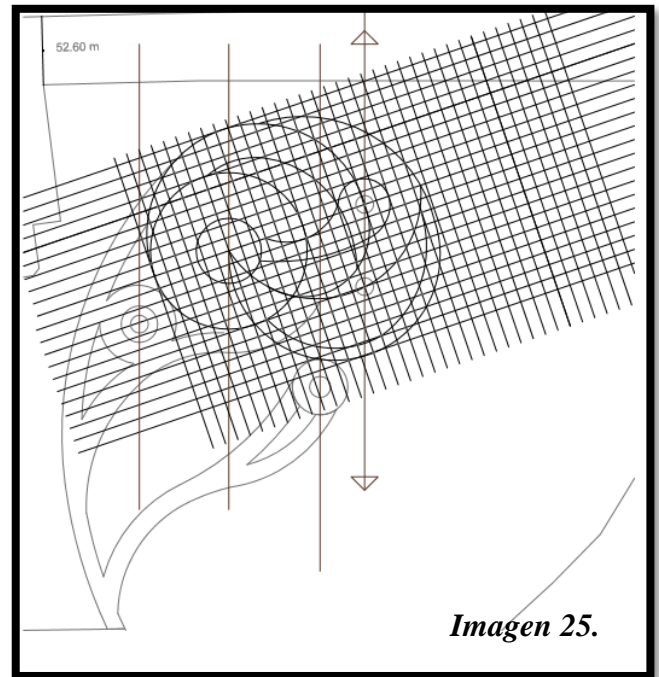
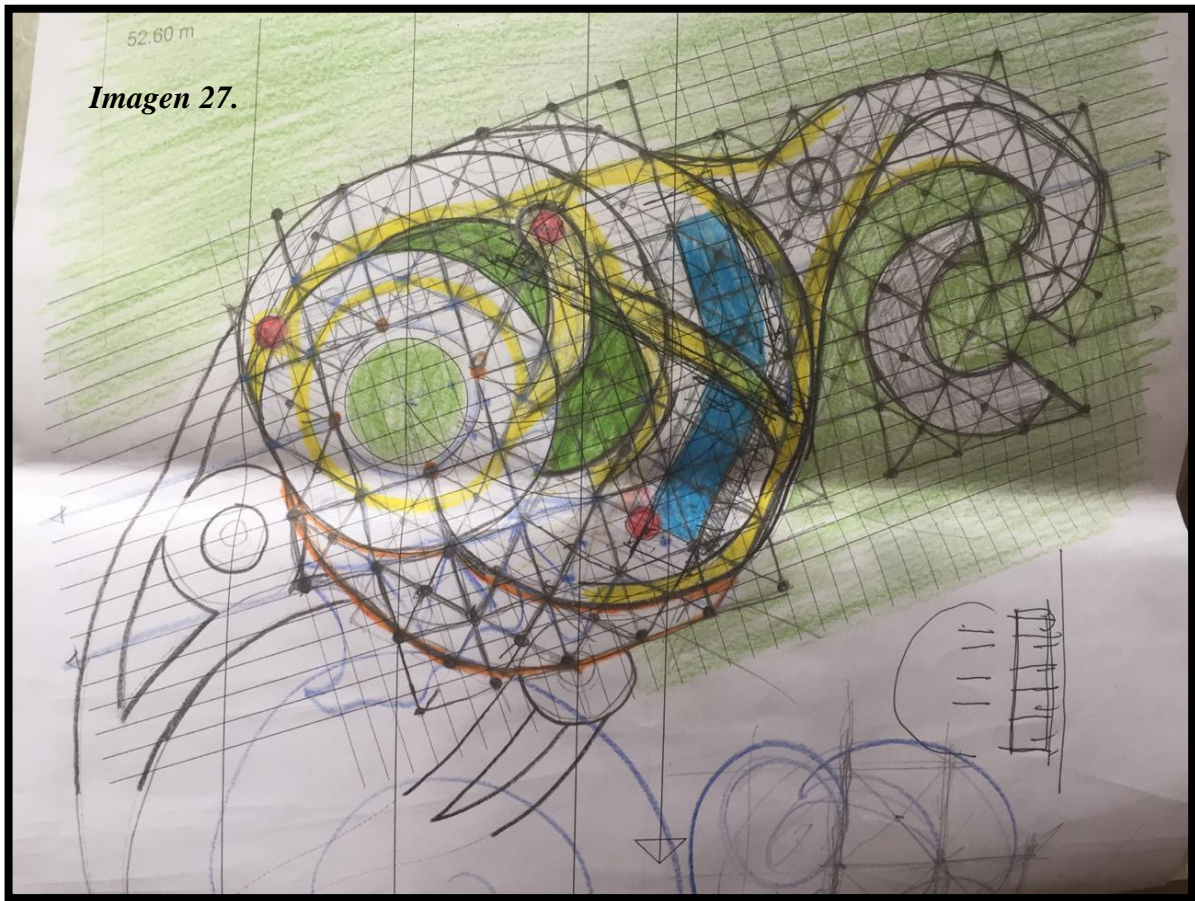
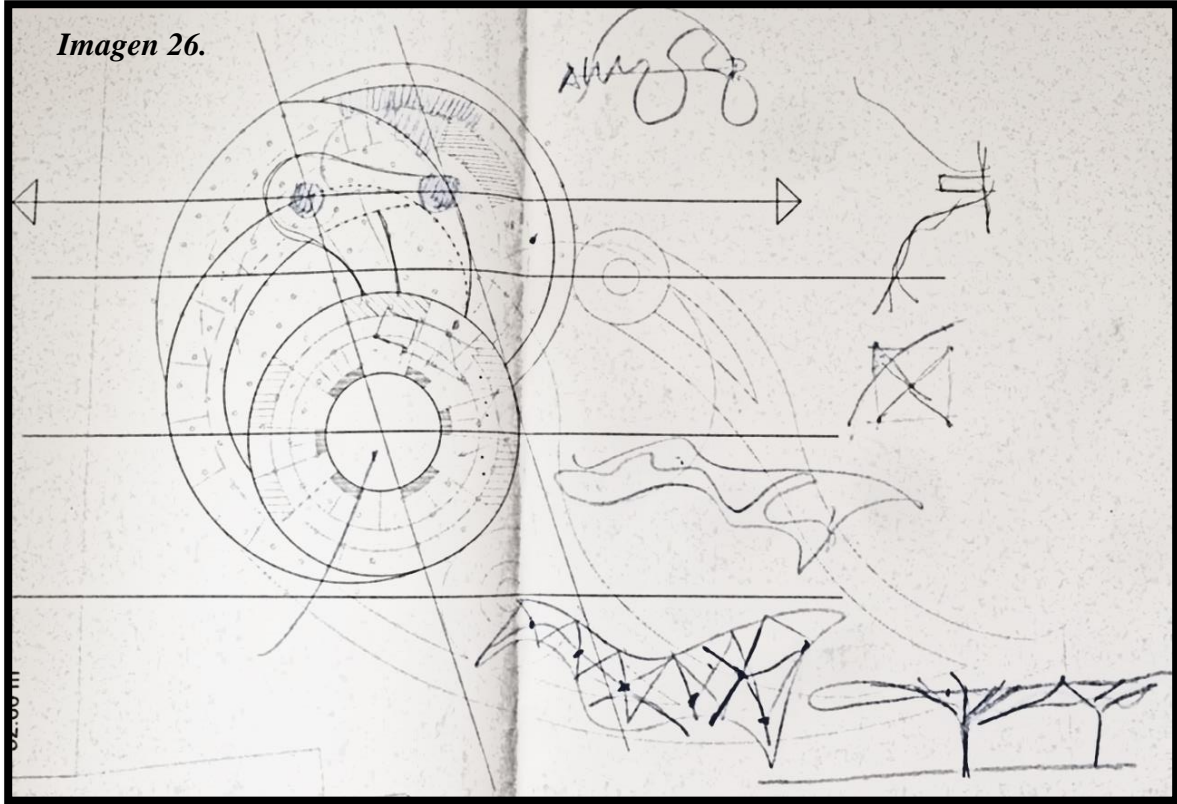


Imagen 25.



