



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

Tipología hospitalaria e integración social en personas con discapacidad mental, Lima 2019. Caso: Hospital Víctor Larco Herrera. Centro de salud mental para la integración social de personas con discapacidad mental, Comas 2020.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Arquitecta**

**AUTORES:**

Ramos Mallqui, Maricielo (orcid.org/0000-0002-6740-6211)

Torres Mori, Joselin María (orcid.org/0000-0002-6700-4992)

**ASESORES:**

Arq. Lujan Chero, Juan José (orcid.org/0000-0001-8491-4026)

MSc. Arq. Cervantes Veliz, Oscar Fredy (orcid.org/0000-0001-8872-8861)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Arquitectura

**LÍNEA DE REPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERITARIA:**

Enfoque de género, inclusión social y diversidad cultural

LIMA - PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

Maricielo Ramos Mallqui:

A mi familia que siempre me brinda su apoyo, en los momentos más difíciles y me alientan cada día para no caer en el intento.

Josselin María Torres Morí:

A mi pequeña Canela.

**Agradecimiento:**

Maricielo Ramos Mallqui:

A mis queridos Juan, Aurelia,  
Juan Manuel, Katty, Luis, Bertha  
y Rosa

Josselin María Torres Morí:

A mis queridos Humberto, Lily y  
Yakori

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria:.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Declaración de Autoría.....	iv
Presentación.....	v
Índice.....	vi
Índice de figuras.....	ix
Índice de Tablas.....	xii
Resumen.....	xiv
Abstract.....	xv
I. Introducción.....	
1.1. Realidad problemática.....	5
1.1.1. Contexto Social.....	6
1.1.1.1. Integración Social.....	6
1.1.1.2. Acceso a los servicios de salud.....	11
1.1.1.3. Altos índices de trastorno mental.....	16
1.1.2. Contexto Arquitectónico.....	28
1.1.2.1. Tipología típica en establecimientos de salud mental.....	28
1.1.2.2. Infraestructura inadecuada.....	42
1.1.3. Contexto Urbano.....	45
1.1.3.1. Establecimientos centralizados.....	47
1.1.3.2. Desplazamiento.....	50
1.2. Antecedentes.....	54
1.2.1. Tesis Internacionales.....	54
1.2.2. Tesis Nacionales.....	55
1.3. Marco referencial.....	57
1.3.1. Marco histórico.....	57
1.3.1.1. Evolución histórica de la tipología hospitalaria.....	57
1.3.1.2. Evolución del equipamiento especializado en la salud mental.....	66
1.3.1.3. Evolución histórica de equipamiento especializado en la salud mental– Perú	72
1.3.2. Marco Conceptual.....	77
II. Marco Teórico.....	79
2.1. Tipología hospitalaria.....	80
2.1.1. Arquitectura sanitaria y hospitalaria.....	80
2.1.2. Tipologías de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo xvi. El modelo de enrique Egas en España y el de Vasco de Quiroga en nueva España.....	82

2.1.3. Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a una visión tipológica	84
2.2. Integración social	86
2.2.1. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales	86
2.2.2. Rehabilitación e integración social de personas con trastorno mental grave	88
2.2.3. Estructura social, apoyo social y salud mental	90
2.2.4. El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales	92
2.3. Formulación del problema	94
2.3.1. Problema General	94
2.3.1.1. Problemas específicos	94
2.4. Justificación	95
2.4.1. Justificación teórica	95
2.4.2. Justificación metodológica	95
2.4.3. Justificación práctica	95
2.5. Hipótesis	96
2.5.1. Hipótesis general	96
2.5.1.1. Hipótesis específicas	96
2.6. Objetivos	97
2.6.1. Objetivo general	97
2.6.1.1. Objetivos específicos	97
2.7. Alcances y limitaciones	98
III. Marco metodológico	99
3.1. Metodología	100
3.2. Diseño de la investigación	100
3.3. Tipo de estudio	101
3.4. Variables	101
3.5. Operacionalización de variable	102
3.5.1. Variable independiente	102
3.5.2. Variable dependiente	103
3.6. Población y muestra	104
3.6.1. Población general	104
3.6.2. Población de estudio	104
3.6.3. Criterios de selección	104
3.6.4. Muestra poblacional	105
3.7. Técnicas de Instrumento, de recolección, de validez y confiabilidad	106
3.7.1. Técnicas de obtención de datos	106
3.7.2. Instrumento de obtención de datos	106

3.7.3. Validez .....	111
3.7.4. Confiabilidad .....	111
3.8. Métodos de análisis.....	112
3.9. Aspectos éticos .....	112
3.10. Aspectos administrativos.....	113
3.10.1. Recurso y presupuesto .....	113
3.10.1.1. Recursos.....	113
3.10.1.2. Presupuesto.....	113
3.11. Financiamiento.....	114
3.12. Cronograma de Ejecución.....	115
IV Resultados y Discusión .....	116
4.1 Estadística descriptiva.....	117
4.2 Estadística Inferencial .....	125
4.2.1 Prueba De Hipótesis General .....	125
4.2.1.1. Hipótesis Específica 1 .....	127
4.2.1.2. Hipótesis Específica 2.....	129
4.2.1.3. Hipótesis Específica 3.....	131
4.3. Discusión.....	133
IV. Conclusiones .....	135
5.1. Conclusión General.....	136
5.1.1. Conclusiones Específicas.....	136
VI. Recomendaciones.....	137
6.1. Recomendación General .....	138
6.1.1. Recomendación Específica .....	138
Referencia bibliográfica .....	139
Apéndice B: Encuesta .....	150
Apéndice C: Validaciones .....	151
Apéndice E: Tabla de frecuencia por pregunta.....	162
V1: Tipología hospitalaria – D1: Plurifuncionalidad .....	162
V1: Tipología Hospitalaria – D3: Accesibilidad.....	168
V2: Integración Social – D1: Socialización .....	171
V2: Integración Social – D2: Relación .....	174
V2: Integración Social – D3: Igualdad.....	177
Apéndices F: Fotografías.....	180

## Índice de figuras

Figura 1: Nivel de aceptación en personas con problemas mentales .....	9
Figura 2 ¿El peruano tolera o rechaza a personas que han tenido una enfermedad mental? .....	10
Figura 3: Distribución de personal capacitado en salud mental por servicio médico en Américadel sur.....	12
Figura 4: Personal contratado del hospital Víctor Larco Herrera 2015 .....	14
Figura 5: Personal contratado del hospital Víctor Larco Herrera 2016 .....	14
Figura 6: Casos registrados de depresión por regiones en el mundo.....	17
Figura 7: Prevalencia de los trastornos depresivos por región .....	18
Figura 8: Prevalencia de trastorno depresivos por edad.....	18
Figura 9: Número de casos en trastornos de ansiedad .....	19
Figura 10: Prevalencia de los trastornos de ansiedad según la región y el sexo.....	20
Figura 11: Prevalencia de trastornos de ansiedad según la edad .....	20
Figura 12: Casos atendidos por salud mental en el Perú .....	23
Figura 13: <i>Principales enfermedades atendidas en consulta externa 2017 por grupo etario</i> .....	24
Figura 14: Principales enfermedades atendidas en hospitalización 2017 por grupo etario .....	25
Figura 15: Principales enfermedades atendidas en emergencia 2017 por grupo etario	25
Figura 16: Brecha de tratamiento por trastorno mental.....	26
Figura 17: Personas con discapacidad según índice de tratamiento .....	27
Figura 18: Plano de Hospital de Los Inocentes.....	28
Figura 19: Plano de Hospital de Los Inocentes.....	29
Figura 20: Pasadizos del Hospital de Los Inocentes.....	29
Figura 21: Plano del hospital los inocentes con zonificación .....	30
Figura 22: Cúpula del Hospital de Inocentes. Material de mármol.....	30
Figura 23: Hospital San Hipólito- México .....	31
Figura 24: Primera Planta del Hospital San Hipólito - México.....	31
Figura 25: Primera Planta del Hospital San Hipólito – México .....	32
Figura 26: Circulación del Hospital San Hipólito – México.....	32
Figura 27: Crujías del Hospital San Hipólito - México .....	33
Figura 28: Hospital Torre de Los Locos .....	34
Figura 29: Habitaciones una vista por el interior .....	34
Figura 30: Pasillos del Hospital Torre de Los Locos .....	35
Figura 31: Plano del Hospital Torre de Los Locos .....	35
Figura 32: Modelo de enfoque Panóptico .....	36
Figura 33: Hospital Virginia Occidental – Estados Unidos.....	36
Figura 34: Planta Principal del Hospital de Virginia Occidental – Estados Unidos .....	37
Figura 35: Pasadizo del Hospital de Virginia Occidental – Estados Unidos .....	38
Figura 36: Asilo de Magdalena- Hospital Larco Herrera .....	38
Figura 37: Tipología Pabellonal descubierta – Hospital Larco Herrera .....	39
Figura 38: Tipología Claustral – Hospital Larco Herrera .....	39
Figura 39: Patio Central – Hospital Larco Herrera .....	40
Figura 40: Tipología metastasis – Hospital Larco Herrera .....	40
Figura 41: Infraestructura deteriorada del Hospital Víctor Larco Herrera.....	43
Figura 42: Centro de Salud Mental Carabayllo .....	44
Figura 43: Dispositivo por cada categoría, por país.....	45
Figura 44: Establecimientos por región 2009.....	47
Figura 45: Ubicación de centros de salud mental en el Perú .....	48
Figura 46: Demanda de pacientes por lugar de procedencia en el Instituto Nacional de	

SaludMental.....	50
Figura 47: Demanda de pacientes según su lugar de procedencia del Hospital Hermilio Valdizan .....	51
Figura 48: Demanda de pacientes según su lugar de procedencia al Hospital Víctor Larco Herrera.....	52
Figura 49: Esquema de la evolución de Tipología Hospitalaria .....	57
Figura 50: Planta del Hospital Santiago de Compostela.....	58
Figura 51: Manicomio de los inocentes, Valencia .....	59
<i>Figura 52: Hospital Hotel Dieu .....</i>	<i>60</i>
Figura 53: Modelo de enfoque Panóptico .....	60
Figura 54: Hospital Lariboisiere de Paris – Planta.....	61
Figura 55: Casa de locos- Paris.....	62
<i>Figura 56: Planta de Hospital La Quinta avenida, Nueva York.....</i>	<i>63</i>
Figura 57: Centro Médico de Nueva York, 1932.....	63
Figura 58: Hospital Mac Master - Canadá .....	64
Figura 59: Esquema cronológico de la Tipología Hospitalaria .....	65
Figura 60: Extracción de la piedra de la locura.....	66
Figura 61: Convento de Monjes de Orden Estrellas de Belén .....	67
Figura 62: Figura 62: Manicomio de los inocentes, Valencia .....	68
Figura 63: Hospital san Hipólito de convalecientes y desamparados .....	68
Figura 64: Hospital Hotel Dieu .....	69
Figura 65: Casa de locos- Paris.....	70
Figura 66: Evolución de los servicios Especializados en la Salud Mental .....	71
Figura 67: Hospital San Andrés .....	72
Figura 68: Hospital San Andrés – Tipología claustral.....	72
Figura 69: Hospital Víctor Larco Herrera .....	73
Figura 70: Hospital Hermilio Valdizan .....	74
Figura 71: Planta del instituto Nacional de Salud Mental.....	75
Figura 72: Portada de artículo Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria.....	80
Figura 73: Portada de artículo “Tipología de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vaco de Quiroga en NuevaEspaña” .....	82
Figura 74: Portada del artículo “Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a una visión tipológica” .....	84
Figura 75: Portada de artículo “El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales” .....	86
Figura 76: Portada de artículo “Rehabilitación e Integración Social de las personas con trastorno mental grave” .....	88
Figura 77: Portada de artículo “Estructura social, apoyo social y salud mental” .....	90
Figura 78: Portada de artículo “El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales” .....	92
Figura 79: Simbología del diseño correlacional .....	100
Figura 80: Variable 1 Tipología Hospitalaria .....	117
Figura 81: Dimensión 1 Plurifuncionalidad.....	118
Figura 82: Dimensión 2 circulación .....	119
Figura 83: Dimensión 3 Accesibilidad .....	120
Figura 84: Variable 2 - Integración social.....	121
Figura 85: Dimensión 4 Socialización .....	122
Figura 86: Dimensión 5 Relación .....	123
Figura 87: Dimensión 6 Igualdad .....	124
Figura 88: Dispersión en puntos de las variables tipología hospitalaria e integración social.....	126



Figura 89: Dispersión en puntos de las dimensiones plurifuncionalidad y socialización .....	128
Figura 90: Dispersión en puntos de las dimensiones circulación y relación .....	130
Figura 91: Dispersión en puntos de las dimensiones accesibilidad e igualdad.....	132

## Índice de Tablas

Tabla 1: Servicios que contribuyen en la integración social durante el 2017 – 2018. ....8	8
Tabla 2: Brecha de habitante por personal medico.....13	13
Tabla 3: Trastornos mentales más frecuentes .....16	16
Tabla 4: Trastornos mentales en América Latina.....21	21
Tabla 5: Países de América con mayor prevalencia en depresión .....21	21
Tabla 6: Países de América con mayor índice de Ansiedad.....22	22
Tabla 7: Principales trastornos mentales en el Perú.....22	22
Tabla 8: Trastornos mentales en Lima metropolitana y el callao, en adultos.....23	23
Tabla 9: Comparación de Establecimiento por habitante.....45	45
Tabla 10: Presupuesto asignado para la salud mental .....46	46
Tabla 11: Planes y normas establecidos en salud mental .....49	49
Tabla 12: Tipología de Hospitales Psiquiátricos en el Perú .....76	76
Tabla 13: Ficha técnica del artículo “Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria” .....80	80
Tabla 14: Ficha técnica Del artículo “Tipología de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vaco de Quiroga en Nueva España” .....82	82
Tabla 15: Ficha técnica Del artículo “Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a unavisión tipológica” .....84	84
Tabla 16: Ficha técnica Del artículo “El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de uncentro comunitario y su trabajo sobre los vínculos” .....86	86
Tabla 17: Ficha tecnica Del artículo “Rehabilitación e Integración Social de las personas con trastorno mental grave .....88	88
Tabla 18: Ficha tecnica Del artículo “Estructura social, apoyo social y salud mental ....90	90
Tabla 19: Ficha tecnica Del artículo “El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales” .....92	92
Tabla 20: Operacionalización de Variable 1: Tipología hospitalaria.....102	102
Tabla 21: Operacionalizacion de Variable 2: Integración Social .....103	103
Tabla 22: Demanda existente .....104	104
Tabla 23: Población de Establecimientos - Demanda.....104	104
Tabla 24: Formato empleado para el cuestionario de la variable: Tipología Hospitalaria .....107	107
Tabla 25: Baremación de la variable: Tipología Hospitalaria .....108	108
Tabla 26: Análisis de confiabilidad de Crobach de la variable Tipología Hospitalaria..108	108
Tabla 27: Baremación de la variable: Tipología Hospitalaria .....109	109
Tabla 28: Baremación de la variable: Integración Social. ....110	110
Tabla 29: Análisis de confiabilidad de Crobach de la variable Integración social .....110	110
Tabla 30: Validación de expertos.....111	111
Tabla 31: Alfa de Cronbach .....111	111
Tabla 32: Bienes utilizados para desarrollar la Tesis.....113	113
Tabla 33: Servicios utilizados para emplear la Tesis .....113	113
Tabla 34: Otros aspectos empleados en la ejecución de la Tesis. ....114	114
Tabla 35: Gastos Administrativos .....114	114
Tabla 36: Cronograma de Actividades de la primera jornada de investigación.....115	115
Tabla 37: Descripción de la frecuencia de la variable 1: Tipología hospitalaria.....117	117
Tabla 38: Descripción de la frecuencia de la dimensión 1 .....118	118
Tabla 39: Descripción de la frecuencia de la dimensión 2 .....119	119
Tabla 40: Dimensión 3 Accesibilidad .....120	120
Tabla 41: Descripción de la Variable 2: Integración Social .....121	121
Tabla 42: Dimensión 4 socialización.....122	122
Tabla 43: Dimensión 5 Relación .....123	123

Tabla 44: Dimensión 6 Igualdad .....	124
Tabla 45: Análisis de Rho de Spearman entre las variables: Tipología hospitalaria e integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019. ....	125
Tabla 46: Análisis del coeficiente de relación de Rho de Spearman entre las dimensiones La plurinacionalidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la Socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.....	127
Tabla 47: Análisis del coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre las dimensiones La circulación de la tipología hospitalaria, se relaciona con la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.....	129
Tabla 48: Análisis del coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre las dimensiones accesibilidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019. ....	131

## Resumen

La presente investigación titulada Tipología hospitalaria e integración social en personas con discapacidad mental, Lima 2019. Caso Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera, presenta un enfoque cuantitativo.

La hipótesis a analizar si La Tipología hospitalaria se relaciona con la Integración Social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

El tipo de investigación correlacional, con un diseño no experimental de carácter transversal. El método fue hipotético deductivo por que se detectó el problema, luego las hipótesis seguían de la muestra poblacional de 96 297 habitantes, aplicando la formula se redujo una muestra de 382 personas.

Para la realización de la investigación se tomó en cuenta, la obtención de datos que se plantearon en la encuesta, luego se tuvieron que vaciar en el programa de Excel.

Para finalizar se realizó una prueba a 382 usuarios para obtener el nivel de correlación que existe entre las dos variables, como resultado obtuvimos ,658 de correlación positiva media.

Palabras Clave: Tipología hospitalaria, integración social, evolución hospitalaria.

## **Abstract**

This research, entitled Hospital typology and social integration in people with mental disabilities, Lima 2019. Case of and the Victor Larco Herrera Psychiatric Hospital, presents a quantitative approach.

The hypothesis to analyze if the hospital typology is related to the social integration of people with mental disability, Lima 2019.

The type of correlational research, with a non-experimental design of transversal character. The method was hypothetical deductive so that the problem was detected, then the hypothesis of the population sample of 96 297 inhabitants, applying the formula reduced to 382 people.

To carry out the research, the data obtained in the surveys were taken into account and then they had to be emptied into the Excel program.

To obtain a result to obtain the level of correlation that exists between the two variables, as a result we obtained .658 of very high positive correlation.

Keywords: Hospital typology, social integration, hospital evolution.

## I. Introducción

La presente investigación se enfoca en el tema de Tipología Hospitalaria que se define como el estudio de tipos o modelos con el fin de clasificar o comparar. Estamos hablando pues, de estudiar comparativamente los diversos modelos de hospitales, de igual manera se aborda el tema de integración social su principal objetivo es incluir a toda persona con habilidades diferentes a la sociedad, vale decir sea aceptada por todos; donde supone que una persona a la cual se la haya identificado con alguna diferencia respecto a un grupo mayoritario, ya sea una discapacidad, pueda ser en algún aspecto miembro activo de un conjunto social, aunque las estructuras de interacción entre los participantes se mantengan sin grandes modificaciones. En sentido estricto, la integración propone la apertura de espacios de socialización a los “diferentes”, en los que todas las personas son una parte definitoria para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades de los miembros de la sociedad.

La principal característica de ambos temas es que están relacionados directamente en la inclusión de las personas con discapacidad, tanto en una tipología adecuada como generador de inclusión y creador de aceptación como la integración social para dar lugar al desarrollo de la socialización, relación e igualdad de las personas con discapacidad.

Para analizar esta problemática es necesario conocer sus causas en sus distintos contextos. En el contexto social encontramos el acceso a los servicios de salud, es uno de los problemas principales; donde encontramos la falta de personal calificado y establecimientos especializados, estos limitan en el acceso a la atención y más aún tratamiento que los ayude en su desarrollo, el gran estigma social no pasa por desapercibido, ya que es el principal adversario en los problemas de salud mental, donde el INSM Honorio Delgado — Noguchi afirma que, el estigma sigue siendo un prejuicio que manifiesta rechazo y poca aceptación, es por ello que cada persona que padece de esta enfermedad, prefiere callar, impidiendo el acceso a los servicios de salud.

Por consiguiente, los altos índices de trastornos mentales es otro de los problemas que se encuentran, ya que las principales enfermedades que se hayan son la depresión, ansiedad, esquizofrenia, etcétera; si bien hoy en día hay preocupación por poder tratar esas enfermedades, no encontramos servicios de salud especializados en trastornos mentales.

En el contexto arquitectónico, la tipología típica en establecimientos de salud mental, siendo la tipología pabellonal la única existente donde mantiene características físicas de desintegración en cuanto a sus ambientes y el recorrido que necesitan para trasladarse de un lugar a otro, no logrando con facilidad integrar al paciente en su configuración espacial.

Por otro lado la infraestructura inadecuada, se ve reflejada en la calidad espacial que se le brinda al usuario, donde se evidencia claramente la falta de

infraestructura, debido a la falta de presupuesto que se le da a los servicios para la salud mental.

En cuanto al contexto urbano, el déficit de equipamiento de salud mental, ya que solo existen tres centros especializados en la salud mental en Lima, si bien se están implementando servicios a la salud mental en centros generales, sigue habiendo una falta de equipamiento, siendo los índices de problemas mentales las enfermedades más relevantes. Por otro lado, los establecimientos centralizados, si bien existen barreras en la planificación de servicios destinados a la salud, hay iniciativas de generar más establecimientos destinados a la salud mental, pero estos de igual forma no son lugares planificados, puesto que muchos de ellos, eran viviendas ahora son centros de salud.

Por último y no menos importante, el desplazamiento a los establecimientos de salud mental, en donde se establece para mejorar necesidades que no son cubiertas totalmente, es por ello que mucho de las personas se movilizan para ser atendidos, esto conlleva a la desintegración que existe en cuanto a las instituciones de salud mental, ya que no cuentan con un plan que establece su conexión entre los servicios.

En conclusión, en los problemas sociales, se refleja las actitudes frente a personas con problemas mentales, así mismo a la falta de integración en ámbito educativo, laboral y social; que mediante las barreras sociales son discriminados, excluidos, apartados y aislados.

En cuanto a los problemas arquitectónicos, se evidencia que los principales establecimientos en la salud mental presentan una estructura pabellonal, que está conformada por elementos desintegrado que para pasar de un pabellón al otro se recorren largos tramos. Y si a ello se le agrega que la calidad espacial se encuentra deteriorada, y en algunos casos mantienen materiales de quinchá; inestables ante cualquier riesgo; esto debido a que tienen más de 50 años de funcionamiento. Es por ello que nuestra investigación está ligada conocer las características estructurales y funcionales que contribuyan en la integración social.

En los problemas urbanos, se centran en la falta de inversión en salud mental ya que el modelo de atención en el país está basado en hospitales psiquiátricos, si bien se ha implementado un nuevo modelo de atención a nivel distrital; es necesario contar con 300 unidades como mínimo en todo el país para abastecer a la población necesitada. Puesto que las personas se desplazan para cubrir sus necesidades hacia los tres y únicos servicios hospitalarios especializados en psiquiatría.

Las investigaciones de las tesis elegidas como referencia en la investigación, han sido tomadas debido a la relación con la problemática, donde buscan desarrollar la evolución de espacios para generar la integración social de personas con discapacidad mental, donde plantean las características de los



espacios para generar socialización, relación e igualdad a través de espacios plurifuncionales, con mejor circulación y accesibilidad.

La investigación está compuesta por 8 capítulos. El primer capítulo está conformado por la introducción donde se desarrolla la realidad problemática, los antecedentes, el marco referencial; así como también el planteamiento del problema, la justificación, las hipótesis y por último los objetivos.

El segundo capítulo está conformado por la población y el diseño de la investigación, por el método donde se cumplir con los requisitos de aprobación.

El tercer capítulo está conformado por aspectos administrativos en el que se establecen los recursos y presupuesto, financiamiento y el cronograma de ejecución.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados, describiendo las estadísticas descriptivas e inferenciales que definen el nivel de correlación de las variables.

En el quinto capítulo se expone la discusión de los resultados. En el sexto capítulo se describe las conclusiones de la investigación.

En el séptimo capítulo se expone las recomendaciones y por último en el octavo capítulo las referencias bibliográficas que hemos utilizado para la investigación; al finalizar se incluye los apéndices.

La investigación de esta problemática se dio por el interés de mejorar la infraestructura y determinar una mejor tipología frente a las enfermedades mentales para asegurar la socialización, relación e igualdad de personas con discapacidad mental, a través de espacios plurifuncionales, con una buena circulación y una mejor accesibilidad, vale decir para que estas personas puedan ser aceptadas e incluidas sin ningún estigma a la sociedad.

## **1.1. Realidad problemática**

La presente investigación se basa en conocer las diferentes tipologías hospitalarias que han ido evolucionando en el tiempo, dándonos una visión de sus características estructurales y funcionales. Vale decir que las tipologías estudiadas son de establecimientos hospitalarios dirigidos a la salud mental, establecimientos que fueron cambiando durante muchas épocas.

Una manera muy clarificadora de estudiar la estructura de los hospitales es mediante la aplicación del concepto de tipología. Se entiende por tipología el estudio de tipos o modelos, con el fin de clasificar o comparar. Estamos hablando, pues, de estudiar comparativamente los diversos modelos de hospitales. Además, indica que existen parámetros en la configuración de un tipo de Hospital que podrían ser: Áreas, la posición relativa de grandes zonas, circulación, organización espacial y la accesibilidad (A. Casares, 2012, pág. 24).

Parte del desarrollo se ve reflejado en el servicio de salud que se ofrece a las personas con discapacidad mental, para generar su integración a la sociedad.

Por consiguiente, el papel que ejerce la salud mental en el ser humano es determinante para desarrollarse y formar parte de la sociedad en cualquier ámbito, ya sea a nivel educativo, laboral o social.

Según el informe llevado a cabo por la (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 14) señala que la salud mental, es parte integral en la salud; así mismo está relacionada con la salud física y la conducta; ya que se basa en el bienestar individual y social.

Es así como el bienestar social, físico y mental forman un conjunto de plenitud en la salud, si uno de ellos se ve alterado pues limita en el proceso de demostrar sus virtudes y capacidades ante la social. Llegando incluso a correr el riesgo de ser ignorados, aislados y desempleados, factores que se incrementan por no recibir un tratamiento adecuado; lo cual generan que dichas personas no sean tomadas en cuenta.

Es por ello, que para analizar las variables se toma como caso de estudio al Hospital Víctor Larco Herrera por mantener en su cartera de servicios la atención y unidades establecidas para el desarrollo del paciente, contribuyendo en el desarrollo de sus capacidades físicas, mentales y sociales. Excluyendo al Hospital Hermilio Valdizan que presenta deficiencia en cuanto a la rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales.

Por último, el objetivo principal que tiene dicha investigación es determinar la relación que existe entre las características arquitectónicas de la tipología hospitalaria y la integración social de personas con discapacidad mental; desarrollados en el contexto social, arquitectónico y urbano; tomando como caso de estudio al primer hospital psiquiátrico Víctor Larco Herrera de nuestra ciudad.

## **1.1.1. Contexto Social**

### **1.1.1.1. Integración Social**

A nivel mundial existe una cultura diferente sobre la actitud frente a personas con trastornos mentales, tal es así que en los países de ingresos bajos y medios (nivel de inversión en salud mental) las personas con alteraciones mentales son internadas en establecimientos o servicios de salud mental donde no se les ofrece oportunidades educativas (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 20). Siendo vulnerados sus derechos como el acceso a la educación, conduciendo a índices de deserción, humillación, discriminación y rechazo por sus condiciones mentales. Causando bajo rendimiento educativos en niños y adolescentes haciendo que pierdan el año escolar.

Considerando además que, en el mundo de cada cinco niños, uno de ellos padece de trastorno mental. Siendo el 20 % de los habitantes adultos en amenaza poniendo en peligro su futuro (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 21). Estos índices se ven reflejados en las oportunidades de ámbito educativo y laboral.

Tal es así que, en el continente asiático, China manifiesta que las personas con discapacidad mental acceden, solo al 0.4% del presupuesto educativo en el año 2000. Las personas entonces no son integradas, puesto que las barreras de accesibilidad en ámbitos sociales se ven reflejadas en la falta de presupuesto. Otro ejemplo se situó en el continente africano, Burundi es un país con índices de pobreza y falta de recursos financieros; es así como estos aspectos se reflejan en los niños con trastornos mentales de los cuales en dicho país es normal que esta población sea privada de la educación ya que consideran no merecen el aporte financiero (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 21).

Las repercusiones se ven expuestas en el ámbito social y económico de las personas que padecen de trastornos mentales, ya que si no estudian ni tratan como generan su ingreso; lo que limita ser parte de la sociedad por ende su desarrollo.

Por ejemplo, según el informe OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 2) los trastornos mentales graves estas asociados a los índices más altos de desempleo llegando a un 90%.

Las enfermedades mentales forman parte del impedimento a los servicios de empleo y ello se le suma el estigma social, la discriminación y la falta de experiencia laboral son algunos aspectos que impiden acceder a un trabajo.

Según (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 22), indica que uno de los problemas mentales es la esquizofrenia que presenta altos índices de discriminación sin importar su nivel de ingreso económico. Por ejemplo, durante una encuesta a 732 personas en el diagnóstico de esquizofrenia de 27 países

los índices de desempleo eran de 70% y en la mayoría de usuarios habían sido discriminados al buscar trabajo o conservarlo.

Tras los bajos recursos que presentan las personas con problemas mentales muchos de ellos caen en la pobreza, países como Brasil, Chile, India y Zimbabue explican que las enfermedades mentales en personas de ingresos bajos representan 2 veces más frecuentes este problema que en otro nivel económico.

En el continente europeo se registra que, el 95 % de empleadores polacos no querían emplear a una persona con esquizofrenia, otra de la cifra alarmante en este país es que el 10% de las personas con problemas mentales se encontraba empleada; mientras que las personas con ningún tipo de problema mental registraban el 48% de empleados (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 23).

Estas cifras reflejan que los problemas sociales intervienen en la integración de estas personas en la sociedad.

Así mismo en España de cada 10 personas con problemas mentales 8 de ellas no accede a ningún puesto de empleo. A esto se le suma las diferencias en pagos por ejemplo a las personas con problemas mentales se les asigna entre el 15 y 20 % menos que una persona sin ninguna discapacidad. Sin embargo, la cifra más alarmante es que el 84% de las personas con problemas mentales no acceden a tener ningún empleo (Confederación Salud Mental España, 2017).

En cuanto al continente americano, Estados Unidos es uno de los países que mantiene los índices de desempleo de 70% en personas con trastorno mental. Las barreras sociales están implicadas en las oportunidades laborales, ya que alegan que las personas con discapacidad mental son incapaces.

En el Perú según el psiquiatra Aitor Castillo catedrático de la Universidad Nacional Mayor San Marcos (2015) señala que hay poca oportunidad laboral para las personas con trastorno mental, por lo tanto, se les niega el proceso de un tratamiento que podría ayudarlos a seguir una vida normal. Esto se debe a los prejuicios sociales y la falta de conocimiento e información sobre los trastornos mentales que generan en la sociedad el llamado estigma.

Desde otro punto de vista el Dr. Humberto Castillo Martell del Instituto Nacional de Salud Mental durante el informe por (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2014), alega que la sociedad cree que las personas con enfermedades mentales son débiles e incapaces. Es por ello que se genera discriminación, marginación, mediante el aislamiento y el maltrato; afectado a las personas en su desarrollo social y de recuperación puesto que, la discapacidad mental se sitúa entre el 70% y 90% de desempleo.

Según (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2008) en el artículo de investigación, señala que las personas con trastornos mentales graves representan el 0.5% a nivel nacional y forman parte de

la brecha de inclusión, acceso y reinserción social laboral. A pesar que los principales establecimientos el país cuenta con la unidad de rehabilitación, estos servicios no son eficientes para lograr integrar a la sociedad a las personas con problemas mentales. Según Lamarca (2009) indica que las personas con problemas mentales, forman parte de la población más vulnerada y para lograr su integración social los establecimientos hospitalarios, deben estar orientados a la rehabilitación, reinserción social y por último la integración laboral (pág. 34).

En la actualidad existen muchos establecimientos en nuestro país que no cuenta con servicios especializados en el proceso de integración social; estos servicios solo se desarrollan en los principales hospitales de la ciudad. Como el hospital Víctor Larco Herrera que cuenta con servicios orientados a la recuperación de personas con enfermedades mentales, establecidas por la unidad de hospitalización y la unidad especializada de medicina física y rehabilitación entre los que se destacan servicios de terapia de lenguaje, pedagógica, física, ocupacional, rehabilitación psicosocial, psicológica (individual, grupal, familiar y pareja).

Tabla 1: Servicios que contribuyen en la integración social durante el 2017 – 2018.

<b>Servicios</b>		<b>2017</b>	<b>2018</b>
Rehabilitación		11 521	12 757
Reinserción Social		107 620	104 783
Terapia ocupacional	Niños y Adolescentes	4 077	3 057
	Rehabilitación	855	18 499

Fuente: Meta física 2017 – 2018 Hospital Víctor Larco Herrera.

Entre los principales servicios que se han incrementado durante el año 2018, son rehabilitación aumentando en un 5% mientras que los servicios de terapia ocupacional en rehabilitación con un 48%. Sin embargo, también existen tratamientos que han disminuido como la reinserción social reduciendo 1% durante el año 2018, así como la terapia ocupacional en niños y adolescentes en un 13% a diferencia del año 2017. Los datos nos muestran que el servicio que ha incrementado considerablemente durante el 2018, es terapia ocupacional con un 48% y a la vez ha disminuido en el tratamiento para niños y adolescentes con un 13%. Este servicio ayuda a la autonomía del paciente a nivel mental, físico y social. (Instituto de Gestión de Servicios de Salud, 2017- 2018).

Vale decir que es importante establecer servicios eficientes, que logren mejorar en el proceso de integración social de las personas con problemas mentales con el fin de ser tomados en cuenta por la sociedad. Por ello es importante conocer la causa que afecta este fin.

Según el informe de OMS (Organización Mundial de la Salud, 2010), indica que las personas con enfermedades mentales están entre los más excluidos en países en desarrollo. No solo se encuentran apartados, sino que también no son incluidos en sus políticas de desarrollo.

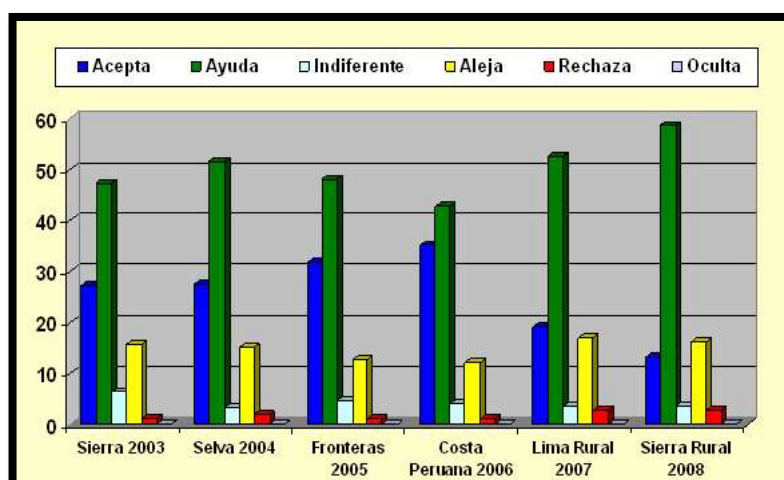
Para Zukarg S. en el informe (Organización Mundial de la Salud, 2010) afirma que: los prejuicios son el principal obstáculo que se tiene que eliminar, ya que se siguen excluyendo a las personas con enfermedades mentales en el mundo.

Cabe resaltar que también son excluidos en las oportunidades educativas, laborales y el acceso a servicios de atención especializada, así como de un tratamiento adecuado. Según el informe menciona que entre el 75% y 85% de las personas con enfermedades mentales no tiene opción a desarrollarse como seres humanos en ningún ámbito. Por ejemplo, en un informe presentado en América Latina por la (Universidad Valparaíso de Chile, 2015), agrega que el 60% de las personas que sufren de esquizofrenia pueden trabajar, sin embargo, debido a la exclusión social y discriminación solo el 28% de empleadores decide contratarlos.

Esto se refleja en miles de casos, en personas con enfermedades mentales que son apartadas de la sociedad en su intento de búsqueda u oportunidad; para ser integrados en un círculo que los hace accesible a cualquier ámbito. Para Dr. Alwan A. y Zukang S. en el informe llevado a cabo por la (Organización Mundial de la Salud, 2010), El cambio está en que los organismos encargados presten la debida atención, así como también darles notoriedad y que sean partícipes de programas de desarrollo para que puedan beneficiarse mediante oportunidades ya sea a nivel educativo, social o laboral.

Mediante el informe presentado por el, expresa las actitudes de los peruanos en cuanto a la aceptación de una persona con problemas mentales.

**Figura 1:** Nivel de aceptación en personas con problemas mentales

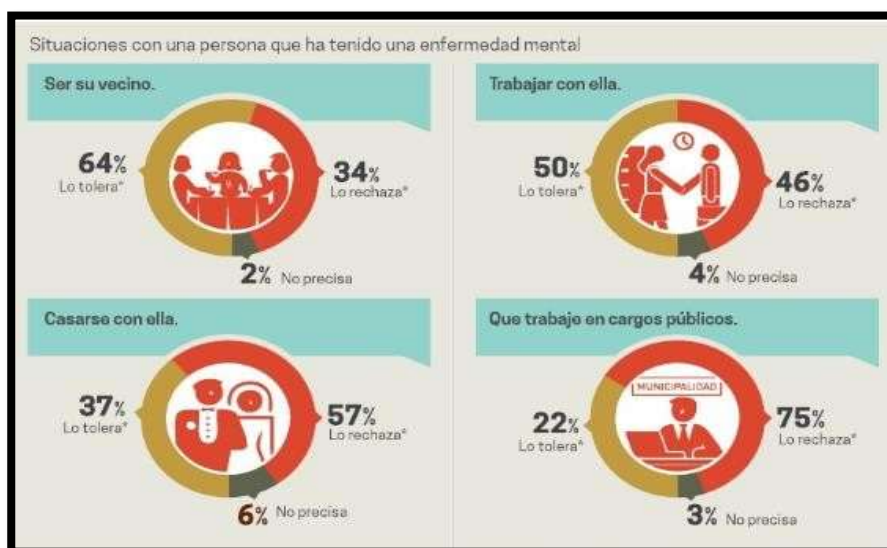


Fuente: INSM HD - HN

Las personas que mostraron su aceptación fue la costa del país con más del 30%, mientras las personas que se acercaban a brindarles su ayuda fue la sierra rural con el 58.7%; en cuanto a la indiferencia se registró el 4.3% una cifra alta en la sierra; considerando además que el 14.8% de Lima rural se aleja cuando ve a una persona con trastorno mental y el 1.8% manifiesta rechazo ante ellos. Las actitudes se ven reflejadas en la cultura como sociedad, según la encuesta realizada por (Integración, Instituto de Análisis y Comunicación, 2016), emite que el estigma en la sociedad se ve reflejado en el comportamiento del ciudadano frente a una persona con trastorno mental, solo disminuye en el caso que conozca de un familiar o amigo cercano.

Según Hugo Lozada jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas añade en el informe (integración, Instituto de análisis y comunicación, 2016, pág. 4) que la mayoría de la sociedad desconoce solo el termino de salud mental, y terminan por asociarla a locura.

Figura 2 ¿El peruano tolera o rechaza a personas que han tenido una enfermedad mental?



Fuente: Integración, Instituto de Análisis y Comunicación.

Según la encuesta realizada por el instituto de análisis y comunicación indica que, si la persona con trastorno mental es su vecino lo tolera un 64%, si trabaja con ella el 50% lo tolera frente al 46% que rechaza. En cuanto si podría casarse con ella el 57% rechaza esta opción y finalmente si trabaja con ella en lugares públicos 75% rechaza esta idea.

Cabe señalar que aún existen prejuicios y discriminación en el ámbito de la salud mental por parte de la sociedad, es por ello que el estigma social forma parte del trato desigual en las personas que padecen de discapacidad mental, por ende, es la barrera principal de la integración; la cual impide al usuario desarrollar sus capacidades con plenitud.

### **1.1.1.2. Acceso a los servicios de salud**

En el mundo, el ámbito de la salud mental se subdivide según su inversión en dos submundos: los países de ingresos bajos y medios, frente a países de ingresos altos; a la vez los une los índices de enfermedades mentales.

Según la OMS alega que existe una gran brecha de tratamiento en enfermedades mentales y su asistencia. En los países de ingresos bajos y medios (nivel de inversión) se registra que entre el 76% y el 85% de habitantes con afectación mental no son tratados. Sin embargo, en los países de ingresos altos (nivel de inversión) de igual modo existe esta brecha inferior entre el 35% y el 50% de personas no atendidas (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Un claro ejemplo a ello es la depresión que se manifiesta en 300 millones de personas a nivel mundial, sabiendo que hoy en día existen muchos tratamientos para combatir dicho trastorno no se ve reflejado; ya que el 50% de personas que lo padece.

Cabe señalar que manifiestan no ser atendidos por la falta de recursos económicos, falta de personal calificado y por último y no menos importante el estigma que existe sobre los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2018).

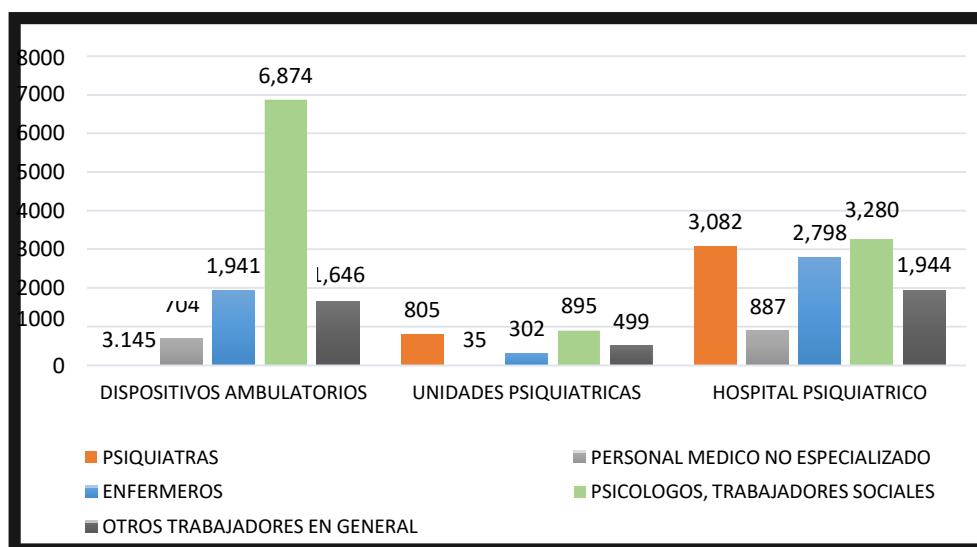
La asistencia médica también llega a ser un gran problema frente a las enfermedades mentales y por ende en el acceso a la salud. El informe llevado a cabo por OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 3), afirma que en países de ingresos bajos y medios existe un profesional médico por cada 100.000 habitantes; comparado también con los países de ingresos altos que por cada profesional abarca 2.000 habitantes. Vale decir que el personal calificado cumple un papel fundamental en el acceso a la atención en salud mental, ya que es aspecto principal por el cual las personas con enfermedades mentales deciden asistir a atenderse.

En América Latina existe también un déficit en cuanto al personal calificado en los servicios de salud mental, que limita el acceso a las personas con trastornos mentales.

Según el informe (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 54), indica que a nivel de América del sur la distribución de los profesionales está dividida en tres tipos de establecimiento: los centros ambulatorios (levan hacer los centros de primer nivel de atención), las unidades psiquiátricas (servicios que se establecen en hospitales generales) y por último los hospitales psiquiátricos (establecimientos especializados en la salud mental). Vale decir que los 3 servicios antes mencionados son los principales establecimientos que tratan enfermedades mentales. Por ello conoceremos en cuál de estos servicios se encuentra el mayor número de personas calificado.



Figura 3: Distribución de personal capacitado en salud mental por servicio médico en América del sur



Fuente: WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América latina y el Caribe 2013 / Elaboración propia

La distribución del personal calificado como psiquiatras y psicólogos se encuentra en los hospitales especializados, seguido de los dispositivos ambulatorios como (postas, centro de salud, etcétera) que está basado en profesionales psicólogos y trabajadores sociales, finalmente están los servicios de unidades psiquiátricas de salud mental; basada en la atención de psicólogos y psiquiátricos

En el Perú un factor importante es la distribución del personal calificado ya que limita en el acceso a la sociedad; según el informe de la OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 47), indica que en la mayoría de países los psiquiatras están concentrados en la capital, zonas urbanas o ciudades con mayor concentración poblacional.

Tal es así que, a nivel territorial según el Dr. Castillo del instituto nacional de salud mental alego que es imposible cubrir las necesidades con los más de 7 mil establecimientos de salud con la cantidad de 700 psiquiatras y 1500 psicólogos. A ello se le agrega que según el (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2014) alega que la mayor parte de psiquiatras se encuentra en Lima y Callao con el 81%; en cuanto a los psiquiatras de 1500 el 34% se encuentra en Lima sin alrededor de 513 profesionales.

Con estos índices se confirma que existe mayor concentración de los profesionales especializados en salud mental en la capital, lo que demuestra una barrera más en cuanto al acceso a la salud, ya que impide cubrir dicha necesidad por parte del usuario.

Tabla 2: Brecha de habitante por personal medico

<b>Población Afectada</b>	<b>Personal Medico</b>	<b>Hab./Personal medico</b>
4,000.000	700 psiquiatras	5,714
	1500 psicólogos	2,667

Fuente: Elaboración Propia

En el informe presentado por el Instituto de Análisis y Comunicación se estima que cerca de 4 mil personas sufren de algún problema mental teniendo en cuenta que solo existen 700 psiquiatras, estaríamos hablando de 5 mil 714 habitantes por cada personal médico; si evaluamos con el personal de psicólogos seria de 2 mil 667 habitantes por profesional médico.

Es así como se hace evidente la falta de personal médico en el país, otro factor que impide el acceso a las personas; tal como lo afirma el documento llevado a cabo por él (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2015), el cual indica que la selva peruana es la región más afectada en cuanto atención de salud mental, siendo el departamento de Puerto Maldonado uno de los más perjudicados, ya que el índice de pobreza es muy elevado.

De cada 10 personas con problemas mentales, 9 de ellas no es atendida ni mucho menos recibe tratamiento. Entre los argumentos que manifiestan porque no acceden a los servicios, es debido a la falta de centros especializados y la inexistencia de personal médico en su localidad.

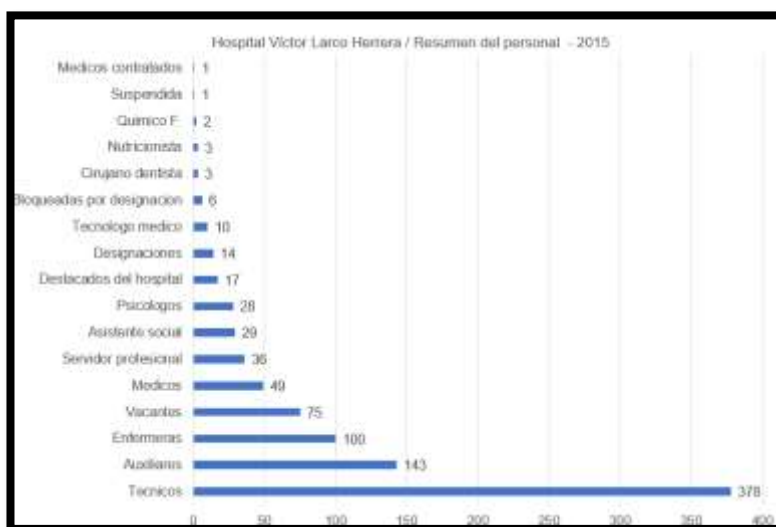
Si analizamos el caso de estudio, el hospital Víctor Larco Herrera actualmente es uno de los principales servicios en salud mental en nuestra localidad, sin embargo, existe iniciativa por parte del Ministerio de Salud por implementar servicios asistenciales especializados en la salud mental e incluso fortalecieron la ley que reconoce y respalda al paciente con enfermedades mentales.

Según la directora psiquiátrica Rivera E. (2019) indica que la creación de los Centros de Salud Mental Comunitario busca descentralizar la atención en beneficio de los pacientes y garantizar el acceso, sin ningún tipo de restricción ni discriminación. Además, agrego que el compromiso del ministerio de salud mental es abarcar la atención, prevención, rehabilitación y reinserción social de toda persona con problemas mentales (párr. 3 — 4).

Vale decir que los nuevos servicios implementados por el ministerio de salud buscan desarrollar y garantizar todo proceso que contribuya en la rehabilitación dela persona afectada.

En cuanto al personal calificado para la atención médica, el hospital Víctor Larco Herrera está constituido por:

Figura 4: Personal contratado del hospital Víctor Larco Herrera 2015

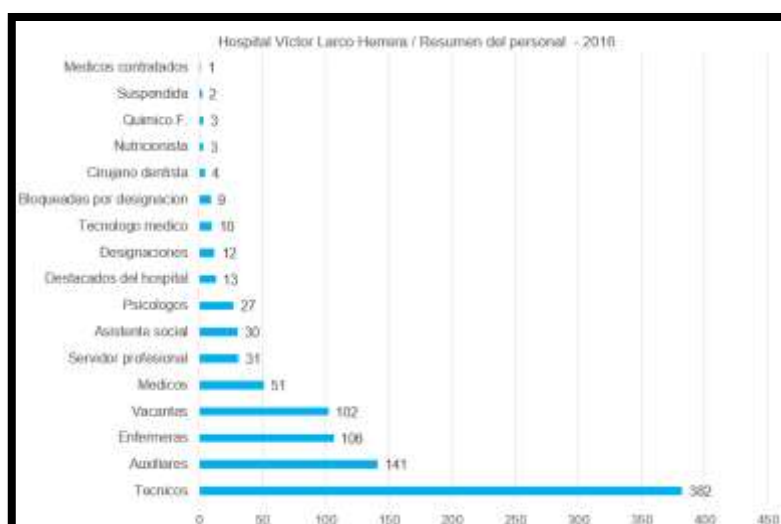


Fuente: Análisis de situación de establecimientos hospitalarios.

En el 2015, el hospital contaba con una dotación de 895 personas al servicio del paciente, siendo el personal técnico quienes predominan en la atención con 378 especialistas, seguido de 143 auxiliares.

En cuanto al personal calificado para la atención médica, el hospital Víctor Larco Herrera durante del 2016, está constituido por:

Figura 5: Personal contratado del hospital Víctor Larco Herrera 2016



Fuente: Análisis de situación de establecimientos hospitalarios.

En el 2016, se incrementa el personal médico con un total de 927 personas, siendo personal técnico el más destacado en la atención de pacientes con un total de 382 personas, es decir el hospital está constituido por técnicos.

En conclusión, las barreras como la falta de personal calificado y establecimientos especializados, limitan en el acceso a la atención, y más a un tratamiento que los ayude en su desarrollo.

Por ello analizaremos la causa que impide que las personas no accedan a los servicios de salud.

A nivel mundial el estigma cobra vida ante hechos que generan vergüenza y antipatía, es así como se evidencia en la salud mental. Según el informe de la (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 8), los habitantes con enfermedades mentales son objeto de discriminación vistos además como personas agresivas y poco capaces.

En el continente asiático los problemas mentales son poco relevantes, por ejemplo: Afganistán manifiesta que la salud mental se debe a la brujería. En cuanto a Omán cree que las personas aparentan o son estereotipos causados por ellos mismo; por último, en Turquía mediante una encuesta se dio a conocer que las personas con depresión deberían estar encerradas.

Estos acontecimientos son parte de la falta de sensibilización que se da a nivel social y por parte del personal médico, tal como se afirma en los estudios realizados por Oceanía, Europa y América en el cual indican prejuicios por parte del personal médico.

En América Latina mediante un estudio sobre (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2014, pág. 54), alega que el 40% de las personas con problemas mentales graves sufren de altos índices de auto estigma; debido a ello las personas no pueden acceder tener educación, empleo ni integrar en la sociedad.

Por otra parte, estudios realizados en México, Brasil, Chile y Argentina afirman que las percepciones que tienen los ciudadanos hacia las personas con discapacidad mental son de temor, miedo, etcétera.

En el Perú el estigma social no pasa desapercibido, puesto que es el principal adversario en los problemas mentales. El documento emitido por el INSM Honorio Delgado — Hideyo Noguchi afirma que, el estigma sigue siendo un prejuicio que manifiesta rechazo y poca aceptación; por ello el 84% de personas que padece de este mal no lo acepta, ni reconoce y prefiere callar; impidiendo el acceso a los servicios de salud.

En conclusión, el estigma social, forma parte de la causa principal en el acceso a los servicios de salud mental, ya que los prejuicios de la sociedad limitan a que las personas a que se desarrollen.

### 1.1.1.3. Altos índices de trastorno mental

Los problemas mentales representan el 13% de la carga mundial en años de vida por la discapacidad, en comparación con otras dolencias como las heridas o el sida (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 8), indica que los años se ven afectados por el aumento de envejecimientos, su misma discapacidad, pobreza y los conflictos sociales.

Así mismo en un estudio realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017), alega que los problemas mentales se caracterizan por la combinación y alteración en el pensamiento, conducta y emociones; y estas siguen aumentando si frecuencia.

A pesar de contar con tratamientos efectivos en las enfermedades mentales, existe aún una brecha considerable de trastornos mentales en personas con altos índices de vulnerabilidad. Entre los principales trastornos a nivel mundial se destacan la depresión, ansiedad, trastornos afectivos, demanda y esquizofrenia.

Tabla 3: Trastornos mentales más frecuentes

<b>Trastornos mentales</b>	<b>Personas afectadas a nivel mundial</b>
Depresión	300 Millones
Ansiedad	264 Millones
Trastorno afectivo bipolar	60 Millones
Demencia	47.5 Millones
Esquizofrenia	21 Millones

Fuente: OMS Organización Mundial de la Salud (Trastornos mentales, 2017) / Elaboración propia

El principal trastorno mental presentado en el mundo es la depresión que se calcula afecta a 300 millones de personas; entre los síntomas se considera la tristeza, baja autoestima, cansancio y la falta de concentración.

Considerando además que la ansiedad es otro trastorno que afecta a 264 millones de personas desde el 2005 ha aumentado en un 14.5% según el informe realizado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 10).

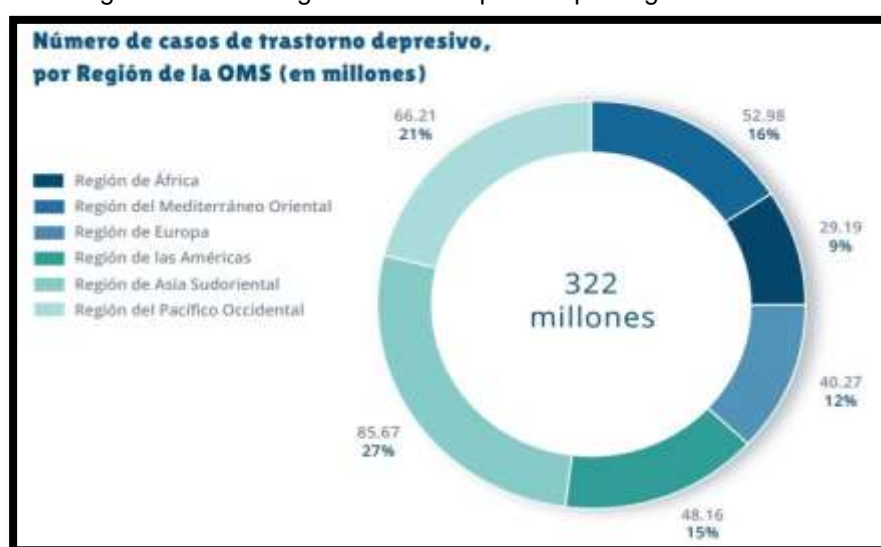
En el tercer lugar se encuentra los trastornos afectivos bipolares que afecta a aproximadamente 60 millones de personas que se caracterizan por desarrollar conductas de episodios de paranoia, nerviosismo y la disminución de sueño. No obstante la demencia ocupa el cuarto lugar de las principales enfermedades que dañan la salud, afectando a 47.5 millones de personas caracterizada por destrucción del control emocional, social y emotivo.

Finalmente, la esquizofrenia es un trastorno que altera los sentidos, hoy en día afecta a 21 millones de personas en el mundo.

Cabe resaltar que los adultos mayores son la población más vulnerable en los problemas mentales según la OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2017), alega que el 15% sufren algún problema de trastorno mental, dado que el 6,6% representa la carga en este grupo de edad, así como también de presentar otras enfermedades al mismo tiempo como la diabetes, artrosis, etcétera.

Es necesario conocer el primer problema de los trastornos mentales, ya que a nivel mundial la depresión representa el 4.4%; siendo las mujeres las más afectadas con el 5.1% comparado con los hombres con el 3.6%. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Figura 6: Casos registrados de depresión por regiones en el mundo

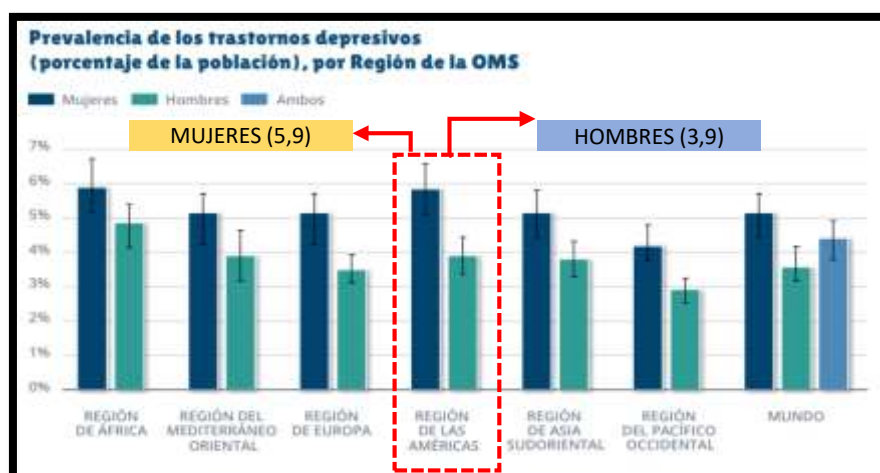


Fuente: OPS (Organización Panamericana de la Salud) depresión y otros trastornos mentales comunes; estimaciones sanitarias, 2017

Según el estudio de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 8), agrega que la región de Asia sudoriental presenta el mayor número de casos registrado en ansiedad con un 27%, seguido de la región Asia sudoriental que representa el 21% del número de casos en personas con discapacidad mental. Por último, la región de África, el continente que ha disminuido el número de casos llegando a alcanzar el 9%.

Así mismo es importante conocer la carga de prevalencia que genera el trastorno depresivo en la sociedad, Según la organización mundial de la salud indica que la población más vulnerada se le atribuye al género femenino, esto se observa que sucede en las distintas regiones a nivel mundial desde el continente americano hasta la occidental.

Figura 7: Prevalencia de los trastornos depresivos por región

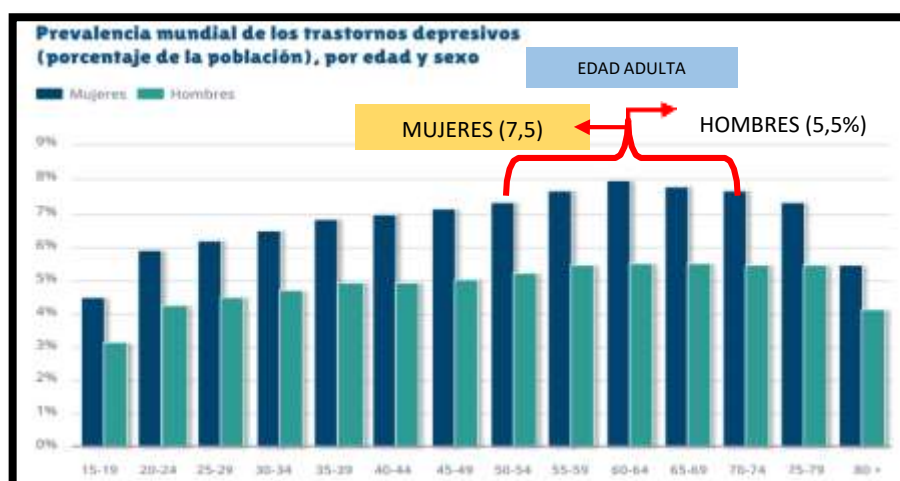


Fuente: OPS depresión y otros trastornos mentales comunes; estimaciones sanitarias 2017

Así mismo en cuanto a la prevalencia de los trastornos depresivos la región de África y América registran un índice elevado de afectación en las mujeres con el 5.9%. En cuanto a los hombres África registra el porcentaje más elevado con el 4.9%, mientras que América el 3.9%

Otro factor muy importante es investigar la edad donde se produce dichos trastornos depresivos, según la organización mundial de la salud el sexo femenino tiene mayor prevalencia que el sexo masculino con el 5.9% a nivel mundial.

Figura 8: Prevalencia de trastorno depresivos por edad

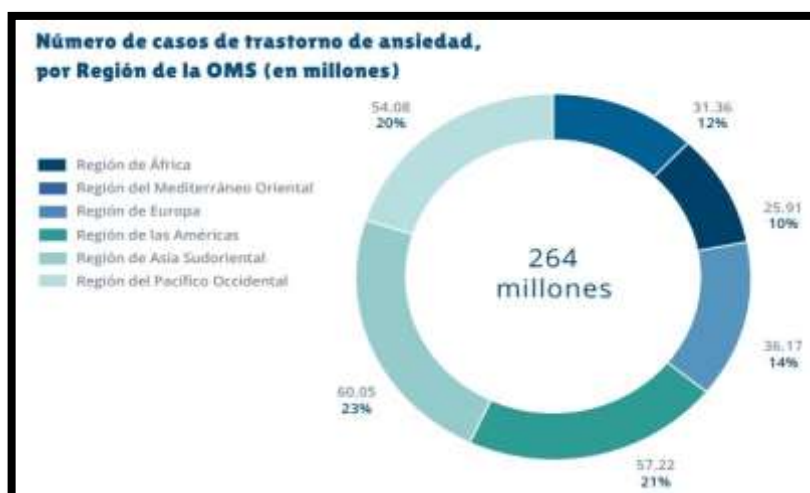


Fuente: OPS depresión y otros trastornos mentales comunes; estimaciones sanitarias 2017

La edad con mayor índice en trastornos depresivos, oscila entre los 50 hasta 70 años con mayor relevancia en mujeres con el 7.5% y en hombres el 5.5%. entre edades de 50 hasta 79. En este rango de edades se considera como la adultez y vejez.

Como la segunda enfermedad mental más elevada es la ansiedad ya que durante los años de 2005 hasta 2015 se incrementó en el 14.9% de casos, siendo representada a nivel mundial con el 3.6% en enfermedades mentales.

Figura 9: Número de casos en trastornos de ansiedad



Fuente: OPS depresión y otros trastornos mentales comunes; estimaciones sanitarias 2017

Las mujeres son las más afectadas con el 4.6% en comparación con los varones en un 2.6%. Tal como lo indica el estudio realizado OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 10), siendo la región de Asia sudoriental la primera en tener mayores casos de trastornos de ansiedad con la cifra del 23%, seguida de América que representa el 21%, luego esta Pacífico occidental que representa al 20%, entre los continentes con menor casos de trastorno de ansiedad se encuentran las regiones de África, Mediterráneo occidental y Europa.

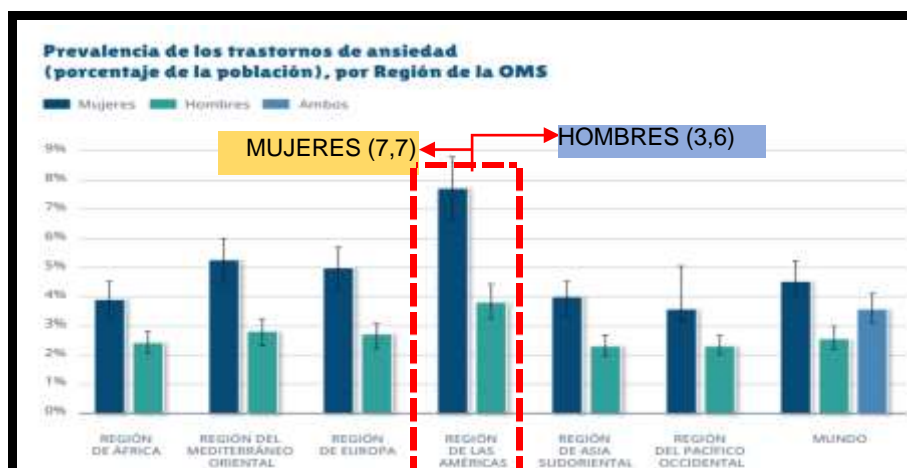
Cabe señalar que en la mayoría de regiones las cifras varían entre el 10% y 20% de casos en problemas de ansiedad. Siendo Europa la única región en mantener un índice intermedio de casos.

Es importante conocer las estimaciones, ya que indican el panorama mundial de las personas con discapacidad mental; de la que ninguna región se escapa de ella y la que hoy en día se incrementa mucho más.

Vale decir que los trastornos de ansiedad forman parte de la segunda enfermedad más vulnerada a nivel mundial, Según la Organización mundial de la salud indica que los trastornos de ansiedad de igual modo afectan con mayor relevancia al sexo femenino, considerando incluso el 50% más que el sexo masculino. Estos índices se observan considerablemente en América, Pacífico Occidental, Europa con un 20% de la carga, mientras que en África, Asia y Mediterráneo Occidental se registra alrededor del 10% de casos en problemas de ansiedad.



Figura 10: Prevalencia de los trastornos de ansiedad según la región y el sexo

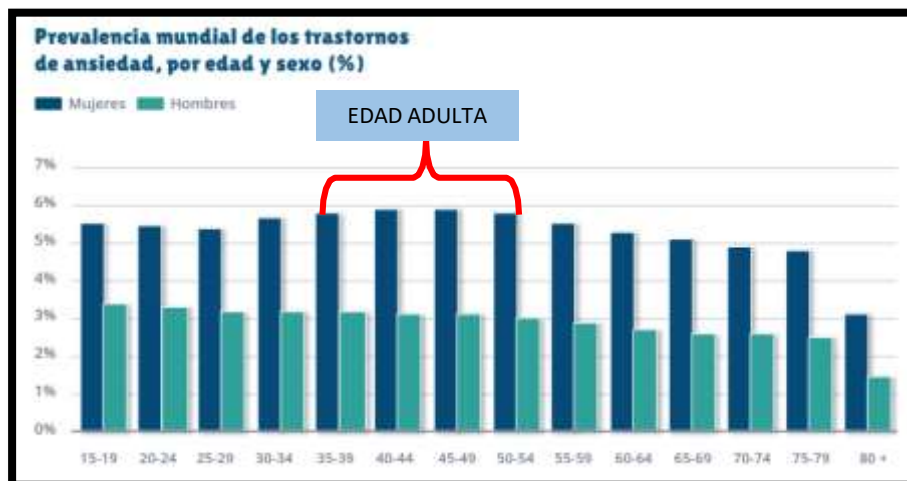


Fuente: OPS depresión y otros trastornos mentales comunes; estimaciones sanitarias 2017

En cuanto al porcentaje de trastornos de ansiedad según el sexo, América registra el índice más elevado en comparación con otras regiones con el 7.7%, así como también en el índice de varones con el 3.6% de la tasa más significativa ante las demás regiones. La prevalencia disminuye en la región del pacifico occidental y África.

En cuanto a los trastornos de ansiedad según su edad, la organización mundial de la salud indica que existe una prevalencia significativa igualmente en el sexo femenino y estas afectan en la edad adulta.

Figura 11: Prevalencia de trastornos de ansiedad según la edad



Fuente: OPS depresión y otros trastornos mentales comunes; estimaciones sanitarias 2017

El trastorno de ansiedad mantiene una significativa tendencia, sin embargo, la edad adulta registra un incremento mínimo, entre las edades de 35 y 54 años. El sexo más vulnerado sigue siendo el femenino, mientras que en el sexo femenino existe una prevalencia significativa entre las edades de 15 a 24 años de edad.

Los índices de trastorno mental representan el 22% de carga en América Latina y el Caribe, entre los trastornos más significativos de la salud mental según la (Organización Panamericana de la Salud y Organización de Salud Mental, 2012)

Tabla 4: Trastornos mentales en América Latina

<b>Enfermedades Mentales</b>	<b>%</b>
Depresión	5 %
Ansiedad	3.4%
Distimia	1.7%
Obsesión Compulsiva	1.4%
Pánico Y Psicosis	1%
Bipolaridad	0.8%

Fuente: OPS/OMS, la depresión es el trastorno mental más frecuente, 2012.

Es decir que la depresión es una crisis global, además es el principal trastorno mental con el 5% de carga. Otros trastornos frecuentes son la ansiedad, distimia, obsesión compulsiva, pánico y bipolaridad que registran en índices menores. Cabe resaltar que de 10 personas 6 padecen de enfermedades mentales sin embargo no busca ni recibe tratamiento. Así mismo entre otras cifras el informe revela que entre el 20 y 40% de mujeres sufre este mal durante el embarazo o el postparto; como también entre el 60 y 65% que necesita atención no la recibe por último entre las cifras alarmante se estima que el 25% de personas con problemas mentales padece de una o dos enfermedades.

Es por ello que es importante conocer que países presentan altos índices de problemas de depresión a nivel de América.

Tabla 5: Países de América con mayor prevalencia en depresión

<b>Países con mayor índice de depresión</b>	
EE UU	5.9%
Cuba	5.5%
Barbados	5.4%
Bahamas, Paraguay, Trinidad Y Tobago	5.2%
Antigua Y Barbuda	5.1%
Chile, Uruguay	5.0%
Santa Lucía, San Vicente Y Las Granadinas.	4.7%

Fuente: OPS depresión y otros trastornos mentales comunes, 2017/ Elaboración Propia

Entre los países con mayor índice en problemas de depresión, se registra a nivel de América con un índice elevado de 5.9% a Estados Unidos al igual que Brasil comparado a otros países. Según (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 18)

Otro trastorno que afecta a América es la ansiedad, que presenta una carga considerable en los principales países del continente.

Tabla 6: Países de América con mayor índice de Ansiedad

<b>Países con mayor índice de ansiedad</b>	
Brasil	9.3 %
Paraguay	7.6%
Chile	6.5%
Uruguay	6.4%
Argentina	6.3%
Cuba	6.1%
Colombia	5.8%
República Dominicana – Perú	5.7%

Fuente: OMS / OPS depresión y otros trastornos mentales comunes, 2017/ Elaboración Propia

Brasil mantiene una cifra elevada de 9.3% al igual que Paraguay con el 7.6% en comparación a otros países que registran cifras entre de 5% y 6% en la que está influida nuestro país.

En el Perú según (Andina, 2017), alega que: de cada 100 personas, 20 de ellas presentan trastornos mentales agregando, que el 20% de personas de la tercera edad padece de algún problema mental; lo mismo sucede con el 20% de niños y niñas.

Entre los principales problemas de trastorno mental del país, se encuentra la psicosis – esquizofrenia que presenta más de 300 mil casos atendidos.

Tabla 7: Principales trastornos mentales en el Perú

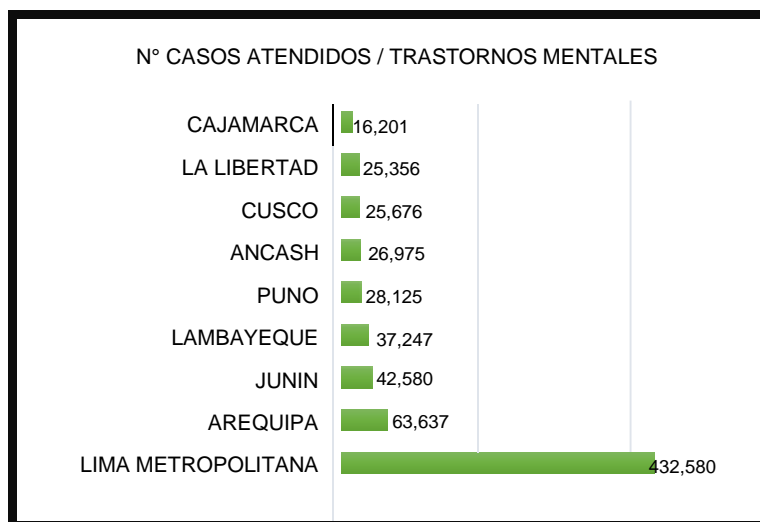
<b>Trastornos Mentales</b>	<b>Casos Atendidos</b>
Psicosis – Esquizofrenia	300 000
Ansiedad	244 636
Depresión	186 801
Síndrome de Maltrato	100 957
Comportamiento por Consumo	38 486

Fuente: MNSA planea contar 180 centros comunitarios en el 2021, 2017 / Elaboración propia

Así como también la ansiedad que registra 244 636 casos, seguida de la depresión con 186 801 casos, estos trastornos mentales son los principales problemas que se registran en la salud mental.

Según (Andina, 2017), indica que en Lima metropolitana se registra más casos atendidos en problemas mentales en comparación a otros departamentos.

Figura 12: Casos atendidos por salud mental en el Perú



Fuente: Minsa planea contar 180 centros comunitarios en el 2021, 2017 / Elaboración propia

Entre los tres departamentos con mayores casos atendidos en trastornos mentales se encuentra la ciudad de Arequipa con 63 637 casos, seguido de Junín con 42 580 casos y finalmente Lambayeque con 37 247 casos atendidos durante el 2017 según el ministerio de salud.

Cabe resaltar que según el informe (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2012, pág. 266), afirma que 7 de cada 100 adolescentes sufre de episodios depresivos en Lima, en cuanto al Callao son 12 de cada 100 adolescentes. Así mismo de cada 100 adolescentes 20 reconocen tener problemas mentales siendo 8 los que se han atendido. En cuanto a los adultos, representan la cuarta parte de la población en Lima metropolitana y el Callao.

Tabla 8: Trastornos mentales en Lima metropolitana y el callao, en adultos.

Trastornos Mentales	Casos Presentados
Depresión	17.3%
Episodio depresivo	17.2%
Consumo	7.5%
Episodio depresivo severo	9.0%
Episodio depresivo moderado	5.5%
Estrés pos-traumático	5.1%
Ansiedad	3.0%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Anales de la salud mental 2012/ Elaboración Propia.

Entre las enfermedades más recurrentes en el grupo etarios, la depresión afecta al 17.3%, seguida de episodios depresivos con el 17.2% de la población adulta (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2012,pág. 262).

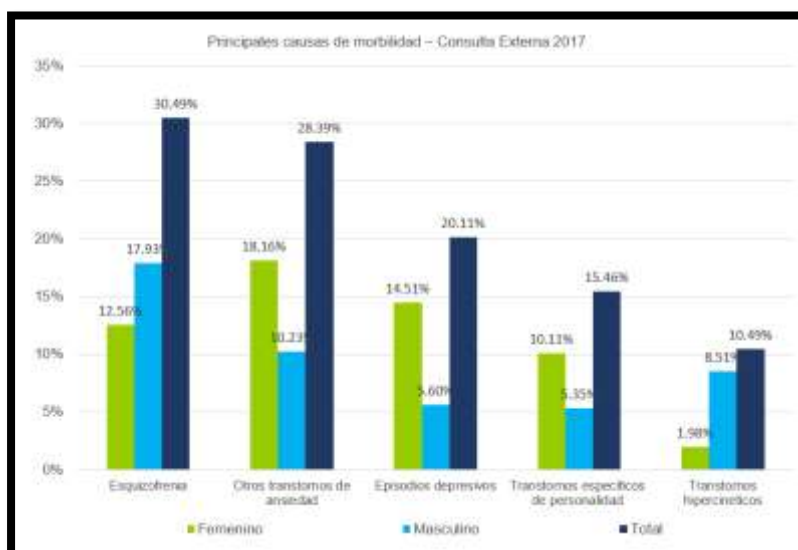
En el caso de los adultos mayores el 11.8% reconoce que padece de problemas mentales, sin embargo, solo el 32% busco atención (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2012, pág. 262)

Si bien hoy en día existen diferentes tratamientos en cuanto a la salud mental, igual siguen aumentando las cifras en problemas mentales siendo los adultos el grupo etario más vulnerable; al igual que la depresión como el principal trastorno mental que afecta a todo el mundo.

En cuanto al caso de estudio, el Hospital Víctor Larco Herrera registra altos índices de morbilidad en sus principales departamentos como: Consulta externa, hospitalización y emergencia.

Consulta externa, es el departamento encargado de diagnosticar al paciente, durante el 2017 se registró mayor demanda para las siguientes enfermedades según el informe (Hospital Víctor Larco Herrera, 2019), indica que la esquizofrenia predomina en primer lugar con un 30.49% afectando al 17.92% de hombres; seguido de las siguientes enfermedades.

Figura 13: Principales enfermedades atendidas en consulta externa 2017 por grupo etario

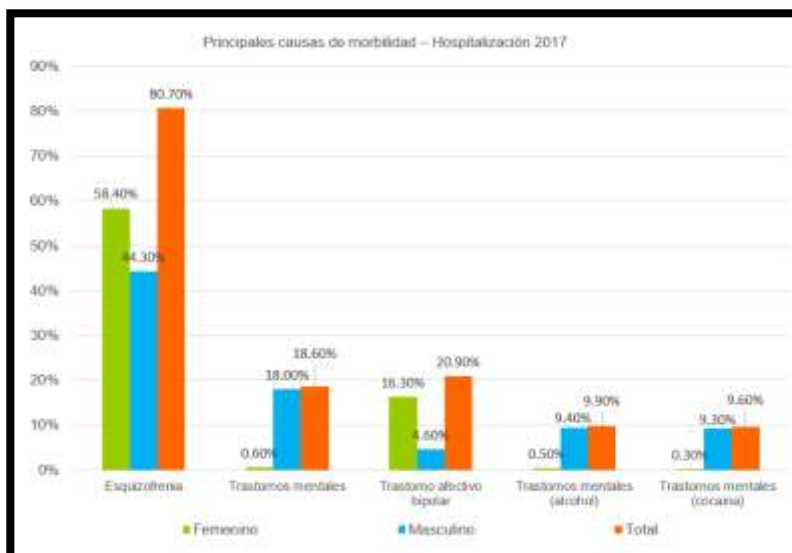


Fuente: Análisis situacional de establecimientos hospitalarios (ASEH) 2017 / Elaboración propia.

Como los trastornos de ansiedad que afecta al 28.39% en especial a sexo femenino con 18.16%; en tercer lugar, esta los episodios depresivos que afecta al 20.11% siendo el sexo femenino el más vulnerable; en cuarto lugar, se encuentra los trastornos de personalidad con el 15.46% afectando al sexo femenino con un 10.11% y por último están los trastornos hipercinéticos con el 10.09% siendo los hombres los más afectados.

Hospitalización, es el departamento encargado de velar por el paciente durante su estadía para su recuperación, entre las principales causas de morbilidad de ingresos del hospital Víctor Larco Herrera se encuentra las 5 primeras enfermedades, de igual modo la esquizofrenia recibe a un total del 80.70%, afectando principalmente al sexo femenino con el 58.4%, si como también se registra demanda en las siguientes enfermedades.

Figura 14: Principales enfermedades atendidas en hospitalización 2017 por grupo etario

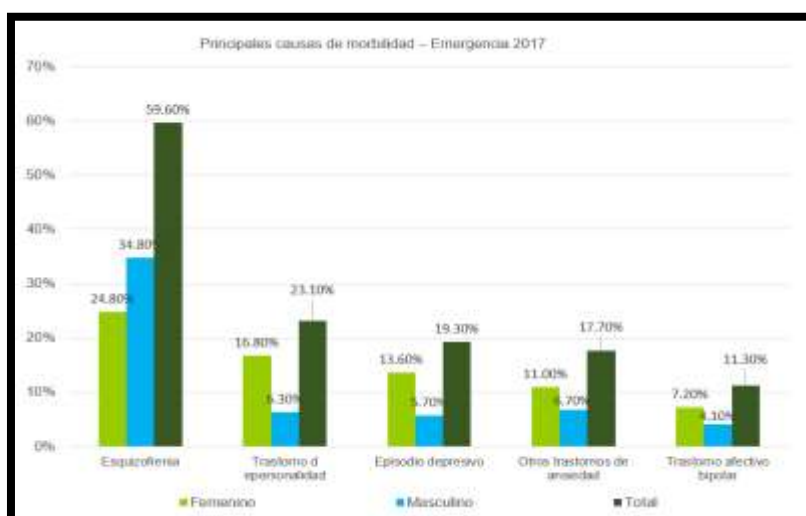


Fuente: Análisis situacional de establecimientos hospitalarios (ASEH) 2017 / Elaboración propia.

Como los trastornos mentales que afectan al 18.60%, seguido de los trastornos afectivos con el 20.90%, así como los trastornos mentales por alcohol con el 9.90% y por último los trastornos mentales por drogas con el 9.60%.

En cuanto al departamento de emergencia, de igual modo se registran 5 principales causas de morbilidad que mantienen un gran índice de demanda.

Figura 15: Principales enfermedades atendidas en emergencia 2017 por grupo etario



Fuente: Análisis situacional de establecimientos hospitalarios (ASEH) 2017 / Elaboración propia.

La esquizofrenia registra una demanda del 59.6% siendo el sexo masculino el más afectado, en segundo lugar, se encuentran los trastornos de personalidad con el 23.10% siendo el sexo femenino el más vulnerable con un total de 16.80%, en tercer lugar, se encuentra los episodios depresivos con un total de 19.30%, en cuarto lugar, se encuentra los trastornos de ansiedad con el 17.7% y por último se encuentran los trastornos afectivos bipolar con un total de 11.30%.

Vale decir que las principales causas de morbilidad registradas en los departamentos de consulta externa, hospitalización y emergencia del hospital Víctor Larco Herrera son representadas por la esquizofrenia y otros trastornos específicos de la personalidad (ansiedad, depresión y afectivo), que llegan a recibir una gran demanda de pacientes.

Finalmente, para conocer cómo afecta los altos índices de trastorno mental, analizaremos la causa.

A nivel mundial existen tratamientos eficaces para los trastornos mentales, sin embargo, las personas que la padecen no reciben tratamiento. Manifiesta que los servicios y los tratamientos deben ser accesibles a la sociedad; esto no se ve reflejado ya que en la mayoría de países no cuentan con presupuesto asignado para la salud mental (Suarez, 2017, pág. 249). Existiendo una considerable brecha de tratamiento en el mundo.

Figura 16: Brecha de tratamiento por trastorno mental



Fuente: OMS inversión en salud mental 2004

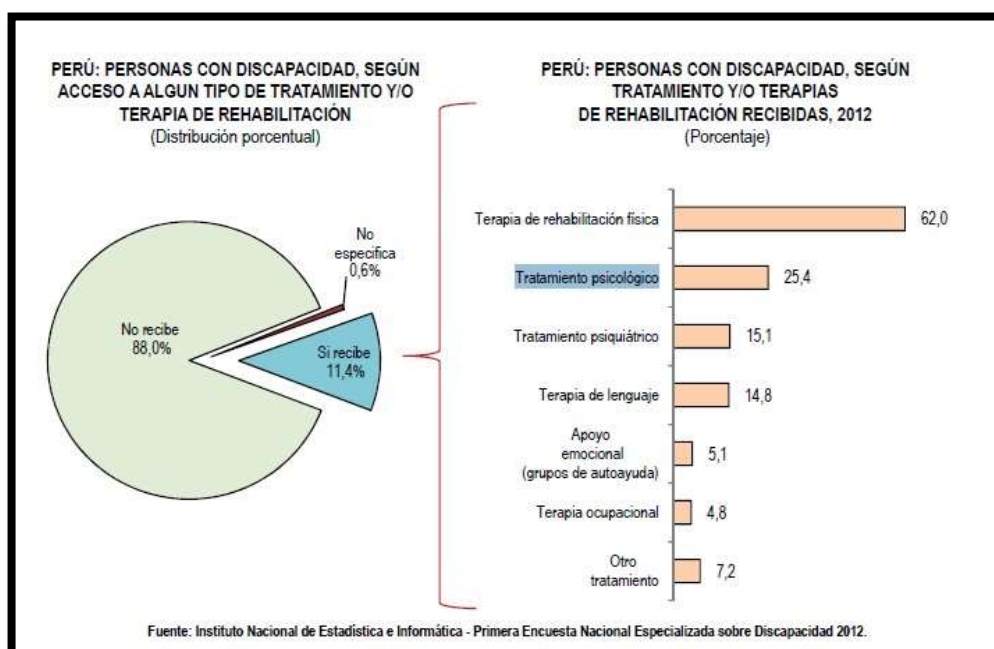
Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 36) asegura que los países que se encuentran con sistemas desarrollados en salud mental mantienen una brecha de 44% y 70% de tratamiento en problemas mentales; mientras que los países en desarrollo alcanzan el 90%. Considerando además que la mayor brecha se registra en problemas de trastorno mental (niños y adolescentes) y por trastornos de alcoholismo.

En cuanto al continente americano existe un índice del 73.5% de brecha terapéutica en comparación con otros continentes, así mismo en América Latina y el Caribe indica que existe el 77.9% solo para adultos.

Los niños en cambio mantienen una brecha del 52.6% a nivel de América (Organización Panamericana de la Salud, 2004, pág. 16), por otro lado, Brasil tiene un déficit de tratamiento en adultos con el 91%, no obstante, en los tratamientos para niños y adolescentes México tiene una brecha de 86.3% comparado a otros países.

En el Perú, el 80% de personas que sufre problemas de salud mental no son atendidos, solo el 20% recibe tratamiento adecuado según el estudio realizado por el informe: (Integración, Instituto de Análisis y Comunicación, 2016, pág. 1)

Figura 17: Personas con discapacidad según índice de tratamiento



Fuente: INEI- Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad 2012

Así mismo en el país solo el 11.4% recibe tratamiento, siendo el principal tratamiento la rehabilitación física con 62%, seguido de tratamiento psicológico con 25.4%, luego está el tratamiento psiquiátrico con el 15% cifras que revelan el gran déficit de tratamientos en el país (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, 2014, pág. 13).

Otro dato alarmante es que 3 de 10 establecimientos cuentan con un médico especializado en problemas mentales, lo que genera una barrera entre el acceso, tratamiento y el paciente en el país. En conclusión, los principales establecimientos de la ciudad no presentan servicios que contribuyan en la integración social de personas con discapacidad mental, sabiendo que existe una demanda y tratamientos que se pueden atender en el primer nivel de atención.



## 1.1.2. Contexto Arquitectónico

### 1.1.2.1. Tipología típica en establecimientos de salud mental

Para tener una mejor idea sobre los criterios o parámetros de la tipología hospitalaria en el campo de la salud mental es importante conocer que es “Tipología”. Vale decir esto nos ayudara a interpretar con claridad cuál es el enfoque y su finalidad. Bajo tres conceptos de especialistas nos dicen:

Tipología arquitectónica se fundamenta en las características recurrentes de las construcciones, considerándolas como manifestación de los modos de vida y relación del hombre con su medio; es decir, analiza las soluciones arquitectónicas singulares, pero tratando de estructurar sus vínculos con el contexto general en que se ubican (Rodríguez M., et al., 1996).

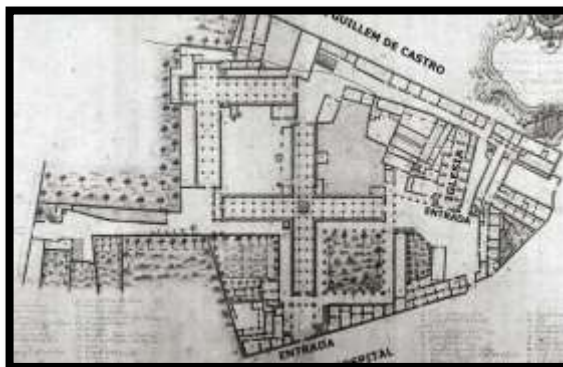
La determinación de una tipología tiene como objetivo establecer una característica común e invariable dentro de un conjunto de edificios y obras arquitectónicas con una presencia, carácter o función similar (Trachana A., 2011).

Son una clasificación, que propende al estudio de las similitudes de los espacios arquitectónicos, usos, funciones, formas, métodos constructivos, épocas, etc. Similitudes que se hacen cada vez más ambiguas, con menos puntos en común (Moya R., 2016). Para presentar la Tipología Hospitalaria se investigó cual fue el primer Hospital de Salud Mental a nivel mundial, donde fue el punto de partida para destacar la tipología de los hospitales jerárquicamente; se tomó por épocas ya que el primer hospital se fundó en la Época del renacimiento.

### Época Renacimiento

Se creó el primer Hospital de Salud Mental en el mundo a principios del siglo XV, por un fraile mercenario, Juan Gilabert Jofré, la cual consideró oportuno abrir un hospital específico para dar cabida a las personas con problemas mentales. A este dicho hospital se le dio el nombre de “El Hospital de Inocentes”, fue creado en el año 1409, está ubicado en Valencia — España (Lopez, J., 2008).

Figura 18: Plano de Hospital de Los Inocentes



Fuente: Biblioteca Ciencias Sociales: Arquitectura y Arquitectos en la Valencia siglo XVI. El Hospital General y sus artífices.

Fue un gran complejo hospitalario, en el podíamos encontrar: Enfermerías, la botica, jardines o patios, huerta, farmacia, iglesia, salas de curas, salas de enseñanza, etc.

Figura 19: Plano de Hospital de Los Inocentes



Fuente: Biblioteca Ciencias Sociales: Arquitectura y Arquitectos en la Valencia siglo XVI. El Hospital General y sus artífices.

Este gran hospital disponía con dos entradas: una que era la principal, ingreso del público en general y la segunda era para el ingreso de enfermeras. Tiene forma fragmentada. Cuenta con pasadizos lineales que forma una cruz, dentro de ellas se encontraba el área de hospitalización. Contaba con dos patios que actuaban como conectores a todos los ambientes (Gomez, M., 1998, pág. 26).

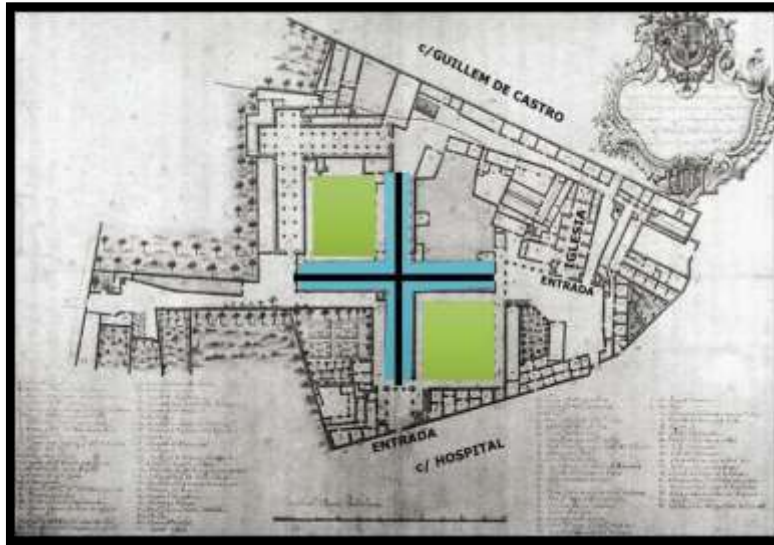
Figura 20: Pasadizos del Hospital de Los Inocentes



Fuente: Biblioteca Ciencias Sociales: Arquitectura y Arquitectos en la Valencia siglo XVI. El Hospital General y sus artífices.