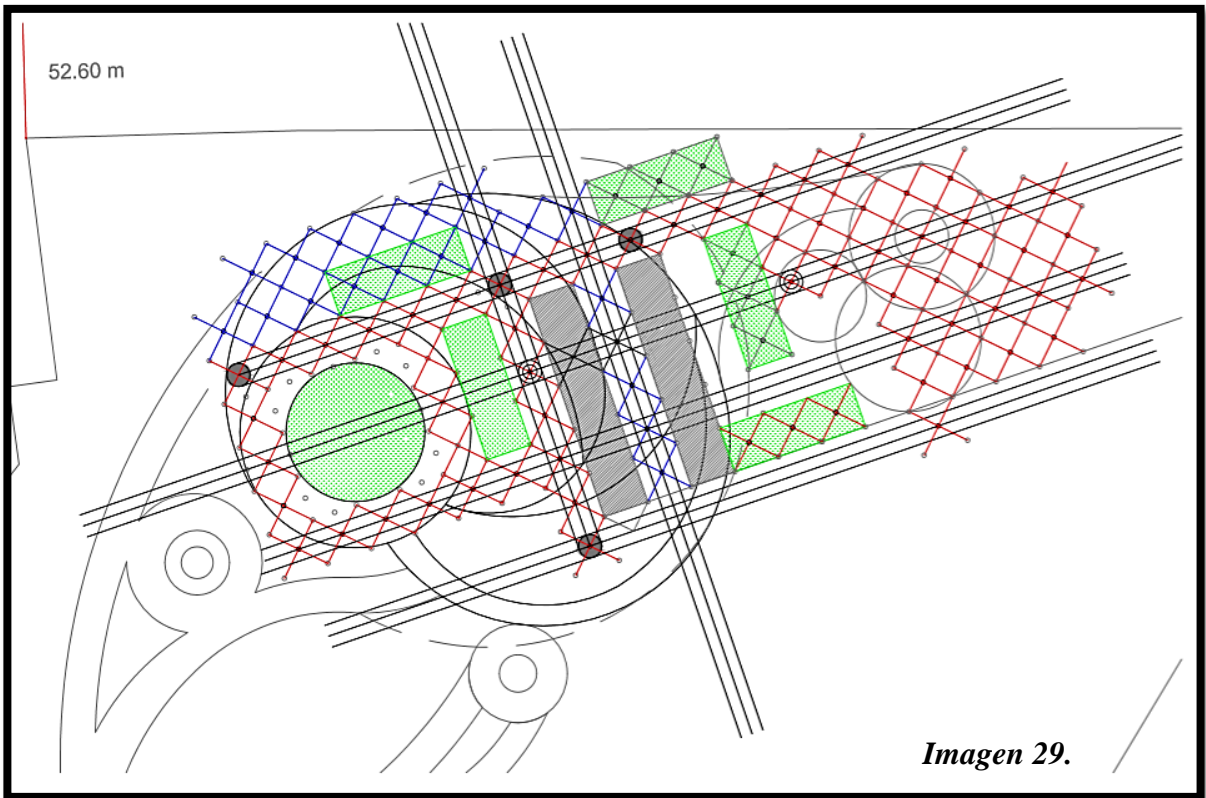
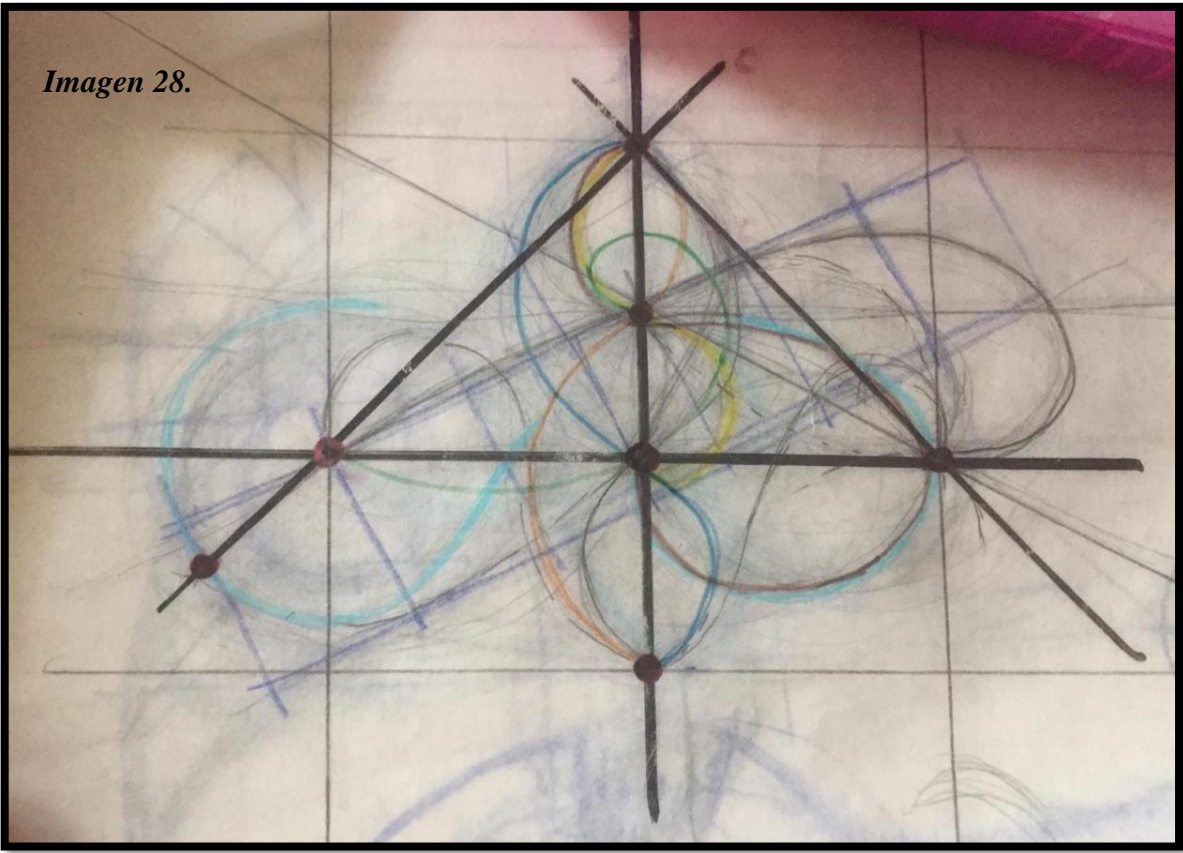


Imagen 29.

Imagen 29.