En esta época se encontraba la tipología “Monobloque Claustal”, donde el Hospital de Inocentes lo representaba, nos dice que cuenta con un solo núcleo, en el cual se observaba 4 ángulos que desde ahí se podría visualizar a todos los enfermos

Figura 21: Plano del hospital los inocentes con zonificación



Fuente: Biblioteca Ciencias Sociales: Arquitectura y Arquitectos en la Valencia siglo XVI. El Hospital General y sus artífices.

La decoración del Hospital de Inocentes estaba representada con imágenes del nuevo y antiguo testamento entre otras escenas. Las columnas de piedra que tenía se encontraban lucidas con imitación de mármol, esta gran construcción contaba con más de 100 columnas por cada planta (Gomez, M., 1998, pág. 28).

Figura 22: Cúpula del Hospital de Inocentes. Material de mármol



Fuente: Biblioteca Ciencias Sociales: Arquitectura y Arquitectos en la Valencia siglo XVI. El Hospital General y sus artífices.

Durante la época del renacimiento, surge el primer hospital de salud mental en centro América; fundada en 1566 por el ex militar Bernardino Álvarez. Este establecimiento se inicia bajo la premisa de ayuda comunitaria para pobre y dementes. (Ex- Convento de San Hipolito, s.f.)

Figura 23: Hospital San Hipólito- México



Fuente: Ex convento San Hipólito

El hospital San Hipólito tiene una tipología de estilo claustral con una fachada de estilo colonial, este estilo se caracteriza por tener las ventanas de formarectangular al igual que su ingreso.

En cuanto a sus características funcionales; su entrada principal no ocupaba el centro de la fachada manteniendo una forma asimétrica. El ingreso tiene un área de 55 m<sup>2</sup>, corredor de 2 a 2.5 metros de ancho que tiene como dirección el patio central del hospital.

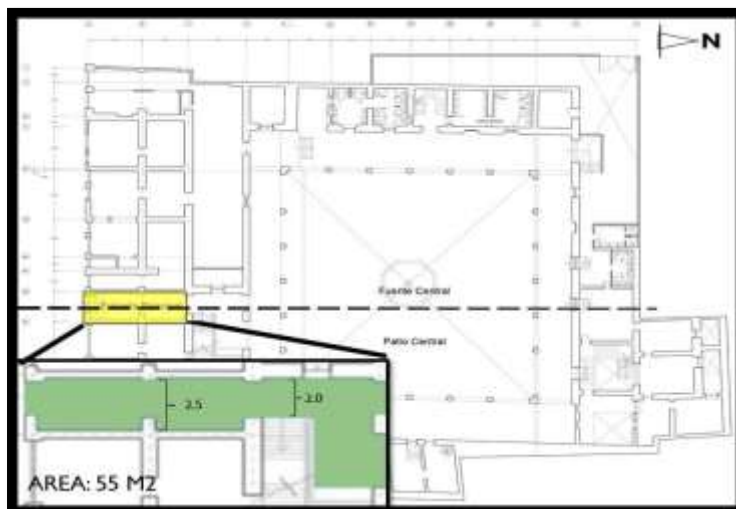
Figura 24: Primera Planta del Hospital San Hipólito - México



Fuente: Ex convento San Hipólito

El patio forma el núcleo principal al unir el conjunto mediante un solo punto de vista en un área de 720 m<sup>2</sup>. mantiene una relación tanto del interior con el exterior y el aire libre; en medio del centro se encuentra una fuente de 45 m<sup>2</sup> un elemento que antiguamente estaba rodeado de arbustos, donde los pacientes solían pasar la tarde.

Figura 25: Primera Planta del Hospital San Hipólito – México

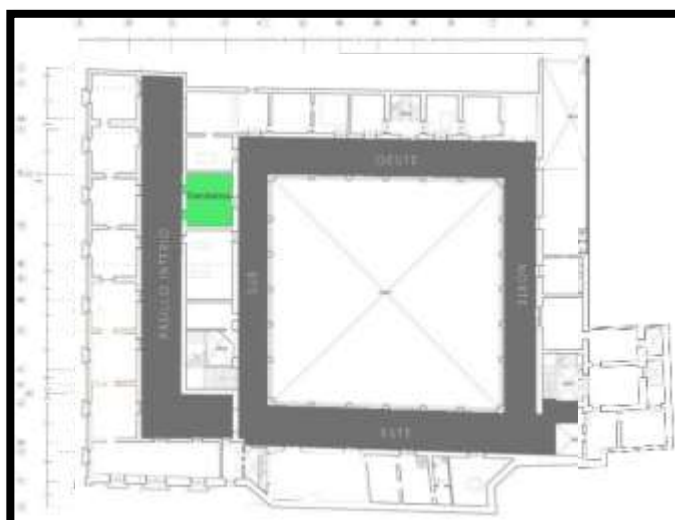


Fuente: Ex convento San Hipólito

La forma regular del patio servía como elemento de articulación u ordenador para conectar los ambientes de la primera y segunda planta; por ejemplo:

- **Primer nivel:** la circulación se establece a través del patio principal y a su vez se conecta de manera fácil con los demás ambientes, puesto que el patio es considerado como un eje ordenador.
- **Segundo nivel:** se crean dos tipos de circulación mediante el mismo eje ordenador del patio principal y la circulación mediante pasillos o callejones que no tenían la debida iluminación y ventilación.

Figura 26: Circulación del Hospital San Hipólito – México

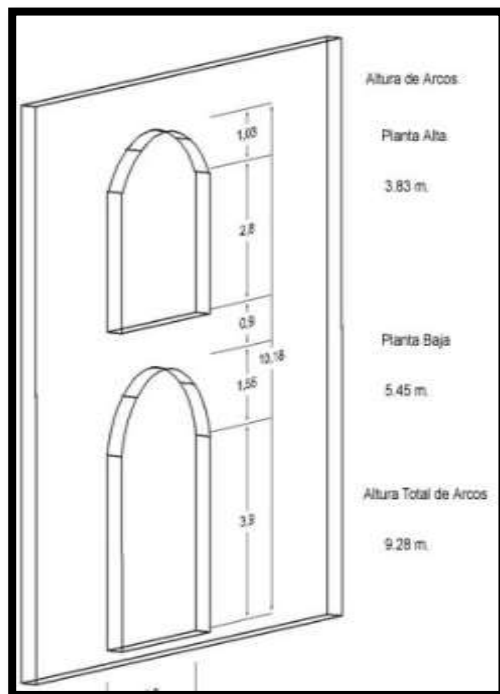


Fuente: Ex convento San Hipólito

Esta tipología claustral se caracteriza por la circulación vertical, uniendo sus plantas en un solo conjunto y sus escaleras se encuentran en medio del patio

central o hacia un lado derecho del mismo. El patio central estaba enmarcado por las crujías que encierran una planimetría regular y dan orden a la composición claustral, conformada por 24 columnas a su alrededor.

Figura 27: Crujías del Hospital San Hipólito - México



Fuente: Ex convento San Hipólito

Las crujías presentan doble altura el arco que se encuentra en la planta baja mantiene una altura de 5.45 metros de ancho, se interceptan un dintel de 0.90 cm. y finalmente el arco superior tiene una altura de 3.83 metros. En conclusión, la tipología claustral tiene características de iluminan y ventilación natural mediante un patio central en el que la circulación se maneja de manera conjunta, siendo el principal elemento ordenador del edificio.

### Época Ilustrada

En esta época se fundó el Hospital Torre de Los Locos en el año 1784, donde fue impulsado por Joseph II (1741-1790), emperador del Sacro Imperio Romano.

Se trata de una mole de ladrillo de forma cilíndrica, con cinco plantas y 139 celdas, en las que vivan los enfermos psiquiátricos, disponía de 5 plantas que representaban con 28 celdas por planta (número que coincidía con el ciclo lunar de 28 días). Contaba con 166 habitaciones, con 12 metros cada una. (Azarain, J., s.f.,pág. 37)

Figura 28: Hospital Torre de Los Locos



Fuente: Portal Diario Cooperativa-Primera Edición. Chile.

Esta mole de ladrillos (Hospital Torre de Los Locos) contaba con cuatro categorías de habitaciones:

- Habitación de lujo, en las que sus ocupantes podían incluso tener a un sirviente y eran destinadas a las personas adineradas.
- Habitaciones de costo medio, quienes la financiaban de forma privada.
- Las habitaciones para quienes reciban ayuda de fundaciones y obras de caridad.
- Habitaciones gratuitas, era para personas sin recursos.

Figura 29: Habitaciones una vista por el interior



Fuente: Portal Diario Cooperativa-Primera Edición. Chile.

Este hospital contaba con pasillos circulares con un único acceso, para facilitar la vigilancia y evitar las fugas, vale decir el hospital contaba con un núcleo interno el cual era el centro y punto de fuga del hospital.

Figura 30: Pasillos del Hospital Torre de Los Locos

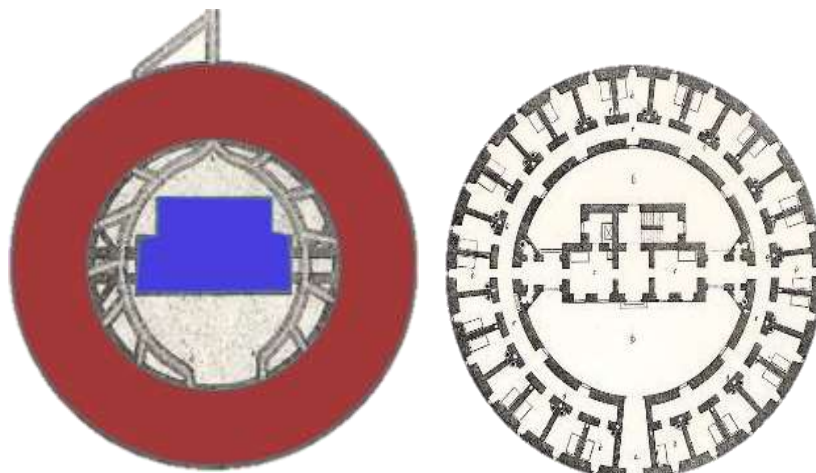


Fuente: Portal Diario Cooperativa-Primera Edición. Chile

En la torre central había solo un acceso en donde el enfermero encargado podía vigilar a todos los enfermos, ya que cada celda daba al mismo tiempo al exterior y al interior, la mirada del vigilante podía atravesar toda la celda; por consiguiente, todo lo que el enfermo hacía estaba expuesto a la mirada del enfermero a cargo que observaba a través de persianas, postigos semicerrados sin que los enfermos lo vieran.

En esta época se encontraba la tipología “Claustral”, donde el Hospital Torre de Los Locos lo representaba, nos dice que el edificio tuvo un enfoque “Panóptico” se construyó de modo que toda su parte interior se pueda ver desde un solo punto. Lo que nos lleva a definirlo como una construcción desde la que se puede observar todo lo que hay en ella, desde un punto determinado.

Figura 31: Plano del Hospital Torre de Los Locos

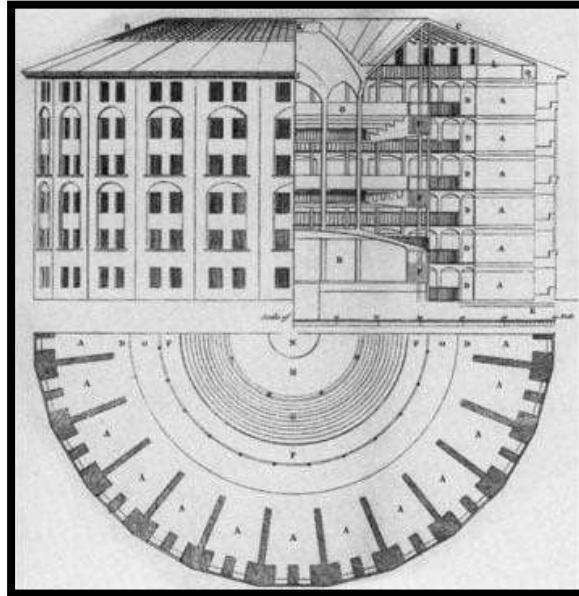


Fuente: Artículo. El panóptico más allá de vigilar y castigar.



El Hospital Torre de Los Locos estaba construida según el esquema de Panóptico”. El “Panóptico” era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro.

Figura 32: Modelo de enfoque Panóptico



Fuente: El panóptico más allá de vigilar y castigar.

## Época del positivismo

Durante el positivismo surge el hospital de Virginia Occidental en Estados Unidos. Fue construido por Richard Snowden en 1858, mantiene una tipología pabellonal cubierta; el edificio era destinado para acoger a locos y enfermos mentales. El edificio tiene un estilo gótico, en este estilo cobran relevancia la luz y el manejo de las ventanas, así mismo este estilo muestra el predominio de la verticalidad y grandeza por los pabellones. (Urban Ruins, 2006).

Figura 33: Hospital Virginia Occidental – Estados Unidos



Fuente: Urban ruins

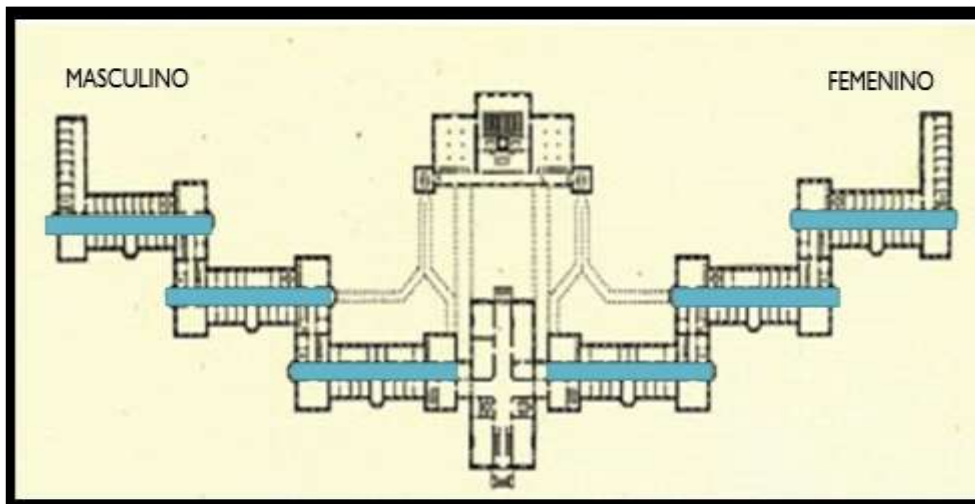
Esta tipología pabellonal cubierta, se basa en el modelo del planteamiento de Kirkbride impuesto en Estados Unidos como solución a los demás modelos establecidos para la salud mental. Ya que tiene una idea que señala que entre el 70 y 90 % de casos de salud mental son curables si los pacientes son tratados en establecimientos especialmente diseñados para ellos. (Perez F., Peñaranda M., 2017)

Este plan se estableció en el hospital de Virginia Occidental, donde se destacan tres elementos para un buen diseño edificatorio especializado en personas con enfermedades mentales en los que se indica:

- Equilibrio entre sus formas
- Buena ventilación
- Espacios de distracción para los pacientes

La estructura planteada en la tipología pabellonal cubierta sirvió también como elemento de separación entre varias epidemias en el siglo XVII. En el caso del Hospital de Virginia Occidental estos se separaban simétricamente por sexo hacia el lado derecho se encontraban los pabellones de las mujeres, mientras que al lado izquierdo el de los varones, vale decir que el sexo era el punto de partida para dividir dicho establecimiento.

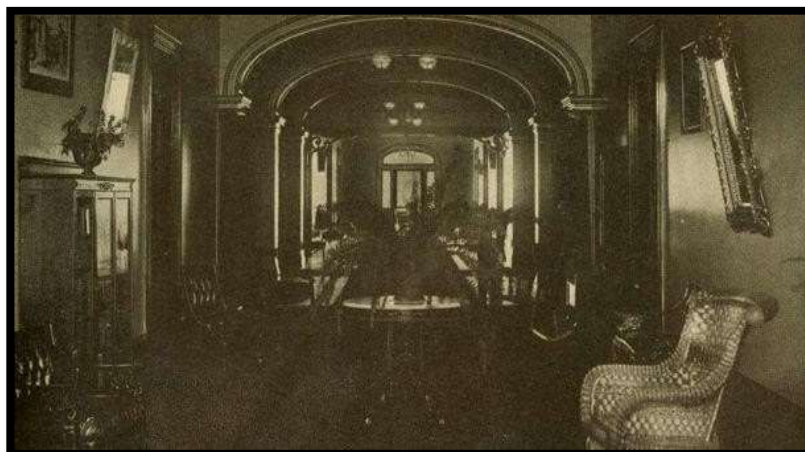
Figura 34: Planta Principal del Hospital de Virginia Occidental – Estados Unidos



Fuente: El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly

Los pabellones se conectan unos a otros mediante la circulación entre pasillos internos y cubiertos que pasan por el medio de cada pabellón, el ingreso tiene un eje central que va hacia la capilla principal del edificio, creando además circulaciones descubiertas para conectar las zonas de dispersión con las de atención.

Figura 35: Pasadizo del Hospital de Virginia Occidental – Estados Unidos



Fuente: Urban ruins

Los pasillos tenían un ancho de 5 metros, en cada pabellón; una de las deficiencias en esta tipología es el desplazamiento que requiere movilizarse de un lugar al otro al igual del mantenimiento del edificio.

En conclusión, la tipología pabellón trato de solucionar problemas de epidemias al igual que la ventilación e impulso los espacios más abiertos y grandes para los pacientes.

## Época moderna

Durante la época moderna en 1918 se construyó el asilo de Magdalena, considerado el primer centro psiquiátrico a nivel de Latinoamérica en brindar atención en la salud mental. Siendo nominado en 1930 como el primer Hospital psiquiátrico de Lima, tiene un estilo colonial por características como su fachada regular, material tradicional, ventanas alargadas, etc. (Hospital Victor Larco Herrera/ Historia, s.f.)

Figura 36: Asilo de Magdalena- Hospital Larco Herrera



Fuente: Andina

El hospital Larco Herrera mantiene una tipología pabellonal (descubierta) con patios centrales. En este caso presenta muchas características como:

- Pabellonal: Consta de un conjunto de bloques desintegrados y se unen a través de pasadizos descubiertos de largos tramos para los usuarios, el uso de este tipo resulta dificultoso en cuanto al mantenimiento y en el vínculo de ambientes.

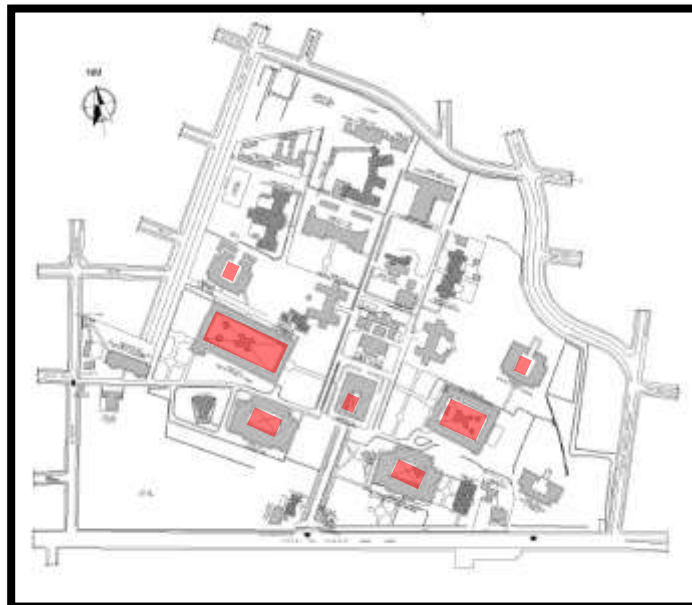
Figura 37: Tipología Pabellonal descubierta – Hospital Larco Herrera



Fuente: Análisis Situacional del Hospital Larco Herrera - 2016

- Claustral: La estructura del hospital también cuenta con patios céntricos en sus diferentes bloques, y ello crea otro tipo de circulación regular ya que el patio forma un eje ordenador como dirigirse hacia todos los espacios de su alrededor.

Figura 38: Tipología Claustral – Hospital Larco Herrera



Fuente: Análisis Situacional del Hospital Larco Herrera - 2016

Los pasillos tienen aproximadamente de 2 a 2.5 metros de ancho, y se pueden encontrar patios de diferentes dimensiones donde realizan múltiples funciones. En estos ambientes al aire libre los pacientes suelen pasar la tarde, el cual genera que socialicen.

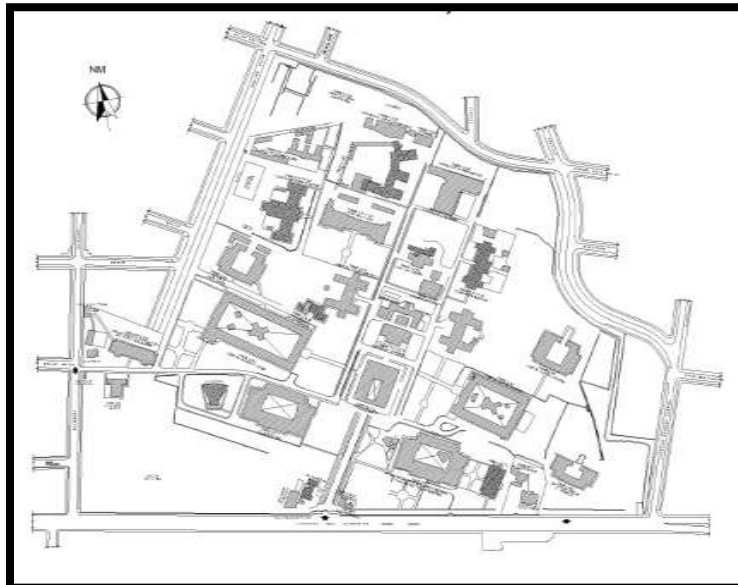
Figura 39: Patio Central – Hospital Larco Herrera



Fuente: El comercio

Así mismo otra tipología que se le asigna al hospital Larco Herrera es la Metástasis que surge en el año 1890; al ser establecimiento que con el tiempo ha ido creciendo y a su vez perdiendo su forma original.

Figura 40: Tipología metastasis – Hospital Larco Herrera



Fuente: Análisis Situacional del Hospital Larco Herrera - 2016

Para finalizar, cada tipología tiene diferentes criterios que fueron impuestos en su construcción como medida de solución antes sucesos de cada época donde destacamos:

- Tipología Claustral: Tiene como característica principal un solo núcleo principal tanto visual como de circulación, ventilación e iluminación.
- Tipología Monobloque: Se centra en un núcleo principal donde se manejan los demás espacios formando 4 ángulos y estas están rodeados de patios.
- Tipología Pabellonal: Presenta bloques desintegrados y estos se conectan mediante pasadizos de largos tramos; y estos pueden ser cubiertos o descubiertos. El principal problema es la conexión de espacios y el mantenimiento de estos.

Si bien trataron de mejorar en el tiempo las tipologías empleadas en la salud, no llegaron a concretar una tipología adecuada especialmente en la salud mental. Es por ello que los principales establecimientos de salud mental en país (Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera, Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizan y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi), mantienen una única tipología a través de pabellones y estos se conectan mediante corredores descubiertos y cubiertos, así mismo debido a la demanda de problemas mentales en el país estos establecimientos han ido perdiendo su forma original.

Según Lamarca (2009) indica que las personas con problemas mentales, forman parte de la población más vulnerada y para lograr su integración social los establecimientos hospitalarios, deben estar orientados a la rehabilitación, reinserción social y por último la integración laboral (pág. 34).

Esto nos quiere decir que para generar la integración social de los enfermos mentales la construcción de equipamientos hospitalarios, debe garantizar la factibilidad mediante los aspectos antes mencionados.

Es por ello que realizamos una comparación de los establecimientos especializados en la salud mental y como contribuyen a la integración social. Puesto que por su configuración espacial los establecimientos se desarrollan a través de pabellones desintegrados con circulaciones y recorridos de largos tramos ya sean cubiertas o descubiertas.

- Instituto Nacional de Salud Mental, es el único establecimiento en el Perú que cuenta con rehabilitación, programas de inserción social e integración laboral. Está conformado por un pabellón de dos niveles donde se desarrollan talleres, terapias, consulta externa, etc.

En cuanto a su desventaja presenta una infraestructura vulnerable en sus principales ambientes, así como también en su sistema eléctrico. Por su propia tipología, el pabellón de rehabilitación se encuentra desintegrado del ingreso principal. (Cartera de servicios de salud — Honorio Delgado Hideyo Noguchi 2017).

- Hospital Víctor Larco Herrera, es uno de los establecimientos que presentan rehabilitación y reinserción social en sus servicios. Está conformada por un pabellón destinado a los servicios de programas de desarrollo familiar; actividades integradores como, talleres técnicos, talleres de autoestima, terapias, etc. En cuanto a sus desventajas el presupuesto asignado para rehabilitación es de 9% comparado con otros servicios de especializados, puesto que se refleja en la calidad espacial de los ambientes donde se desempeñan los talleres (Análisis Situacional Establecimientos Hospitalarios (ASEH) 2016).

Se tomaron como estudio los dos establecimientos antes mencionados debido a que existe un proceso en cuanto a la integración social; es así que se excluyó al Hospital Hermilio Valdizan por no complementar en sus servicios el uso de ambientes en la integración social.

En conclusión, los casos de estudio nos muestran que la tipología pabellonal existente mantiene características físicas de desintegración en cuanto a sus ambientes y el recorrido que necesitan para trasladarse de un lugar a otro. En donde no logran con facilidad integrar al paciente en su configuración espacial, sino en los servicios que brindan sin mostrar calidad espacial.

#### **1.1.2.2. Infraestructura inadecuada**

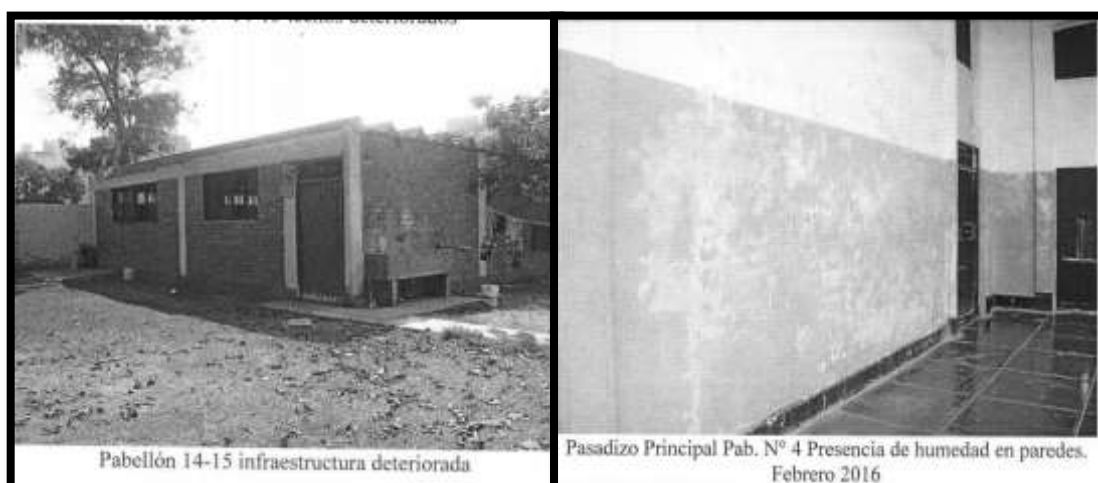
La infraestructura se ve reflejada en la calidad espacial que se le brinda al usuario, por ello es importante analizar el estado de los principales servicios de salud mental, en el país.

Uno de los primeros servicios destinados a la salud mental en el Perú, es el actual Hospital Víctor Larco Herrera. Siendo uno de los establecimientos más antiguos de la ciudad se creó en 1918 como Asilo Colonial de Magdalena, sin embargo, en 1930 obtuvo el nombre de Hospital Víctor Larco Herrera. En la actualidad tiene 100 años de servicios, además de ser el primer Hospital Psiquiátrico en Latinoamérica.

Así mismo cuenta con un área total de 211 721.74 m<sup>2</sup>, la mayor parte de la estructura es de estilo colonial; por otra parte, mantiene 9 pabellones de hospitalización de los cuales 3 son de material noble y de dos niveles, mientras que 6 pabellones son de quincha y adobe, de un solo nivel.

Entre el diagnóstico de la situación estructural del hospital se caracteriza por, requerir mejorar los problemas de humedad, así como los pasamanos deteriorados, redes eléctricas con más de 50 años de antigüedad, etcétera (Hospital Víctor Larco Herrera, 2016, pág. 20).

Figura 41: Infraestructura deteriorada del Hospital Víctor Larco Herrera



Fuente: Plan Operativo del Mantenimiento de la Infraestructura del Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.

Otro de los hospitales que prestan servicio de atención en el campo de la salud mental es el Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizan, durante el informe análisis de situación de salud mental, señala que se creó con la finalidad de recibir enfermos mentales del Hospital Víctor Larco Herrera; en la actualidad el establecimiento tiene 74 años. Cuenta con área total de 42 330 m<sup>2</sup> y un área construida de 35 740 m<sup>2</sup>. Se encuentra ubicado en el distrito de Santa Anita, y debido a su ubicación muy cercana a zonas industriales existe presencia de polvo y gases tóxicos; que afectan a los pacientes. Entre los problemas de la infraestructura existe deficiencia en la calidad de agua debido a que el sistema es a través de pozos. Actualmente han sido modificados algunos ambientes en material prefabricado como oficinas administrativas, consulta externa, departamento de enfermería, entre otras áreas debido a sus altos índices de vulnerabilidad estructural. (Hospital Hermilio Valdizan, 2013, pág. 17).

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Higuchi, es uno de los establecimientos que se encarga de analizar y recibir a pacientes con problemas mentales. En el informe Plan de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento, señala que mantiene 37 años de servicio en un área total de 36 055.90 m<sup>2</sup>. Las áreas que presentan problemas estructuras y de mantenimiento son:

- Hospitalización en Adicciones: Requiere el mantenimiento de techos y cambio de iluminación, así como el mantenimiento en puertas, ventanas y mamparas.
- Hospitalización General Damas y Varones: Habilidad de rampas, mantenimiento de techos y cambio de cerámicos en mal estado.
- Emergencia: Mantenimiento de puertas y ventanas.
- Área de Rehabilitación: Cambio de pisos y de instalaciones eléctricas.



- Consulta Externa Niños: Mantenimiento de puertas, ventanas y sistema eléctrico
- Unidad de Riesgo y Desastres: Requieren acondicionar el centro de operaciones de emergencia.

La mayoría de problemas encontrados en el Instituto Nacional de Salud Mental requieren de mantenimiento, comparado a los otros servicios hospitalarios que necesitan cambiar parte de su infraestructura; esto se debe también a los años de servicios prestados. (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2017, pág. 13)

Así mismo durante el año 2015 se establecieron los nuevos centros de salud mental comunitaria, el primero fue en el distrito de Carabayllo. Centros improvisados, con un área de aproximadamente 300 m<sup>2</sup> y sin ninguna planificación, por ejemplo, en la vista interior se observa que los asientos se encuentran mal ubicados; lo que genera que no haya una buena circulación. Otro aspecto es el de la ventilación, los consultorios se ventilan a través de otro espacio.

Figura 42: Centro de Salud Mental Carabayllo



Fuente: Andina Perú.

En conclusión se evidencia que existe problemas de calidad espacial en los servicios de atención en la salud mental, esto se debe a que el presupuesto solo va designado a los principales hospitales psiquiátricos de la ciudad que también presentan problemas en su estructura a pesar de contar con un presupuesto destinado para su mantenimiento; otro factor es que el ministerio de salud dejando de lado a los demás servicios como postas, centros, y hospitales generales, etc. ya que no existe un presupuesto establecido para su mantenimiento. Es por eso que existe deficiencia estructural en los principales establecimientos de salud mental.

### 1.1.3. Contexto Urbano

#### 1.1.3.1. Déficit de equipamiento de salud mental

La ausencia de servicios de salud, en especial el de salud mental, sufre de un déficit en particular tal como lo indica (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 34), que a nivel de América; el país que tiene mayor dispositivo en salud mental es Brasil multiplicando sus establecimientos en comparación a otros países.

Figura 43: Dispositivo por cada categoría, por país

PAIS	HOSPITAL PSIQUIATRICO	DISPOSITIVOS DE ATENCION AMBULATORIA	CENTROS DE ATENCION DIURNA	UNIDADES DE PSIQUIATRIA EN HOSPITALES GENERALES	RESIDENCIA COMUNITARIA
URUGUAY	2	35	31	25	S/D
PERU	2	729	0	21	S/D
BRASIL	228	1.086	811	105	418
CHILE	5	113	65	50	103
ARGENTINA	29	557	65	58	93
ECUADOR	5	31	0	20	0
PARAGUAY	3	26	1	2	5
BOLIVIA	09	39	12	1	0

Fuente: OPS WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América latina y el Caribe, 2013

En cuanto a Brasil, es un país que cuenta con más de 2500 establecimientos, en las que se destacan centro de atención psicosocial, consultorios, servicios terapéuticos, hospitales especializados, etcétera. En el Perú, existen 753 establecimientos dedicados a la salud mental, concentrada su totalidad en la capital del país, a ello se le agregaron los nuevos centros de salud mental comunitario como nuevo establecimiento de atención primaria. (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 33)

Pero aun así existe un déficit en cuanto establecimiento, si los comparamos con el país a nivel de América que contiene mayor número de servicios de salud mental,

Tabla 9: Comparación de Establecimiento por habitante

Pais	Habitantes	Establecimiento	Hab/ Est.
Brasil	209 288 278	2648	79 036
Perú	31 488 625	753	41 817
Lima	9 111 000	14	650 785

Fuente: OPS WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América latina y el Caribe 2013 / Elaboración Propia

Se evidencia que el problema de equipamiento especializado en salud mental. Por ejemplo, Brasil tiene una población muy alta comprado a la de Perú, al igual que sus establecimientos, pero aun así no abastece a la población, en cuanto al Perú de igual forma sería 41 mil 817 habitantes por establecimiento por último en Lima serían 650 mil 785 habitantes por unidad médica.

Según el Dr. Cutipe Y. en el informe (Integración, Instituto de Análisis y Comunicación, 2016), alega que en el país existe un modelo arcaico, basado en hospitales como único establecimiento de atención en salud mental.

Por ello es necesario, analizar la causa del déficit en equipamiento especializado en la salud mental, para conocer los factores que impiden tener servicios asistenciales especializados, que contribuyan en el desarrollo de las personas que padecen de trastornos mentales.

De acuerdo al informe (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 18), menciona el presupuesto asignado a la salud mental por regiones, indica que América Central, México y el Caribe Latino designa el 88% del presupuesto a hospitales psiquiátricos y el resto se designa a otros usos.

Tabla 10: Presupuesto asignado para la salud mental

<b>País</b>	<b>% de Presupuesto Asignado para la Salud Mental</b>	<b>% de Gastos Asignados a Servicios Hospitalarios Psiquiátricos</b>
Uruguay	7	72
Panamá	3	44
Perú	3	98
Brasil	2,4	49
Chile	2,1	33
Argentina	2	65
Ecuador	1,2	59
Paraguay	1	84
Bolivia	0,2	Sd

Fuente: OPS WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América latina y el Caribe, 2013

En América del sur el presupuesto que se designa para salud mental varía entre el 0.2% y el 7%, puesto que solo el 63% de países aporta entre el 1% a 5%. Siendo Uruguay el país en América Latina el que más invierte en salud mental, aportando el 7% cifra elevada en comparación con otros países. (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 18)

Como ejemplo Perú y Panamá invierten el 3% a la salud mental, pero varían en el montón que se les asigna a los hospitales; en el caso de Panamá invierte el

44%, mientras Perú el 98%. La diferencia es que Panamá designa el 56% a programas y servicios de atención primaria; y en el Perú solo 2% va designado a otras actividades (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 17)

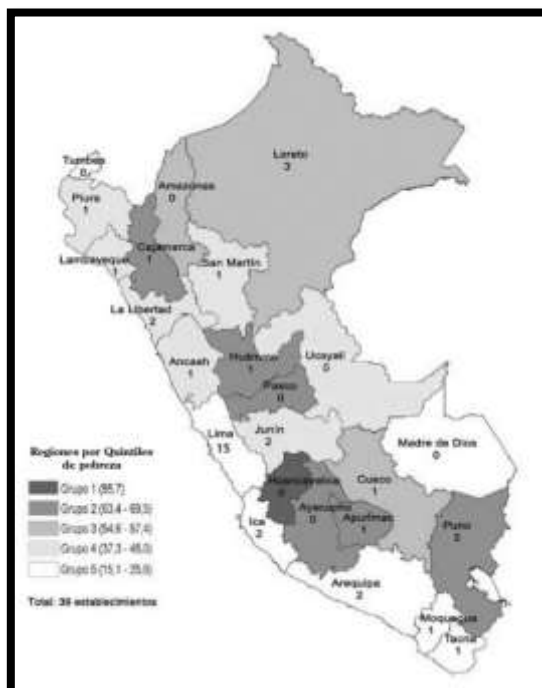
Así mismo se refleja en los recursos financieros y humanos que se le asignan por ejemplo a la carga de problemas mentales que equivalen al 10% y solo recibe el 1%. Considerando además que en países de ingresos bajo y medios invierten por habitante menos de \$2, lo contrario sucede en países de ingresos altos que invierten más del \$50 por habitante (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2015).

En conclusión, la inversión en salud es importante para establecer bienestar en la población, y aún más relevante si existe alto índice de problemas mentales y las autoridades no designan un presupuesto adecuado para establecer equipamientos que contribuyan en la accesibilidad de las personas con problemas mentales.

### 1.1.3.1. Establecimientos centralizados

En el Perú según el informe (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 102), alega en el 2009 solo teníamos 39 establecimientos dedicados a la salud mental, la mayoría de ellos se encuentra en Lima; es así como desde entonces se centralizaron los establecimientos, siendo un departamento bajo en nivel de pobreza. Ello dificulta el acceso a la atención.

Figura 44: Establecimientos por región 2009



Fuente: Defensoría del pueblo - Salud mental y derecho humano supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables 2009

Desde el 2015 se incrementaron los nuevos centros de salud mental comunitarios, hasta en la actualidad se vienen desarrollando 31 establecimientos, de igual forma la capital tiene el mayor número de centros comparado con otros departamentos (Andina, 2018)

Figura 45: Ubicación de centros de salud mental en el Perú



Fuente: Andina Salud mental: nuevo plan implementará 281 centros comunitarios al 2021, 2018.

En cuanto a la capital del país, los establecimientos especializados se concentran en Lima metropolitana. Por ejemplo, los servicios especializados que se encuentran en Lima son 3: Hospital Larco Herrera, Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizan y por último el Instituto Nacional de Salud Mental de categoría III tipo 1, según corresponde a un radio de influencia de 120 min. Aproximadamente 6.1 kilómetros (Ministerio de Salud, 2004, pág. 38).

Es por ello que analizaremos la causa de los establecimientos centralizados en el país, que limita el acceso de los pacientes; puesto que las normas y leyes que se establecen en salud mental son ineficientes.

Según el informe establecido por el MINSAL (Ministerio de Salud, 2004, pág. 7) señala que los planes y normas llevados a cabo durante los años 60, 70 y 80 no se realizaron. Entre las dificultades por las que no se llevaron a cabo las propuestas son la falta de organización en el sector, pocos recursos, así como la falta de contrapuestas.

En el 2004, se planteó los “Lineamientos para la acción en salud mental” y la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz. Como fin declara la salud mental como un derecho fundamental en la salud (Consejo Nacional de Salud, 2005 - 2006, pág. 15).

Así mismo en el 2006 priorizan la atención de la salud mental en la atención primaria (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 11).

Por otro lado, en el 2012 se promulga la ley N° 29889 que garantiza los derechos de los habitantes con problemas mentales y su accesibilidad (Congreso de la República, 2017, pág. 15).

Por último, en el 2018 — 2021 se establece el plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria (Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021, 2018).

De acuerdo al informe (Congreso de la República, 2017, pág. 12), donde compara las normas y leyes establecidas para personas con problemas mentales.

Tabla 11: Planes y normas establecidos en salud mental

Guatemala	Plan de estratégico nacional para el fomento de la salud mental en Guatemala 2006 – 2020	Plan estratégico que responda a las necesidades de una visión y misión consensuada que permita implementar de forma planificada [...]
Perú	Plan nacional de salud mental R.M. N° 943-2006 /MINSA	1.- Posicionar la salud como un derecho para los habitantes, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país [...]

Fuente: legislación comparada sobre salud mental, 2017/ Elaboración Propia

Se destaca que aun en el Perú las normas se rigen a establecer la salud mental como derecho a su accesibilidad desde el 2006. En comparación con Guatemala que estableció una norma en el mismo año en el que señala un plan que permita corresponder a las necesidades de pacientes con problemas de salud mental.

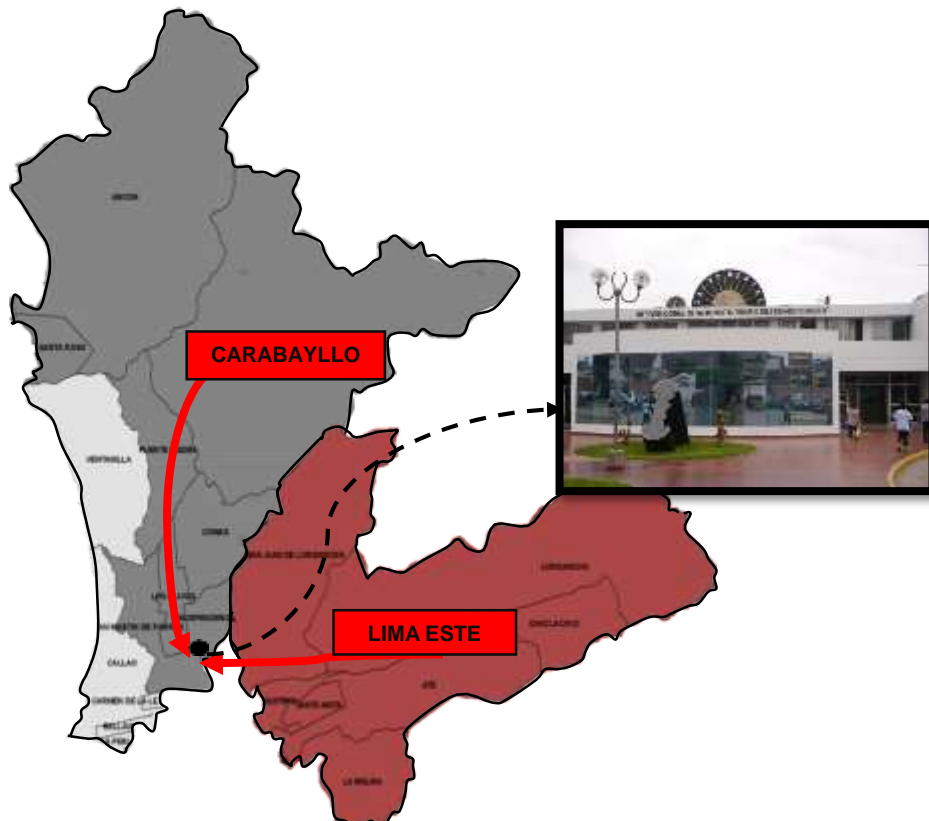
Si bien existen barreras en la planificación de servicios destinados a la salud, hoy en día existen iniciativas por parte del ministerio de salud en busca reconocer al paciente con problemas mentales; pero estos de igual forma no son lugares planificados ya que muchos de los establecimientos son adaptados a viviendas y convirtiéndolos en centros comunitarios para la salud mental. Así mismo existen altos niveles de problemas mentales y en la ciudad solo existen 3 establecimientos especializados.

### 1.1.3.2. Desplazamiento

Los servicios de salud mental se encuentran centralizados y ello se añade el desplazamiento que realizan los pacientes para cubrir dicha necesidad. Tal como se desarrolla en los 3 principales servicios de la ciudad como: El Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizan e Instituto Nacional de Salud mental, en el cual analizaremos el lugar de procedencia según la demanda.

Según el (Intituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2017, pág. 16) ubicado en San Martín de Porres presenta la informe cartera de servicios de salud, en el cual señala que los distritos más lejos que han asistido ya sea por consulta externa, hospitalización o emergencia son Carabayllo y algunos distritos de Lima este.

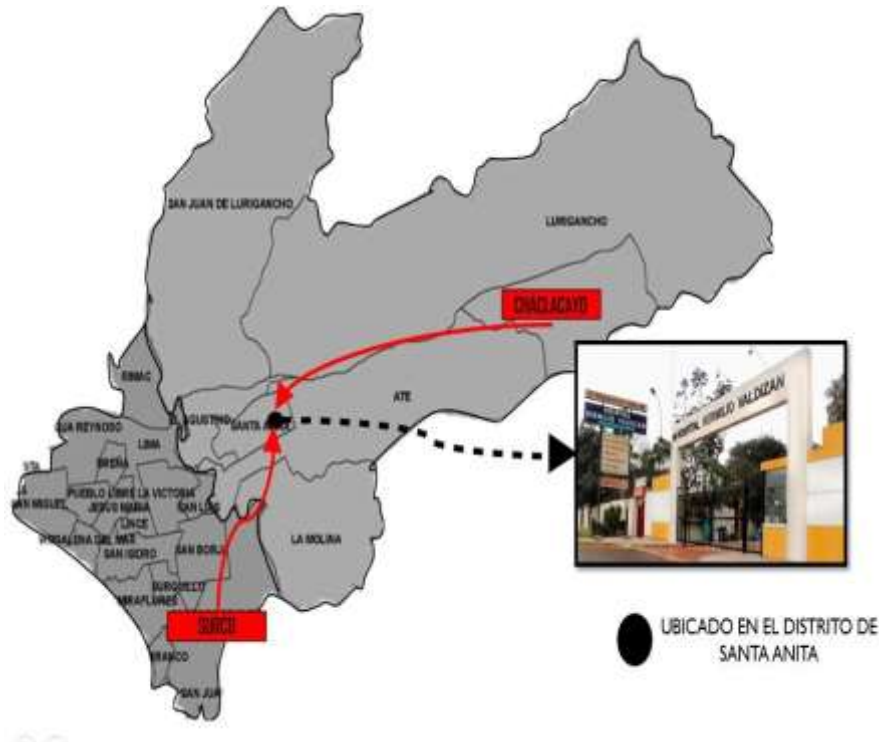
Figura 46: Demanda de pacientes por lugar de procedencia en el Instituto Nacional de SaludMental.