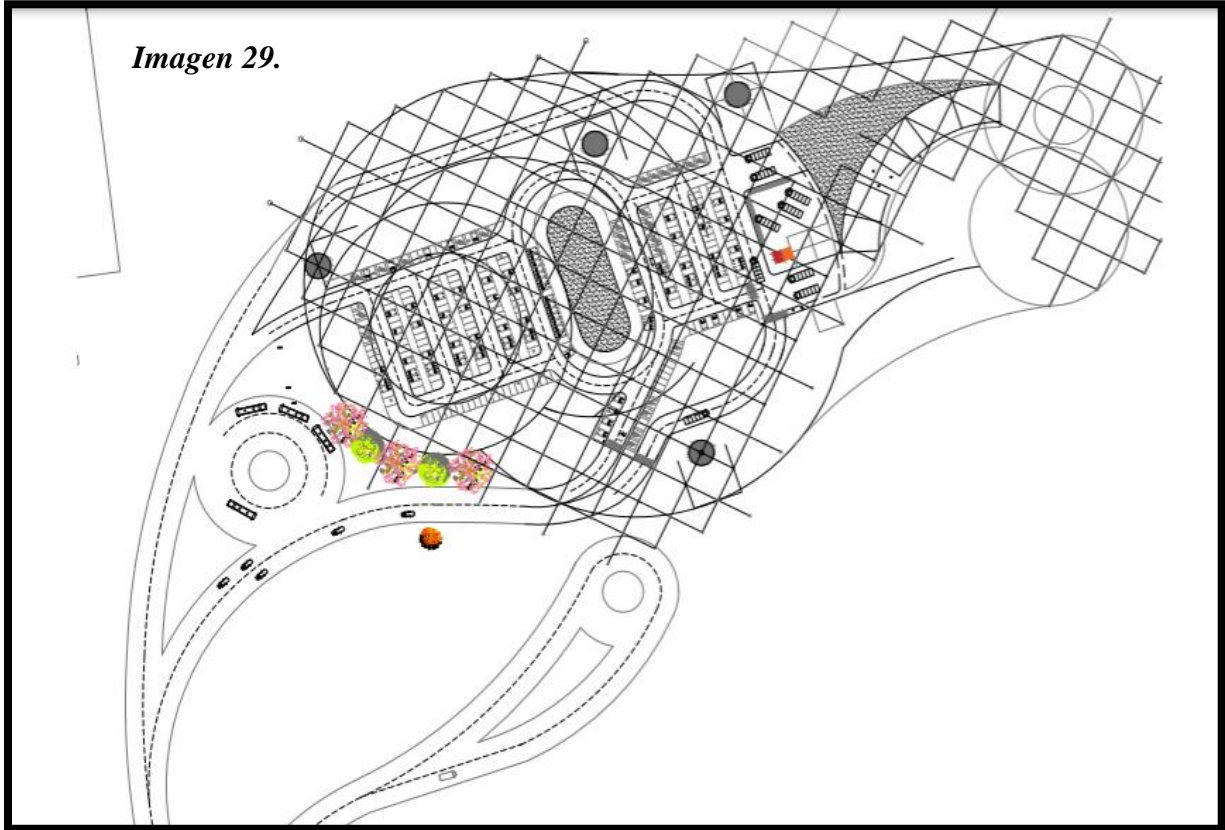
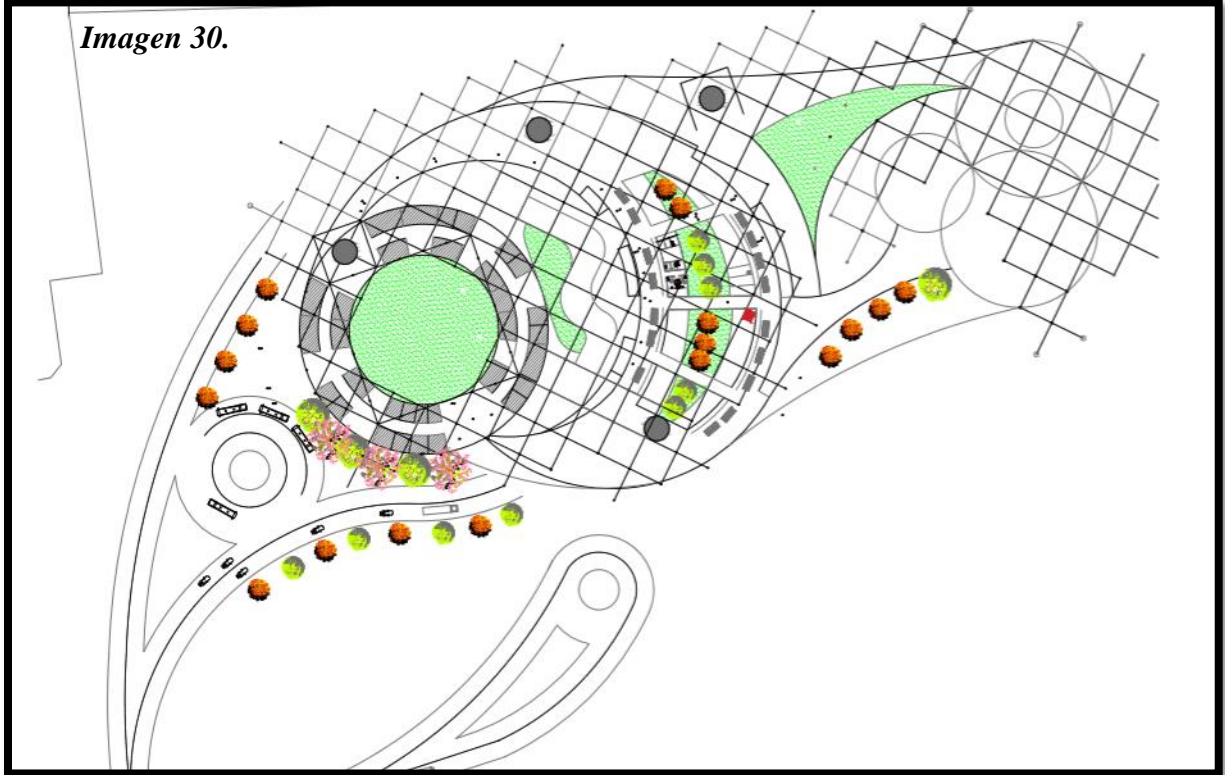
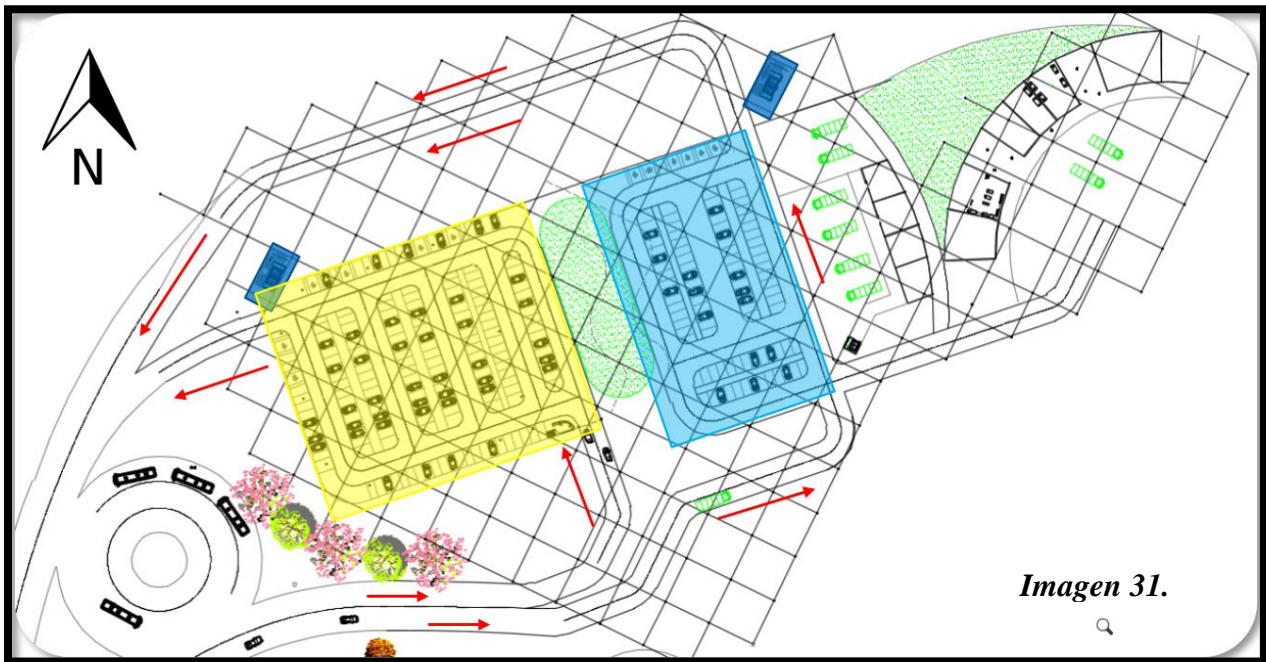