Fuente: cartera de servicios de salud – Honorio Delgado Hideyo Noguchi 2017/ Elaboración Propia.

En cuanto al Hospital Hermilio Valdizan ubicado en Santa Anita, presenta la procedencia de sus pacientes de mayor lejanía, según su lugar de procedencia. En el cual indica lo conforma Chaclacayo y Surco (Ministerio de Salud- Hospital Hermilio Valdizan, 2013, pág. 32)

Figura 47: Demanda de pacientes según su lugar de procedencia del Hospital Hermilio Valdizan



Fuente: análisis de situación de salud hospitalaria - Hospital Hermilio Valdizan, 2013 / elaboración propia

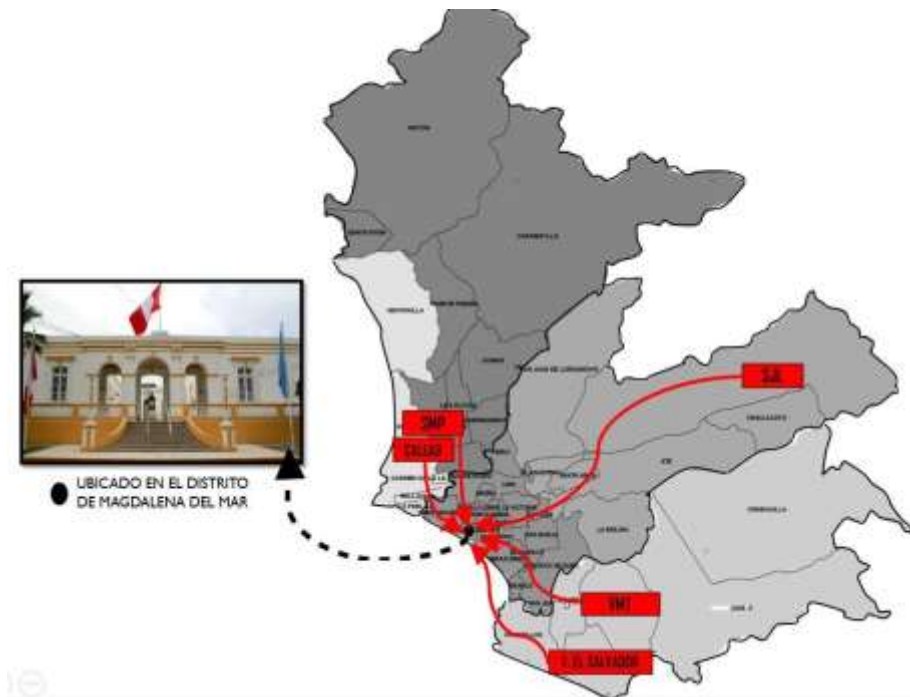
Por último, en el Hospital Víctor Larco Herrera, es el que más pacientes acuden según su lugar de procedencia como por ejemplo San Martín de Porres, el Callao que tienen mucho más cerca el servicio del Instituto Nacional de Salud Mental, sin embargo, acuden al Hospital Larco Herrera.

Así mismo entre otros distritos se encuentran San Juan de Lurigancho, Villa María del Triunfo y por último Villa el Salvador, distritos que buscan satisfacer sus necesidades de discapacidad mental.

Por ejemplo, en cuanto a demanda por consulta externa los distritos con mayor influencia fueron Callao, Villa María del Triunfo, seguido de Villa el Salvador y finalmente San Juan de Lurigancho al igual que en emergencia. En el caso de hospitalización asistida los mismos distritos incluyéndose San Martín de Porres



Figura 48: Demanda de pacientes según su lugar de procedencia al Hospital Víctor Larco Herrera



Fuente: Análisis Situacional Establecimientos Hospitalarios (ASEH) 2016 / Elaboración propia

Para finalizar el desplazamiento, se establece para mejores necesidades, que no son cubiertas totalmente, es por ello que nos movilizamos. Sin embargo, otro factor importante es la desintegración que existe en cuanto a las instituciones de salud mental, ya que no cuentan con un plan que establece su conexión entre los servicios.

Es por ello, que es importante analizar la causa del desplazamiento por servicios de salud mental, siendo la causa principal los establecimientos desintegrados en el país.

Según (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 99), alega que existen 39 establecimientos que brindan atención en salud mental de los cuales 33 son hospitales generales, 2 Hospitales especializados, 1 Instituto y 3 Centros de reposo ubicados en diferentes departamentos del país. Parte del déficit que se encuentra en cuanto equipamiento, se añade a ello la desintegración que obstaculiza en el acceso a los servicios.

En el 2015 se estableció la reforma de la atención implementando un modelo de atención con la ley n° 29889, sin embargo, esta red integradora no cumple con los niveles de atención establecidos. Como primer nivel de atención se encuentra el centro de salud en general, que solo establecen en sus servicios atención en consultorios como la psicología. Siguiendo en el segundo nivel se encuentra los centros comunitarios de salud mental comunitarios que, si establecen atención especializada sin embargo no cubren la demanda debido que solo existen 31 en todo el país.

Por último, en el tercer nivel se encuentran los hospitales especializados en psiquiatría que existen 2 establecimientos para todo el país. Luego de los servicios de hospitalización se recurre al centro de rehabilitación psicosocial, en el cual el Perú no cuenta con ningún establecimiento. Debido a ello el sistema que se planteó sigue siendo desintegrado. Tal como lo afirma el Dr. Cutipe Y. que indica deberían existir como mínimo de 300 establecimientos en todo el país, para la demanda en discapacidad mental que existe en el país (Integración, Instituto de Análisis y Comunicación, 2016, pág. 5).

Es importante establecer una red de atención que integre los servicios de salud mental, haciendo que sea accesible, viable y eficiente, para obtener un buen manejo de los servicios en el país. Así mismo la inversión, puesto que en diferentes distritos aún no se han establecido servicios especializados de salud mental.

Para finalizar, la realidad problemática en el contexto social, arquitectónico y urbano; llegamos a la conclusión:

En los problemas sociales, se refleja las actitudes frente a personas con problemas mentales, así mismo a la falta de integración en ámbito educativo, laboral y social; que mediante las barreras sociales son discriminados, excluidos, apartados y aislados.

En cuanto a los problemas arquitectónicos, se evidencia que los principales establecimientos en la salud mental presentan una estructura pabellonal, que está conformada por elementos desintegrados que para pasar de un pabellón al otro se recorren largos tramos. Y si a ello se le agrega que la calidad espacial se encuentra deteriorada, y en algunos casos mantienen materiales de quincha; inestables ante cualquier riesgo; esto debido a que tienen más de 50 años de funcionamiento. Es por ello que nuestra investigación está ligada a conocer las características estructurales y funcionales que contribuyan en la integración social.

En los problemas urbanos, se centran en la falta de inversión en salud mental ya que el modelo de atención en el país está basado en hospitales psiquiátricos, si bien se ha implementado un nuevo modelo de atención a nivel distrital; es necesario contar con 300 unidades como mínimo en todo el país para abastecer a la población necesitada. Puesto que las personas se desplazan para cubrir sus necesidades hacia los tres y únicos servicios hospitalarios especializados en psiquiatría.

Finalmente, nuestra investigación busca conocer ¿Cuál es la relación de la tipología hospitalaria y la integración social de personas con discapacidad mental en la ciudad de Lima, 2019?

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. Tesis Internacionales**

Trabajos de investigación relacionados con el estudio de tipología hospitalaria y la integración social, desarrollados en el ámbito internacional. Los cuales se mencionan:

Insua, M. (2002) realiza una investigación titulada “Arquitectura de los hospitales de pabellones Gallegos”. Tesis para lograr el grado de doctorado en la Universidad de Coruña España. La investigación tiene como objetivo determinar el estudio de los hospitales pabellones y a su concreción dentro de la comunidad gallega. El autor da a conocer la versatilidad de la tipología hospitalaria pabellonal bajo su composición y como se relaciona con el servicio que se brinda a la comunidad durante su evolución; así como por su clasificación el cual se distingue por hospitales, manicomios, maternidad y sanatorios realizando incluso una comparación de la arquitectura de la época y la arquitectura del hoy considerando la tipología pabellonal. El tipo de investigación cuantitativa, tipo correlacional. Resultado señalo que la tipología pabellonal en muchos establecimientos han perdido su función original sin embargo en Francia aún siguen funcionando bajo el servicio hospitalario, el autor indica si influye la arquitectura o su construcción, puesto que se trabajaron bajo estudios de ventilación, construcción y arquitectura.

Lozano M. y Zevallos N. (2011) realizan una investigación titulada “Estudio de los espacios físicos para la rehabilitación psiquiátrica de los enfermos mentales en Manabí”. Tesis para lograr el grado de arquitectura en la Universidad Particular San Gregorio de Porto viejo — Ecuador. Tienen como objetivo analizar los espacios físicos de un hospital que garanticen un ambiente adecuado para las personas con enfermedades mentales en la provincia de Manabí. La investigación busca determinar además la relación del funcionamiento y estructura de los principales servicios hospitalarios de Manabí y el modelo constructivo que mantiene para el tratamiento de enfermos mentales. El diseño utilizado es no experimental. Tipo de investigación es explorativa (permite conocer el funcionamiento de los servicios), descriptiva (describe los problemas existentes en la actualidad), analítica (contribuye en dar una solución mediante una propuesta). Teniendo como resultado la falta de interés por las autoridades en cuanto a la salud mental, conlleva a la inexistencia de espacios físicos para el tratamiento de personas con problemas mentales.

Escribano, E. (2017) realiza una investigación titulada “Arquitectura hospitalaria del instituto nacional de previsión en Aragón. Hospital Miguel Servet del arquitecto Fernando García Mercadal” Tesis para obtener el grado doctoral en arquitectura en la Universidad de Alcalá - España. El objetivo de la investigación insertar una discusión sobre la evolución de la arquitectura hospitalaria española y la aragonesa del siglo XX. El autor investiga los modelos que se produjeron en cuanto a la tipología hospitalaria y como han contribuido en la sociedad.  
Método

experimental ya que no parte de principios a priori, enfoque cualitativo. Concluye que dicha investigación fue que los establecimientos fueron diseñados por varios motivos como el tipo político (tenían un estilo neo clasismo), económico (escasez de equipamiento), técnico (influencia de hospitales americanos) y por último tipo cultural (esencia de la arquitectura moderna implementando en los elementos constructivos y espaciales).

### **1.2.2. Tesis Nacionales**

En este aspecto, revisamos las investigaciones establecidas para el desarrollo de la variable tipología hospitalaria destinada a la salud mental a nivel nacional, que a continuación son mencionados:

Choque, R. (2014) realiza una investigación titulada “Relación entre la configuración espacial con base en la teoría open door y el confort perceptual en el diseño de un hospital de salud mental para la ciudad de Trujillo”. Tesis para obtener el título de arquitecta en la Universidad Privada del Norte, Trujillo Perú. Como muestra poblacional se tomó el departamento de Trujillo especialmente el distrito de Trujillo. El objetivo principal es explicar cómo la teoría open door permite mejorar el diseño de un hospital especializado en enfermedades mentales asignadas al confort del paciente. El autor plantea mejorar el proceso de recuperación mediante las teorías open door y generar la sensación de libertad de pacientes con problemas mentales considerando criterios como la flexibilidad, funcionalidad, privacidad, accesibilidad y confort que en la actualidad muchos establecimientos no cuentan con estos criterios. Tipo de investigación descriptivo, exploratorio de carácter proyectivo. Como resultado la investigación denota que los parámetros aportan a la calidad consiguiendo una relación entre el hecho arquitectónico y el bienestar del paciente.

Villavisencio, O. (2013) realiza una investigación titulada “La arquitectura hospitalaria y su evolución programática. Lima y Callao, 1955 — 2005” Tesis para obtener maestría en ciencias de la arquitectura en la Universidad Nacional de Ingeniería. El objetivo principal de dicha investigación es obtener los acontecimientos históricos de la evolución de los hospitales de Lima y Callao, determinando la relación interfuncional con las tecnologías constructivas en el tiempo. El autor analiza como las tecnologías constructivas, tendencia y formas que fueron apareciendo como solución a problemas sociales como por ejemplo en cuanto al control de epidemias en hospitales. El tipo de investigación científica es de carácter cualitativo como cuantitativo, porque explica la relación de las acciones en la parte médica y la interrelación con los espacios físico-funcionales de hospitales. Como resultado se señaló que los servicios sanitarios llegan hacer una obra abierta, que está expuesta a muchos cambios en el tiempo y el trabajo está en racionalizar sobre las funciones que ejerce.

Falen, L. (2003) realiza una investigación titulada “Criterios de diseño arquitectónico para hospitales tipo I” Tesis para lograr el título de arquitecto en la Universidad Nacional de ingeniería de Lima, Perú. Como objetivo principal determinar la evolución del diseño en hospitales y plantear espacios adecuados para la atención de la salud. El autor analiza el planteamiento de hospitales, así como su distribución y función que cumple cada ambiente ya que, los establecimientos hospitalarios muchas veces son modificados según su demanda y desarrollando una tipología metástasis, el cual señala que es caracterizada por perder su forma original debido a la falta de planificación como señala en la realidad problemática. El tipo de investigación científica es descriptivo. Como resultado el diseño de un establecimiento llega a hacer muy complejo debido a la evolución que existe durante el tiempo, por ello se plantearon criterios cualitativos como la adaptabilidad, interacción, acceso, construcción y mantenimiento que determinarían su proceso.

### 1.3. Marco referencial

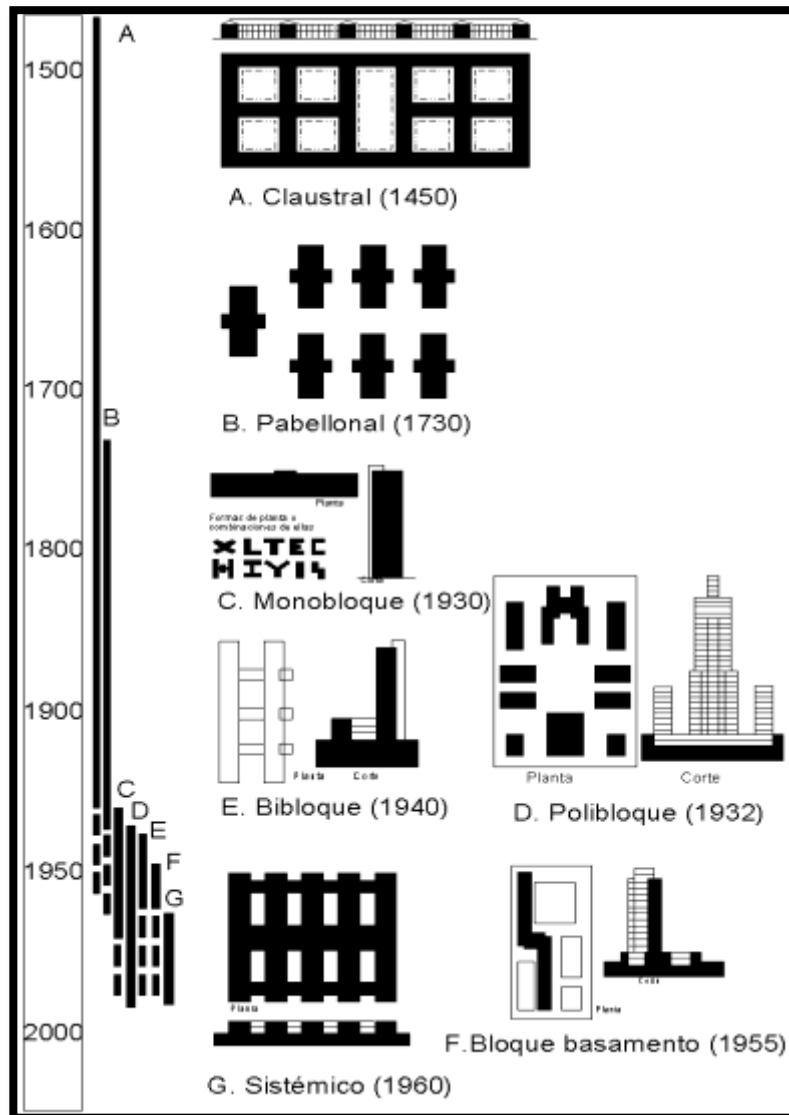
#### 1.3.1. Marco histórico

##### 1.3.1.1. Evolución histórica de la tipología hospitalaria

Los establecimientos hospitalarios han ido sufriendo muchas transformaciones a lo largo de los siglos, donde estas transformaciones se produjeron por atender la demanda de salud y parar los contagios que surgieron en los mismos establecimientos hospitalarios (Czajkowski, 1993, p.1).

Vale decir, la permanencia de las tipologías en el tiempo se puede ver reflejada en la aparición de diversos tipos, esto se produce en los años sesenta la cual coincide con la gran revolución tecnológica.

Figura 49: Esquema de la evolución de Tipología Hospitalaria

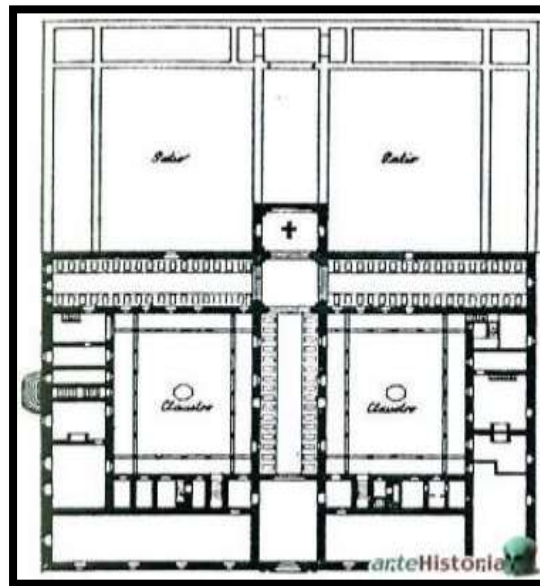


Fuente: Evolución de la tipología hospitalaria

- **SIGLO XI – XIV**

Los establecimientos hospitalarios en esta época eran formados por una gran nave de una o varias crujías en donde se encontraban los enfermos en sentido longitudinal. Los establecimientos encargados en el cuidado de la salud eran los servicios benéfico-asistenciales, se daba por la caridad cristiana, vale decir estos establecimientos tenían que estar cerca a monasterios, catedrales o conventos que se encuentran a su alrededor. El diseño de las crujías en los establecimientos estaba ligadas a edificaciones religiosas, donde los espacios amplios hacen más viable la atención de los pacientes, puesto que en dichos espacios se juntaban los enfermos y hacía que las enfermedades se contagien, ya sea entre pacientes, médicos y visitantes dentro y fuera del establecimiento.

Figura 50: Planta del Hospital Santiago de Compostela



Fuente: Evolución de la tipología hospitalaria

- **SIGLOS XV**

El lugar establecido para los locos y otras personas con enfermedades incurables en la época media, eran el refugio donde anteriormente habían estado los leprosos. Como medida de protección, las iglesias, monasterios y parroquias se encargaban de brindar asistencia a la población más vulnerable y a los locos (personas con enfermedades mentales).

En 1409 se fundó el hospital de los inocentes en Valencia España, el cual fue el primer hospital en el mundo impulsada por un fraile mercenario, Juan Gilabert Jofre, siendo la primera institución especializada en dementes, separando a los pobres y a personas con enfermedades incurables, ya que estas ocupaban el mismo lugar de atención. El primer manicomio surgió como medio social de atención así mismo se expandió en las ciudades como Toledo, Barcelona, Sevilla, Zaragoza, etcétera.

Figura 51: Manicomio de los inocentes, Valencia



Fuente: Valencia actual

Fue un gran complejo hospitalario, en el podíamos encontrar: Enfermerías, la botica, jardines o patios, huerta, farmacia, iglesia, salas de curas, salas de enseñanza, etc.

Este gran hospital disponía con dos entradas: una que era la principal, ingreso del público en general y la segunda era para el ingreso de enfermerías. Tiene forma fragmentada. Cuenta con pasadizos lineales que forma una cruz, dentro de ellas se encontraba el área de hospitalización. Contaba con dos patios que actuaban como conectores a todos los ambientes.

En esta época se encontraba la tipología “Monobloque Claustal”, donde el Hospital de Inocentes lo representaba, nos dice que cuenta con un solo núcleo, en el cual se observaba 4 ángulos que desde ahí se podría visualizar a todos los enfermos.

La decoración del Hospital de Inocentes estaba representada con imágenes del nuevo y antiguo testamento entre otras escenas. Las columnas de piedra que tenía se encontraban lucidas con imitación de mármol, esta gran construcción contaba con más de 100 columnas por cada planta.

- **SIGLO XVI – XVII**

En la época clásica, se busca que los dementes se integren a la sociedad mediante el campo laboral. Tratando establecer la igualdad en el trato y hacerles valer por sí mismos.

Si bien en la ciudad había vagabundos, dementes, delincuentes; donde lo atendían en conjunto, había un hospital especialmente encargado para dementes, ya que con ellos realizaban pruebas de investigación. Como el Hospital Hotel Dieu en Francia. Donde curaban con remedios tradicionales que servían como tratamiento.



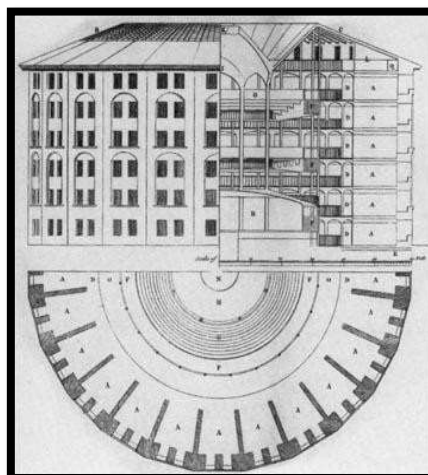
Figura 52: Hospital Hotel Dieu



Fuente: Scienc museum

En estos siglos XVI - XVII los establecimientos tienen la planta radial en la cual se enfoca en un esquema Panóptico donde era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro, tal es el caso del Hospital Torre de Los Locos, fue fundada en el año 1784, fue impulsado por Joseph II, emperador de Sacro Imperio Romano. Se trata de una mole de ladrillo de forma cilíndrica con cinco plantas y 139 celdas en donde viven los enfermos psiquiátricos.

Figura 53: Modelo de enfoque Panóptico

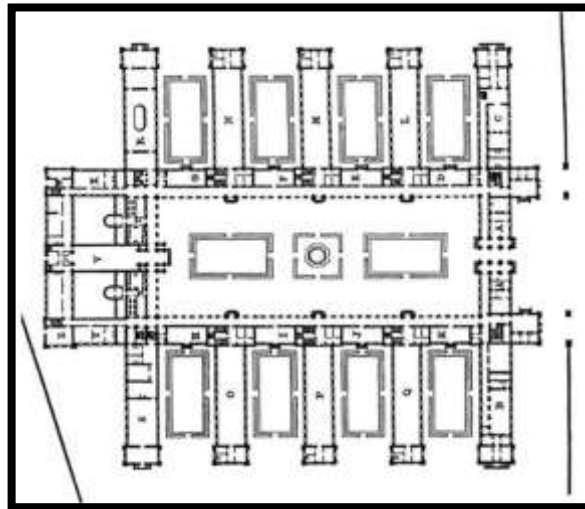


Fuente: El panóptico más allá de vigilar y castigar

- **SIGLO XVIII**

En este siglo aparece la tipología de hospital pabellonal, en donde esta tipología presenta separaciones de bloques para lograr más independencia en donde halla la posibilidad de dominar cada pabellón en función de diferentes enfermedades, separados por grandes patios que contribuyen a la asistencia de soporte descentralizado (López, 2008, p.32).

Figura 54: Hospital Lariboisiere de Paris – Planta



Fuente: El hospital. Doscientos años de proyectos

Vale decir la tipología pabellonal posee una gran trayectoria hasta el presente. Sus orígenes se desarrollan principalmente en el hecho de poder separar los diferentes tipos de enfermedades en distintos pabellones, en donde se trataba de controlar las epidemias y los contagios que se encontraban en dichos edificios.

Por consiguiente, la dispersión y clasificación de dichos pabellones estaban articulados con grandes circulaciones descubiertas terminando en extensos parques o patios.

La separación de estos pabellones en su gran mayoría era de 80 metros, las enormes distancias por recorrer y los diferentes climas de cada lugar hacían que los pabellones se unifican con grandes circulaciones. (Czajkowski, 1993, p.5).

A partir de ello surgen modelos de pabellones:

- Pabellones ligados por circulaciones abiertas.
- Pabellones ligados por circulaciones semi-cubiertas.
- Pabellones coligados por circulaciones semi-cubiertas.
- Pabellones ligados por circulaciones cubiertas.
- Pabellones ligados por circulaciones subterráneas.

Las principales características que tiene esta tipología pabellonal son:

- Separación de ambientes o espacios.
- Clasificación de ambientes.
- Circulaciones extensas (mayores índices).
- Extensos patios o parques.

- **SIGLO XIX - XX**

Durante la época moderna, se crearon más manicomios en distintas ciudades, en el que los pacientes seguían siendo torturados. Ya que muchos creían que la cura a ello era mediante maltratos. Como lo que sucedía en casa de los locos.

Figura 55: Casa de locos- Paris



Fuente: Evolución de la tipología hospitalaria

Así mismo durante esta época, se empezaron a utilizar equipamientos como conventos, cuarteles, iglesias, etcétera; como espacios para los dementes. Y es que, si bien aumentaban las instituciones mentales, se disminuía la eficiencia en cuanto a calidad de atención. A partir de ello en estos siglos XIX–XX surgieron otros modelos de tipología entre ellas estaba: Monobloque, Polibloque y Sistemático.

### **1. Monobloque**

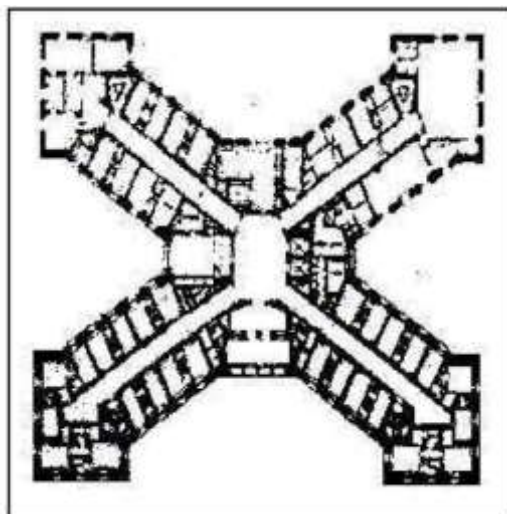
Esta tipología nace en Estados Unidos, en los años veinte donde aparece la tecnología constructiva que le da realce.

Las características más importantes de esta tipología son:

- Cuentan con circulaciones verticales (ascensores, montacargas, etcétera).
- El traslado de los pacientes se realiza a cubierto, reduciendo el tiempo de desplazamiento.
- Se juntan los servicios específicos del hospital, ganando eficiencia; eliminando recorridos inútiles para mejorar la circulación del mismo.

Esta tipología presenta un gran avance por sobre la última tipología existente (pabellonal), donde no solo optimiza los recorridos de personas y servicios, también mejora la relación hacia el enfermo, eliminando el movimiento entre pabellones y mejorando su atención (Czajkowski, 1993, p.7).

Figura 56: Planta de Hospital La Quinta avenida, Nueva York



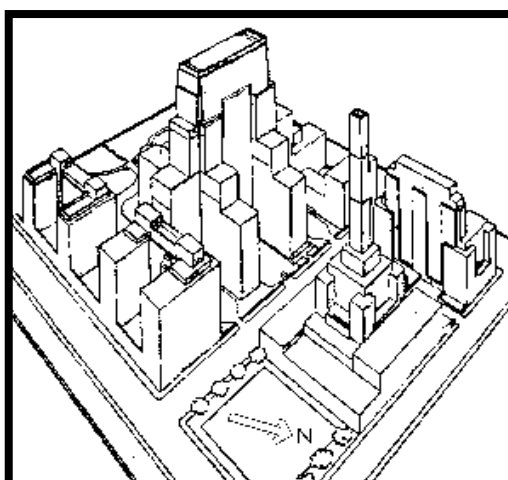
Fuente: Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica

## 2. Polibloque

Esta tipología nos presenta el detalle en estar desarrollada en diversos bloques, ya sea de nueve o más pisos unidos o desunidos por circulaciones horizontales. Primordialmente la parte principal o la parte más significativa es la que va destinado para el internamiento de los enfermos, en los demás bloques se ubica los servicios de urgencia, servicios generales, terapia, ambulatorios, etcétera.

ale decir esta tipología en algunas ocasiones alcanza una gran magnitud que llega a convertirse en una ciudad hospitalaria; tal es el caso del Hospital de Nueva York, fue construida en el año 1932, este gran hospital se compone con 12 dispositivos relacionados entre sí (Czajkowski, 1993, p.9).

Figura 57: Centro Médico de Nueva York, 1932



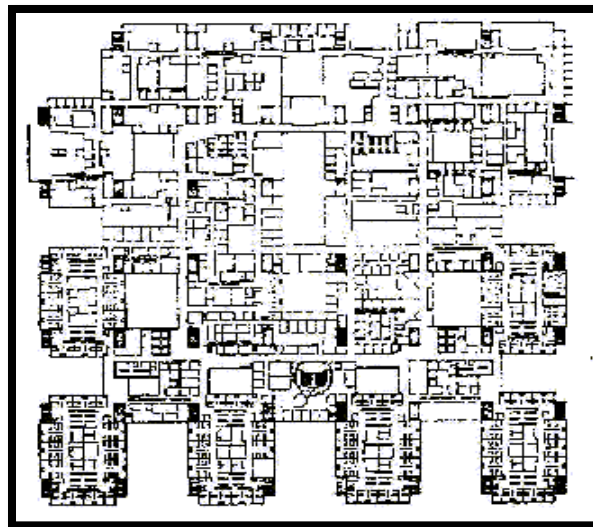
Fuente: Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica

### 3. Sistemático

La tipología sistemática pone en énfasis la flexibilidad del plano, esta nace a partir de los sistemas compactos que se crean en la tipología de monobloques, vale decir mediante ese aspecto plantean la posibilidad de desarrollar hospitales donde se tenga una flexibilidad total en la planta, para que así no haiga interrupciones de elementos estructurales como vigas, columnas, de la cual se desarrollen diferentes funciones o servicios.

Por otro lado, se podría decir que esta tipología plantea una estructura abierta, un tipo de trama o red que no solo se vería reflejada en la planta, sino también en la altura (Czajkowski, 1993, p.10).

Figura 58: Hospital Mac Master - Canadá

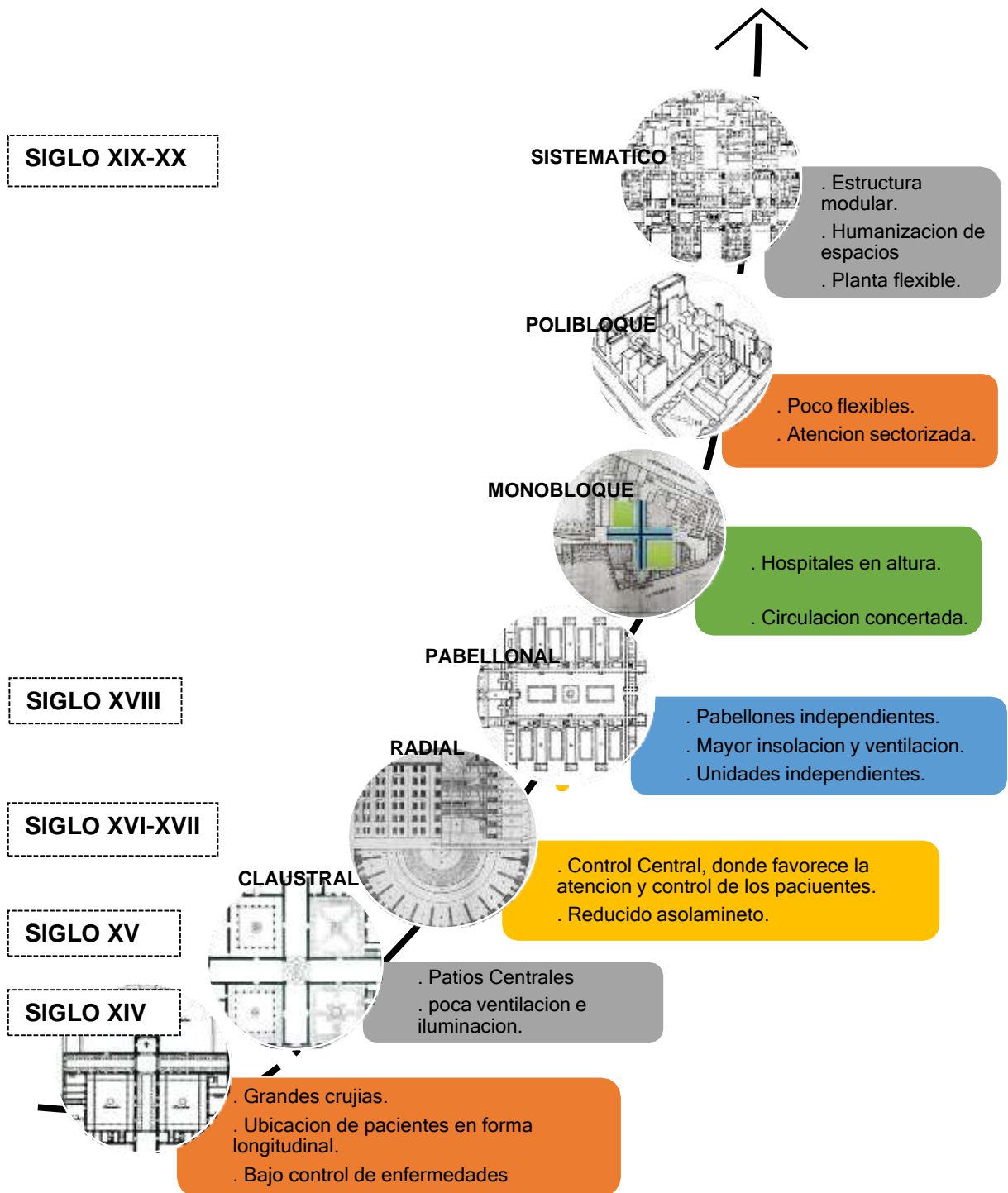


Fuente: Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica

Para concluir durante las épocas, se ha tenido excluido a los dementes, pobres, delincuentes, etcétera. de la ciudad ya que sus conductas, apariencia y comportamiento afectaban a la sociedad. Si bien hubo gobernantes que se preocupaban por revertir; mediante la creación de casas, conventos y hospitales que ayudaran en el tratamiento.

El análisis y clasificación de las tipologías hospitalarias nos permiten llegar a identificar grandes aspectos de las edificaciones dirigidas al campo de la salud mental, donde nos consiente tener una perspectiva a través de sus fortalezas y problemas de nos van dejando las construcciones ya existentes.

Figura 59: Esquema cronológico de la Tipología Hospitalaria



Fuente: Elaboración propia.

### 1.3.1.2. Evolución del equipamiento especializado en la salud mental

Las enfermedades mentales han sufrido variaciones en el tiempo, durante distintas épocas y situaciones, así mismo la sociedad cumple un papel importante en el tratamiento de las personas con problemas mentales. Esto varía como han sido tratados y atendidos por diferentes culturas en el mundo.

Durante la edad media y renacentista (siglo xv) se denominaba como loco a la persona que padecía de problemas mentales, así mismo consideraban los trastornos mentales como efecto de pecado o castigos del diablo; por medio de pacto o también era atribuida como brujería o maleficio. Otra de las características que alegaban, eran que los enfermos mentales tenían una piedra en el cerebro, que genera la locura en ellos; es por ello que mediante una cirugía tradicional extraían la piedra como cura.

*Figura 60: Extracción de la piedra de la locura*



Fuente: 1940 La extracción de la piedra de la locura

Durante el primer periodo del feudalismo, en el que establecieron excluir a las personas con enfermedades mentales, así como retíralas y apártalas de cualquier espacio en la ciudad. El primer hecho se registró en Europa, seguido por los países occidentales que también establecieron estas conductas. No importaba la clase social, ya que hasta los más adinerados eran retirados de la ciudad sin distinción alguna (Vázquez, 2002, p.2).

Debido a su apariencia física los locos causaban susto en la población así mismo su vestimenta era deteriorada, incluso algunos no se vestían. En cuanto al aseo personal, se encontraban sucios, con heridas y emitían olores. No obstante, sus conductas generaban por parte de la población excluirlas del entorno social (Fernández, 2015, págs. 107, 108)

El lugar establecido para los locos y otras personas con enfermedades incurables en la época media, eran el refugio donde anteriormente habían estado

los leprosos. Como medida de protección, las iglesias, monasterios y parroquias se encargaban de brindar asistencia a la población más vulnerable y a los locos.

Así mismo durante la época, se busca mediante el gobierno promover ayuda para los pobres y dementes. Es en 1247 que se fundó el primer convento que pasara a ser hospital de bethleem atendido por monjes, ubicado en la ciudad de Londres quienes recibieron pacientes recién en 1377.

Los pacientes que recibían eran personas vulnerables tanto mental como físicamente así mismo en cuanto a su tratamiento se aplicaban medicinas tradicionales, no obstante, eran maltratados y encerrados con cadenas (Fernández, 2015, pág. 107)

Figura 61: Convento de Monjes de Orden Estrellas de Belén



Fuente: Getty imágenes- the railway station

Sin embargo, durante los gobiernos, el hospital de salud mental fue cambiando de lugar; por la estación de Liverpool.

En 1410 se fundó el hospital de los inocentes en Valencia España, el cual fue el primer hospital en el mundo impulsada por un fraile mercenario, Juan Gilabert Jofre, siendo la primera institución especializada en dementes, separando a los pobres y a personas con enfermedades incurables, ya que estas ocupaban el mismo lugar de atención.

El primer manicomio surgió como medio social de atención puesto que, las personas que padecían de algún problema mental eran dejados a su suerte en la calle. Es por ello que se estableció el primer hospital sanitario, expandiéndose en otras ciudades como Toledo, Barcelona, Sevilla, Zaragoza, etcétera. para el cuidado de personas con problemas mentales.



Figura 62: Figura 62: Manicomio de los inocentes, Valencia



Fuente: Valencia actual.

En el año 1545 se registró un incendio en el hospital de los inocentes, que acabó con el manicomio; convirtiéndose como principal hospital de la ciudad al manicomio de Nuestra Señora de Gracia ubicado en Zaragoza.

Por consiguiente, el manicomio de Nuestra Señora de Gracia se convirtió en el principal hospital de la ciudad ubicado en Zaragoza.

Así mismo, parte importante del cambio de trato hacia los enfermos mentales fue por los monjes y enfermeros que manifestaron; la cura para la enfermedad mental y el trato digno hacia ellos, brindando atención y calidad en las instituciones de ayuda mental (Fernandez, 2015, págs. 112, 113).

En cuanto al continente americano en 1567 se inaugura el primer centro con características de ayuda para la sociedad, situado específicamente en México.

Figura 63: Hospital san Hipólito de convalecientes y desamparados



Fuente: Ex convento San Hipólito

Fundado por un exmilitar español Bernardino Álvarez, quien mediante sus experiencias de vida decidió donar sus ingresos a personas con problemas mentales y pobres.

Así mismo durante su vida militar sirvió como voluntario en un hospital, donde cumplía el cargo de enfermero; es por ello que fundo el hospital San Hipólito. Un recinto que brindaba ayuda a personas vulnerables, ya que él considera a los dementes como una piedra; puesto que no se valían por sí mismos.

Tras fundar el hospital, decidió establecer una red de asistencia especializada para dementes y pobres que unía las principales ciudades de México (Sacristan, 2005, pág. 14).

En conclusión, durante la época media y renacentista los dementes eran excluidos por toda la sociedad, sufrían con los encierros y tratamientos que se empleaban de forma tradicional. Así mismo algunos los consideraba como dioses o maldecidos.

Con el paso de los años, los gobernantes han contribuido en la atención cambiado la forma de curar, así como también en la evolución de las instituciones dedicadas al cuidado mental.

Durante la época clásica, el demente seguía siendo excluido por la sociedad, así mismo se le atribuía que era marginado y ocupan el lugar de los leprosos, no obstante, algunos dementes hurtaban en la ciudad; por ende, perturbaban el orden social. Se busca que los dementes se integren a la sociedad mediante el campo laboral. Tratando establecer la igualdad en el trato y hacerles valer por sí mismos.

Si bien en la ciudad había vagabundos, dementes, delincuentes; donde lo atendían en conjunto, había un hospital especialmente encargado para dementes, ya que con ellos realizaban pruebas de investigación. Como el Hospital Hotel Dieu en Francia. Donde curaban con remedios tradicionales que servían como tratamiento.

Figura 64: Hospital Hotel Dieu



Fuente: Fuente: Scienc museum

Durante la época moderna (siglo xix), se crearon más manicomios en distintas ciudades, en el que los pacientes seguían siendo torturados. Ya que muchos creían que la cura a ello, era mediante maltratos. Como lo que sucedía en casa de los locos

*Figura 65: Casa de locos- Paris*

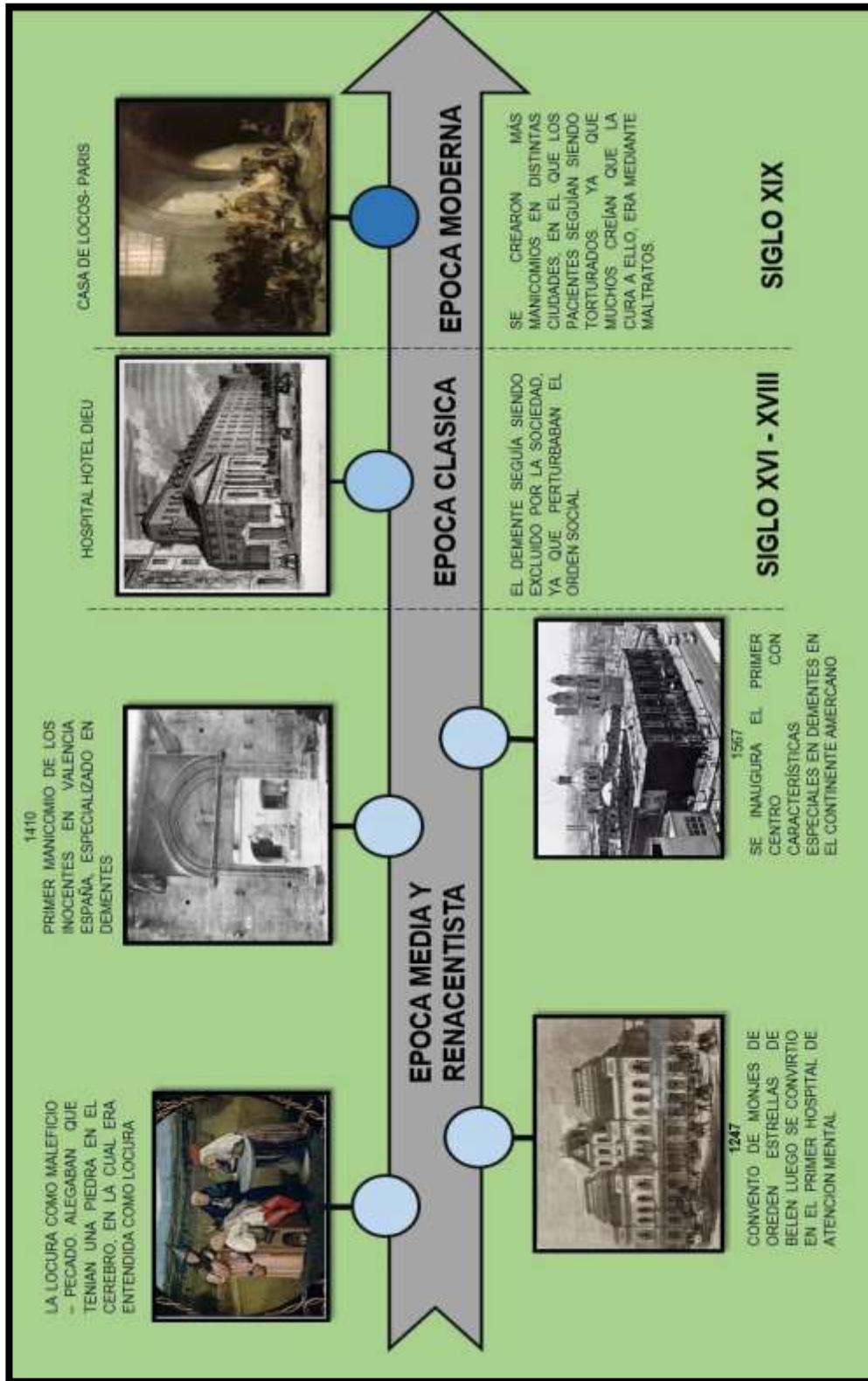


Fuente: Evolución de la tipología hospitalaria

Así mismo durante esta época, se empezaron a utilizar equipamientos como conventos, cuarteles, iglesias, etcétera; como espacios para los dementes. Y es que, si bien aumentaban las instituciones mentales, se disminuía la eficiencia en cuanto a calidad de atención.