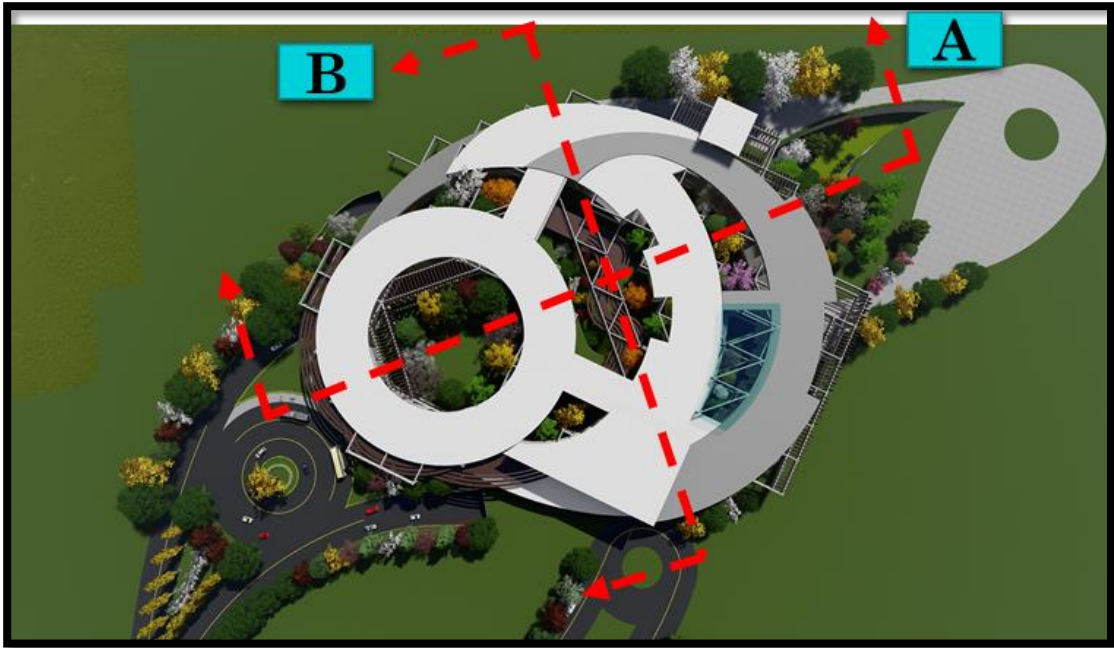
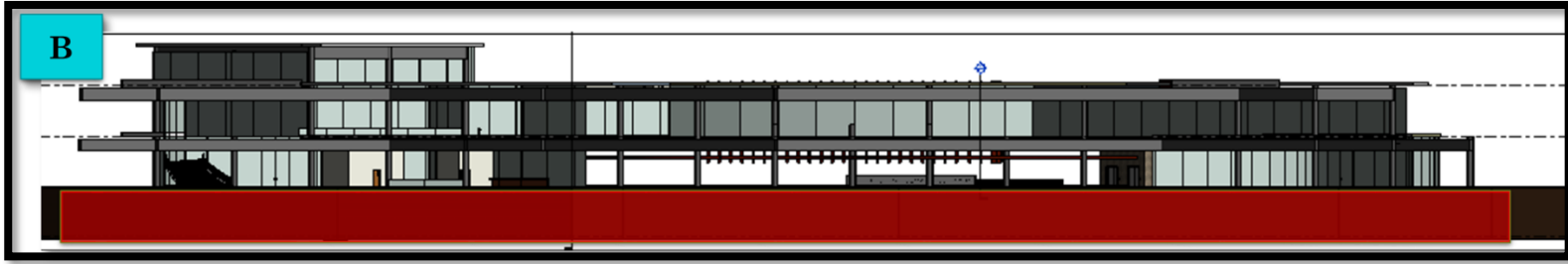
Imagen 30.



5. Conclusiones

El proyecto consta de 3 niveles, 1 subterráneo y 2 sobre nivel 0+0.00 m. El nivel 0-6.50 m corresponde al estacionamiento subterráneo, con 140 espacios destinados a usuarios y 80 para personal, además se contempló una zona exclusiva para vehículos de abastecimiento de insumos(zona de carga y descarga). En este nivel se encuentran áreas correspondientes a la unidad de servicios generales del centro médico. Cuenta con diferentes accesos para diferenciar zonas de parqueos para los trabajadores del lugar y para los visitantes, logrando así obtener mayor restricción y orden de los espacios, además se planteó una zona para transporte de carácter público. (Ver imagen 31)

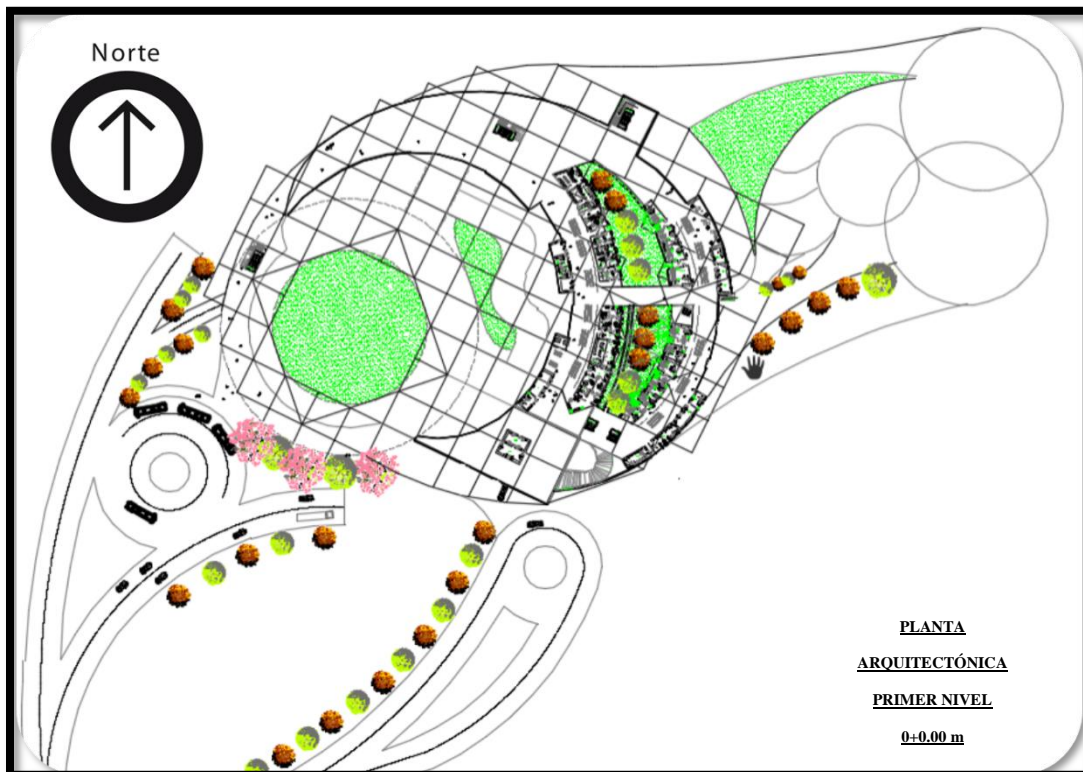
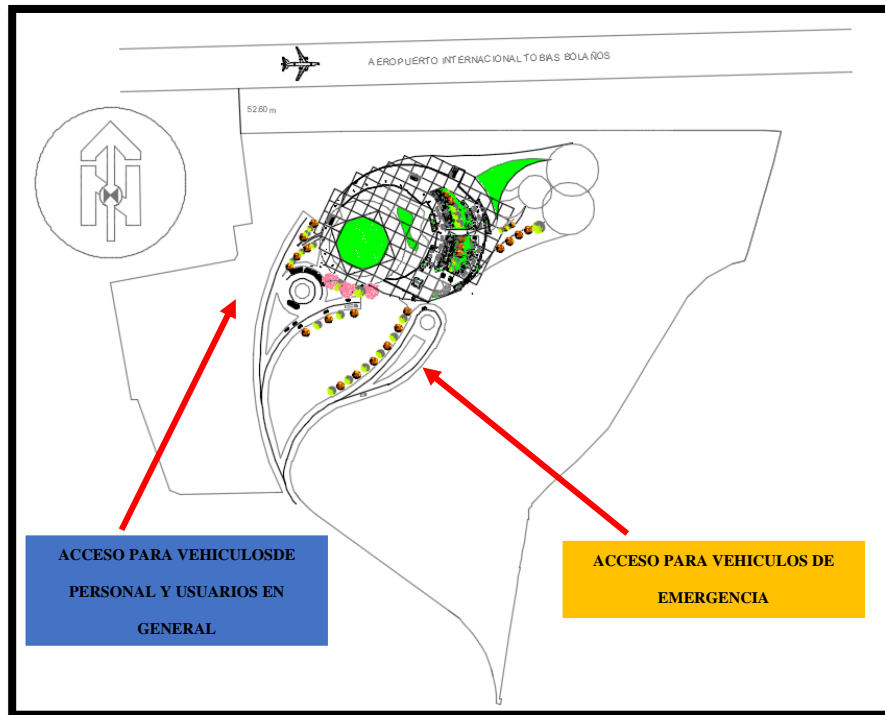




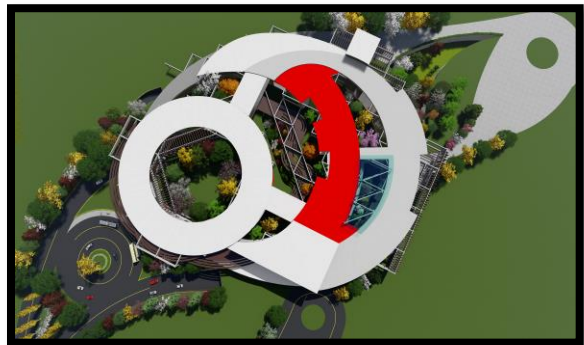
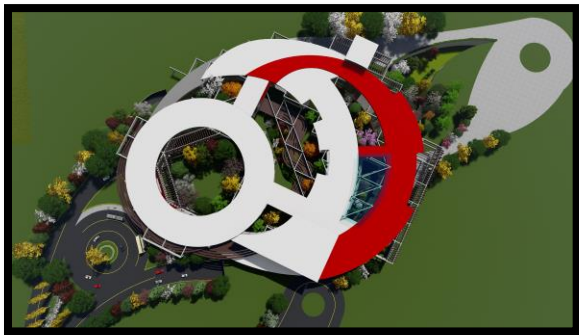
La planta arquitectónica del primer nivel 0+0.00 m cuenta con una plazoleta de acceso rodeada de grandes zonas verdes, zonas de descanso y un espejo de agua, que conduce a los usuarios hacia el vestíbulo principal y secundario de la Unidad de Evaluación Y Control, junto a los servicios auxiliares de diagnóstico correspondientes a imagenología y laboratorio, además en este nivel se encuentra la cafetería y las zonas para actividades correspondientes a los talleres de salud ocupacional; la piscina, gimnasio, ciclo vía, invernadero y vivero, todo rodeado de grandes jardines.



Cabe recalcar que el centro médico cuenta con un único acceso que se subdivide en 2 calles independientes, 1 para uso exclusivo de vehículos de emergencia y el otro para usuarios, personal, transporte públicos y de servicios de abastecimiento.



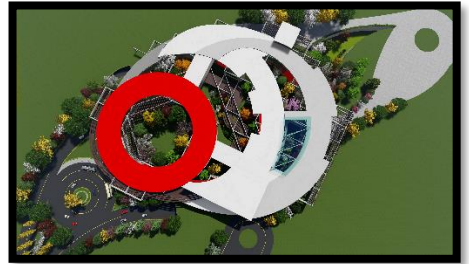
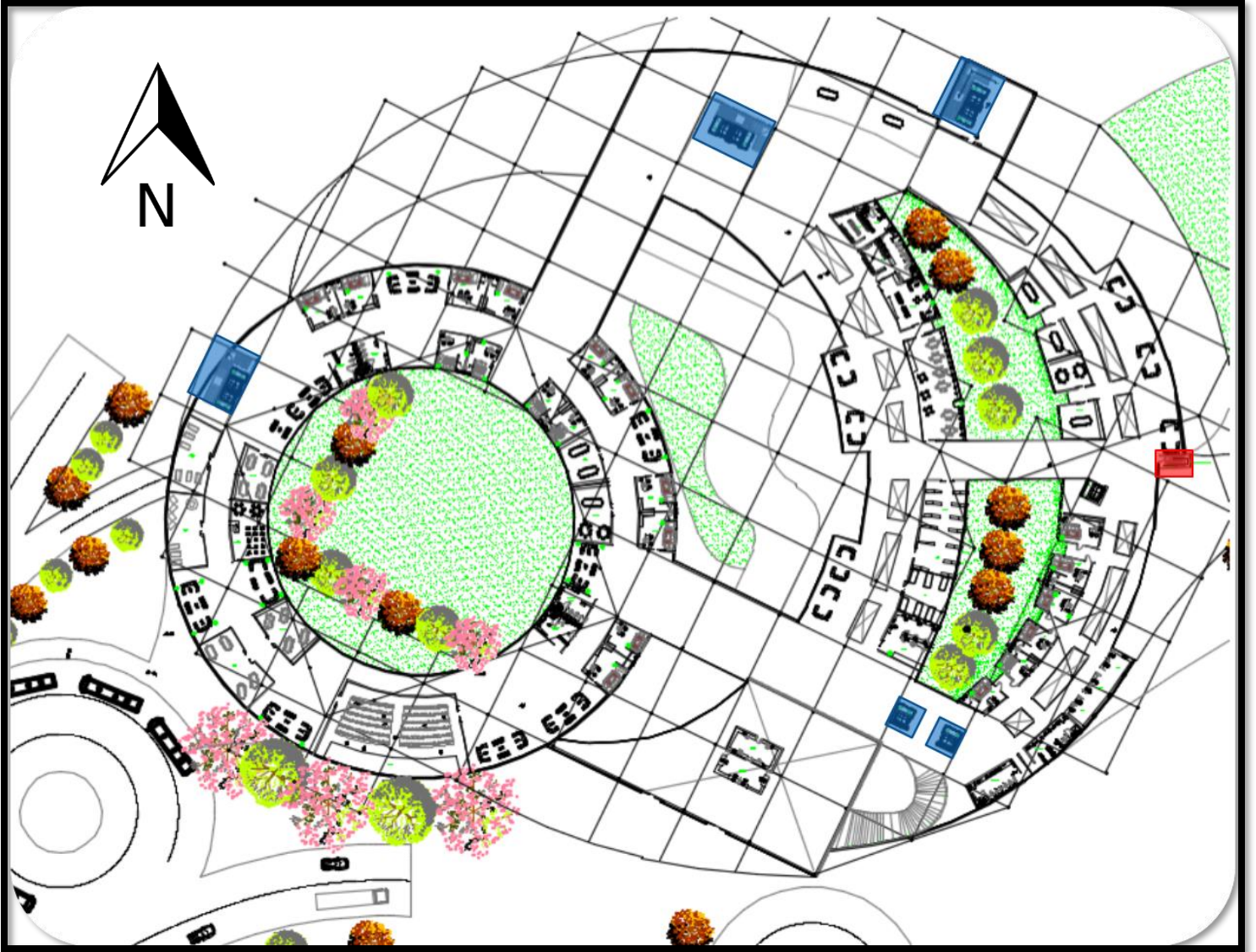
Norte