Para concluir durante las épocas, se ha tenido excluido a los dementes, pobres, delincuentes, etcétera. de la ciudad ya que sus conductas, apariencia y comportamiento afectaban a la sociedad. Si bien hubo gobernantes que se preocupan por revertir; mediante la creación de casas, conventos y hospitales que ayudaran en el tratamiento.

Figura 66: Evolución de los servicios Especializados en la Salud Mental



Fuente: Elaboración Propia

### 1.3.1.3. Evolución histórica de equipamiento especializado en la salud mental- Perú

Los servicios de salud mental comienzan con la llegada de los españoles; puesto que en el país de España se desarrolló el primer hospital psiquiátrico. Durante la época virreinal e inca los gobernadores establecieron la creación de hospitales tanto para pobres, como enfermedades mentales. Es así como se estableció el primer Hospital la Rinconada de Santo Domingo y demás hospitales como el de San Andrés que fue establecido de uso exclusivo para hombre con problemas de locura, mientras que para las mujeres se estableció el Hospital Santa Ana.

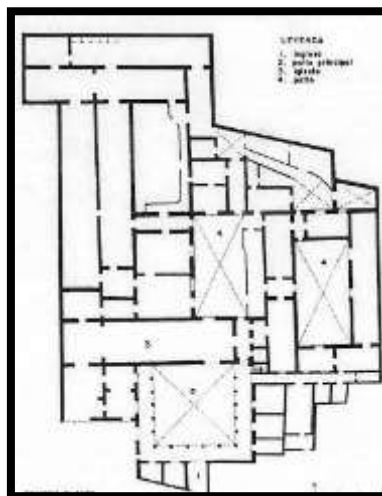
Figura 67: Hospital San Andrés



Fuente: Arquitectura Lima virreinal

El manicomio establece una tipología mediante patios centrales, donde los dementes se recreaban. Si bien en la época no había un tratamiento adecuado, los mantenían aislados como modo curativo. (Stuchi, 2012, pág. 27)

Figura 68: Hospital San Andrés – Tipología claustral



Fuente: Arquitectura Lima virreinal

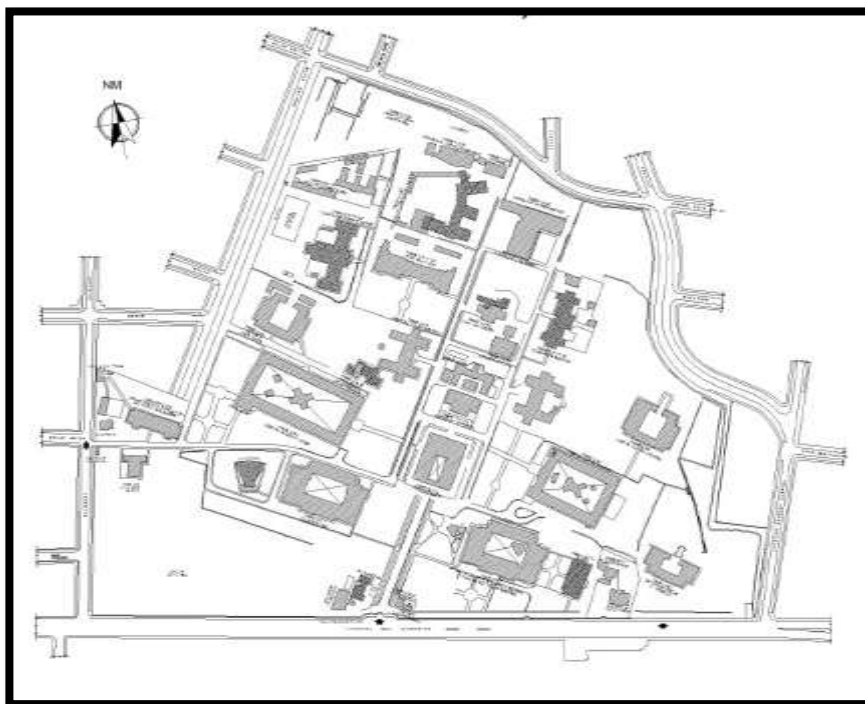
El Hospital San Andrés contaba con un solo acceso que conectaba con el patio principal, donde se ubicaba una pequeña parroquia. En la parte posterior de igual forma se ubicaban 2 patios donde los pacientes solían recrearse, su circulación es mediante corredores internos. El hospital atendió hasta el año 1875, puesto que los enfermos se mudaron al Hospital 2 de mayo para una mejor atención. En cuanto al Hospital de Santa Ana, dono sus áreas para la creación del HospitalArzobispo Loayza.

Durante el siglo xix se establecen nuevos hospitales, que brinden calidad de atención en cuanto al tratamiento (Stuchi, 2012, pág. 27).

Es así como en el Perú, existen 3 principales servicios especializados en la salud mental como: El Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizan y por último el Instituto Nacional de Salud Mental; es así que se dará a conocer como surgen estos servicios en el país.

En al Hospital Víctor Larco Herrera, surge como asilo colonial de Magdalena en el año 1918, siendo denominado como hospital desde 1930. Recibían pacientes del manicomio del cercado que ayuda a enfermos mentales en el año 1859, luego que fueron ayudados en loquerías. No obstante, desde el año 1966 paso a pertenecer al ministerio de salud. Considerado como el primer centro psiquiátrico de América Latina en realizar tratamientos modernos, fue el único centro en la ciudad en brindar atención hasta 1961. (Hospital Psiquiátrico Larco Herrera, 89 párr. 2-4)

Figura 69: Hospital Víctor Larco Herrera



Fuente: Análisis situacional de establecimientos hospitalarios (ASEH) 2016.

El hospital mantiene un área de 21 hectáreas, consta de tres tipologías pabellonal (cuenta con corredores descubiertos, de largos tramos para conectar sus ambientes), claustral (está compuesta por patios interno, su circulación es regular, ya que el patio genera un eje ordenador) y por último la tipología metástasis (son aquellos establecimientos que han perdido su forma original, durante el tiempo). Es decir, el hospital Víctor Larco Herrera está compuesto por diferentes características estructurales, puesto que presenta tres tipologías.

El segundo hospital especializado en la salud mental en el país, es el Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizan, ubicado en el distrito de Santa Anita. Fue construido en el año 1944, para contribuir en la atención de enfermos crónicos del Hospital Larco Herrera. Permaneció cerrada hasta el año 1961, que reabrió sus puertas para la atención hasta hoy en día.

Figura 70: Hospital Hermilio Valdizan



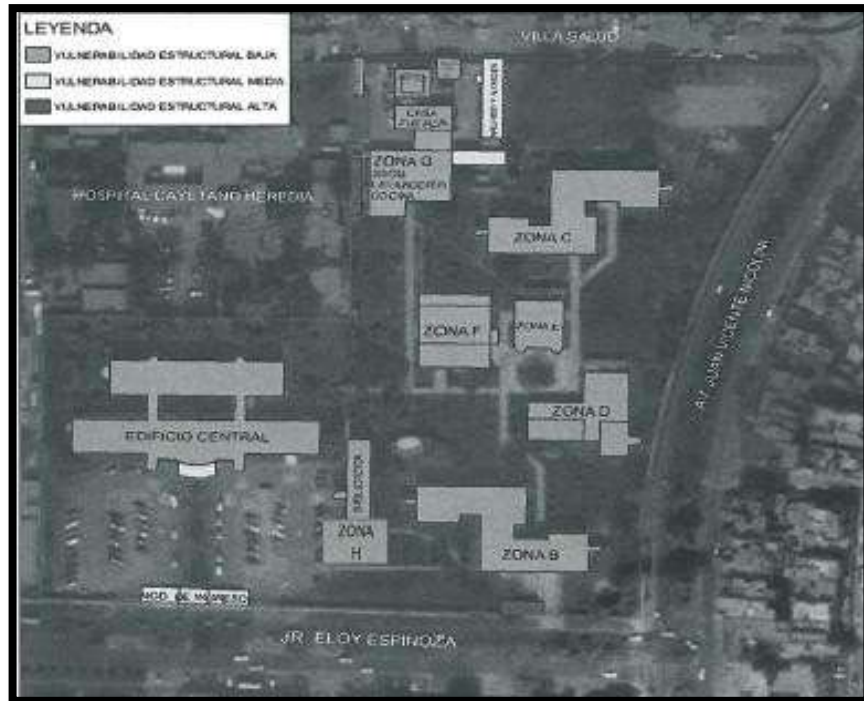
Fuente: Hospital Hermilio Valdizan ASIS, 2014.

Ocupa un área de aproximadamente 5 hectáreas, puesto que mantiene una estructura de una organización mediante pabellones, ya que los volúmenes se encuentran separados por áreas como consultorios, servicios, hospitalización, gimnasio, emergencia, etcétera. La distribución de los ambientes es a partir del eje central conformando una simetría y su circulación se da mediante pabellones descubiertos.

Por último y no menos importante, el instituto de salud mental surge tras un convenio realizado en el país con Japón en 1980, pues el proyecto de convenio establecía desarrollar un centro comunitario Juan Bosco de salud mental.

Es en el año 1981 que se accedió a cambiar de nombre centro de salud mental por instituto Nacional de Salud Mental Honorio Hideyo Noguchi, llegándose a inaugurar en 1982.

Figura 71: Planta del instituto Nacional de Salud Mental

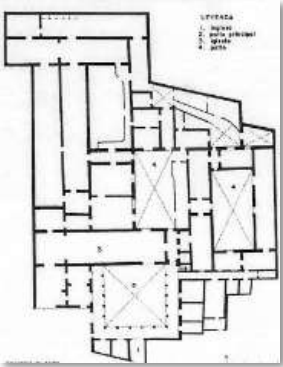
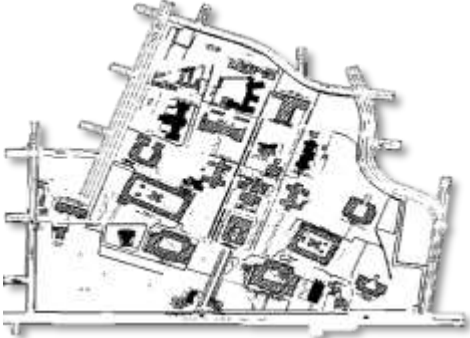
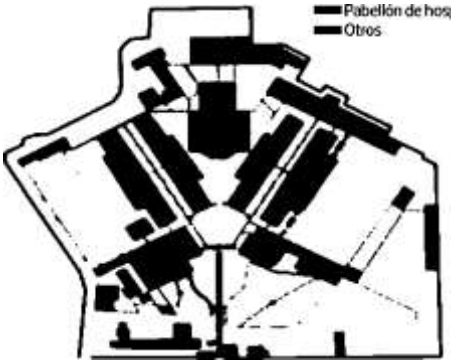
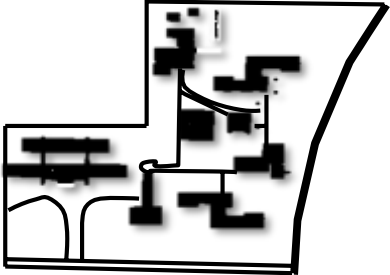


Fuente: INSM “HD-HN” (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”), 2017.

El Instituto de salud mental, mantiene una estructura pabellonal desintegrada, ya que para acceder de una zona a otra se tiene que circular por corredores de largos tramos.



Tabla 12: Tipología de Hospitales Psiquiátricos en el Perú

TIPOLOGIA	HOSPITALES PSIQUIATRICOS
<p>Hospital San Andrés.</p> <p><u>Tipología:</u> Claustral</p> <p><u>Circulación:</u> Corredores cubiertos - pasillos.</p> <p><u>Distrito:</u> Barrios Altos</p>	
<p>Hospital Víctor Larco Herrera.</p> <p><u>Tipología:</u> Pabellonal Con Patios Centrales.</p> <p><u>Circulación:</u> Corredores Descubiertos.</p> <p><u>Ubicación:</u> Av. El Ejercito</p> <p><u>Distrito:</u> Magdalena del Mar</p>	
<p>Hospital Hermilio Valdizan</p> <p><u>Tipología:</u> Pabellonal – presenta volúmenes separados.</p> <p><u>Circulación:</u> Descubierta parte del eje central y se ramifica a otros Conjuntos.</p> <p><u>Distribución:</u> Simétrica</p> <p><u>Dirección:</u> Av. Nicolás Ayllon</p> <p><u>Distrito:</u> Santa Anita</p>	
<p>Instituto Nacional De Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”</p> <p><u>Tipología:</u> Pabellonal – volúmenes desintegrados</p> <p><u>Circulación:</u> Corredores descubiertos.</p> <p><u>Dirección:</u> Av. Eloy Espinoza</p> <p><u>Distrito:</u> San Martin De Porres</p>	

Fuente: Elaboración Propia

### **1.3.2. Marco Conceptual**

#### **Tipología hospitalaria**

Se entiende por tipología al estudio de modelos con el fin de clasificar o comparar. Quiere decir, estudiar comparativamente los modelos semejantes de hospitales [...]. Resulta que el hospital es un edificio plurifuncional que necesariamente se basa al tratado de su diseño [...], para complejas funciones y tome relevancia en su definición estructural, las circulaciones externas e internas y el modo de plantearlas. Los parámetros que conformarían el tipo de un hospital podrían ser: definición y tamaño relativo de las grandes zonas, posición relativa, esquema general de circulaciones, organización espacial de las instalaciones y formas de acceso desde el exterior al edificio. (Cáceres, 2012, p. 24).

#### **Accesibilidad**

La accesibilidad, construye la idea de la existencia de dos elementos, entre ellos, usuarios y el sistema de salud. Así, se conceptualiza intuitivamente como accesibilidad, el poder atravesar ese espacio imaginario (incluidas las barreras) que existen entre uno y otro. Un ejemplo relevante de esto es un estudio que plantea la accesibilidad a servicios comunitarios de salud mental en términos de un sistema de “puertas abiertas”, lo que hace referencia al “dejar entrar” a los usuarios sin ponerle trabas [...], barreras arquitectónicas que impiden a los pacientes entrar al edificio. Así, esta intuición “espacial” o incluso “geográfica” de la accesibilidad, se centra en el acceso físico a los servicios de salud (Landini, Gonzalez y D'amore, 2014, pág. 233).

#### **Plurifuncional**

Espacios donde se puedan desarrollar diferentes funciones que se potencian las unas a las otras (Bonastra, Q., Farrero, M., Jove, G. y Llonch, N., 2014, pág. 9)

Tiene que conectar con el desarrollo de espacios que integran varias funciones al tiempo, pero no se limita solo a esto, creando proyectos que se adaptan al espacio en que se insertan y frecuentemente suelen responder a problemas urbanos. Asimismo, busca crear espacios que estimulen impacto emocional (Sanchez, D., s.f).

#### **Circulación**

Las circulaciones es parte fundamental de movilidad y comunicación con nuevas normas de ordenamiento y regulación: el régimen circulatorio, un tipo específico de lazo entre modos de proyectar movimiento, las formas psicomotrices de dichas prácticas y modos de conceptualización de unos y otros (Saenz, J., 2012, pág. 93).

## **Integración social**

La integración social supone que una persona a la cual se la haya identificado con alguna diferencia, pueda llegar a ser un miembro activo en ese grupo social. En sentido estricto, la integración propone la creación de espacios de socialización a los “diferentes” [...] modificación de los ambientes, en los que todas las personas son una parte fundamental para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades para la sociedad (Ardila, G. et al., 2016, pág. 267).

## **Socialización**

Nombra a la interacción, porque se trata de un proceso bidireccional: el sujeto recibe influencias del medio y a su vez él también influye sobre este [...] Provee las bases para la participación eficaz en la sociedad haciendo que el hombre haga suyas las formas de vida prevalentes en el medio social. Hace posible la existencia de la sociedad, pues a través de ella amoldamos nuestra forma de actuar a las de los demás. (Suria, 2010, pág. 2).

## **Relación**

Las relaciones sociales son la parte que define nuestra forma de ser, que implica relacionarse con los demás [...] es el conjunto de interacciones que conservan los individuos dentro de una sociedad. (Lopez, 2010, pág. 2)

## **Igualdad**

Es el derecho de toda persona a ser tratado de idéntica manera, es el principio inspirador de todos los derechos económicos, sociales y culturales, su contravalor es la discriminación. La igualdad puede ser jurídica y política y real o material, las leyes y los derechos políticos son los mismos para todos los ciudadanos, sin distinción de nacimiento, situación social o fortuna [...] lo cual involucra gestiones sociales y de salud para corregir desigualdades de partida; medidas no necesariamente iguales que conducen a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades. (Correa, Arias y Carmona, 2012, págs. 6,11).

## **Apropiación**

La apropiación del lugar es una forma de deducir la concepción de las relaciones con los “lugares”, lo que proporciona comportamientos ecológicamente responsables y la participación en el propio entorno, vale decir, “apropiado” acontece y desarrolla un papel primordial en los procesos cognitivos (conocimiento, categorización, orientación, etc.), afectivos (atracción del lugar, autoestima, etc.), de identidad y relacionales (implicación y corresponsabilizarían) Vidal, T. y Pol, E., (2005) (Casares A., 2012)

## **II. Marco Teórico**

## 2.1. Tipología hospitalaria

### 2.1.1. Arquitectura sanitaria y hospitalaria

Figura 72: Portada de artículo Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria



(Casares A., 2012)

Tabla 13: Ficha técnica del artículo "Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria"

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Casares Alfonso
AÑO	2012
TITULO	Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria
ISSN	00141914
LUGAR	Madrid – España
EDITORIAL	Aidhos Arquitect

Fuente: Elaboración Propia

Casares A. (2012) Alegan que:

Se entiende por tipología al estudio de tipos o modelos con el fin de clasificar o comparar. Estamos hablando pues, de estudiar comparativamente los diversos modelos de hospitales [...]. Resulta que en general que el Hospital es un edificio plurinacional que necesariamente ha de ser tratado en su diseño [...], para una diversidad compleja de funciones y tome en consecuencia especial relevancia en su definición estructural, las circulaciones externas e internas y el modo de plantearlas (pág. 24).

Así mismo el autor señala algunos parámetros que configurarían la tipología hospitalaria y estos podrían ser por su:

- Definición y tamaño relativo de las grandes zonas del hospital
- La posición relativa de estas grandes zonas
- El esquema general de circulaciones del hospital
- La organización espacial de las instalaciones del edificio
- Las formas de acceder desde el exterior al edificio

El primero corresponde a identificar las principales zonas de un establecimiento hospitalario e investigar que envergadura lleva en el hospital como por ejemplo (zona administrativa, de tratamiento, servicios y hospitalización)

El segundo es conocer los criterios para establecer cada zona como por ejemplo en caso de la tipología claustral los ambientes se desarrollan a través de un patio central que sirve como ordenador del edificio.

El tercer parámetro corresponde a establecer diferentes tipos de circulación ya sea para usuario, personal médico y personal de limpieza; para pasar al cuarto parámetro donde se conocer la organización espacial del edificio si se dan por pasillos de largos tramos, median patios centrales, circulación vertical, etc.

Por último, está las formas de acceder a un establecimiento, estas pueden ser de forma directa o como se conectan con los demás ambientes.

Para finalizar, el principal aporte del autor a nuestra investigación es determinar los componentes de la tipología hospitalaria, ya que de esta forma nos ayudan a conocer las características que han tenido a lo largo del tiempo la tipología hospitalaria en la salud mental, y como estos han funcionado en un determinado tiempo

## 2.1.2. Tipologías de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo xvi. El modelo de enrique Egas en España y el de Vasco de Quiroga en nueva España.

Figura 73: Portada de artículo “Tipología de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vaco de Quiroga en Nueva España”



(Rodríguez A. y Rodríguez M., 2013)

Tabla 14: Ficha técnica Del artículo “Tipología de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vaco de Quiroga en Nueva España”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Rodríguez Orozco Alain Raimundo y Rodríguez Pérez Martha Eugenia
AÑO	2013
TÍTULO	Tipología de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vaco de Quiroga en Nueva España
ISSN	149 – 462 – 9
LUGAR	México
EDITORIAL	Gaceta Medica de México

Fuente: Elaboración Propia

Rodriguez A. y Rodriguez M. (2013) indica: Durante la época del medioevo y el renacimiento se buscaba una tipología arquitectónica funcional en Europa que facilitara los ambientes libres y el aislamiento de las personas con enfermedades mentales bajo dos modelos en los años 1505 Y 1535 donde había dos visiones diferentes en cuanto a la arquitectura nosocomial (p.463).

Es así como se debaten dos visiones diferentes en Europa en dos panoramas distintos.

- La primera visión va ligada a una política del estado donde se busca reconocer al enfermo mental y brindarle asistencia médica; separando los hospitales de las instituciones religiosas ya que están brindaban servicio por donaciones que recibían. Al separar este establecimiento buscaba realizar una novedosa respuesta ante enfermos y marginales que se encontraban en la sociedad y eran muchos de ellos marginados.

Es así que como en respuesta el estado, creo el modelo de nosocomios con el concepto independiente; que fueron creados por el arquitecto Egas que mantiene un estilo barroco en sus construcciones, los hospitales como Santa Cruz de Toledo y Real de Granada se formaron con características de núcleo central con 4 patios que permitían mayor iluminación y ventilación. Tipología claustral que permitían espacios de socialización para las personas con problemas mentales.

- La segunda visión está ligada a una política muy tardía, puesto que el estado no se hacía cargo y era el pueblo que tomaba medidas ante la situación que requerían. Es así como Quiroga en la Nueva España desarrolla un modelo de hospital bajo un concepto sanitario de espacios multifuncionales en que se combinen múltiples usos la atención hospitalaria, casa de cuna y refugio para personas necesitadas.

Es así como a Quiroga se le conoce por crear Hospitales de pueblo que mantenían características de espacios flexibles que fueron adaptados al contexto social de la actualidad. La tipología era a través de pabellones donde se separaban las diferentes enfermedades. Pero el modelo también tenía ambientes de interacción y socialización con sus familiares puesto que el hospital contaba con ambientes para sus familias.

Para finalizar, el principal aporte del autor a nuestra investigación se basa en determinar los espacios de interacción y socialización con el entorno que permitían establecer lazos de comunicación y estos se desarrollaban generalmente en espacios de múltiples funciones (patios céntricos) en los primeros servicios hospitalarios de España.



### 2.1.3. Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a una visión tipológica

Figura 74: Portada del artículo “Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a una visión tipológica”



(Czajkowski J. y Rosenfeld E., 2000)

Tabla 15: Ficha técnica Del artículo “Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a una visión tipológica”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Czajkowski Jorge y Rosenfeld Elias
AÑO	2000
TÍTULO	Evolución de los edificios hospitalarios aproximación a una visión tipológica
ISSN	—
LUGAR	La Plata - Argentina
EDITORIAL	Instituto de estudios de Hábitat

Fuente: Elaboración Propia

Czajkowski J. y Rosenfeld E. (2000) Señala que el análisis tipológico se basa en las características que permiten descubrir la línea de los partidos edilicios [...] donde se utiliza múltiples variables para la construcción, generando una visión integral del funcionamiento (p. 2)

El autor señala que la tipología se desarrolla mediante dos características que fueron el análisis Reat que trabaja como una sola tipología median un elemento individual, mientras que el análisis clúster se desarrollan varias tipologías e incluso las combinaban, su trabajo era de manera grupal. Mediante este artículo el autor también destaca las principales tipologías que han surgido durante la época y sus diferentes modelos:

- Tipología Claustal: constituido por salas unidas por un patio central de forma cuadrada generalmente son de dos niveles con galerías aporricadas que servían de circulación.
- Tipología Pabellonal: Surgen como modelo de separar las patologías en un establecimiento hospitalario, en donde se pretendía control mediante cada pabellón las enfermedades. Sin embargo, es la más dificultosa en cuando a su conexión y mantenimiento por sus distancias. Sus pasadizos podían ser cubiertos, descubiertos, ligados y subterráneos.
- Tipología Monobloque: Surge como un modelo tecnológico por su altura, ascensor aire acondicionado y su material. Su circulación es de manera vertical, se unificaban los servicios y el recorrido del paciente era cubierto en comparación con la tipología pabellonal.
- Tipología Poli bloque: Su estructura posee nuevo a más niveles, su circulación horizontal puesto que en cada nivel se traban diferentes patologías.
- Tipología Bloque Basamento: Consta de dos primeras plantas donde se desarrollan los servicios de atención primaria, en sus demás niveles conformados por un bloque y su circulación se da en el centro del bloque
- Tipología Bibloque Coligado: Presenta problemas de circulación puesto que se combinan al personal médico, visitante, pacientes e internos. Se encuentra separada en dos bloques servicios generales y de diagnóstico.
- Tipología Sistémico: Modelo conformado por bloques donde se desarrollaban varias funciones o servicios, eran consideramos como un tipode red.

En conclusión, el estudio de las tipologías aporta a nuestra investigación conocer sus ventajas y desventajas en su aspecto estructural y espacial de cada tipología empleada a lo largo del tiempo, para establecer elementos que contribuyan en la mejora del paciente.

## 2.2. Integración social

### 2.2.1. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales

Figura 75: Portada de artículo “El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales”



(Ardila, G. et al., 2016)

Tabla 16: Ficha técnica Del artículo “El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Sara Ardila Gómez, María Isabel Hartfiel, Marina A. Fernández, Guadalupe Ares Lavalle, Mariana Bonelli, Alicia Stolkiner.
AÑO	2016
TITULO	El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales
ISSN	1669 – 2381
LUGAR	Argentina
EDITORIAL	Revista Salud Colectiva vol. 12

Fuente: Elaboración Propia

Mediante el artículo ponemos entender que la integración social es un factor importante en personas con problemas mentales ya que hoy en día forma parte de un gran desafío social y se refleja en cualquier ámbito como educativo, laboral, etcétera; por ello el autor alega que es necesario establecer vínculos sociales.

Es por ello que hoy en día se busca una reforma para el mejoramiento de los vínculos de las personas en su tratamiento, recuperación, fortalecimiento, etcétera. Entre los principales focos de intervención se establecen dos puntos importantes como la inclusión e integración social. En el caso de la integración social señalan que “La integración social supone que una persona a la cual se la haya identificado con alguna diferencia respecto a un grupo mayoritario [...] En sentido estricto, la integración propone la apertura de espacios de socialización a los “diferentes” [...]” (Ardila, Hartfiel, Fernández, Ares, Bonelli y Stolkiner, 2016, p. 266).

Las relaciones sociales son unos de los principales factores en la vida de las personas que presentan problemas mentales. Lo contrario sucede en los servicios de salud que existen ya que las personas con problemas mentales son aisladas; generando un distanciamiento.

Así mismo los autores realizan una comparación con la exclusión social en la cual consideran, como la discapacidad que surge de las limitaciones por parte de la sociedad. Entonces indican que la integración social está asociada como modelo de rehabilitación, mientras que la exclusión como modelo social en el cual se generan diferencias (p. 267).

Finalmente, el principal aporte que nos brinda a la investigación son los vínculos que se encuentran en los servicios hospitalarios por parte de la población, espacios donde plasman la socialización en actividades como: dibujo, pintura, oficios y cursos. Actividades que estimulan el vínculo con la sociedad y la aparta de la exclusión social (encierro, aislamiento, etcétera).

Es así que la parte principal de ayuda en personas con problemas mentales, es mantener una integración social mediante actividades que permitan socializar con el entorno. Siendo parte de un grupo, tomado en cuenta ya que sería un error alejarlo sin poner establecer trato alguno.

## 2.2.2. Rehabilitación e integración social de personas con trastorno mental grave

Figura 76: Portada de artículo “Rehabilitación e Integración Social de las personas con trastorno mental grave”



(Baura, O. et al., 2003)

Tabla 17: Ficha técnica Del artículo “Rehabilitación e Integración Social de las personas con trastorno mental grave

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	José Carlos Baura Ortega, Esther López Martín-Berdinos, José María García Martín, Adela Sanz Rufín, Pilar Durante Molina y Blanca Noya Arnaiz.
AÑO	2003
TITULO	Rehabilitación e integración social de las personas con trastornos mentales graves
ISSN	-
LUGAR	Madrid – España
EDITORIAL	Walk, Rehabilitación y desarrollo integral S.L.L.

Fuente: Elaboración Propia

Los autores alegan que la rehabilitación de una persona con problemas mentales tiene dos partes fundamentales por parte de la sociedad y del paciente: la primera consiste en la sociedad que ejerce el vínculo de oportunidad en la que se desarrolla el paciente, como también en una cultura de aceptación sin alguna diferencia alguna. Por parte del paciente consiste en poner empeño para desarrollar sus capacidades con normalidad. Esto quiere decir que para la integración social es importante establecer un vínculo de la sociedad y el paciente (p. 11).

La integración va dirigida a la sociedad como ente principal de un proceso de cambio de trato en personas con problemas mentales y la adaptación de los pacientes. La integración se define como igualdad social e individual (Baura, López, García, Sanz, Durante y Noya, 2003, p.11)

Los autores alegan que la integración no se mide por la calidad del centro de servicio especializado sino en lo que el paciente pueda desarrollar como: tiempo en actividades de ocio, educación, trabajo y aceptación de sus diferencias; mediante la comunicación. Relacionada a una idea de igualdad de oportunidades, sin ser excluida, marginada, apartada, etcétera.

Baura, López, García, Sanz, Durante y Noya aseguran que, trabajando los problemas de autoconfianza, mejoran la integración de los pacientes con la sociedad; es por ello que se indica luchar por sus propias capacidades, intereses, desafíos, etcétera (p.13).

Entre los problemas que afectan a la integración social se encuentran: respetar los derechos a la salud, falta de red de servicios especializados, falta de personal capacitado, falta de recursos, etcétera; que se atraviesan como barreras en la accesibilidad de las personas con problemas mentales (p. 21)

Finalmente, el libro se vincula con nuestra variable integración social, ya que está basada en la igualdad de toda persona sin excluirla por sus diferencias ya sean físicas o mentales. Su principal aporte es la igualdad de oportunidades en cualquier ámbito que se le asigne, haciéndolos además participe de su desarrollo mediante tratamientos de inserción social.

## 2.2.3. Estructura social, apoyo social y salud mental

Figura 77: Portada de artículo “Estructura social, apoyo social y salud mental”



(Lopez y Sanchez, 2001)

Tabla 18: Ficha tecnica Del artículo “Estructura social, apoyo social y salud mental

ÍTEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Ana Barrón López de Roda y Esteban Sánchez Moreno
AÑO	2001
TÍTULO	Estructura social, apoyo social y salud mental
ISSN	0214-9915
LUGAR	Madrid – España
EDITORIAL	Psicothema vol. 13, n°1, pp. 17-23

Fuente: Elaboración Propia

Mediante este informe los autores manifiestan que la integración social debe ser incluida en todos los aspectos y modelos que traten los problemas psicológicos, ya que es parte de la inclusión social (2001, p.2).

La integración social está basada en aspectos sociológicos y han sido obviados como parte del apoyo social que se brinda a personas con problemas mentales, que son excluidas por su condición sin establecer ningún lazo de ayuda (López y Sánchez, 2001, p.2)

Así mismo los autores indican que la integración social se encuentra en un estado de anomia (estado de desorganización con el ámbito social, estableciendo el aislamiento del individuo) que indica la separación de personas con discapacidad y el entorno.

López y Sánchez (2001) indican que el concepto de alienación (alteración de los sentidos) toma como consecuencia la relación entre la sociedad y el individuo ya que las personas con problemas mentales se sienten auto extraños, no controlan sus sentidos en cuanto al entorno social (p. 2).

Es así como mediante los conceptos establecidos anteriormente los autores consideran que la integración social se define en los estados, normativos, simbólicos y materiales; en el cual el individuo se ve inmerso. Así como también se establece la vinculación con la sociedad siendo comprensivo, predecible y controlable en el día a día; controlando su conducta social.

Finalmente, el artículo se relaciona con nuestra investigación, donde nos indica que la integración social hace referencia a la relación del individuo y la sociedad en un entorno determinado estableciendo vínculos de interacción. El aporte principal, es la relación que se establece en una persona ante la sociedad; ya que la sociedad forma parte fundamental de la integración a la sociedad.

Esta relación puede establecerse en diferentes ámbitos de desarrollo como el laboral, educativo, recreacional, social, etcétera, Ya que estableciendo esta relación genera en los pacientes que se sienta importante, para establecer sus capacidades de manera normal.



## 2.2.4. El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales

Figura 78: Portada de artículo “El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales”



Lamarca, I. (2009)

Tabla 19: Ficha técnica Del artículo “El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales”

ÍTEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Iñigo Lamarca
AÑO	2009
TÍTULO	El papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedades mentales
ISSN	0211 -5735
LUGAR	Madrid – España
EDITORIAL	Revista de Ararteko

Fuente: Elaboración Propia

Lamarca, I. (2009) indica que las personas con discapacidad mental, forman parte de una población vulnerable por ello la atención sanitaria debe estar orientada a la rehabilitación, reinserción social y la integración laboral, objetivo prioritario para lograr que las personas se integren a la sociedad (pág. 34).

El autor manifiesta que las personas con problemas mentales, sufren de discriminación en el acceso al trabajo, servicios públicos, recursos, etc. El trabajo está en mejorar sus condiciones de vida por ello indica que es importante que los establecimientos tengan servicios que contribuyan en su integración. Puesto que la integración forma parte de la aceptación social, y si los principales establecimientos no prestan debidamente los servicios adecuados para mejorar sus condiciones, pone en riesgo este proceso.

- Rehabilitación

Se refleja en el modelo de atención que existe en la ciudad, ya que los tratamientos pueden variar por el nivel de ingresos. Otro problema que se le atribuye al proceso de rehabilitación es la duración del tratamiento, personal especializado e incluso en algunos casos la inexistente de dichos recursos. Por ello es necesario establecer el acceso a la rehabilitación con modelos estructurales que no pueden ser atendidos en servicios generales o servicios sociales, puesto que requiere de una forma mixta.

- Reinserción social

El problema principal de reinserción social es principalmente el estigma que se les tiene a los pacientes con enfermedades mentales, donde se manifiestan con comportamientos de rechazo y de segregación. Por otro lado, este estigma es reforzado por el tratamiento incorrecto de la enfermedad mental en los medios de comunicación. El prejuicio social determina y amplifica las dificultades de integración social y laboral en las áreas como el alojamiento o acceso a su formación o empleo. Vale decir la contra a la exclusión social es la sensibilización del conjunto de la sociedad, por ejemplo, en ofertas de trabajo (principal vía de inserción) y en la participación en los recursos comunitarios normalizados.

- Integración laboral

Uno de los principales problemas puesto que se estima que solo el 10 u 15% de personas con problemas mentales mantiene un empleo regular, mientras que los inactivos llegan a un 70% y la población general 40%; ello, unido a las dificultades de mantener un puesto laboral, obstaculiza notablemente la integración social. Esta precariedad, dificulta la creación de lazos sociales tan necesarios para la inclusión social. Esta investigación se relaciona con nuestras variables al determinar como la rehabilitación, la inserción social y la integración laboral en establecimientos hospitalarios logran el proceso de integración social de pacientes con problemas mentales.

## **2.3. Formulación del problema**

### **2.3.1. Problema General**

¿Cuál es la relación entre la tipología hospitalaria y la integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019?

#### **2.3.1.1. Problemas específicos**

##### **Problemas Específico 1:**

¿Cuál es la relación entre la plurinacionalidad de la tipología hospitalaria y la socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019?

##### **Problema Específico 2:**

¿Cuál es la relación entre la circulación de la tipología hospitalaria y la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019?

##### **Problema Específico 3:**

¿Cuál es la relación entre la accesibilidad de la tipología hospitalaria y la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019?

## **2.4. Justificación**

### **2.4.1. Justificación teórica**

El estudio para la variable 1, según Cáceres (2012) Se entiende por tipología al estudio de tipos o modelos con el fin de clasificar o comparar. Estamos hablando pues, de estudiar comparativamente los diversos modelos de hospitales [...]. Resulta que en general el Hospital es un edificio plurifuncional que necesariamente ha de ser tratado en su diseño [...], para una diversidad compleja de funciones y tome en consecuencia especial relevancia en su definición estructural, las circulaciones externas e internas y el modo de plantearlas. Los parámetros que configurarían el tipo de un hospital podrían ser: definición y tamaño relativo de las grandes zonas del hospital, posición relativa de estas grandes zonas, esquema general de circulaciones del hospital, organización espacial de las instalaciones del edificio y formas de acceder desde el exterior al edificio (p. 24). La tipología hospitalaria busca ser un servicio de asistencia médica especializada en la salud mental, contribuyendo además con los elementos espaciales y funcionales que ayuden a la integración de los pacientes en la sociedad.

El estudio para la variable 2, según “En sentido estricto, la integración propone la apertura de espacios de socialización a los “diferentes” [...] modificación de los ambientes, en los que todas las personas son una parte definitoria para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades de los miembros de la sociedad” (Ardila; Hartfiel; Fernández.; Ares; Borelli y Stolkiner, 2016, p. 267). Elemento fundamental que contribuye en la rehabilitación de personas con problemas mentales es ser tomado en cuenta y sentirse útil, así mismo la integración social genera esa relación del individuo y la sociedad.

### **2.4.2. Justificación metodológica**

Mediante la presente investigación, se estudiaron los objetivos de estudio que plantean la medición de la variable 1: Tipología Hospitalaria y la relación con la Variable 2: La integración social. Pasando por el instrumento de validación, a través de la prueba de medición del instrumento en SPSS, en el que determina la relación de las variables.

### **2.4.3. Justificación práctica**

La investigación se realiza por que existe la necesidad de mejorar la tipología de los establecimientos hospitalarios, dentro de ellos la plurinacionalidad, circulación y accesibilidad; vale decir el desarrollo de ambientes adecuados principalmente a la salud mental; en donde es importante fortalecer la integración de las personas con discapacidad mental, con el desarrollo de una tipología adecuada, logrando así un mejoramiento para la integración de dichas personas a la sociedad.

## **2.5. Hipótesis**

### **2.5.1. Hipótesis general**

La Tipología hospitalaria se relaciona con la Integración Social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

#### **2.5.1.1. Hipótesis específicas**

##### **Hipótesis Específica 1:**

La plurinacionalidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

##### **Hipótesis Específica 2:**

La circulación de la tipología hospitalaria, se relaciona con la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

##### **Hipótesis Específica 3:**

La accesibilidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

## **2.6. Objetivos**

### **2.6.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la tipología hospitalaria y la integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

#### **2.6.1.1. Objetivos específicos**

##### **Objetivo específico 1:**

Determinar la relación entre la plurinacionalidad de la tipología hospitalaria y la socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

##### **Objetivo específico 2:**

Determinar la relación entre la circulación de la tipología hospitalaria y la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

##### **Objetivo específico 3:**

Determinar la relación entre la accesibilidad de la tipología hospitalaria y la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

## **2.7. Alcances y limitaciones**

### **Alcances**

- A. El presente estudio explora las tipologías hospitalarias en el campo de la salud mental, que se aplicara para la integración social de personas con problemas mentales
- B. La investigación resalta el interés expuesto por las autoridades de la ciudad, por implementar centro de atención en la salud mental
- C. Se realizarán encuestas a los habitantes de la población estudiada para conocer sus convicciones y proyecciones; en otras palabras, que sean parte de dicha investigación
- D. Se pretende utilizar los parámetros o criterios de la tipología hospitalaria en el campo de la salud mental para fortalecer la calidad espacial de los servicios de salud mental.
- E. Se pretende que a futuro la investigación pueda apoyar en los criterios, estrategias y diseños de proyectos enfocados a la salud mental.

### **Limitaciones**

- A. Carencia de presupuesto asignado para la salud mental, así como programas de prevención a nivel distrital.
- B. Inexistencia de servicios de salud mental en hospitales, postas u centros generales.
- C. Información no actualizada, en cuanto a las instituciones especializadas en salud mental a nivel nacional
- D. La poca disponibilidad de datos referentes a la población estudiada e investigaciones.

### **III. Marco metodológico**



### 3.1. Metodología

La investigación se entiende como el proceso sistemático de diferentes fases metódicas y experimentales, que se utilizan en el estudio y análisis de fenómenos o características, con finalidad de incrementar los conocimientos del objeto a investigar. (Hernandez, R., Fernandez, E y Baptista, M., 2014, pág. 104)

Entonces, para la presente investigación, se empleó el enfoque cuantitativo, pues el estudio presente consta de dos niveles, la primera se centra en la identificación del problema a investigar, denominada realidad problemática, y a su vez la segunda parte, se basa en la recolección de información que argumente y justifique la necesidad de esta investigación, denominado marco teórico, donde se analiza la información y a través de ello se reúnen las características del estudio en las cuales se denominan dimensiones siendo estas necesarias para la formulación del problema, objetivo e hipótesis en la presente investigación; además se establecen principios en donde nos indican y extraemos los indicadores para poder si hacer posible la medición de las dimensiones, por consiguiente, los resultados de esta investigación nos ayudan a obtener las conclusiones y recomendaciones.

Así mismo, el método utilizado es hipotético deductivo, ya que el método tiene como finalidad dar a conocer si son verdaderas o falsas las hipótesis.

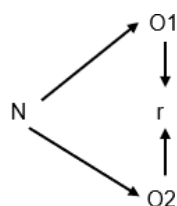
### 3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación se basa en el diseño no experimental, de carácter transversal. Fue no experimental porque no se manipula ninguna variable independiente para ver sus efectos en la variable dependiente. Entonces se justifica a través de la definición del libro "Metodología de Investigación", en donde el diseño no experimental nos dice que es aquel que no se manipula las variables del estudio. Por lo tanto, no se permite manipular la variable independiente para así obtener situaciones diferentes en la variable dependiente.

Por otro lado, se justifica el diseño de carácter transversal, explicando que se reúne la información de datos en un único momento, con el fin de estudiar detalladamente las variables y encontrar la relación que existe entre ellas (Hernandez, R., Fernandez, E y Baptista, M., 2014, pág. 154)

La encuesta realizada en un solo momento a la muestra estudiada cuyo diagrama indica que:

Figura 79: Simbología del diseño correlacional



Donde:

M: Muestra

O1: Tipología Hospitalaria

O2: Integración Social

r: Relación

### **3.3. Tipo de estudio**

La presente investigación señala que se emplea el tipo de investigación Correlacional, en donde vincula la relación que existe entre dos o más variables. Por consiguiente, encontrar la relación de las variables es la primera característica del tipo de investigación correlación, y en segunda parte, emplea el uso de los conceptos teóricos, vale decir no se emplea el termino casualidad (Hernandez, R., Fernandez, E y Baptista, M., 2014, pág. 154).

### **3.4. Variables**

Variable 1:

. Tipología hospitalaria

Variable 2:

. Integración social

### 3.5. Operacionalización de variable

#### 3.5.1. Variable independiente

Tabla 20: Operacionalización de Variable 1: Tipología hospitalaria

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Tipología Hospitalaria	Cáceres (2012) Se entiende por tipología al estudio de tipos o modelos con el fin de clasificar o comparar. Estamos hablando pues, de estudiar comparativamente los diversos modelos de hospitales [...]. Resulta que en general el Hospital es un edificio plurifuncional que necesariamente ha de ser tratado en su diseño [...], para una diversidad compleja de funciones y tome en consecuencia especial relevancia en su definición estructural, las circulaciones externas e internas y el modo de plantearlas. Los parámetros que configurarían el tipo de un hospital podrían ser: definición y tamaño relativo de las grandes zonas del hospital, posición relativa de estas grandes zonas, esquema general de circulaciones del hospital, organización espacial de las instalaciones del edificio y formas de acceder desde el exterior al edificio (p. 24).	Se elaboró una encuesta con 9 ítems para medir las siguientes dimensiones		Función	1-2	
			Plurinacionalidad	Diseño	3-4	
				Espacio	5-6	
				Vinculo	7-8	O
			Circulación	Interrelación	9-10	R
						D
						I
				Movilidad	11-12	N
						A
			L			
				Relación	13-14	
			Accesibilidad	Apertura	15-16	
				Espacio	17-18	

**Nota:** La columna de ítems, se refleja por el número de preguntas en cada dimensión.

### 3.5.2. Variable dependiente

Tabla 21: Operacionalización de Variable 2: Integración Social

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA			
Integración Social	La integración social supone que una persona a la cual se la haya identificado con alguna diferencia respecto a un grupo mayoritario –por ejemplo, con una discapacidad– pueda ser en algún aspecto miembro activo de ese conjunto social, aunque las estructuras de interacción entre los participantes se mantengan sin grandes modificaciones. En sentido estricto, la integración propone la apertura de espacios de socialización a los “diferentes” [...] modificación de los ambientes, en los que todas las personas son una parte definitoria para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades de los miembros de la sociedad (Ardila; Hartfiel; Fernández.; Ares; Borelli y Stolkiner, 2016, p. 267)	Se elaboró una encuesta con 9 ítems para medir las siguientes socialización, relación e igualdad	Socialización	Interacción	1-2	O R D I N A L			
				Apropiación	3-4				
				Influencia	5-6				
			Igualdad					Apertura	7-8
								Vínculo	9-10
								Comunicación	11-12
								Trato	13-14
Igualdad				Beneficio	15-16				
				Oportunidad	17-18				

**Nota:** La columna de ítems, se refleja por el número de preguntas en cada dimensión

### 3.6. Población y muestra

#### 3.6.1. Población general

Universo poblacional está conformado por la demanda asistente, durante el 2017 en el hospital Víctor Larco Herrera.

Tabla 22: Demanda existente

Actividad	Total de atenciones
Consulta externa	102 064
Hospitalización	5 252
Emergencia	16 147
Total	123 463

Fuente: Fuente: Análisis Situacional del Hospital Víctor Larco Herrera (2017) / Elaboración Propia

#### 3.6.2. Población de estudio

En cuanto a la población de estudio se tomará en cuenta la demanda que existe en el principal establecimiento de salud mental como: Hospital Víctor Larco Herrera.