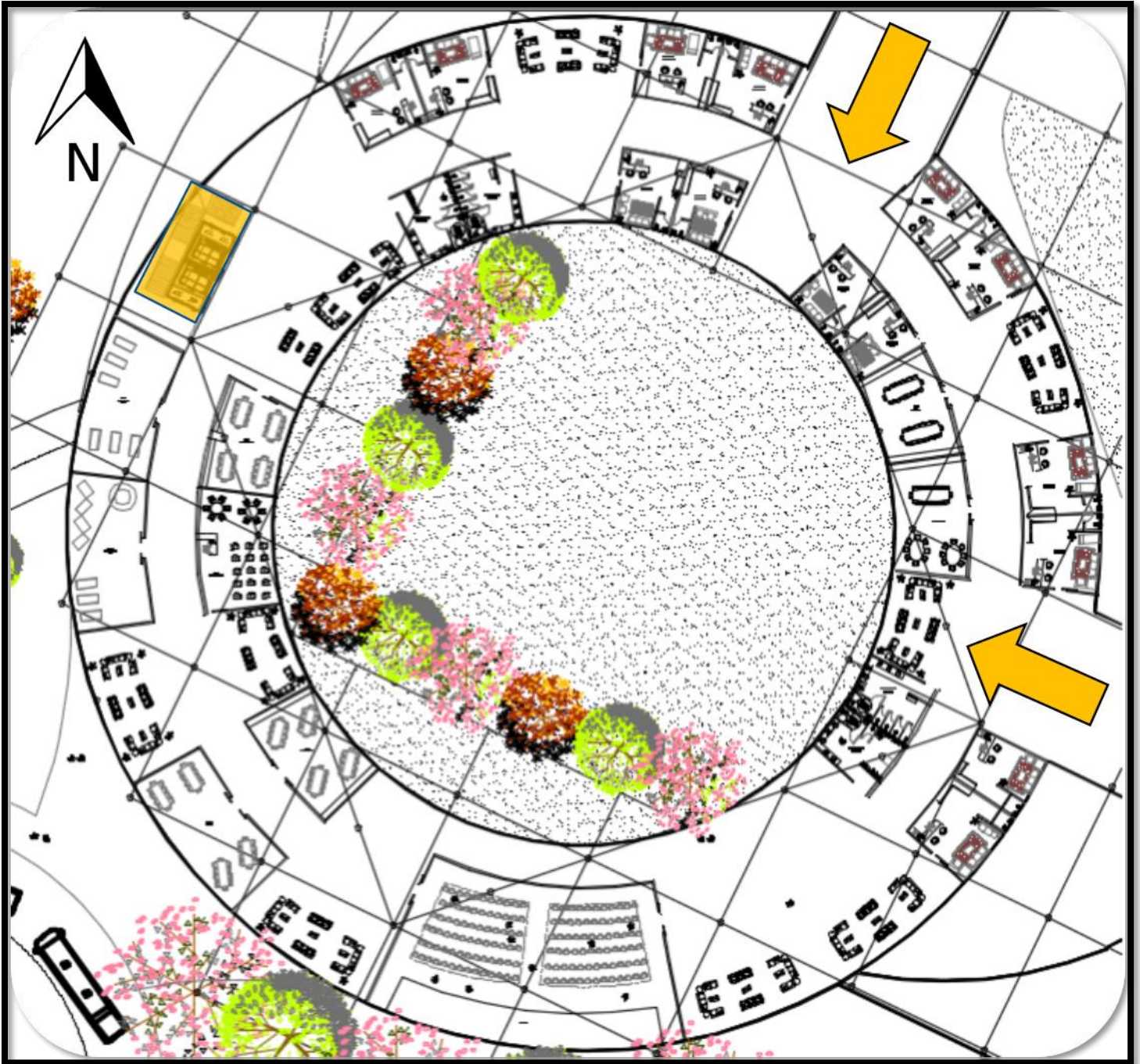




El segundo nivel que se encuentra a 0+6.50 m estará destinado a la Unidad Administrativa, Unidad de Tratamiento Clínico y la Unidad de Rehabilitación y Terapia.