Tabla 23: Población de Establecimientos - Demanda

Establecimientos	Servicios	Población
Hospital Víctor Larco Herrera (2017)	Consulta Externa	49 436
	Hospitalización	560
	Emergencia	4 263
	Rehabilitación	42 038
	Total	96 297

Fuente: Análisis Situacional del Hospital Víctor Larco Herrera (2017)/ Elaboración Propia

#### 3.6.3. Criterios de selección

Criterio de inclusión:

- Toda población con problemas mentales en general
- Población de ambos sexos
- Demanda del principal establecimiento en salud mental
- Demanda de población atendida en Emergencia, Hospitalización, Consulta Externa y Rehabilitación.

- Establecimiento con servicios en la ayuda de la integración social de pacientes con enfermedades mentales.

Criterios de Exclusión:

- Demanda de población con adicciones.
- Demanda de Otros servicios en general (Ginecología, Medicina Física, Odontología)
- Demanda de población con violencia familiar.
- Hospital Hermilio Valdizan
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi

### 3.6.4. Muestra poblacional

La muestra está conformada por la demanda de los principales establecimientos en la salud mental Instituto Nacional de Salud Mental y hospital Víctor Larco Herrera, que será tomada de la siguiente manera; aplicando la fórmula de Gauss:

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

Donde:

Z= 1.96 (para el nivel deseado de confianza del 95%)

e= 0.05 (error de estimación o error permitido por el investigador)

N= 96 297 (tamaño de población)

P= 0.5 (porcentaje de probabilidad de que el fenómeno ocurra)

Estimando:

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

$$n = \frac{96\,297(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(96\,297-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{96\,297(3.84)(0.5)(0.5)}{(0.0025)(96\,296) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{369\,780(0.25)}{240.74 + (3.84)(0.25)}$$

$$n = \frac{92\,445.12}{241.7} n = 382$$

El resultado es de 382 personas, entonces se encuestará a pacientes, familiares y personal asistencial del hospital Víctor Larco Herrera.

### **3.7. Técnicas de Instrumento, de recolección, de validez y confiabilidad**

#### **3.7.1. Técnicas de obtención de datos**

Para la investigación se requirió:

- Elaboración fichas de información en los libros que definen las variables, para describir los datos principales del documento.
- Elaboración de fichas en referentes arquitectónicos, para determinar datos principales de la infraestructura.
- Realización de esquemas como línea de tiempo, para determinar los sucesos durante la época.
- Utilización de investigaciones relacionadas al tema como tesis, en el que se emplea un mismo equipamiento y ello ayuda a contribuir en el contexto.
- Obtención de datos en las principales instituciones, para establecer información veraz.
- Se empleó encuestas, para conocer la relación y medición de la investigación.
- Se utilizó el programa SPSS 22, para la obtención de los resultados establecidos por las encuestas, donde se obtiene además la relación que existe entre las variables.

#### **3.7.2. Instrumento de obtención de datos**

Los datos se establecieron en la investigación, sirven para determinar la medición, el procedimiento y por último el análisis que se utiliza para medir cada variable de la investigación como:

- Variable 1: Tipología hospitalaria
- Variable 2: Integración Social

En el cual se emplearon cuestionarios en de Likert, para determinar las escalas que se establecen en la encuesta.

## Ficha Técnica Variable 1:

Tabla 24: Formato empleado para el cuestionario de la variable: Tipología Hospitalaria

ASPECTOS	DETALLES
Autor	Ramos Mallqui, Maricielo Torres Mori, Joselin Maria
Objetivo	Determinar la relación entre la Tipología hospitalaria e integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.
Duración	3 hora/ diarias – durante 2 semanas
Aplicación	Lima Metropolitana
Dimensiones	1 Dimensión= 3 ítems 2 Dimensión= 3 ítems 3 Dimensión= 3 ítems Total = 9 ítems
Escala	1.- Muy en desacuerdo 2.- Desacuerdo 3.- Indiferente 4.- De acuerdo 5.- Muy de acuerdo
Descripción	Mediante el SPSS establecemos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con respuestas altas: valor de la escala x total de ítems: <math>9 \times 5 = 45</math>.</li> <li>• Con respuestas bajas: valor de la escala x total de ítems: <math>9 \times 1 = 9</math>.</li> <li>• El rango está estimado por: Valor máximo – valor mínimo en este caso sería. <math>45 - 9 = 36</math>.</li> <li>• La constante se establece: rango entre las escalas, en este caso sería: <math>36/3 = 12</math></li> <li>• Finalmente, la constante será de 12</li> </ul>
Baremación*	Bajo: 9 – 21 Medio: 22 – 33 Alto: 34 – 45

Fuente: Elaboración Propia

\*Baremos. Escalas que establecen los niveles y rangos de las dimensiones, para elaborar gráficos de frecuencias y estadísticas en el SPSS.



### Baremación Variable 1:

Tabla 25: Baremación de la variable: Tipología Hospitalaria

Tipología Hospitalaria	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3
	Rangos	Rangos	Rangos
1.- Bajo	9 – 21	3 – 7	3 - 7
2.- Medio	22 – 33	8 – 11	8 - 11
3.- Alto	34 – 45	12 – 15	12 - 15

Fuente: Elaboración Propia

### Confiabilidad Variable 1:

Tabla 26: Análisis de confiabilidad de Crobach de la variable Tipología Hospitalaria

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,970	9

Fuente: SPSS

El nivel de coeficiente estimado para la variable tipología hospitalaria da un resultado de .970, lo cual indica que existe relación entre las variables tipología hospitalaria e integración social.

## Ficha Técnica Variable 2:

Tabla 27: Baremación de la variable: Tipología Hospitalaria

ASPECTOS	DETALLES
Autor	Ramos Mallqui, Maricielo Torres Mori, Josselin Maria
Objetivo	Determinar la relación entre la Tipología hospitalaria e integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.
Duración	3 Hora/ diarias – durante 2 semanas
Aplicación	Distrito de Lima Metropolitana
Dimensiones	1 Dimensión= 3 ítems 2 Dimensión= 3 ítems 3 Dimensión= 3 ítems Total = 9 ítems
Escala	1.- Muy en desacuerdo 2.- Desacuerdo 3.- Indiferente 4.- De acuerdo 5.- Muy de acuerdo
Descripción	Mediante el SPSS establecemos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con respuestas altas: valor de la escala x total de ítems: <math>9 \times 5 = 45</math>.</li> <li>• Con respuestas bajas: valor de la escala x total de ítems: <math>9 \times 1 = 9</math>.</li> <li>• El rango está estimado por: Valor máximo – valor mínimo en este caso sería. <math>45 - 9 = 36</math>.</li> <li>• La constante se establece: rango entre las escalas, en este caso sería: <math>36/3 = 12</math></li> <li>• Finalmente, la constante será de 12.</li> </ul>
Baremación*	Bajo: 9 – 21 Medio: 22 – 33 Alto: 34 – 45

Fuente: Elaboración Propia

\*Baremos. Escalas que establecen los niveles y rangos de las dimensiones, para elaborar gráficos de frecuencias y estadísticas en el SPSS.

## Baremación Variable 2:

Tabla 28: Baremación de la variable: Integración Social.

Integración Social		Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3
Respuestas	Rangos	Rangos	Rangos	Rangos
1.- Bajo	9 – 21	3 – 7	3 – 7	3 – 7
2.- Medio	22 – 33	8 – 11	8 – 11	8 – 11
3.- Alto	34 – 45	12 – 15	12 – 15	12 – 15

Fuente: Elaboración Propia

## Confiabilidad Variable 2:

Tabla 29: Análisis de confiabilidad de Crobach de la variable Integración social

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,890	9

Fuente: SPSS

El nivel de coeficiente estimado para la variable integración social da un resultado de .890, lo cual indica que existe relación entre las variables tipología hospitalaria e integración social.

### 3.7.3. Validez

Para medir la validez del instrumento, se ha acudido al juicio de expertos en el tema, cuyo resultado de la medición se observa en la siguiente tabla.

Tabla 30: Validación de expertos

Validación de expertos		
Expertos	Calificación	Porcentaje
Arq. Fernando Utia	Aplicable	100 %
Arq. Víctor Reyna	Aplicable	100 %
Arq. Juan J. Espínola Vidal	Aplicable	100 %

Fuente: Elaboración Propia

Se concluye que el instrumento es aplicable porque los 3 expertos han coincidido en su aplicación al observar el instrumento de medición.

### 3.7.4. Confiabilidad

Para medir su confiabilidad se ha utilizado el coeficiente de correlación de Alpha de Cronbach, la cual se aplicó a una prueba a 382 personas de la muestra, lo que afirma que el instrumento es válido.

Tabla 31: Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,867	18

Fuente: SPSS

Como conclusión de la prueba de confiabilidad aplicada en la prueba de 18 elementos, la cual pertenece a las variables del estudio Tipología hospitalaria e integración social, se determina un valor de ,867 de fiabilidad, por lo tanto, el resultado es de consistencia alta.

### **3.8. Métodos de análisis**

- A.** Se realizó una base de datos en el programa de Microsoft Windows Excel, así mismo se vaciaron los datos obtenidos por las encuestas realizadas, finalmente se procede al programa SPSS para la obtención de los gráficos y tablas.
- B.** En el caso de los resultados con la elaboración de los gráficos y tablas realizados en el programa SPSS; que establecen información específica y concreta, que favorece a la investigación.
- C.** La información obtenida, se realizó mediante la escala establecida por las encuestas.
- D.** Finalmente se realizó la hipótesis general y específica, en donde se determina el nivel de relación que existe entre las variables y sus dimensiones.

### **3.9. Aspectos éticos**

Por ética no se presentan los nombres de las personas encuestadas en la presente investigación. La información encontrada es de total privacidad por parte del autor, así mismo como punto fundamental para encuestar, fue importante hacer de conocimiento al encuestado sobre la investigación. No obstante, para un buen entendimiento de los encuestados, se brindó los objetivos del estudio, el uso de la investigación y la forma en que se llevara a cabo la difusión de los resultados; estableciendo elementos claros en la encuesta para su mejor entendimiento a la decisión que elijan.

Para finalizar antes de la prueba, se estableció que si cambian de opinión en las preferencias a marcar o no continuar con la encuesta; así mismo se hizo de conocimiento al término del proceso, que se informaran los resultados de la investigación

### 3.10. Aspectos administrativos

#### 3.10.1. Recurso y presupuesto

##### 3.10.1.1. Recursos

Se emplearán como materiales: Laptop, impresora, escáner, impresora, material de escritorio (hojas, lapiceros, etcétera). No obstante, se requirió asesoramiento especializado para desarrollar la Tesis.

##### 3.10.1.2. Presupuesto

- **Bienes**

Tabla 32: Bienes utilizados para desarrollar la Tesis

Bienes Y Materiales	Unidad De Medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Laptop	Unidad	1	2,500.00	2, 500.00
Usb	Unidad	1	35.00	35.00
Lapiceros	Unidad	5	1.00	5.00
Resaltador	Unidad	2	2.00	4.00
Corrector	Unidad	2	1.00	2.00
Cuaderno	Unidad	1	12.00	12.00
Folder	Unidad	5	1.00	5.00
Engrapador	Unidad	1	7.00	7.00
Perforador	Unidad	1	5.00	5.00
Total				2, 575.00

Fuente: Elaboración Propia

- **Servicios**

Tabla 33: Servicios utilizados para emplear la Tesis

Servicios	Unidad de Medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Fotocopia	Unidad	100	0.10	10.00
Impresión	Unidad	450	0.10	45.00
Anillado	Unidad	3	1.00	5.00
Internet	Mes	7	50.00	350.00
Total				410.00

Fuente: Elaboración Propia.

- **Otros**

Tabla 34: Otros aspectos empleados en la ejecución de la Tesis.

Servicios	Unidad de Medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Movilidad	Unidad	130	4.00	520.00
Alimentación	Porción	30	1.00	30.00
Luz	Mes	5	50.00	250.00
Agua	Mes	5	100.00	500.00
Total				1300.00

Fuente: Elaboración Propia

### 3.11. Financiamiento

Tabla 35: Gastos Administrativos

Gastos Administrativos	Investigador	60%
	Universidad Cesar Vallejo	40%

Fuente: Elaboración Propia

### 3.12. Cronograma de Ejecución

Tabla 36: Cronograma de Actividades de la primera jornada de investigación.

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1.- Presentación del Proceso de investigación																								
2.- Planteamiento del problema, fundamentación teórica y justificación																								
3.- Elaboración de objetivos de investigación																								
4.-Elaboracion del marco referencial																								
5.-Elaboracion del diseño metodológico Operacionalizacion de variables																								
6.-Elaboracion y validación de los instrumentos de recolección de datos																								
7.- Desarrollo de aspectos administrativos y redacción del proyecto de investigación																								
8.- Presentación y revisión del Proyecto de investigación																								
9.-Levantamiento de observaciones																								
10.- Sustentación de proyecto de investigación																								



## **IV Resultados y Discusión**

## 4.1 Estadística descriptiva

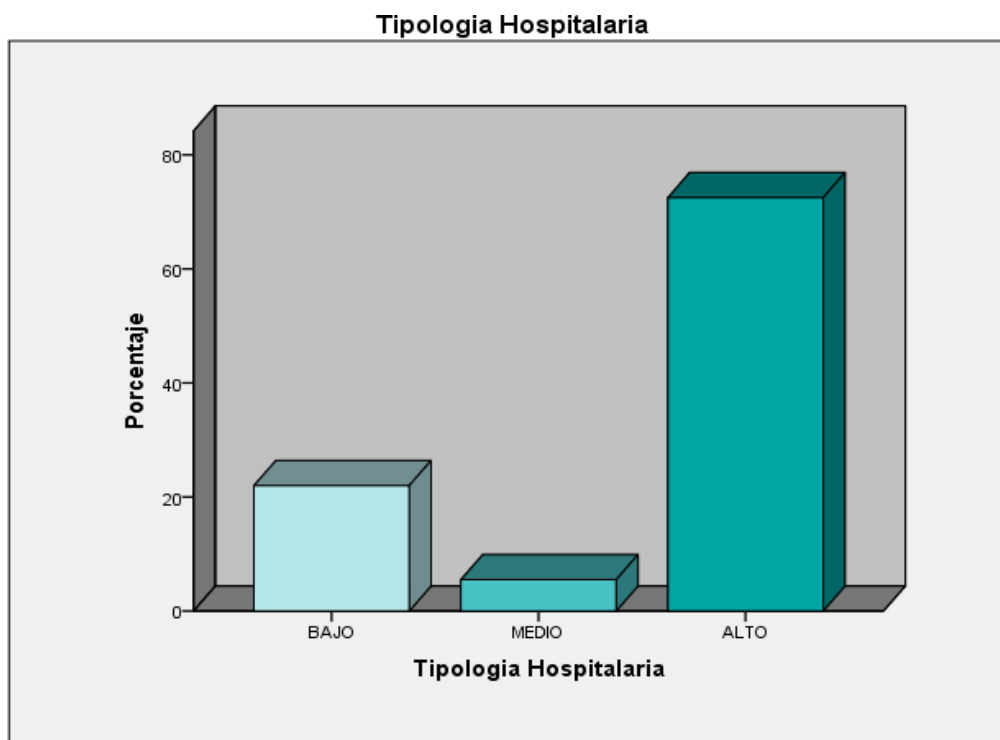
### Variable 1: Tipología Hospitalaria

Tabla 37: Descripción de la frecuencia de la variable 1: Tipología hospitalaria

VAR1					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	84	22,0	22,0	22,0
	MEDIO	21	5,5	5,5	27,5
	ALTO	277	72,5	72,5	100,0
Total		382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 80: Variable 1 Tipología Hospitalaria



Fuente: SPSS

En la tabla N° 36 y la figura N° 80 se observa que según los resultados de la Variable 1: Tipología hospitalaria, donde indica que se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 84 de ellos que representan el 22% tiene una percepción baja en cuanto a la aceptación de la variable, 21 personas que representan el 5.5% tienen una percepción media, y por último 277 personas mantienen una percepción alta respecto a la aceptación de la variable tipología hospitalaria.

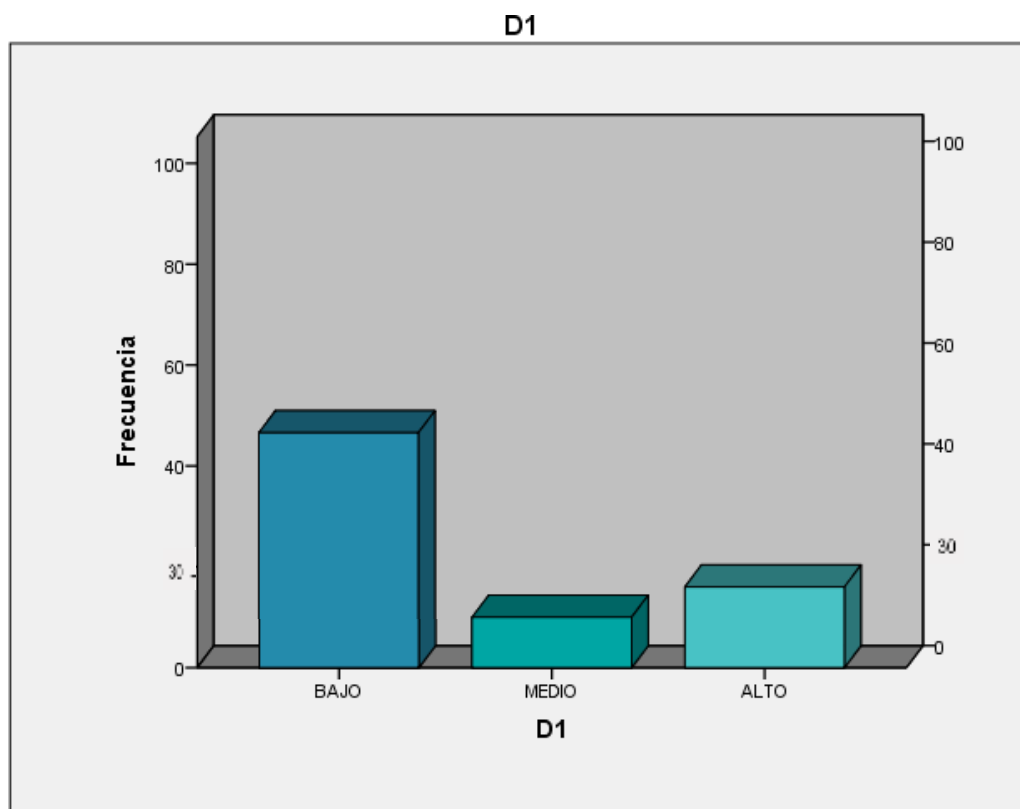
## Dimensión 1: Plurifuncionalidad

Tabla 38: Descripción de la frecuencia de la dimensión 1

		D1			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	172	45,0	45,0	45,0
	MEDIO	103	27,0	27,0	72,0
	ALTO	107	28,0	28,0	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 81: Dimensión 1 Plurifuncionalidad



Fuente: SPSS

En la tabla N° 37 y la figura N° 81 se observa que según los resultados de la dimensión 1: Plurifuncionalidad, indica que se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 172 de ellos que representan el 45% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la dimensión, 103 personas que representan el 27% tienen una percepción media, y por último 107 personas mantienen una percepción alta respecto a la dimensión plurifuncionalidad.

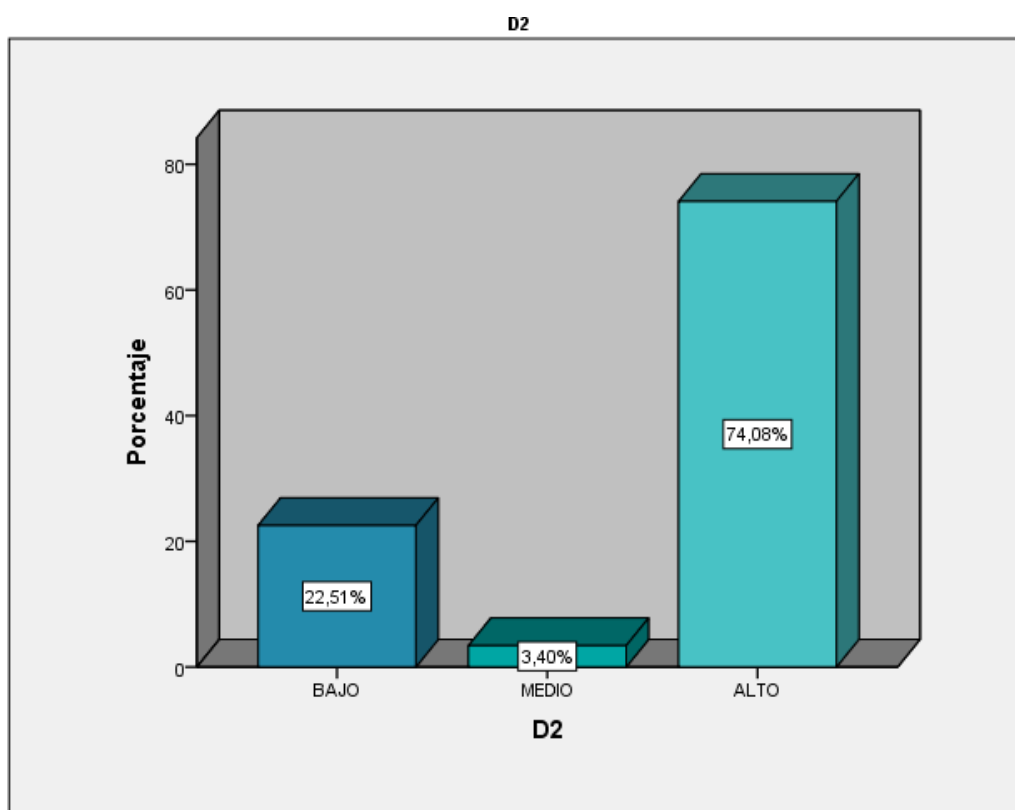
## Dimensión 2: Circulación

Tabla 39: Descripción de la frecuencia de la dimensión 2

D2					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	86	22,5	22,5	22,5
	MEDIO	13	3,4	3,4	25,9
	ALTO	283	74,1	74,1	100,0
Total		382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 82: Dimensión 2 circulación



Fuente: SPSS

En la tabla N° 38 y la figura N° 82 se observa que según los resultados de la dimensión 1: Circulación, indica que se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 86 de ellos que representan el 22.51% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la dimensión, 13 personas que representan el 3.40% tienen una percepción media, y por último 283 personas mantienen una percepción alta respecto a la aceptación de la circulación en un establecimiento hospitalario

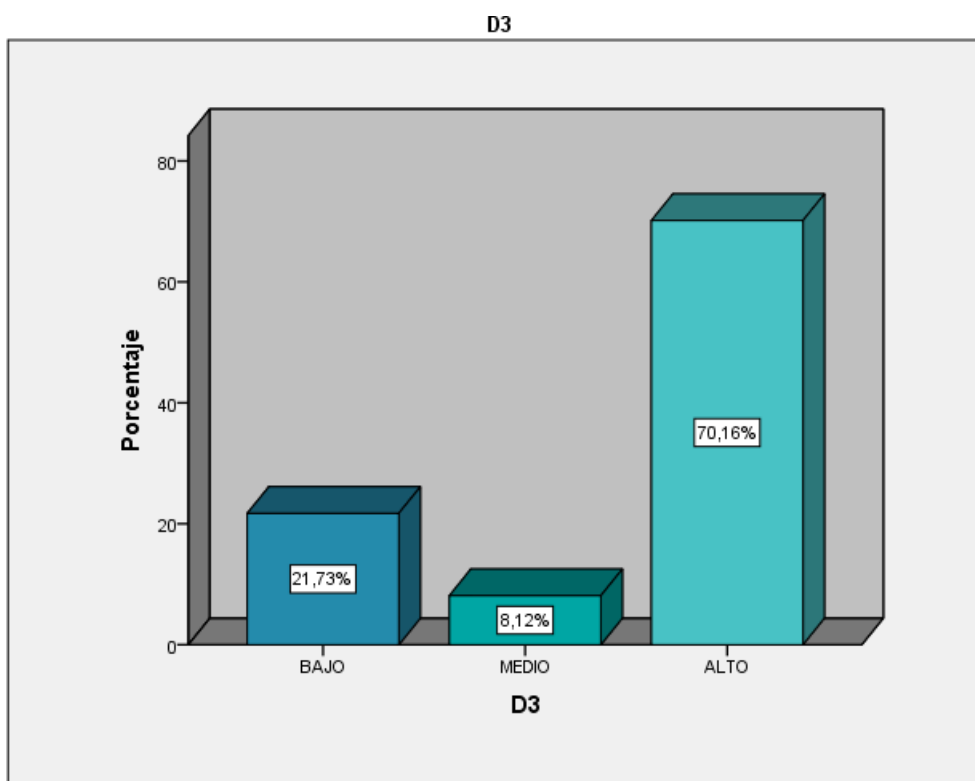
### Dimensión 3: Accesibilidad

Tabla 40: Dimensión 3 Accesibilidad

D3					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	83	21,7	21,7	21,7
	MEDIO	31	8,1	8,1	29,8
	ALTO	268	70,2	70,2	100,0
Total		382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 83: Dimensión 3 Accesibilidad



Fuente: SPSS

En la tabla N° 39 y la figura N° 83 se observa que según los resultados de la dimensión 1: accesibilidad, indica que se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 83 de ellos que representan el 21.7% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la dimensión, 31 personas que representan el 8.1% tienen una percepción media, y por último 268 personas mantienen una percepción alta respecto a la dimensión accesibilidad de un establecimiento hospitalario.

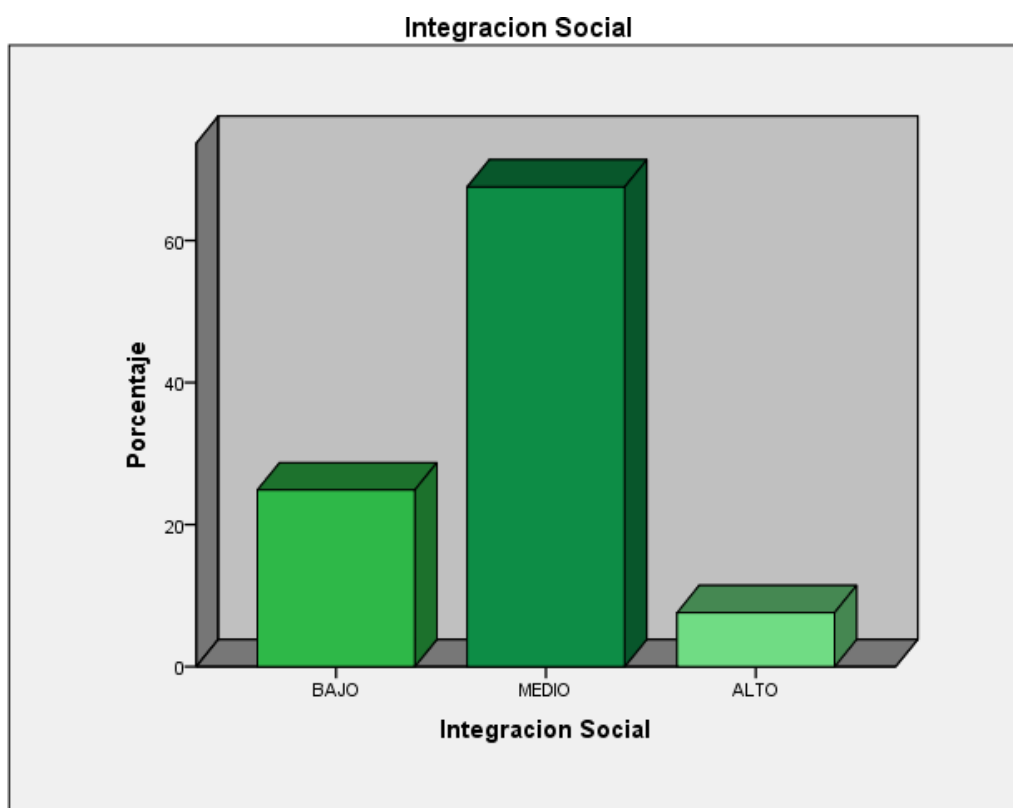
## Variable 2: Integración social

Tabla 41: Descripción de la Variable 2: Integración Social

VAR2					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	95	24,9	24,9	24,9
	MEDIO	258	67,5	67,5	92,4
	ALTO	29	7,6	7,6	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 84: Variable 2 - Integración social



Fuente: SPSS

En la tabla N° 40 y la figura N° 84 se observa que según los resultados de la Variable 2: Integración social, se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 95 de ellos que representan el 4.92% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la variable, 258 personas que representan el 67.5% tienen una percepción media, y por último 29 personas mantienen una percepción alta respecto a la integración social.

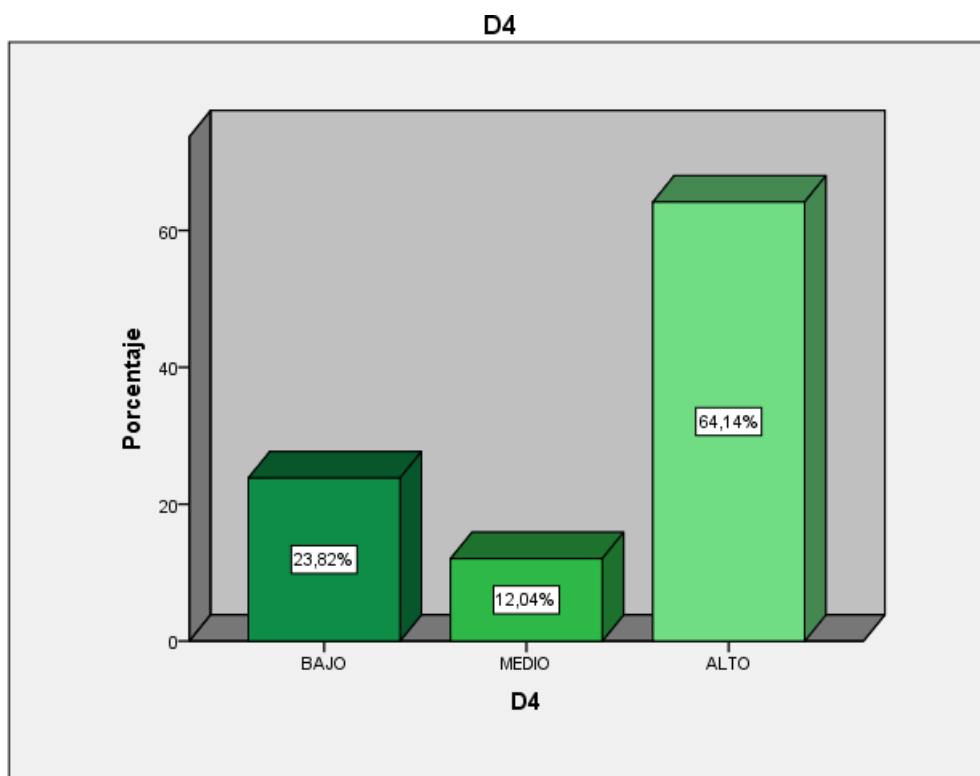
## Dimensión 4: Socialización

Tabla 42: Dimensión 4 socialización

D4					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	91	23,8	23,8	23,8
	MEDIO	46	12,0	12,0	35,9
	ALTO	245	64,1	64,1	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 85: Dimensión 4 Socialización



Fuente: SPSS

En la tabla N° 41 y la figura N° 85 se observa que según los resultados de la dimensión 4: Socialización, se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 91 de ellos que representan el 23.8% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la dimensión, 46 personas que representan el 12% tienen una percepción media, y por último 245 personas mantienen una percepción alta respecto a la socialización en un establecimiento hospitalario.

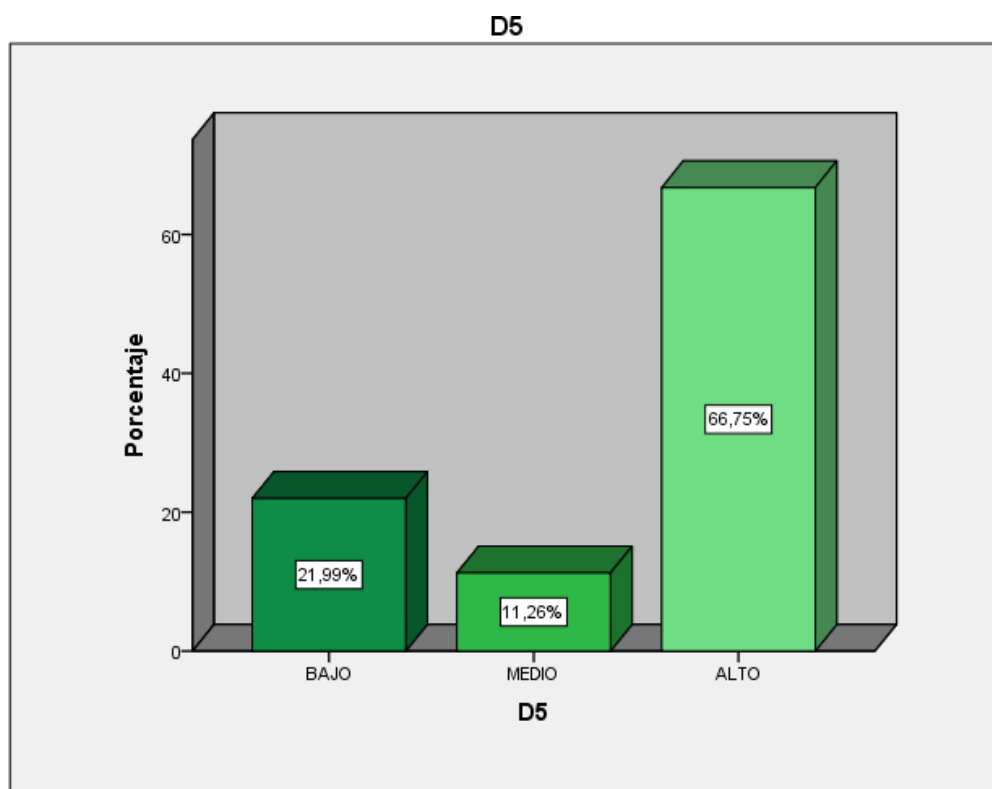
## Dimensión 5: Relación

Tabla 43: Dimensión 5 Relación

D5					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
	BAJO	84	22,0	22,0	22,0
	MEDIO	43	11,3	11,3	33,2
	ALTO	255	66,8	66,8	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 86: Dimensión 5 Relación



Fuente: SPSS

En la tabla N° 42 y la figura N° 86 se observa que según los resultados de la dimensión 5: Relación, se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 84 de ellos que representan el 22% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la dimensión, 43 personas que representan el 11.3% tienen una percepción media, y por último 255 personas mantienen una percepción alta respecto a la relación de los pacientes con el fin de lograr integrarlo a la sociedad.



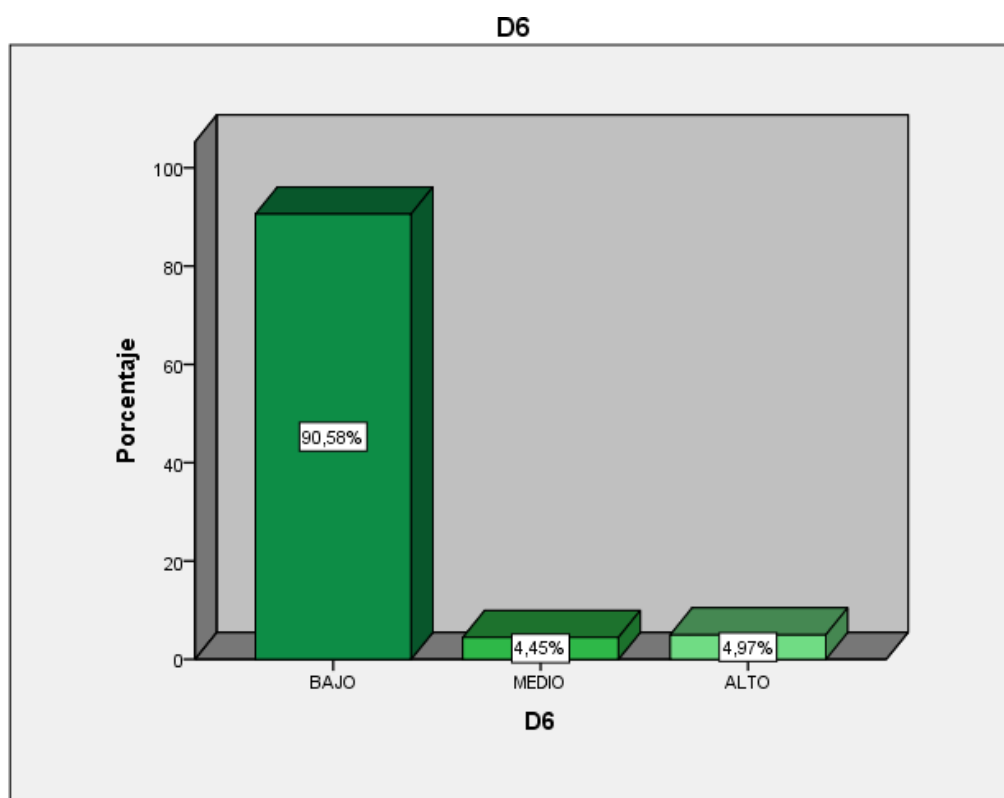
## Dimensión 6: Igualdad

Tabla 44: Dimensión 6 Igualdad

D6					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	346	90,6	90,6	90,6
	MEDIO	17	4,5	4,5	95,0
	ALTO	19	5,0	5,0	100,0
Total		382	100,0	100,0	

Fuente: SPSS

Figura 87: Dimensión 6 Igualdad



Fuente: SPSS

En la tabla N° 43 y la figura N° 87 se observa que según los resultados de la dimensión 6: igualdad, se aplicó la encuesta a 382 personas de las cuales, 346 de ellos que representan el 90.6% tiene una percepción baja respecto a la aceptación de la dimensión, 17 personas que representan el 4.5% tienen una percepción media, y por último 19 personas mantienen una percepción alta respecto a la igualdad de los pacientes

## 4.2 Estadística Inferencial

### 4.2.1 Prueba De Hipótesis General

#### Hipótesis General

Se llevó a cabo los siguientes pasos

1. Se formula la Hipótesis nula y la alternativa Hipótesis Nula (H0)

**HO:**  $r_{XY} = 0$  No existe relación significativa entre La Tipología hospitalaria se relaciona con la Integración Social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

#### Hipótesis Alternativa (H1)

**H1:**  $r_{XY} \neq 0$  Existe relación significativa entre La Tipología hospitalaria se relaciona con la Integración Social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

2. Se asume el nivel de confianza = 95%
3. Margen de Error = 5% (0.05)
4. Regla de decisión:

$p \geq \alpha$  = Acepta Ho (se rechaza la hipótesis)

$p < \alpha$  = rechaza Ho (se acepta la hipótesis)

#### Prueba de Hipótesis

Tabla 45: Análisis de Rho de Spearman entre las variables: Tipología hospitalaria e integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

Correlaciones				
			Tipología Hospitalaria	Integración Social
Rho de Spearman	VAR1	Coeficiente de correlación	1,000	,658**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	382	382
	VAR2	Coeficiente de correlación	,658**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	382	382

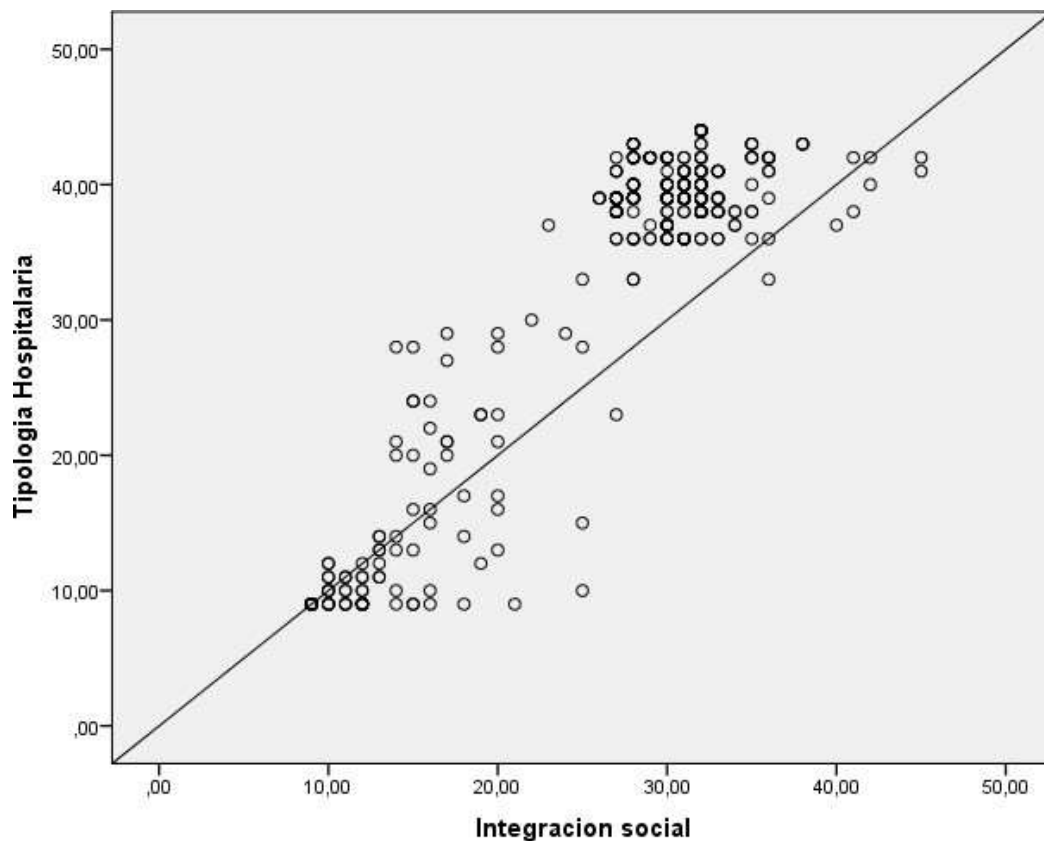
\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuentes: SPSS

El resultado manifiesta que la correlación de Rho de Spearman es igual a 0.658 puntos, por lo que se concluye que existe una correlación positiva alta entre la variable 1: Tipología Hospitalaria y la Variable 2: Integración Social. No obstante, se evidencia que el nivel de significancia (sig. = 0.0000) es menor que el p valor es decir se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1).

Dispersión Lineal:

Figura 88: Dispersión en puntos de las variables tipología hospitalaria e integración social



Fuente: SPSS

El grafico obtenido, se establece de acuerdo a los puntos de dispersión. Es decir, este punto mide el grado de relación entre las variables tipología hospitalaria e integración social, existiendo una relación positiva que se la línea logra pasar por los puntos de dispersión lo cual indica que mantiene una correlación positiva.

#### 4.2.1.1. Hipótesis Específica 1

Se llevó a cabo los siguientes pasos

1. Se formula la Hipótesis nula y la alternativa Hipótesis Nula (H0)

**HO:  $r_{XY} = 0$**  No existe relación significativa entre la plurinacionalidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la Socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

#### Hipótesis Alternativa (H1)

**H1:  $r_{XY} \neq 0$**  Existe relación significativa entre la plurinacionalidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la Socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

2. Se asume el nivel de confianza = 95%
3. Margen de Error = 5% (0.05)
4. Regla de decisión:

$p \geq$  = Acepta Ho (se rechaza la hipótesis)

$p <$  = rechaza Ho (se acepta la hipótesis)

#### Prueba de Hipótesis Específica 1

Tabla 46: Análisis del coeficiente de relación de Rho de Spearman entre las dimensiones La plurinacionalidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la Socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

CORRELACIONES				
		Plurifuncionalidad	Socialización	
Rho de Spearman	D1 –V1	Coeficiente de	1,000	,710
	Plurifuncionalidad	correlación		
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	382	382
D1 –V2	Socialización	Coeficiente de	,710	1,000
		correlación		
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	382	382

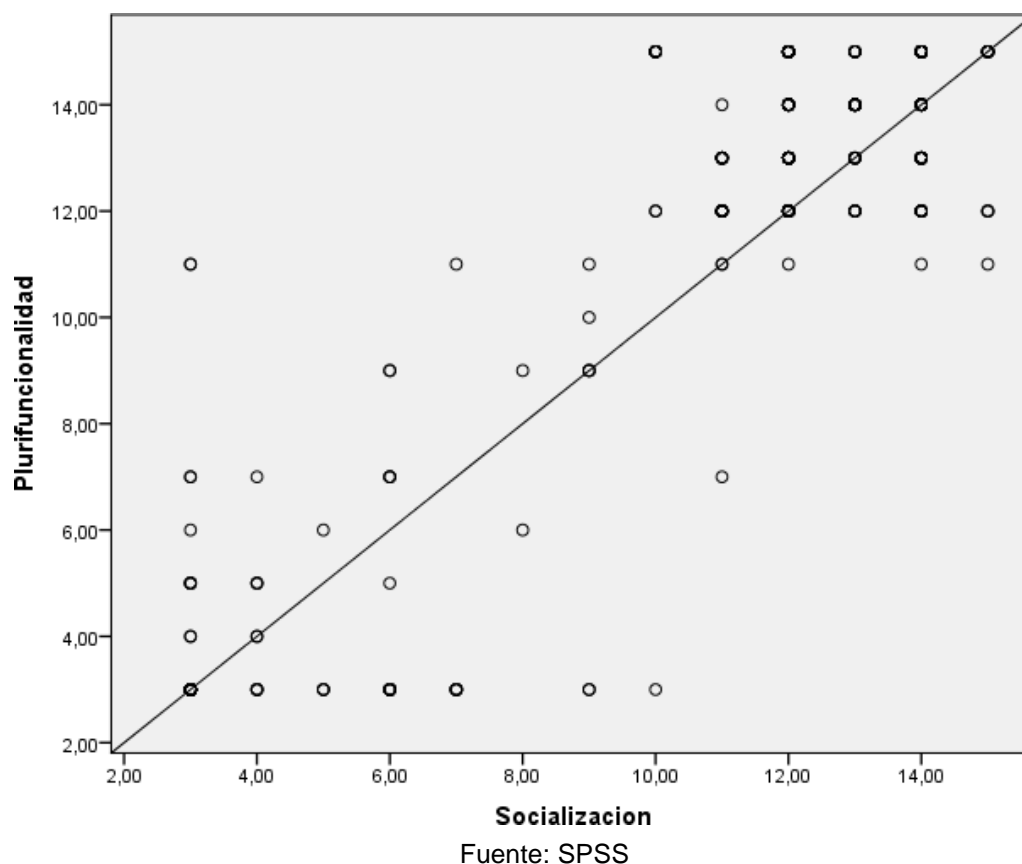
\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.001 (2 colas).