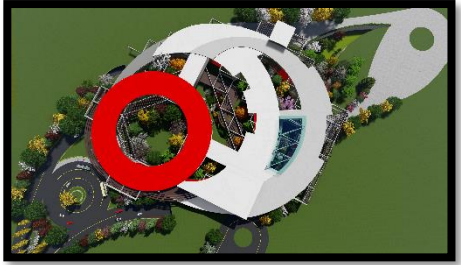


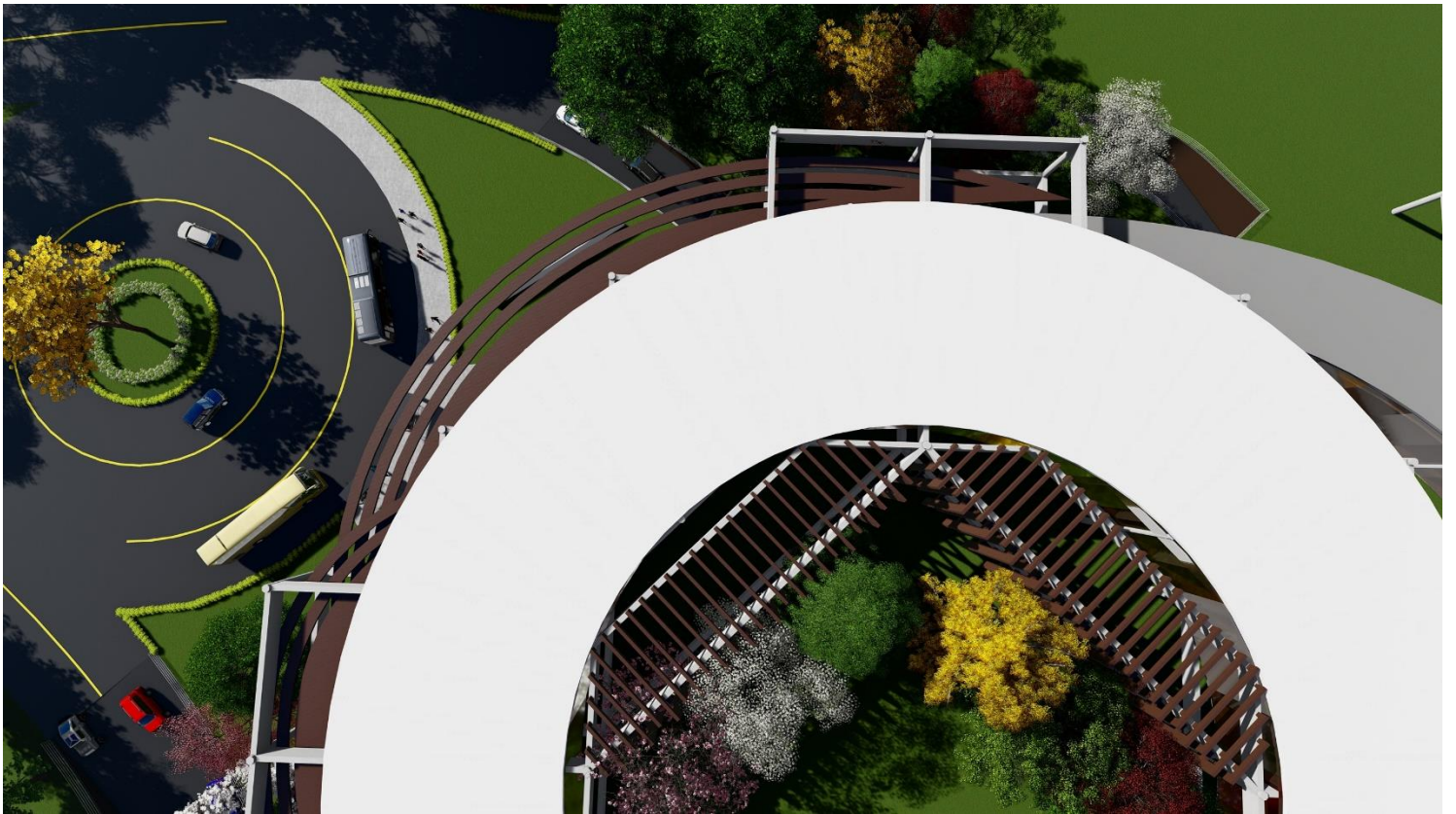


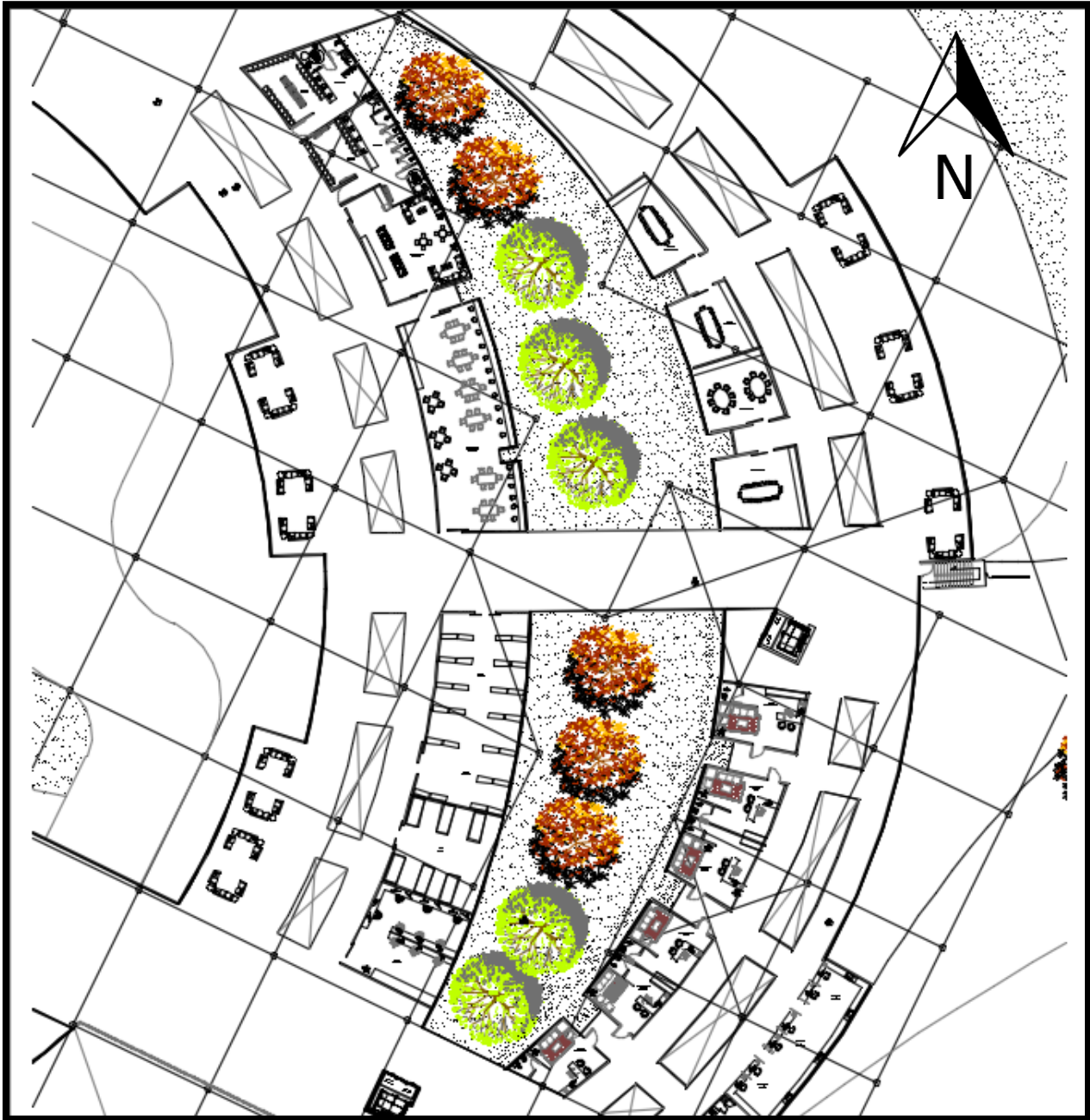
UNIDAD DE TRATAMIENTO CLÍNICO

UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA

**SEGUNDO NIVEL
0+6.50 m**







ZONA ADMINISTRATIVA



**SEGUNDO NIVEL
0+6.50 m**

SEGUNDO NIVEL
0+6.50 m

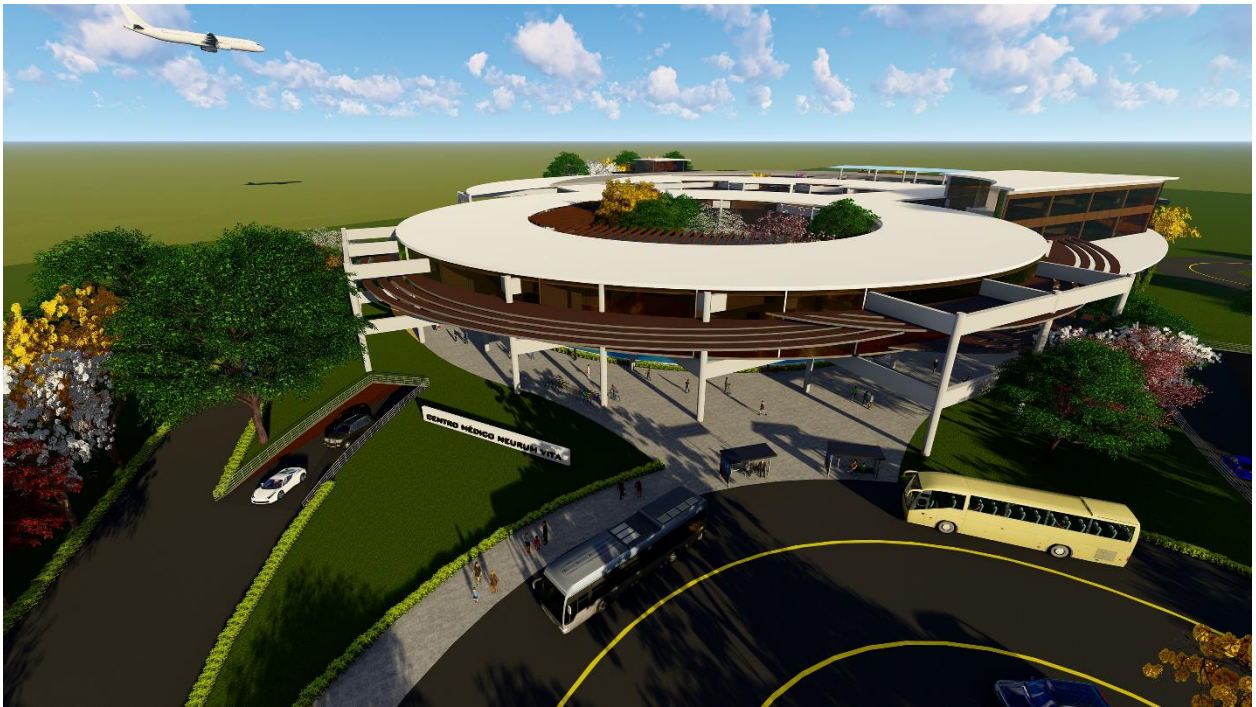
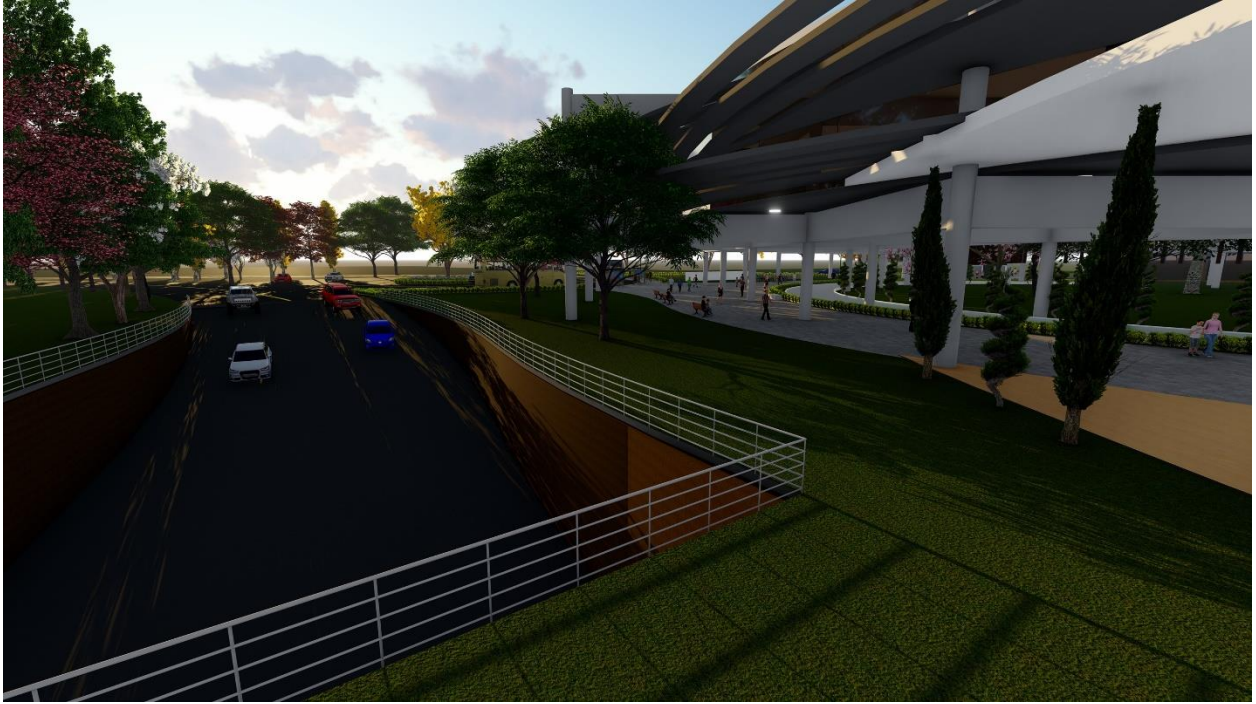


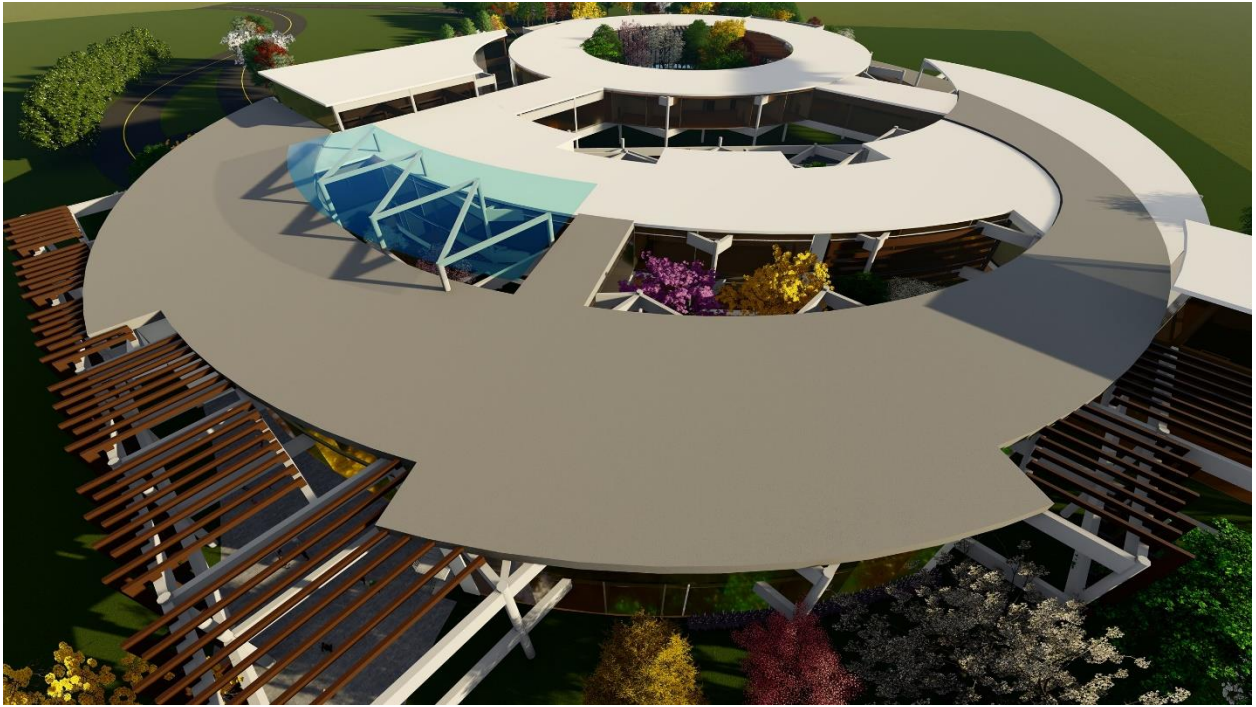
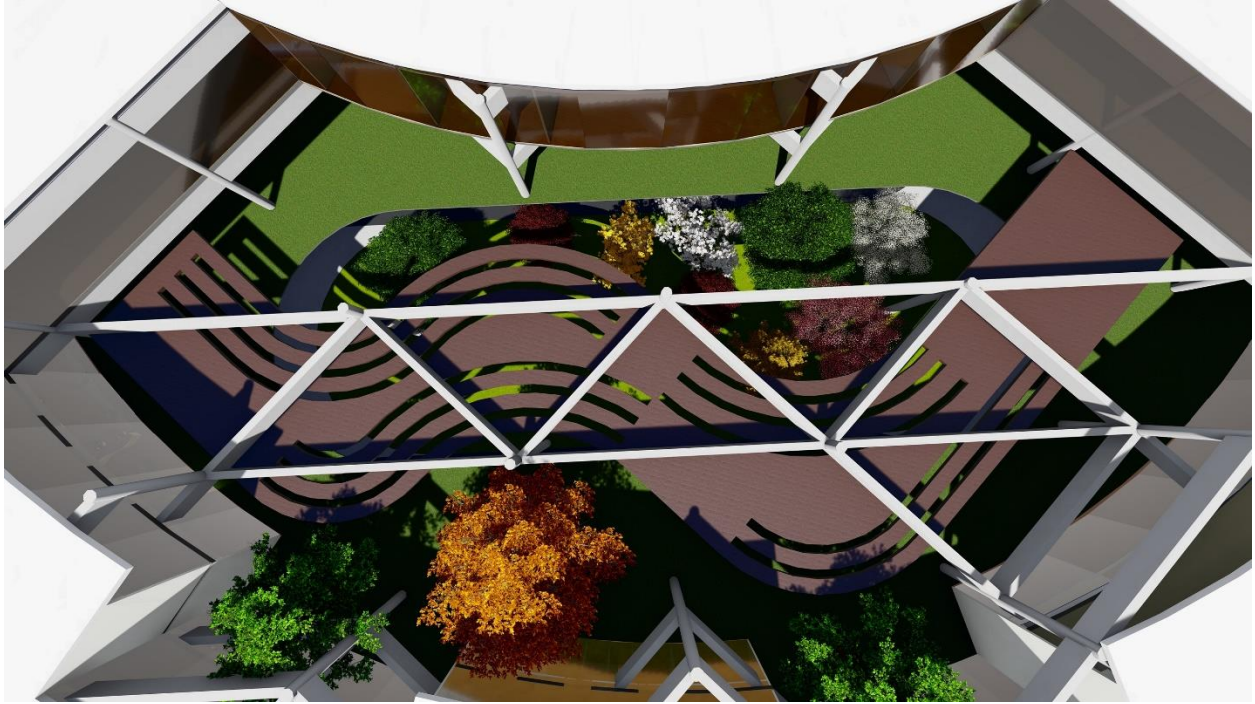
5.1.Renders











6. Bibliografía

6.1 Libro

Libro en versión electrónica

Online

Bambarén, Celso., Alatrística, María del Socorro. (2008). Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf>

DOI (Digital Object Identifier)

Apellido, A. A. (Año). Título. doi: xx.xxxxxxxx

6.2 Publicaciones periódicas

1.2.1 Artículos científicos

Forma básica

Alazraqui, Hugo F. (2017). Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica de UCES*, 22(2), 34-36. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4333/Historia_Alazraqui.pdf?sequence=1

6.2.2 Periódico

Online

Ávalos, Ángela. (8 de julio del 2018). Niños sin motivación para vivir llegan a hospitales. *La Nación*. Recuperado de https://www.nacion.com/el-pais/salud/ninos-sin-motivacion-para-vivir-llegan-a/BM3EORACUVH7BBEXC5YSHR7PWY/story/?utm_medium=social&utm_campaign=socialflow&utm_source=socialflow

Matarrita, Fernanda. (7 de julio del 2018). Las voces de la depresión: así se vive con esta enfermedad mental. La Nación. Recuperado de https://www.nacion.com/revista-dominical/las-vozes-de-la-depresion-asi-se-vive-con-esta/DVZPZMGNANFFPPTF4GERSTTOG4/story/?utm_campaign=socialflow&utm_source=socialflow&utm_medium=social

Mora, Carlos. (27 de julio del 2018). Hospital Nacional Psiquiátrico dejará de asilar este año. Crhoy.com. Recuperado de <https://www.crhoy.com/archivo/hospital-nacional-psiquiatrico-dejara-de-asilar-este-ano/nacionales/>

6.3 Artículo de revista

Online

Apellido, A. A. (año, mes, día). Título del artículo. Nombre de la revista. Recuperado de

6.4 Otros tipos de texto

6.4.1 Autor corporativo, informe gubernamental

Fundación Salto. (2018). Un poco de historia. Recuperado de <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-POCO-DE-HISTORIA.pdf>

IPSE Salud Mental. (1999-2018). Hospital de día. Recuperado de <https://ipsesm.com.ar/servicios/hospital-de-dia/>

MAYO CLINIC. (2018). Depresión (Trastorno depresivo mayor). Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>

National Association of School Psychologists. (2001). Depresión en los niños. Recuperado de https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/2_-_depr_sp.pdf

OMS Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

OMS Organización Mundial de la Salud. (2017). Trastornos mentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

6.4.2 Tesis y trabajos de grados

Autor, A., & Autor, A. (Año). Título de la tesis (Tesis de pregrado, maestría o doctoral). Nombre de la institución, Lugar.

6.5 Material electrónico

6.5.1 Referencia de páginas en el world wide web

García, Jonathan. (2018). Terapia infantil: qué es y cuáles son sus beneficios. Barcelona, Europa.: Psicología y Mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-infantil>

6.5.2 Blogs

Gallego, María L. (23 de abril de 2018). Depresión adolescente: Guía completa para entenderla. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://blog.cognifit.com/es/depresion-en-adolescentes/>

Pereira, Eduardo. (7 de junio de 2018). Importancia actual de los hospitales de día psiquiátricos [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://dreduardopereiraastudillo.wordpress.com/2012/06/07/importancia-actual-de-los-hospitales-de-dia-psiquiatricos/>