Fuente: SPSS

El resultado manifiesta que la correlación de Rho de Spearman es igual a 0.720 puntos, por lo que se concluye que existe una correlación positiva alta entre la dimensión 1 de la variable 1: Plurinacionalidad y la dimensión 1 de la variable 2: Socialización. No obstante, se evidencia que el nivel de significancia (sig. = 0.0000) es menor que el p valor es decir se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1).

Dispersión de puntos:

Figura 89: Dispersión en puntos de las dimensiones plurifuncionalidad y socialización



El gráfico obtenido, se establece de acuerdo a los puntos de dispersión. Es decir, estos puntos miden el grado de relación entre las dimensiones Plurinacionalidad de la variable tipología hospitalaria y socialización de la variable integración social, existiendo una relación positiva que se la línea logra pasar por los puntos de dispersión lo cual indica que mantiene una correlación positiva.

#### 4.2.1.2. Hipótesis Específica 2

Se llevó a cabo los siguientes pasos

1. Se formula la Hipótesis nula y la alternativa

##### Hipótesis Nula (H0)

**HO:  $r_{XY} = 0$**  No existe relación significativa entre La circulación de la tipología hospitalaria, se relaciona con la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

##### Hipótesis Alternativa (H1)

**H1:  $r_{XY} \neq 0$**  Existe relación significativa entre La circulación de la tipología hospitalaria, se relaciona con la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

2. Se asume el nivel de confianza = 95%
3. Margen de Error = 5% (0.05)
4. Regla de decisión:

$p \geq$  = Acepta Ho (se rechaza la hipótesis)

$p <$  = rechaza Ho (se acepta la hipótesis)

#### Prueba de Hipótesis Específica 2

Tabla 47: Análisis del coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre las dimensiones La circulación de la tipología hospitalaria, se relaciona con la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

CORRELACIONES				
			Circulación	Relación
Rho de Spearman	D2 – V1 Circulación	Coeficiente de		
		correlación	1,000	,573
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	382	382
	D2 – V2 Relación	Coeficiente de		
		correlación	,573	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	382	382

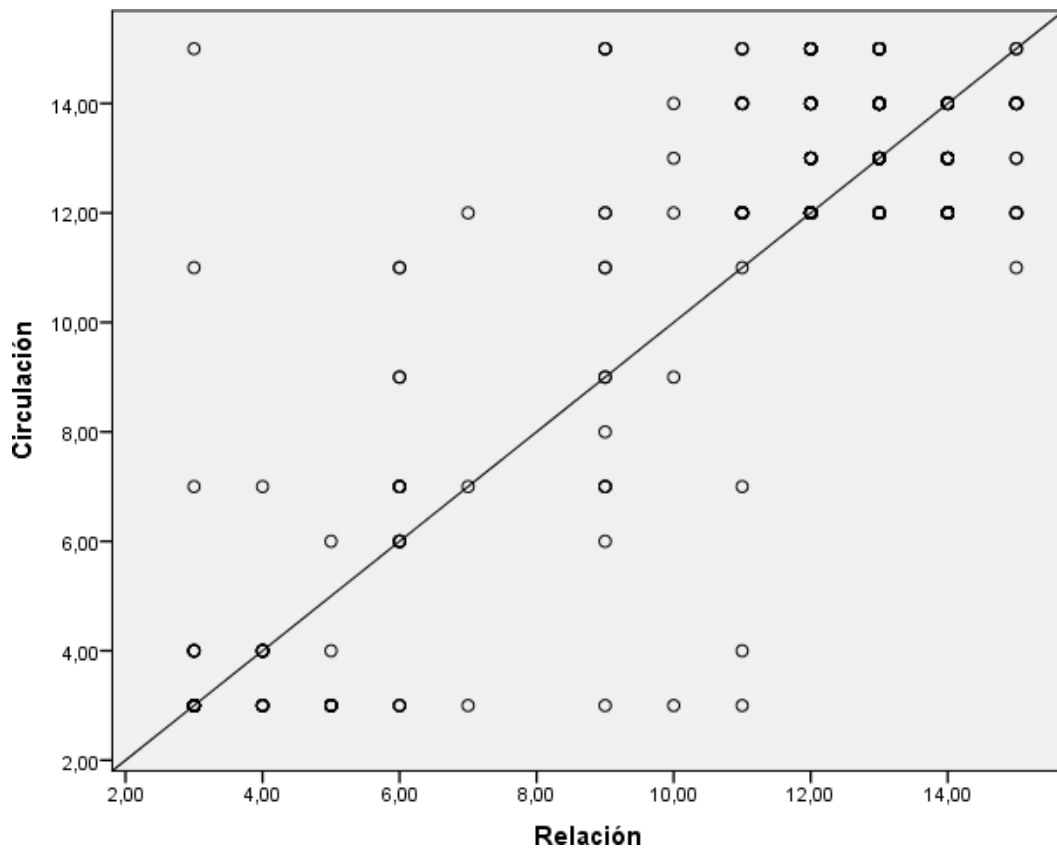
\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

Fuente: SPSS

El resultado manifiesta que la correlación de Rho de Spearman es igual a 0.573 puntos, por lo que se concluye que existe una correlación positiva media entre la dimensión 2 de la variable1: Circulación y la dimensión 2 de la Variable 2: Relación. No obstante, se evidencia que el nivel de significancia (sig. = 0.0000) es menor que el p valor es decir se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1).

Dispersión de puntos:

Figura 90: Dispersión en puntos de las dimensiones circulación y relación



Fuente: SPSS

El grafico obtenido, se establece de acuerdo a los puntos de dispersión. Es decir, estos puntos mide el grado de relación entre las dimensiones circulación de la variable tipología hospitalaria y relación de la variable integración social, existiendo una relación positiva que se la línea logra pasar por los puntos de dispersión lo cual indica que mantiene una correlación positiva.

### 4.2.1.3. Hipótesis Específica 3

Se llevó a cabo los siguientes pasos

1. Se formula la Hipótesis nula y la alternativa

#### Hipótesis Nula (H0)

**HO:  $r_{XY} = 0$**  No existe relación significativa entre La accesibilidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

#### Hipótesis Alternativa (H1)

**H1:  $r_{XY} \neq 0$**  Existe relación significativa entre La accesibilidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

2. Se asume el nivel de confianza = 95%
3. Margen de Error = 5% (0.05)
4. Regla de decisión:  
 $p \geq$  = Acepta Ho (se rechaza la hipótesis)  $p <$  = rechaza Ho (se acepta la hipótesis)

### Prueba de Hipótesis Específica 3

Tabla 48: Análisis del coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre las dimensiones accesibilidad de la tipología hospitalaria, se relaciona con la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.

CORRELACIONES				
			Accesibilidad	Igualdad
Rho de Spearman	D3 – V1	Coeficiente de correlación	1,000	,380
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	382	382
D3 – V2	Igualdad	Coeficiente de correlación	,380	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	382	382

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

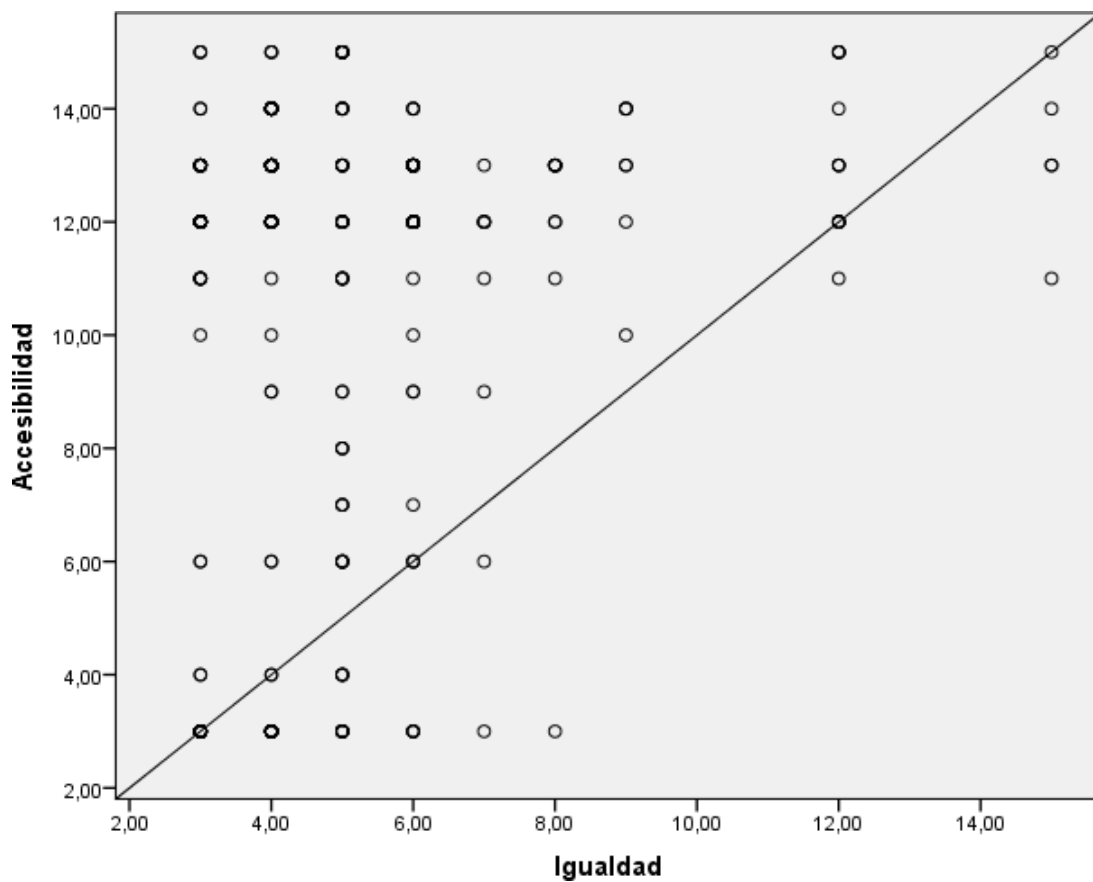
Fuente: SPSS



El resultado manifiesta que la correlación de Rho de Spearman es igual a 0.380 puntos, por lo que se concluye que existe una correlación positiva débil entre la dimensión 3 de la variable 1: accesibilidad y la dimensión 3 de la variable 2: Igualdad. No obstante, se evidencia que el nivel de significancia (sig. = 0.0000) es menor que el p valor es decir se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1).

Dispersión de puntos:

Figura 91: Dispersión en puntos de las dimensiones accesibilidad e igualdad



Fuente: SPSS

El grafico obtenido, se establece de acuerdo a los puntos de dispersión. Es decir, estos puntos miden el grado de relación entre las dimensiones accesibilidad de la variable tipología hospitalaria e igualdad de la variable integración social, existiendo una relación positiva débil que se la línea logra pasar por los puntos de dispersión lo cual indica que mantiene una correlación positiva.

### 4.3. Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis de la hipótesis general se plantea identificar la relación entre la tipología hospitalaria e integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019. Caso Hospital Víctor Larco Herrera, dicho resultado se obtuvo mediante la prueba Rho de Spearman a un nivel de 0.658, permitiendo demostrar que el nivel de significación de la prueba estadísticas es igual a 0.000, esto es menor que 0.05. Es decir que las características de la tipología hospitalaria son aceptadas por los usuarios, ya que contribuyen en la integración social para los pacientes con problemas mentales. Por lo que se determina que dichas características arquitectónicas aportan en el desarrollo de rehabilitación en un establecimiento hospitalario. Esto es aceptado por Escribano, E. (2017) obtiene el grado doctoral, en su investigación titulada “Arquitectura hospitalaria del instituto nacional de previsión en Aragón. Hospital Miguel Servet del arquitecto Fernando García Mercadal”, teniendo como objetivo de la investigación insertar una discusión sobre la evolución de la arquitectura hospitalaria española y la aragonesa del siglo XX. Donde investiga los modelos que se produjeron en cuanto a la tipología hospitalaria y como han contribuido en la sociedad. En su investigación concluye que las tipologías hospitalarias han sido diseñadas por varios motivos como el tipo político (por mantener un estilo), económico (escasez de equipamiento), técnico (influencia de estilos) y por último tipo cultural (esencia de la arquitectura moderna implementando en los elementos constructivos y espaciales). Por consiguiente, la evolución de la tipología hospitalaria parte de un contexto social, planteado como solución.

Respecto a los resultados obtenidos en el análisis de la hipótesis específica 1 se plantea identificar la relación entre la dimensión de la variable 1: Plurifuncionalidad y la dimensión de la variable 2: Socialización en el caso del Hospital Víctor Larco Herrera, dicho resultado se obtuvo mediante la prueba Rho de Spearman a un nivel de 0.710, permitiendo demostrar que el nivel de significación de la prueba estadísticas es igual a 0.000, esto es menor que 0.05. Es decir que el desarrollo de múltiples actividades en un establecimiento hospitalario se relaciona con la socialización de los usuarios y el lugar. Esto es rechazado por la investigación realizada por Villavisencio, O. (2013) en su tesis titulada “La arquitectura hospitalaria y su evolución programática. Lima y Callao, 1955 — 2005” tiene como objetivo obtener los acontecimientos históricos de la evolución de los hospitales de Lima y Callao, y la forma programática del espacio físico. En su investigación realizada a hospitales de la ciudad concluye, que los hospitales mantienen una esencia programática de aspectos particulares con características en cada unidad, existiendo tendencia en su organización y el entendimiento a las personas con problemas de salud. Por consiguiente, es necesario pensar en los usuarios y racionalizar sobre la organización funcional, buscando la plurifuncionalidad de espacios en donde se desarrollen varias actividades que generan socialización entre los usuarios.

Respecto a los resultados obtenidos en el análisis de la hipótesis específica 1 se plantea identificar la relación entre la dimensión de la variable 1: Circulación y la dimensión de la variable 2: Relación en el caso del Hospital Víctor Larco Herrera, dicho resultado se obtuvo mediante la prueba Rho de Spearman a un nivel de 0.573, permitiendo demostrar que el nivel de significación de la prueba estadísticas es igual a 0.000, esto es menor que 0.05. Es decir que la circulación en el hospital es el nexo principal para que los usuarios puedan interactuar. Es aceptado por Lozano M. y Zevallos N. (2011) en su tesis titulada “Estudio de los espacios físicos para la rehabilitación psiquiátrica de los enfermos mentales en Manabí” tienen como objetivo analizar los espacios físicos de un hospital que garanticen un ambiente adecuado para las personas con enfermedades mentales en la provincia de Manabí. La investigación busca determinar además la relación del funcionamiento y estructura de los principales servicios hospitalarios de Manabí y el modelo constructivo que mantiene para el tratamiento de enfermos mentales. Por consiguiente, la organización espacial busca establecer características arquitectónicas que contribuyan en la interacción de pacientes a través de su estructura funcional.

Respecto a los resultados obtenidos en el análisis de la hipótesis específica 1 se plantea identificar la relación entre la dimensión de la variable 1: Accesibilidad y la dimensión de la variable 2: Igualdad en el caso del Hospital Víctor Larco Herrera, dicho resultado se obtuvo mediante la prueba Rho de Spearman a un nivel de 0.380, permitiendo demostrar que el nivel de significación de la prueba estadísticas es igual a 0.000, esto es menor que 0.05. Es decir que en la actualidad los tratos desiguales en los establecimientos hospitalarios impiden el acceso de los usuarios, establecidos por el estigma social. Es aceptado por Choque, R. (2014) en su tesis titulada “Relación entre la configuración espacial con base en la teoría open door y el confort perceptual en el diseño de un hospital de salud mental para la ciudad de Trujillo” tiene como el objetivo principal es explicar cómo la teoría open door permite mejorar el diseño de un hospital especializado en enfermedades mentales asignadas al confort del paciente considerando criterios de flexibilidad, funcionalidad, privacidad, accesibilidad. Por consiguiente, al plantear las teorías open door se genera accesibilidad pensamos en la sensación del paciente, tomándolo en cuenta sin ninguna desigualdad, vale decir libre acceso.

#### **IV. Conclusiones**

## **5.1. Conclusión General**

Se determina que existe una correlación positiva alta de 0,658 puntos entre la variable tipología hospitalaria e integración social. Este resultado permite señalar que la población considera de una manera moderada que la plurifuncionalidad, la circulación y la accesibilidad de un establecimiento hospitalario; contribuyen en la integración social de personas con discapacidad mental.

Se concluye que para una mejor integración social se deben de tener en cuenta las características principales de la tipología hospitalaria incluyendo los aspectos principales entre ellas: socialización, relación e igualdad. Tal como menciona Lamarca (2009) en el que asegura que los establecimientos de salud mental deben estar orientadas a la rehabilitación, inserción social e integración laboral desarrollando sus capacidades físicas, mentales y sociales.

### **5.1.1. Conclusiones Específicas**

#### **Conclusión específica 1:**

Se determina que existe una correlación positiva alta de 0,710 puntos entre la dimensión plurifuncionalidad de la variable 1 sobre la dimensión socialización de la variable 2. Este resultado permite señalar que la plurifuncionalidad de la tipología hospitalaria tiene un papel importante en el proceso de la socialización de las personas con problemas mentales, puesto que al desarrollar espacios con múltiples funciones que permite la interacción bidireccional del paciente y el medio en el que se rodea.

#### **Conclusión específica 2:**

Se determina que existe una correlación positiva media de 0,573 puntos entre la dimensión circulación de la variable 1 sobre la dimensión relación de la variable 2. Este resultado permite señalar que la circulación en los hospitales es el vínculo principal para generar que los pacientes convivan e interactúen entre espacios que logren fomentar la accesibilidad e interrelación mediante la libre movilidad.

#### **Conclusión específica 3:**

Se determina que existe una correlación positiva débil de 0,380 puntos entre la dimensión accesibilidad de la variable 1 sobre la dimensión igualdad de la variable 2. Este resultado permite señalar que la accesibilidad de hospitales se encuentra débilmente relacionada con la igualdad ya que la accesibilidad se construye bajo dos elementos (los usuarios y el sistema de salud). Si los usuarios presentan desigualdades no pueden acceder a una atención adecuada, mientras no existen un buen trato, beneficio y oportunidades para su desarrollo frente a la sociedad.

## **VI. Recomendaciones**

## **6.1. Recomendación General**

El ministerio de salud y las localidades de nuestra ciudad debe considerar en la implementación de sus establecimientos especializados en la salud mental, características estructurales y espaciales que contribuyan en el desarrollo físico, mental y social de los pacientes.

### **6.1.1. Recomendación Específica**

#### **Recomendación Específica 1:**

El ministerio de salud junto a los distritos de nuestra ciudad debe implementar establecimientos destinados a la salud mental, que cuenten con espacios multifuncionales, con el fin de desarrollar múltiples actividades que contribuyan en el desarrollo de sus capacidades.

#### **Recomendación Específica 2:**

Se recomienda también al ministerio de salud implementar establecimientos hospitalarios que contemplen recorridos directos, que permitan relacionar ambientes, garantizando la libre movilidad del usuario.

#### **Recomendación Específica 3:**

Se recomienda al ministerio de salud implementar áreas que contribuyan en el desarrollo de los pacientes, mediante servicios que complementen su discapacidad como el departamento de rehabilitación, reinserción social e integración laboral.

## Referencia bibliográfica

- A. Casares. (2012). *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria*. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid. Obtenido de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1100\\_MINSA842.PDF](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1100_MINSA842.PDF)
- Acuña, P. (2005). *Análisis formal del espacio urbano*. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/242552123>
- Andina. (11 de Noviembre de 2017). *Minsa proyecta contar con 180 centros de salud mental comunitario 2021*. Obtenido de <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-proyecta-contar-180-centros-salud-mental-comunitario-al-2021-689348.aspx>
- Andina. (2018). *Salud mental: nuevo plan implementara 281 centros comunitarios al 2021*. Obtenido de <https://andina.pe/agencia/noticia-salud-mental-nuevo-plan-implementara-281-centros-comunitarios-al-2021-708808.aspx>
- Andina. (s.f.). *Problemas de salud mental son atendidos en centro comunitario de Carabayllo*. Lima, Peru. Obtenido de <https://andina.pe/agencia/noticia-problemas-salud-mental-son-atendidos-centro-comunitario-carabayllo-667847.aspx>
- Ardila, G. et al. (2016). *El desafío* (Vol. 12). Argentina: Revista Salud Colectiva.
- Asociacion Española de Neuropsiquiatria. (2002). *Rehabilitacion Psicosocial del Trastorno mental severo. situacion actual y recomendaciones*. Madrid. Obtenido de <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>
- Aztarain, J. (s.f.). *Navarra*. Obtenido de Navarra: [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146458/antes\\_XIII.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146458/antes_XIII.pdf)
- Baura, O. et al. (2003). *Rehabilitacion e integracion social de las personas con trastorno mental grave*. Madrid, España: Walk, Rehabilitacion y desarrollo integral S.L.L.
- Bonastra, Q., Farrero, M., Jove, G. y Llonch, N. (2014). *Arte, arquitecto y docencia. Los espacios de libertad en el cubo blanco y la disciplina*. Barcelona : Universidad de Barcelona.
- Casares A. (2012). *Arquitectura sanitaria y hospitalaria*. Madrid, España: Escuela Nacional de Sanidad.
- Centro de Informacion de las Naciones Unidas. (14 de Julio de 2015). *El gasto destinado a la salud mental es "muy escaso"*. Obtenido de <http://www.cinu.mx/noticias/mundial/el-gasto-destinado-a-la-salud/>



- Choque R. (2014). *Relacion entre configuracion espacial con base en la teoria open door y el confort receptual en el diseño de un hospital de salud mental para la ciudad de Trujillo*. Tituto de Arquitectura, Trujillo.
- Comision de estudios de discapacidad. (2005). *Consulta Nacional sobre Disapacidad 2003*. Lima.
- Confederacion Salud Mental España. (2017). *8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo*. Obtenido de <https://consaludmental.org/general/8-cada-10-personas-problemas-salud-mental-no-tienen-empleo-34388/>
- Congreso de la Republica. (2017). *Legislacion comparada sobre salud mental*. Lima, Peru. Obtenido de <http://www.congreso.gob.pe/dgp/Didp/index.html>
- Consejo Nacional de Salud. (2005 - 2006). *Documento tecnico normativo Plan Nacional de Salud Mental*. Lima.
- Correa, Arias y Carmona. (2012). *Equidad e igualdad sociales y sanitarias. Necesidad de un marco conceptual científico* (Vol. 7). Obtenido de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/571/1274>
- Czajkowski J. y Rosenfeld E. (2000). *Evolucion de los Edificios Hospitalarios. Aproximacion a una vision Tipologica*. Argentina, España: Instituto de Estudios de habitat de la facultad de arquitectura y urbanismo.
- Defensoria del Pueblo. (2000). *La atencion sociosanitaria en España: Perspectivas gerontologica y otros aspectos conexos*. Madrid. Obtenido de <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atenci%C3%B3n-sociosanitaria-en-Espa%C3%B1a-perspectiva-gerontol%C3%B3gica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>
- Defensoria del Pueblo. (2009). *Salud mental y derechos humanos; supervision de la politica publica, la calidad de los servicios y la atencion a poblaciones vulnerables* (Segunda ed.). Lima, Peru.
- Dimenstein. (2013). *La reforma psiquiatrica y el modelo de atencion psicosocial en Brasil: en busca de ciudadanos e integrados en salud mental*. Cali, Colombia: Revista CS.
- Direccion de Redes Integradas de Lima Norte, D. (12 de Diciembre de 2018). *Organismo Superios de las Contrataciones del Estado*. Obtenido de Organismo Superios de las Contrataciones del Estado: <http://prodapp2.seace.gob.pe/seacebus-uiwd-pub/fichaSeleccion/fichaSeleccion.xhtml?ptoRetorno=LOCAL#>

- Dirección de redes integradas de salud Lima norte. (s.f.). *Implementaran Centro de salud mental comunitarios en Lima norte*. Lima. Obtenido de <http://www.dirislimanorte.gob.pe/n-inf-026-18-implementacion-de-cs-mental-comunitario-en-ancon/>
- Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, D. (2018). *Avances técnicos al 100% de ejecución ante declaratoria de emergencia*. Lima. Obtenido de <http://www.dirislimanorte.gob.pe/diris-lima-norte-presenta-avances-tecnicos-al-100-de-ejecucion-ante-declaratoria-de-emergencia/>
- Escribano, E. (2017). *Arquitectura hospitalaria del instituto nacional de prevision en Aragon. El hospital Miguel Servet del arq. Fernando Garcia Mercadal*. tesis doctoral en arquitectura, España. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=Pb1Aaqa7ys%3D>
- Escuela Abierta de Desarrollo de Ingeniería y Construcción. (2010). *Arquitectura Bioclimática*.
- Ex- Convento de San Hipolito. (s.f.). *Ex- Convento de San Hipolito*. Obtenido de Ex- Convento de San Hipolito: <https://www.exconventosanhipolito.com/>
- Falen, L. (2003). *Criterios de diseño arquitectónico para hospitales tipo I*. Título de Arquitectura, Lima - Perú. Obtenido de <http://cybertesis.uni.edu.pe/handle/uni/11052>
- Federación de Enseñanza de CC.OO. (2010). *Temas para la educación*. Andalucía. Obtenido de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7586.pdf>
- Fernandez. (2015). *Cambios en la noción de la locura. El hospital de los inocentes de Valencia*. Valencia, España. Obtenido de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados82005\)\\_41\\_13.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados82005)_41_13.pdf)
- Gomez, M. (1998). *Arquitectura y arquitectos en la valencia siglo XVI: El hospital general y sus artífices*. Valencia: Albatros ediciones.
- Hernandez, R., Fernandez, E y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Interamericana Editores, S.A. .
- Hospital Hermilio Valdizan. (2013). *Análisis de situación de salud hospitalaria*. Lima.
- Hospital Victor Larco Herrera. (2016). *Plan operativo Priorizado del mantenimiento de la infraestructura hospitalaria*. Lima, Magdalena del mar, Perú.
- Hospital Victor Larco Herrera. (27 de Febrero de 2019). *Hospital Larco Herrera*. Obtenido de Hospital Larco Herrera:

[https://larcoherrera.co.pe/images/documentos/estadisticas/epidemiologia/2018/ASEH\\_2017.pdf](https://larcoherrera.co.pe/images/documentos/estadisticas/epidemiologia/2018/ASEH_2017.pdf)

Hospital Victor Larco Herrera/ Historia. (s.f.). *Hospital Victor Larco Herrera*.

Obtenido de Hospital Victor Larco Herrera:

<http://www.larcoherrera.gob.pe/institucional/historia.html>

Instituto de Gestion de Servicios de Salud. (2017- 2018). *Hospital Larco Herrera*.

Obtenido de Hospital Larco Herrera:

[http://www.larcoherrera.gob.pe/images/documentos/estadisticas/estadistica/2017/METAS\\_FISICAS\\_2017.pdf](http://www.larcoherrera.gob.pe/images/documentos/estadisticas/estadistica/2017/METAS_FISICAS_2017.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. (2014). *Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012*. Lima, Peru.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2008).

*Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú*. Obtenido de

<http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2012).

*Anales de Salud Mental, Estudio Epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y Callao - Replicación* (Vols. XXIX - Suplemento 1). Lima, Peru.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2014). *El estigma social es el principal enemigo de la salud mental*. Lima. Obtenido de

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/047.html>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2014).

*Exitosa participación del Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN" en campaña de salud mental en el distrito de Comas*. Lima. Obtenido de

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasinstitucionales/2014/08/069.html>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2014). *Los problemas de salud mental están asociados con las tasas más altas de desempleo*. Obtenido de

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/041.html>

html

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (15 de setiembre de 2016). *La salud mental en el Perú a punto de despegar*.

Obtenido de

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/065.html>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2017). *Plan de acompañamiento clínico psicosocial en salud mental a establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima norte: Red de salud Tupac Amaru y regiones: Loreto, Madre de Dios y Ancash*. Lima, Peru.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2017). *Plan de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento*. Lima.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2015). *Zona selva del Peru, presenta cerca del 90% de brecha en atención de salud mental*. Lima. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/038.html>

Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. (2008). *Salud mental del Subsector Ministerio de Salud del Peru* (Primera ed.). Lima, Peru. Obtenido de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/mh\\_who\\_aims\\_peru\\_apr\\_2010\\_en.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/mh_who_aims_peru_apr_2010_en.pdf)

Insua, M. (2000). *Arquitectura hospitalaria*. Coruña - España. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=22351>

Insua, M. (2002). *Arquitectura hospitalaria gallega de pabellones*. Tesis doctoral, España. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=171251>

Integración, Instituto de Análisis y Comunicación. (2016). *80% de peruanos con problemas de salud mental no son atendidos*. Lima.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2017). *Cartera de servicios de salud mental*. Lima, San Martín de Porres, Peru.

Jiron E. (2015). *Centro de atención psicosocial*. Tesis- Título de Arquitecto, Tumaco.

Lamarca, I. (2009). el papel de la sociedad en la integración de personas con enfermedad mental. *Ararteko del país Vasco*, 34-43.

Landini, Gonzalez y D'amore. (2014). *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*. Rio de Janeiro, Brasil. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>

Lopez y Sanchez. (2001). *Estructura social, apoyo social y salud mental* (Vol. 13). Madrid, España: Psicothema .

Lopez, C. (2010). *Relaciones interpersonales*.

- Lopez, J. (2008). *La fundacion en Valencia del primer hospital psiquiatrico del mundo*. Madrid: Actas Esp Psiquiatr. Obtenido de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>
- Lozano M. y Zevallos N. (2011). *Estudio de los espacios fisicos para la rehabilitacion psiquiatrica de los enfermos mentales de Manabi*. Tesis de Titulacion en Arquitectura, Manabi.
- Ministerio de Salud. (2004). *Lineamientos para la accion en salud mental*. Lima, Peru.
- Ministerio de Salud- Hospital Hermilio Valdizan. (2013). *Analisis de situacion de salud hospitalaria*. Lima.
- Moreno, O. (2016). *Centro especializado para la atencion de la salud mental*. Tesis - Titulo de Arquitecto, Bogota.
- Moya R. (12 de Febrero de 2016). *Tipologias arquitectonicas en permanente transformacion*. Obtenido de Arqa Peru: <https://arqa.com/actualidad/colaboraciones/tipologias-arquitectonicas-en-permanente-transformacion.html>
- Municipalidad Distrital de Comas. (2006). *Diagnostico Local Participativo del Consumo de Drogas en el distrito de Comas*. Lima, Peru. Obtenido de [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/diagnostico\\_ofinal/Diagnostico\\_Final\\_Comas.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/diagnostico_ofinal/Diagnostico_Final_Comas.pdf)
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Inversion en salud mental*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Promocion de la Salud Mental*. Obtenido de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organizacion Mundial de la Salud. (2010). *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. La Tipografia Varese S.p.A.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2010). *Salud y desarrollo poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2010). *Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales*. Nueva York, Ginebra, Estados Unidos. Obtenido de [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental\\_disabilities\\_20100916/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/es/)

- Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala pais.*
- Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el ssector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de pais.*
- Organizacion Mundial de la Salud. (Abril de 2017). *Trastornos mentales.* Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *Depresion.* Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2004). *La brecha de tratamiento en la region de las Americas.* Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9408:2008-la-brecha-tratamiento-region-americas&Itemid=40615&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9408:2008-la-brecha-tratamiento-region-americas&Itemid=40615&lang=es)
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2013). *WHO-AIMS: Informe regional sobre los sistemas de salud mental en America Latina y el Caribe.* Washington, DC, Estados Unidos. Obtenido de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). *Depresion y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.* Washington, D.C.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). *La salud y los asultos mayores.* Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organizacion Panamericana de la Salud y Organizacion de Salud Mental. (9 de Octubre de 2012). *Dia mundial de la salud mental: la depresion es el trastorno mas frecuente.* Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Perez F., Peñaranda M. (2017). *El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly.* Madrid: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.37 no.131.
- Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. (20 de Abril de 2018). *Resolucion Ministerial N° 356-2018/MINSA.* Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-plan-nacional-de-fortalecimi-resolucion-ministerial-no-356-2018minsa-1640043-2/>

- Programa de Lucha contra la pobreza en Lima Metropolitana. (2008). *La inclusion de las personas con discapacidad*. Lima. Obtenido de [http://observatorioderedoshumanos.minjus.gob.pe/jmla25/index.php/publicaciones/doc\\_download/619-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-sistematizacion-de-la-intervencion-de-propoli-en-discapacidad-lecciones-aprendidas-y-recomendaciones-para-futura](http://observatorioderedoshumanos.minjus.gob.pe/jmla25/index.php/publicaciones/doc_download/619-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-sistematizacion-de-la-intervencion-de-propoli-en-discapacidad-lecciones-aprendidas-y-recomendaciones-para-futura)
- Rivera E. (24 de mayo de 2019). *Hospital Victor Larco Herrera*. Obtenido de Hospital Victor Larco Herrera: <http://www.larcoherrera.gob.pe/comunicaciones/noticias/4443-ley-de-salud-mental-permitira-mejorar-los-servicios-y-el-numero-de-atenciones-a-pacientes-que-necesitan-este-tipo-de-atencion.html>
- Rodriguez A. y Rodriguez M. (2013). Tipologia de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlantico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vaco de Quiroga en Nueva España. *Gaceta Medica de Mexico*, 463, 464.
- Rodriguez M., et al. (1996). *Estudios de Tipologia Arquitectonica*. Mexico: Azcapotzalco.
- Sacristan. (2005). *Historiografia de la locura y de la psiquiatria en Mexico*. Obtenido de <http://documentacion.aen.es/pdf/frenia/2005/009-historiografia-de-la-locura-y-de-la-psiquiatria-en-mexico-de-la-hagiografia-a-la-historia-posmoderna.pdf>
- Saenz, J. (2012). *Circulacion, fluidez y libertad*. Madrid: Escuela superior de arquitectura.
- Salvador L. et al. (2010). *GEOSCAT Atlas Integral de los servicios de atencion a la salud mental, Catañuña*. Barcelona. Obtenido de [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/salut\\_mental/documents/pdf/memoria\\_atles\\_integral\\_version\\_castellana.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/memoria_atles_integral_version_castellana.pdf)
- Sanchez, D. (s.f). *Arquitectura multifuncional: nuevos espacios para los nuevos estilos de vida* .
- Stuchi. (2012). *Loquerias, manicomios y hospitales psiquiatricos en Lima*. Lima, Peru. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/271356404/Loquerias-manicomios-y-hospitales-psiquiatricos-de-Lima>
- Suarez, M. J. (Julio- Setiembre de 2017). *Salud Mental y Desarrollo*.
- Suria, R. (2010). *Socializacion y desarrollo social*.
- Trachana A. (2011). *Fundamentos de la forma y el espacio arquitectonico*. Madrid - España: Munilla Leria.

Universidad Valparaiso de Chile. (2015). *Exclusion social y falta de trabajo: los problemas de la salud mental*. Obtenido de <http://www.uv.cl/pdn/?id=6592>

Urban Ruins, O. (- de Julio de 2006). *Opacity*. Obtenido de Opacity: [https://opacity.us/site190\\_weston\\_state\\_hospital.htm](https://opacity.us/site190_weston_state_hospital.htm)

Vidal, T. y Pol, E. (3 de Diciembre de 2005). *La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas*. Obtenido de *La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas*: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97017406003>

Villavisencio, O. (2013). *La arquitectura hospitalaria y su evolución programática. Lima y Callao, 1955-2005 (tesis de maestría)*. Lima - Callao. Obtenido de <http://cybertesis.uni.edu.pe/handle/uni/2211>

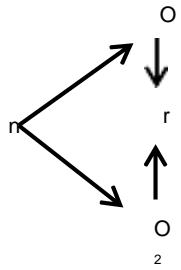


## Apéndice A: Matriz de consistencia

**Título:** "Tipología hospitalaria e integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019. "Caso hospital Víctor Larco Herrera.

**Autores:** Ramos Mallqui Maricielo, Torres Mori Josselin María

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p><b>Problema General:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la tipología hospitalaria y la integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la plurinacionalidad de la tipología hospitalaria y la Socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la circulación de la tipología hospitalaria y la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la accesibilidad de la tipología hospitalaria y la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la relación entre la tipología hospitalaria y la integración social de personas con discapacidad mental, Lima2019.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>Determinar la relación entre la plurinacionalidad de la tipología hospitalaria y la socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019</p> <p>Determinar la relación entre la circulación de la tipología hospitalaria y la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019</p> <p>Determinar la relación entre la accesibilidad de la tipología hospitalaria y la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>La tipología hospitalaria se relaciona con la integración social de personas con discapacidad mental, Lima 2019.</p> <p><b>Hipótesis Específicos:</b></p> <p>La plurinacionalidad de la tipología hospitalaria se relaciona con la Socialización de personas con discapacidad mental, Lima 2019.</p> <p>La circulación de la tipología hospitalaria se relaciona con la relación de personas con discapacidad mental, Lima 2019.</p> <p>La accesibilidad de la tipología hospitalaria se relaciona con la igualdad de personas con discapacidad mental, Lima 2019.</p>	<b>Variable 1: TIPOLOGIA HOSPITALARIA</b>				
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles o rangos</b>
			Plurifuncionalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función</li> <li>• Diseño</li> <li>• Espacio</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy en Desacuerdo</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Muy de Acuerdo</li> </ul>	3-5
					2		6-8
					3		9-11
			Circulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculo</li> <li>• Interrelación</li> <li>• Movilidad</li> </ul>	4		12-14
					5		15
					6		
			Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación</li> <li>• Apertura</li> <li>• Espacios</li> </ul>	7		
					8		
9							
<b>Variable 2: INTEGRACION SOCIAL</b>							
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de valores</b>	<b>Niveles o rangos</b>			
Socialización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacción</li> <li>• Apropiación</li> <li>• Influencia</li> </ul>	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy en Desacuerdo</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Muy de Acuerdo</li> </ul>	3-15			
		11		6-8			
		12		9-11			
Relación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura</li> <li>• Vinculo</li> <li>• Comunicación</li> </ul>	13		12-14			
		14		15			
		15					
Igualdad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato</li> <li>• Beneficio</li> <li>• Oportunidad</li> </ul>	16					
		17					
		18					

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Diseño: Correlacional No Experimental, De Carácter Transversal</p>  <p>Método: Hipotético - Deductivo</p>	<p>Población:</p> $n = \frac{NZ^2p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$ <p>Tipo de muestreo: Aleatorio Simple</p> <p>Tamaño de muestra: Z= 1.96 (para el nivel deseado de confianza del 95%) e= 0.05 (error de estimación o error permitido por el investigador) N= 104 568 (tamaño de población) P= 0.5 (porcentaje de probabilidad de que el fenómeno ocurra)</p> <p>Teniendo como resultado 382 habitantes para realizar las encuestas</p>	<p>Variable 1: Tipología Hospitalaria</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Ficha Tecnica</p> <p>Autores: Ramos Mallqui Maricielo Torres Mori, Josselin María</p> <p>Año: 2019</p> <p>Monitoreo: 3 Horas/ diarias- 3 semanas</p> <p>Ámbito de Aplicación: Lima</p> <p>Forma de Administración: Individual</p> <hr/> <p>Variable 2: Integración Social</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Ficha Tecnica</p> <p>Autores: Ramos Mallqui Maricielo Torres Mori, Josselin Maria</p> <p>Año: 2019</p> <p>Monitoreo: 3 Horas / diarias - 3 semanas</p> <p>Ámbito de Aplicación: Lima</p> <p>Forma de Administración: Individual</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>La validez del instrumento se da a través del análisis de confiabilidad del Ala de Cobach. El cual se desarrollan en tablas de frecuencia y gráfico de barras.</p> <p>INFERENCIAL:</p> <p>La relación de las variables serán cuantificadas con el análisis de correlación Rho de Speraman:</p> <p>A través del Rho de Spearman se analiza la relación de las variables: V1: Tipología Hospitalaria y V2: Integración Social</p>

## Apéndice B: Encuesta

Señores(as), pobladores de Lima metropolitana, mediante esta encuesta esperamos su colaboración, respondiendo con honestidad. La prueba es anónima.

Instrucciones: Lea atentamente y conteste según el rango que usted considere, a las preguntas con “x” en una sola alternativa.

ESCALA				
5. MUY DE ACUERDO	4. DE ACUERDO	3. INDIFERENTE	2. EN DESACUERDO	1. MUY EN DESACUERDO

VARIABLE: TIPOLOGIA HOSPITALARIA		ESCALA				
PLURIFUNCIONALIDAD	La función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	El diseño de espacios influyen en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	Los espacios garantizan diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
CIRCULACION	La vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	La interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	Una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
ACCESIBILIDAD	La relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	Contar con ambientes abiertos mejora el acceso en un establecimiento hospitalario. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	Los espacios accesibles contribuyen en la mejora de los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
VARIABLE: INTEGRACION SOCIAL						
SOCIALIZACION	El poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	El entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	La influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
RELACION	La aceptación de personas con problemas mentales mejora la integración social. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	El vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	La comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
IGUALDAD	Existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	Existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5
	Existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	1	2	3	4	5

## Apéndice C: Validaciones

### ANEXO 4 CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE TIPOLOGIA HOSPITALARIA

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad <sup>1</sup>		Pertinencia <sup>2</sup>		Relevancia <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	<b>PLURIFUNCIONAL</b>							
1	La función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
2	El diseño de espacios influyen en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
3	La variedad espacial garantiza el desarrollo de diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
	<b>CIRCULACION</b>							
4	La vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
5	La interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
6	Una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
	<b>ACCESIBILIDAD</b>							
7	La relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
8	Tener ambientes abiertos mejora la accesibilidad de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
9	Los espacios que permiten la circulación del usuarios son accesibles ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Aplicable

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [ X ]     No aplicable [ ]    .13 de 05 del 20...9

Apellidos y nombre s del juez evaluador: ROYA ROSA VIOLE MANUEL / DOCTOR DE PROF DE NUTRICION    DNI: 06734425

Especialidad del evaluador: ROSA VIOLE MANUEL / DOCTOR DE PROF DE NUTRICION 

<sup>1</sup> Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

<sup>2</sup> Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

<sup>3</sup> Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**ANEXO 4**  
**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE INTEGRACION SOCIAL**

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad <sup>1</sup>		Pertinencia <sup>2</sup>		Relevancia <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	<b>SOCIALIZACION</b>							
1	El poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?							
2	El entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales para integrar a la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?							
3	La influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?							
	<b>RELACION</b>							
4	La aceptación de personas con problemas mentales mejora las condiciones de apertura social. ¿Está usted de acuerdo?	SI	No	SI	No	SI	No	
5	El vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social. ¿Está usted de acuerdo?							
6	La comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?							
	<b>IGUALDAD</b>							
7	Existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	SI	No	SI	No	SI	No	
8	Existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?							
9	Existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): APLICABLE

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable [ ]... del 20...

Apellidos y nombres del juez evaluador: ROSA ROSA VERA MANUEL DNI: 0693421

Especialidad del evaluador: DOCENTE DE PSY DE INURTI

Nota: Suficiencia, se otorga cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**ANEXO 4  
CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE TIPOLOGIA HOSPITALARIA**

Nº	DIMENSIONES / ítems PLURIFUNCIONAL	Claridad <sup>1</sup>		Pertinencia <sup>2</sup>		Relevancia <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	La función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
2	El diseño de espacios influyen en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
3	Los espacios garantizan diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
	<b>CIRCULACION</b>							
4	La vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
5	La interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
6	Una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
	<b>ACCESIBILIDAD</b>							
7	La relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
8	Tener ambientes abiertos mejora la accesibilidad de un hospital ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		
9	Los espacios que permiten la circulación del usuarios son accesibles ¿Está usted de acuerdo?	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Muy suficiencia

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [ ] No aplicable [ ] 30 de abril del 2012

Apellidos y nombres del juez evaluador: Arquitetno, Andrés F. Latorre DNI: 024123536

Especialidad del evaluador: Arquitetno, Andrés F. Latorre

<sup>1</sup> Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
<sup>2</sup> Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.  
<sup>3</sup> Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*Handwritten signature*

**ANEXO 4  
CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE INTEGRACION SOCIAL**

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad <sup>1</sup>		Pertinencia <sup>2</sup>		Relevancia <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>SOCIALIZACION</b>								
1	El poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
2	El entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales para integrar a la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
3	La influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
<b>RELACION</b>								
4	La aceptación de personas con problemas mentales mejora la integración social. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
5	El vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
6	La comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
<b>IGUALDAD</b>								
7	Existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
8	Existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
9	Existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable [ ]... del 20.17

Apellidos y nombres del juez evaluador:

Especialidad del evaluador: Ar. Qu. Farmacia DNI: 06102527

<sup>1</sup> Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
<sup>2</sup> Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.  
<sup>3</sup> Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*E. Con.*

**ANEXO 4  
CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE TIPOLOGIA HOSPITALARIA**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Claridad <sup>1</sup>		Pertinencia <sup>2</sup>		Relevancia <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
<b>PLURIFUNCIONAL</b>								
1	La función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
2	El diseño de espacios influyen en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
3	La variedad espacial garantiza el desarrollo de diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
<b>CIRCULACION</b>								
4	La vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
5	La interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
6	Una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
<b>ACCESIBILIDAD</b>								
7	La relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
8	Tener ambientes abiertos mejora la accesibilidad de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
9	Los espacios que permiten la circulación del usuarios son accesibles ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable    No aplicable    Aplicable después de corregir    No aplicable    02 de 02 del 2012

Apellidos y nombre s del juez evaluador: DNI: 08518975

Especialidad del evaluador: ABOGADO URBANISTA

<sup>1</sup> Claridad: Se entienda sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
<sup>2</sup> Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.  
<sup>3</sup> Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*[Handwritten signature]*



**ANEXO 4  
CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE INTEGRACION SOCIAL**

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad <sup>1</sup>		Pertinencia <sup>2</sup>		Relevancia <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	<b>SOCIALIZACION</b> El poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
2	El entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales para integrar a la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
3	La influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
4	<b>RELACION</b> La aceptación de personas con problemas mentales mejora las condiciones de apertura social. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
5	El vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
6	La comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
7	<b>IGUALDAD</b> Existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
8	Existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		
9	Existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [ ✓ ]      **Aplicable después de corregir** [ ]      **No aplicable** [ ] ..... del 20.12.

Apellidos y nombres del juez evaluador:

Especialidad del evaluador: ARQUITECTO      LABORALISTA

DNI: 08518975

<sup>1</sup> Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
<sup>2</sup> Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.  
<sup>3</sup> Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión













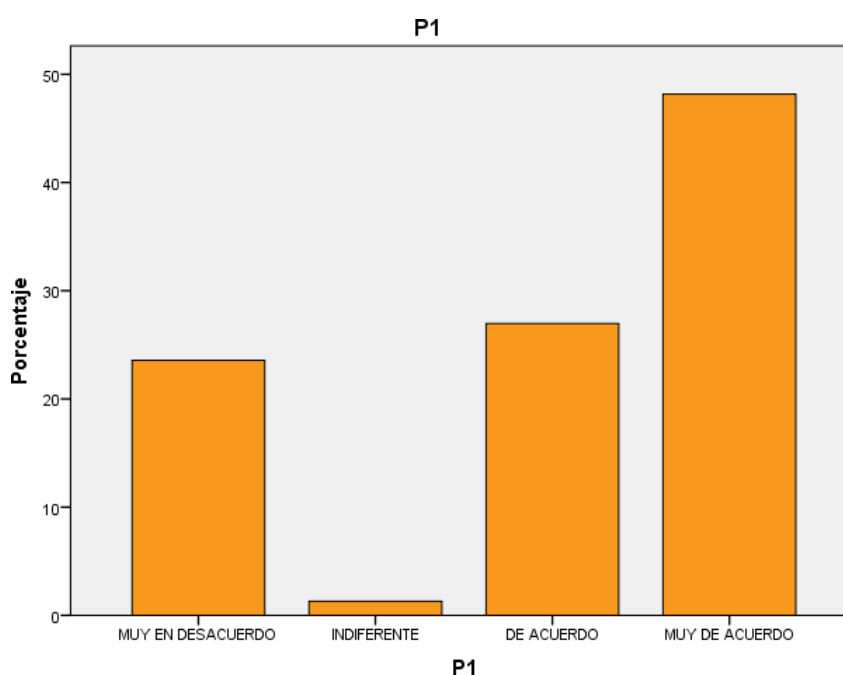
## Apéndice E: Tabla de frecuencia por pregunta

### V1: Tipología hospitalaria – D1: Plurifuncionalidad

1.-PLURIFUNCIONALIDAD	1.1 La función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?
	1.2 El diseño de espacios influyen en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario ¿Está usted de acuerdo?
	1.3 Los espacios garantizan diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?

1.1 La función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?

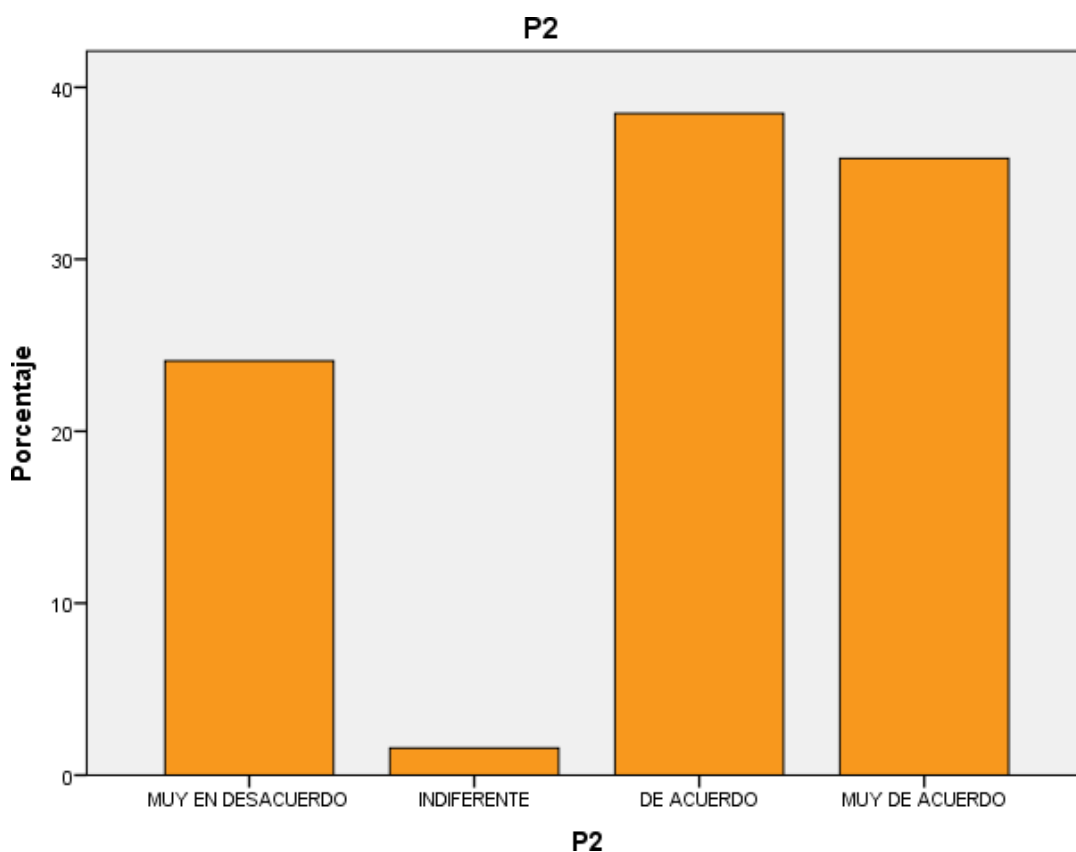
P1					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	90	23,6	23,6	23,6
	INDIFERENTE	5	1,3	1,3	24,9
	DE ACUERDO	103	27,0	27,0	51,8
	MUY DE ACUERDO	184	48,2	48,2	100,0
Total		382	100,0	100,0	



El grafico indica que la función de los espacios mejora el desarrollo de múltiples actividades en un establecimiento hospitalario con porcentaje del 48.2% del total de las personas encuestadas

1.2 El diseño de espacios influye en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario ¿Está usted de acuerdo?

P2					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	92	24,1	24,1	24,1
	INDIFERENTE	6	1,6	1,6	25,7
	DE ACUERDO	147	38,5	38,5	64,1
	MUY DE ACUERDO	137	35,9	35,9	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

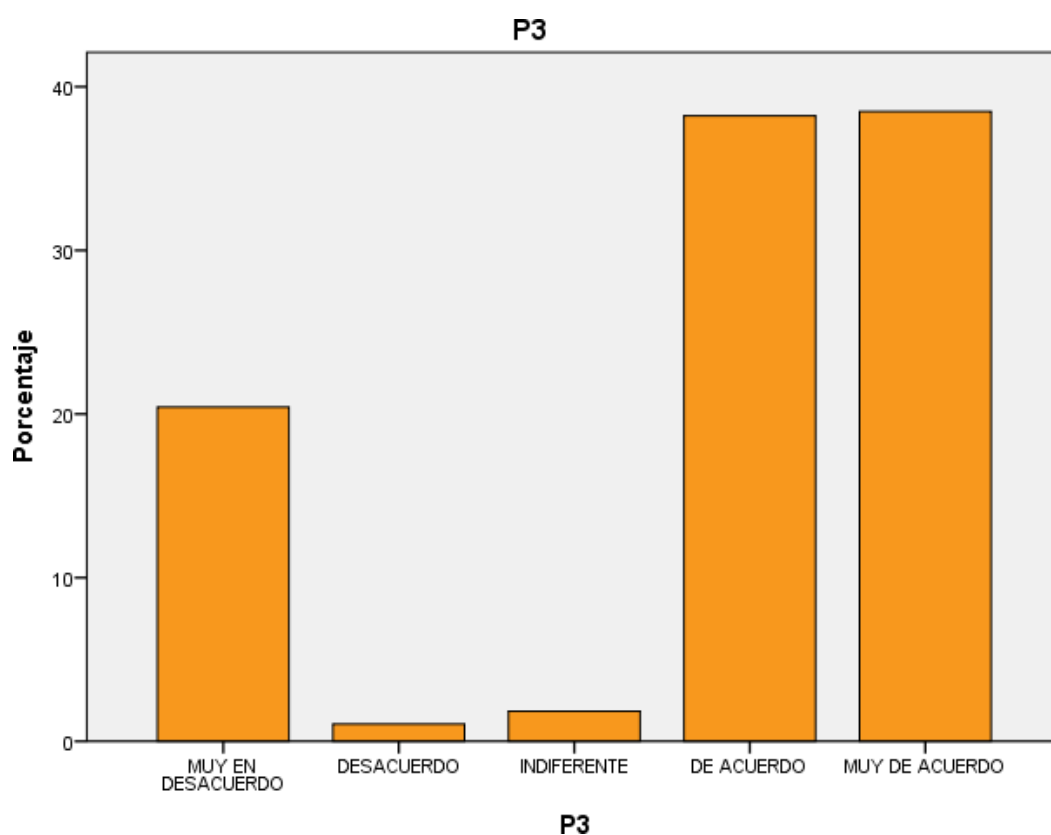


El grafico indica que el diseño de espacios influye en el desarrollo de diferentes actividades en un servicio hospitalario, con un porcentaje de 38.2% afirma estar de acuerdo.



1.3 Los espacios garantizan diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?

P3					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	78	20,4	20,4	20,4
	DESACUERDO	4	1,0	1,0	21,5
	INDIFERENTE	7	1,8	1,8	23,3
	DE ACUERDO	146	38,2	38,2	61,5
	MUY DE ACUERDO	147	38,5	38,5	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



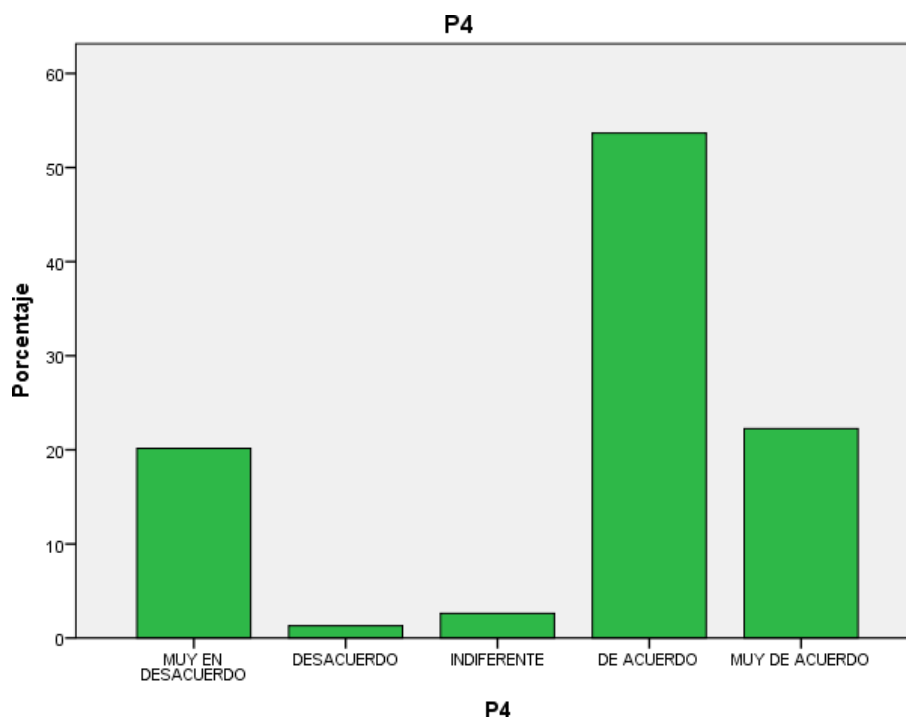
El gráfico indica que los espacios garantizan diferentes actividades en los establecimientos hospitalarios, de acuerdo a los encuestados el 38.2% señala que está de acuerdo a igual que el 38.5% indica estar muy de acuerdo.

## V1: Tipología Hospitalaria – D2 Circulación

2 CIRCULACION	2.1 La vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?
	2.2 La interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales ¿Está usted de acuerdo?
	2.3 Una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario ¿Está usted de acuerdo?

2.1 La vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?

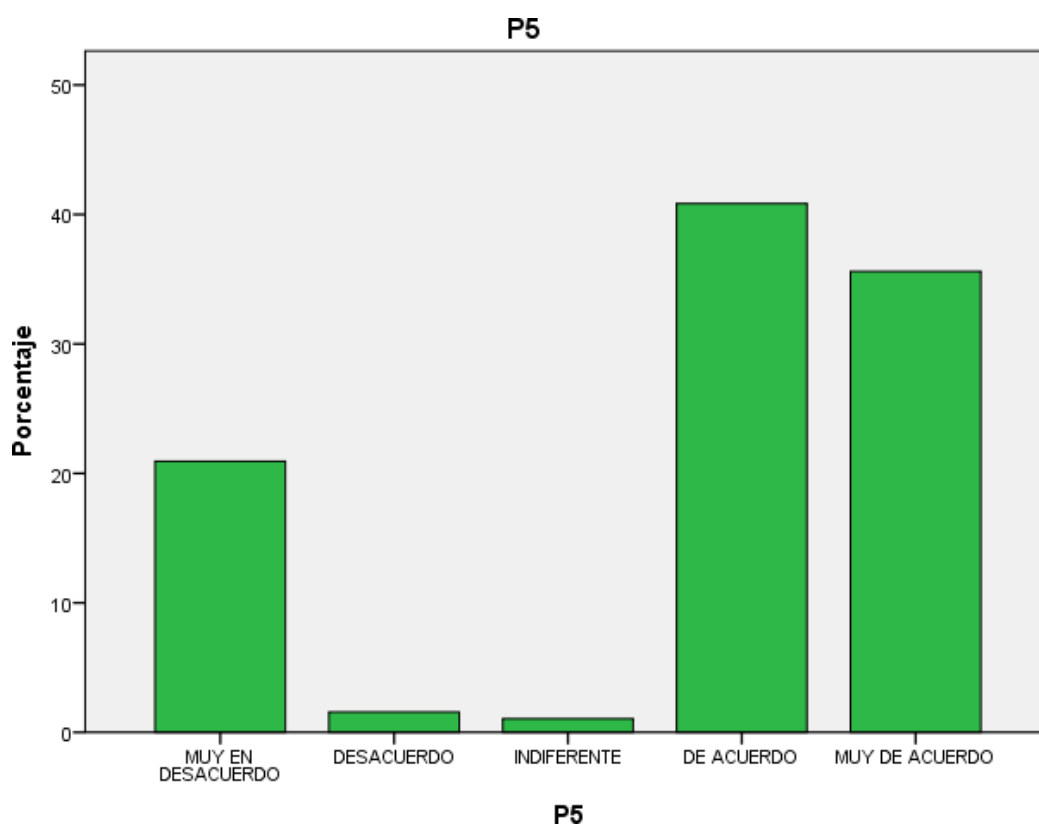
P4					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	77	20,2	20,2	20,2
	DESACUERDO	5	1,3	1,3	21,5
	INDIFERENTE	10	2,6	2,6	24,1
	DE ACUERDO	205	53,7	53,7	77,7
	MUY DE ACUERDO	85	22,3	22,3	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El grafico indica que la vinculación de ambientes favorece la circulación de un hospital, con un total de 53.7% el cual manifiesta estar de acuerdo

## 2.2 La interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales ¿Está usted de acuerdo?

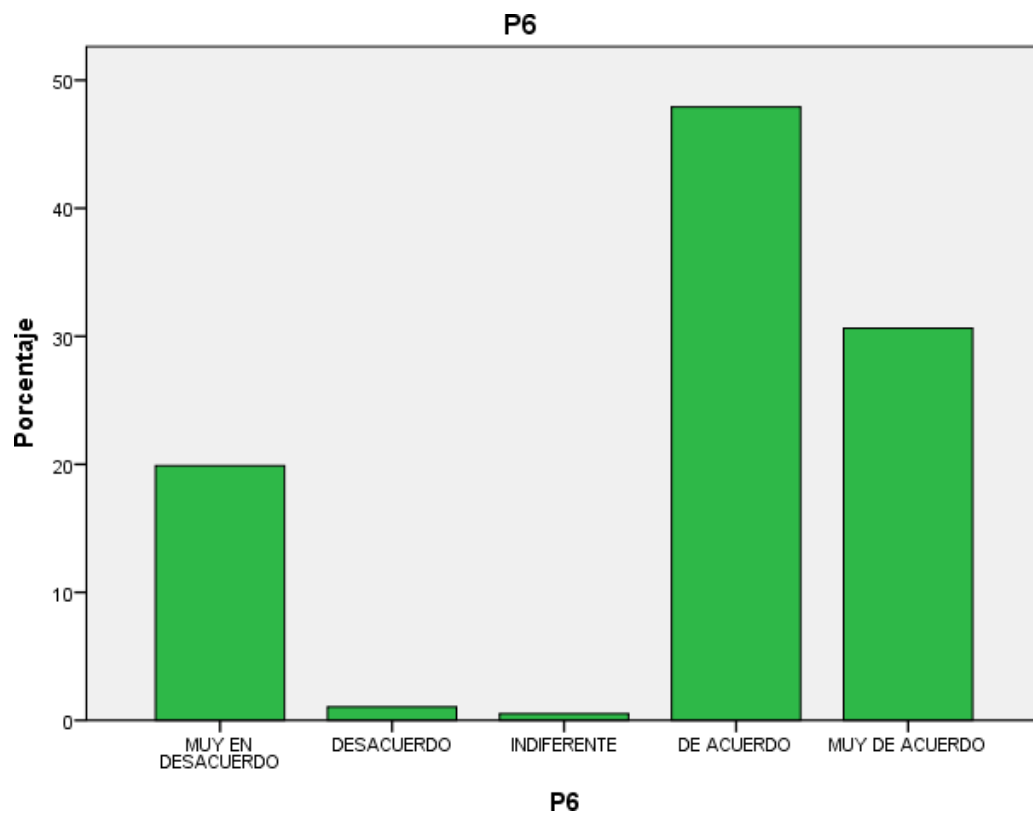
P5					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	80	20,9	20,9	20,9
	DESACUERDO	6	1,6	1,6	22,5
	INDIFERENTE	4	1,0	1,0	23,6
	DE ACUERDO	156	40,8	40,8	64,4
	MUY DE ACUERDO	136	35,6	35,6	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El gráfico indica el 40.8% manifiesta estar de acuerdo en la interrelación de espacios favorece una buena circulación en hospitales., seguido de los pacientes que indicaron estar muy de acuerdo con un 35.6%.

2.3 Una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario ¿Está usted de acuerdo?

P6					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	76	19,9	19,9	19,9
	DESACUERDO	4	1,0	1,0	20,9
	INDIFERENTE	2	,5	,5	21,5
	DE ACUERDO	183	47,9	47,9	69,4
	MUY DE ACUERDO	117	30,6	30,6	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



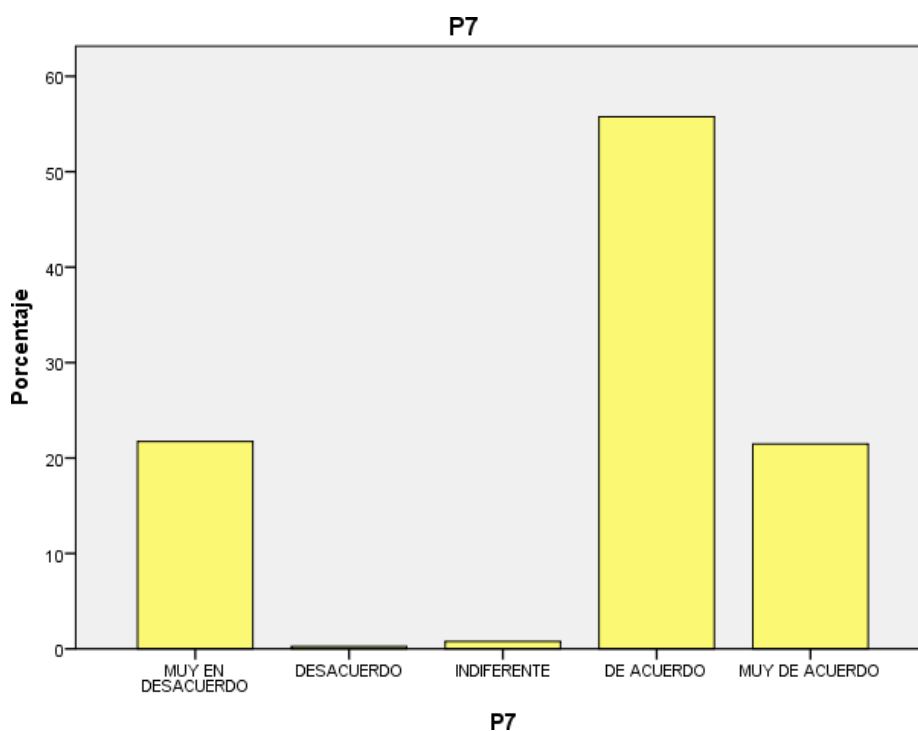
El gráfico indica que el 47.9% manifiesta estar de acuerdo en que establecer una buena circulación favorece la movilidad de los usuarios en un establecimiento hospitalario

## V1: Tipología Hospitalaria – D3: Accesibilidad

3. ACCESIBILIDAD	3.1 La relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital. ¿Está usted de acuerdo?
	3.2 Contar con ambientes abiertos mejora el acceso en un establecimiento hospitalario. ¿Está usted de acuerdo?
	3.3 Los espacios accesibles contribuyen en la mejora de los establecimientos hospitalarios ¿Está usted de acuerdo?

### 3.1 La relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital

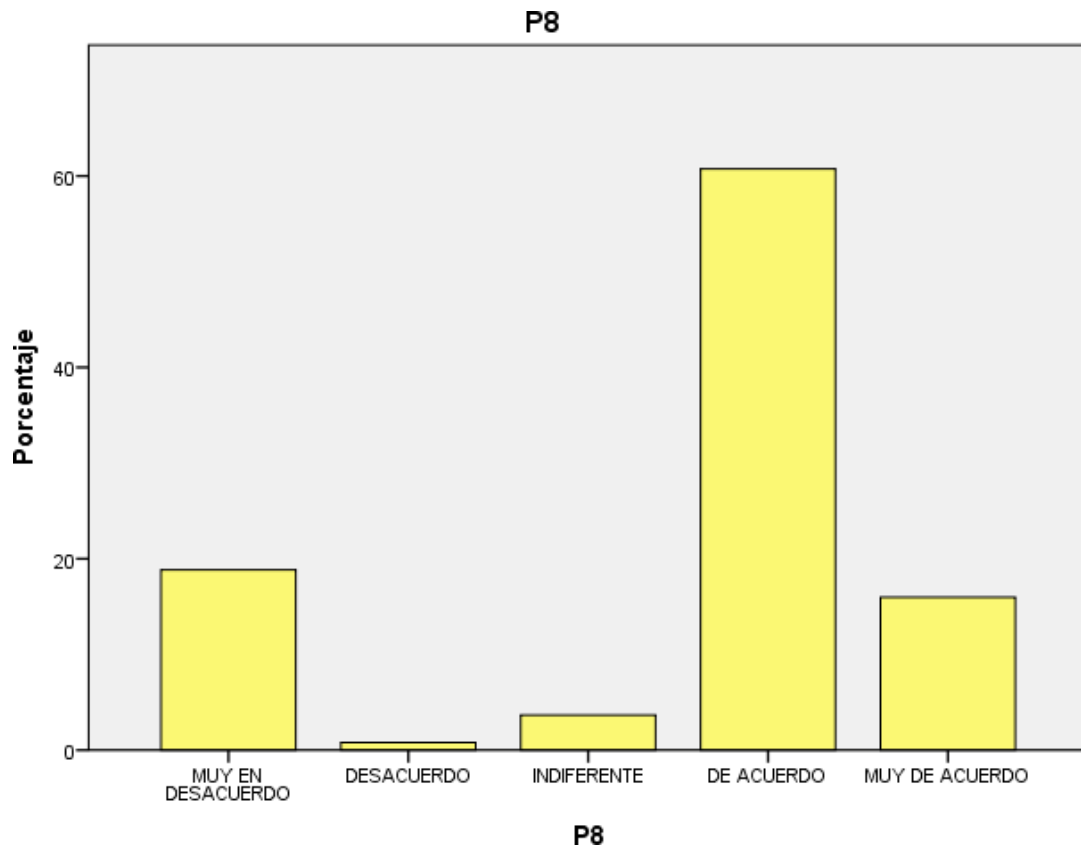
P7					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	83	21,7	21,7	21,7
	DESACUERDO	1	,3	,3	22,0
	INDIFERENTE	3	,8	,8	22,8
	DE ACUERDO	213	55,8	55,8	78,5
	MUY DE ACUERDO	82	21,5	21,5	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



En el gráfico se observa que la mayoría de personas encuestadas indicó estar de acuerdo con un 55.8% en que la relación de los espacios mejora la accesibilidad de un hospital.

3.2 Contar con ambientes abiertos mejora el acceso en un establecimiento hospitalario.

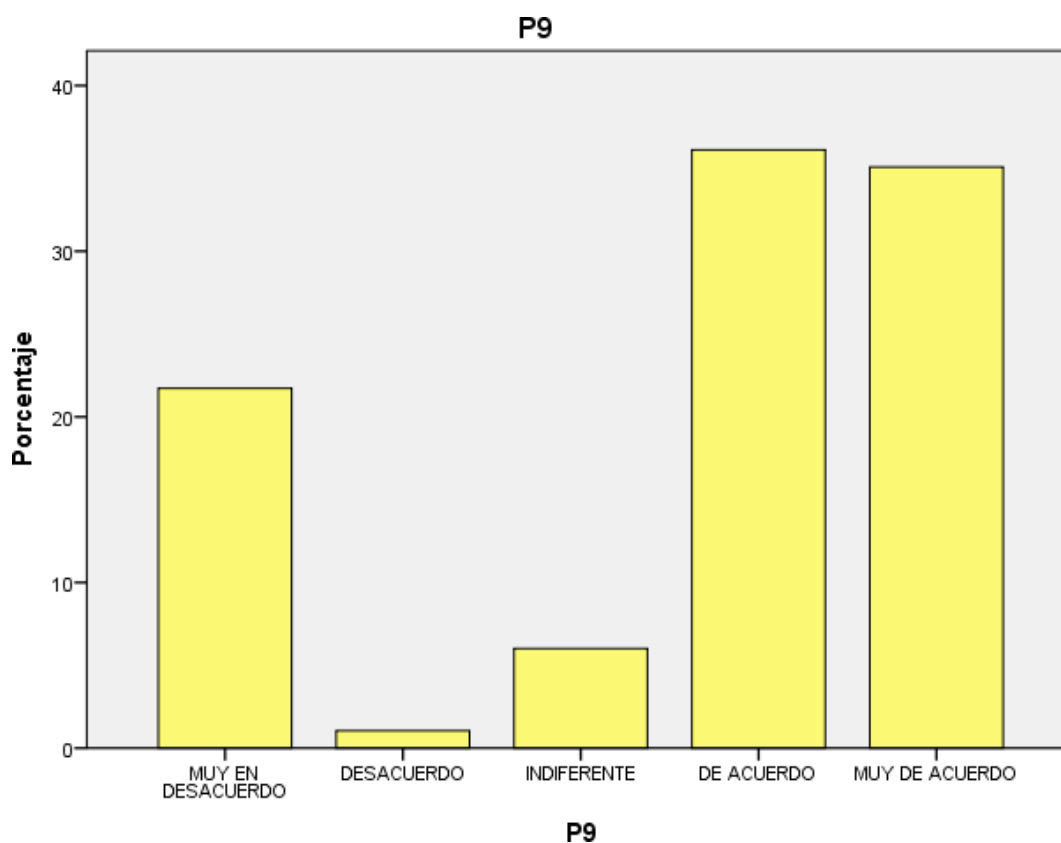
P8					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	72	18,8	18,8	18,8
	DESACUERDO	3	,8	,8	19,6
	INDIFERENTE	14	3,7	3,7	23,3
	DE ACUERDO	232	60,7	60,7	84,0
	MUY DE ACUERDO	61	16,0	16,0	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El grafico indica que las personas encuestas manifestaron estar de acuerdo con un 60.7% en que contar con ambientes abiertos mejora el acceso en un establecimiento hospitalario

### 3.3 Los espacios accesibles contribuyen en la mejora de los establecimientos hospitalarios

P9					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	83	21,7	21,7	21,7
	DESACUERDO	4	1,0	1,0	22,8
	INDIFERENTE	23	6,0	6,0	28,8
	DE ACUERDO	138	36,1	36,1	64,9
	MUY DE ACUERDO	134	35,1	35,1	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



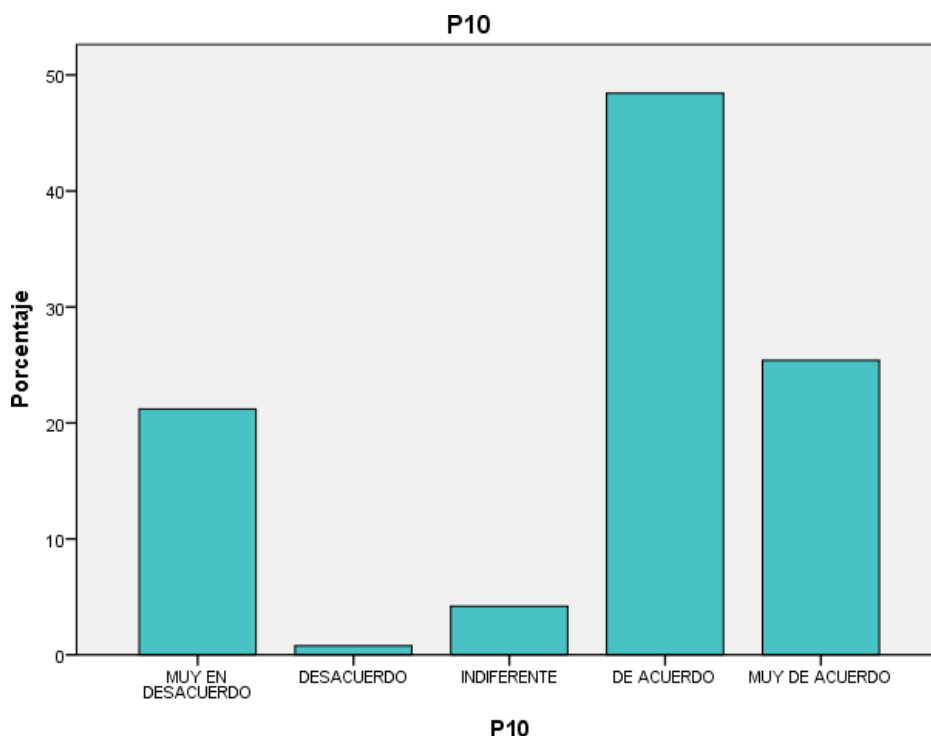
El grafico indica que el 36.1% indica estar de acuerdo en manifestar que los espacios accesibles contribuyen en la mejora de los establecimientos hospitalarios, seguido de los pacientes que también indicaron estar muy de acuerdo con un porcentaje de 35.1%.

## V2: Integración Social – D1: Socialización

4. SOCIALIZACION	4.1 El poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?
	4.2 El entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?
	4.3 La influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?

4.1 El poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales.

P10					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	81	21,2	21,2	21,2
	DESACUERDO	3	,8	,8	22,0
	INDIFERENTE	16	4,2	4,2	26,2
	DE ACUERDO	185	48,4	48,4	74,6
	MUY DE ACUERDO	97	25,4	25,4	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

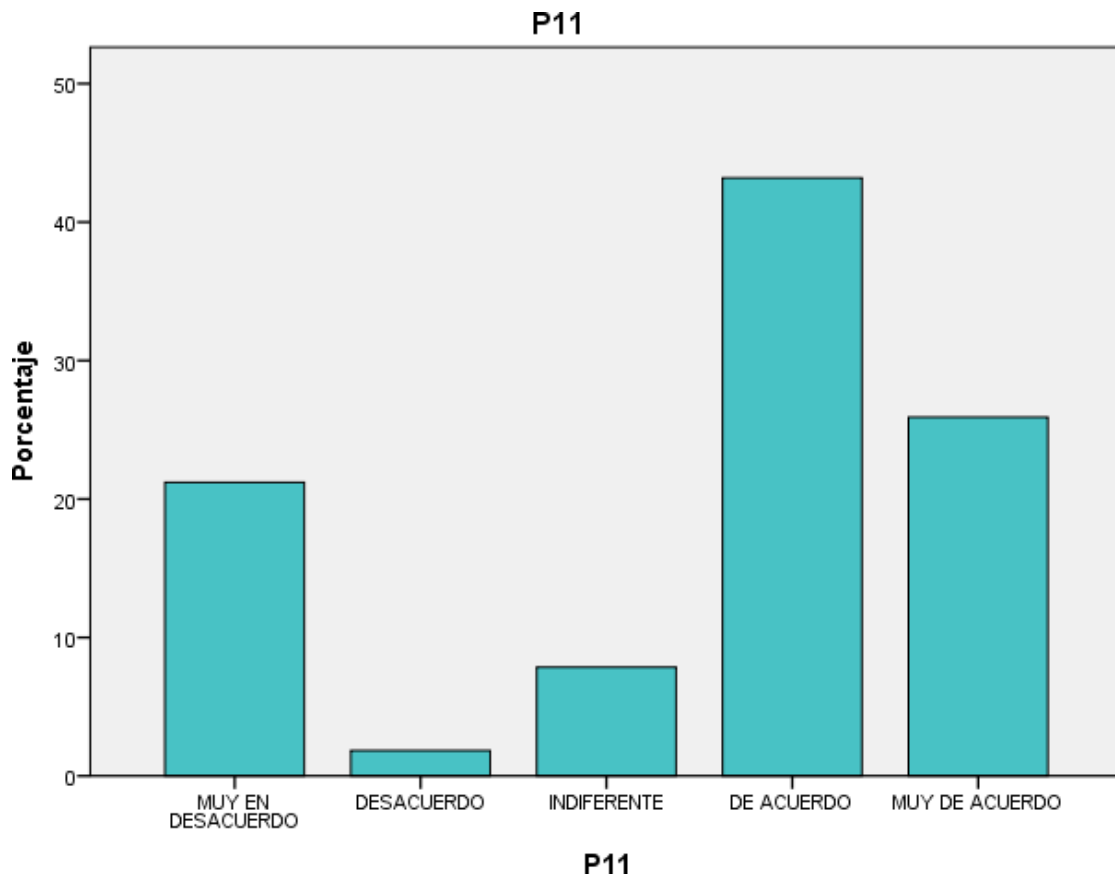


El grafico indica que el 48.4% manifiesta estar de acuerdo con que el poder interactuar con el entorno mejora la socialización de las personas con problemas mentales. Seguido de un porcentaje 25.4% que manifiesta estar muy de acuerdo.



## 4.2 El entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales

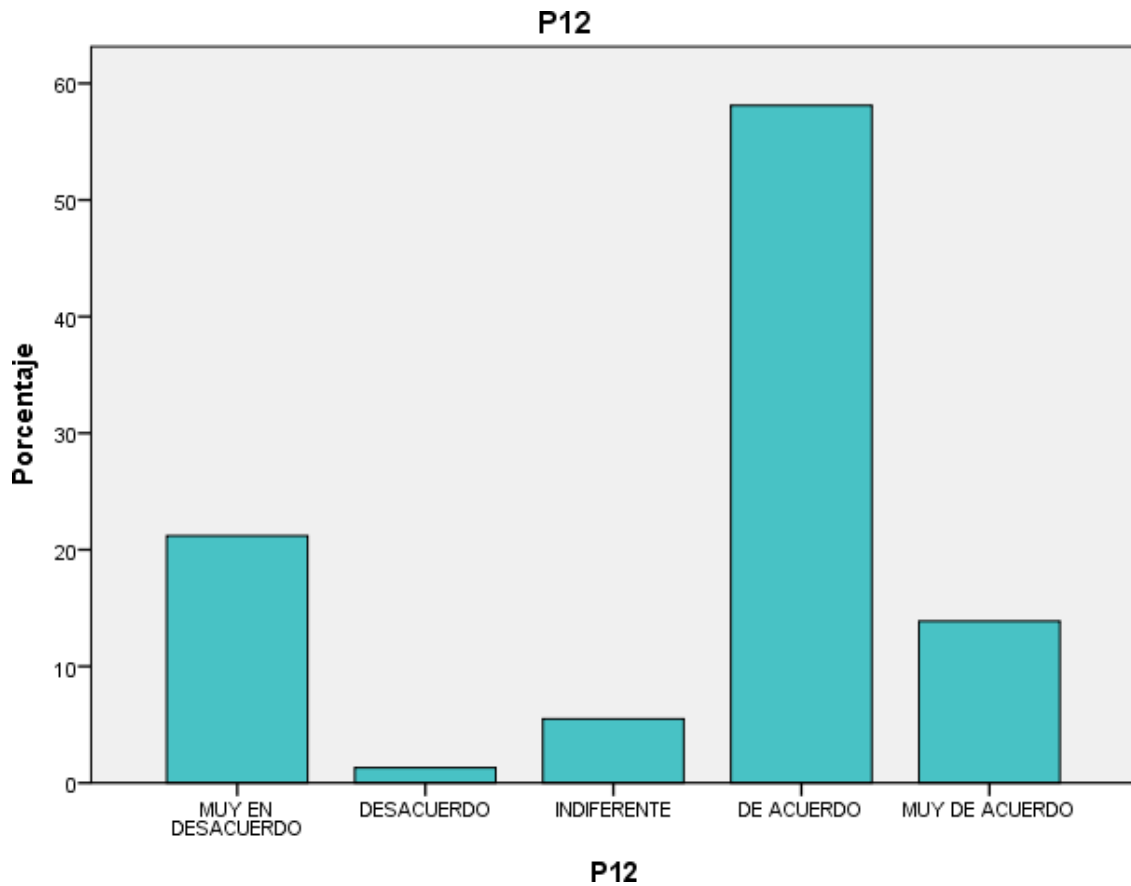
P11					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	81	21,2	21,2	21,2
	DESACUERDO	7	1,8	1,8	23,0
	INDIFERENTE	30	7,9	7,9	30,9
	DE ACUERDO	165	43,2	43,2	74,1
	MUY DE ACUERDO	99	25,9	25,9	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El gráfico indica que el 43.2% manifiesta estar de acuerdo con que el entorno contribuye en la apropiación de personas con problemas mentales, seguido de un 25.9% que indica estar muy de acuerdo.

4.3 La influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales.  
¿Está usted de acuerdo?

P12					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	81	21,2	21,2	21,2
	DESACUERDO	5	1,3	1,3	22,5
	INDIFERENTE	21	5,5	5,5	28,0
	DE ACUERDO	222	58,1	58,1	86,1
	MUY DE ACUERDO	53	13,9	13,9	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



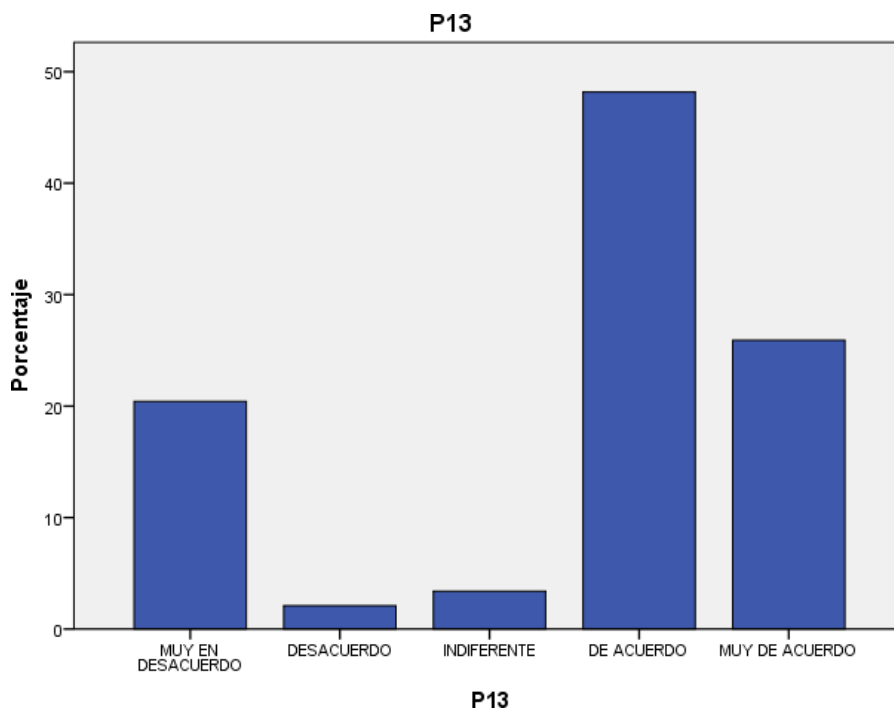
El grafico indica que el 58.1% manifiesta estar de acuerdo con que la influencia del entorno mejora la socialización de personas con problemas mentales., seguido del 21.2% que indica estar muy en desacuerdo.

## V2: Integración Social – D2: Relación

5 RELACION	5.1 La aceptación de personas con problemas mentales mejora la integración social. ¿Está usted de acuerdo?
	5.2 El vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social. ¿Está usted de acuerdo?
	5.3 La comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?

### 5.1 La aceptación de personas con problemas mentales mejora la integración social.

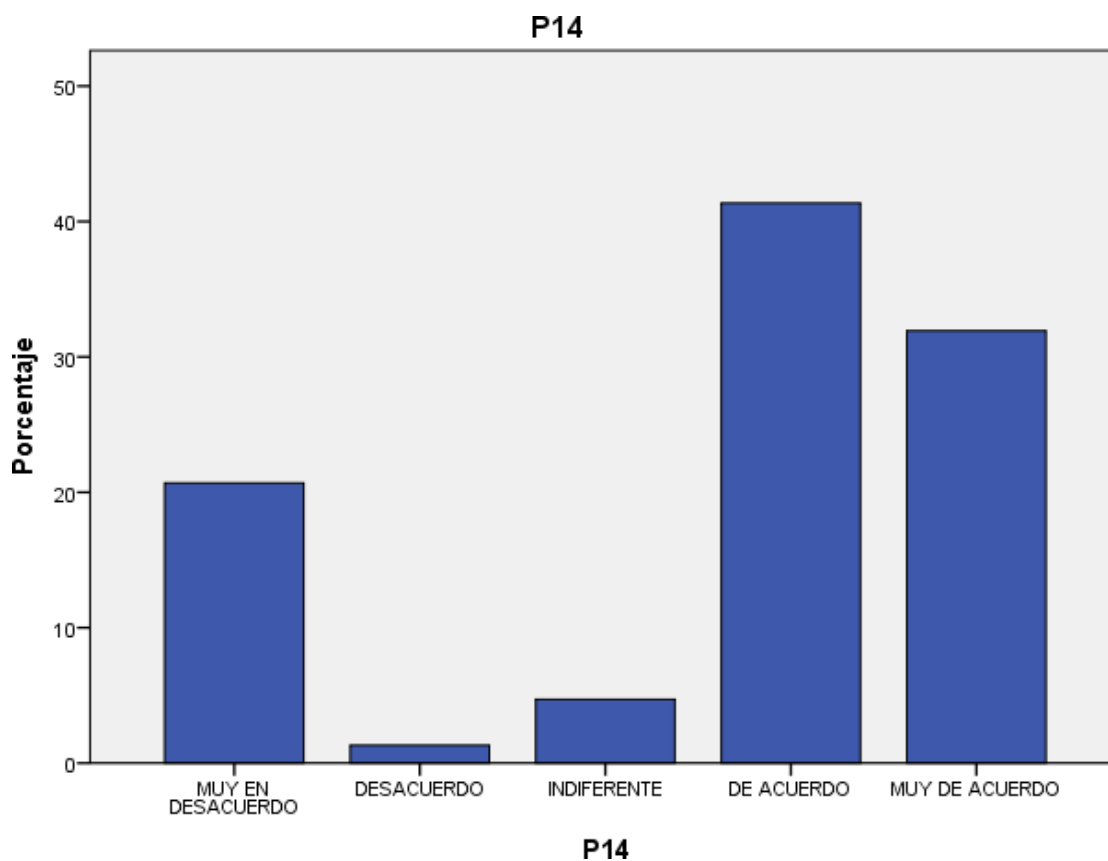
P13					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	78	20,4	20,4	20,4
	DESACUERDO	8	2,1	2,1	22,5
	INDIFERENTE	13	3,4	3,4	25,9
	DE ACUERDO	184	48,2	48,2	74,1
	MUY DE ACUERDO	99	25,9	25,9	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



En el grafico se observa que el 48.2% manifiesta estar de acuerdo, con que la aceptación de personas con problemas mentales mejora la integración social; seguido de un 25.9% que indica estar muy de acuerdo.

5.2 El vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social.

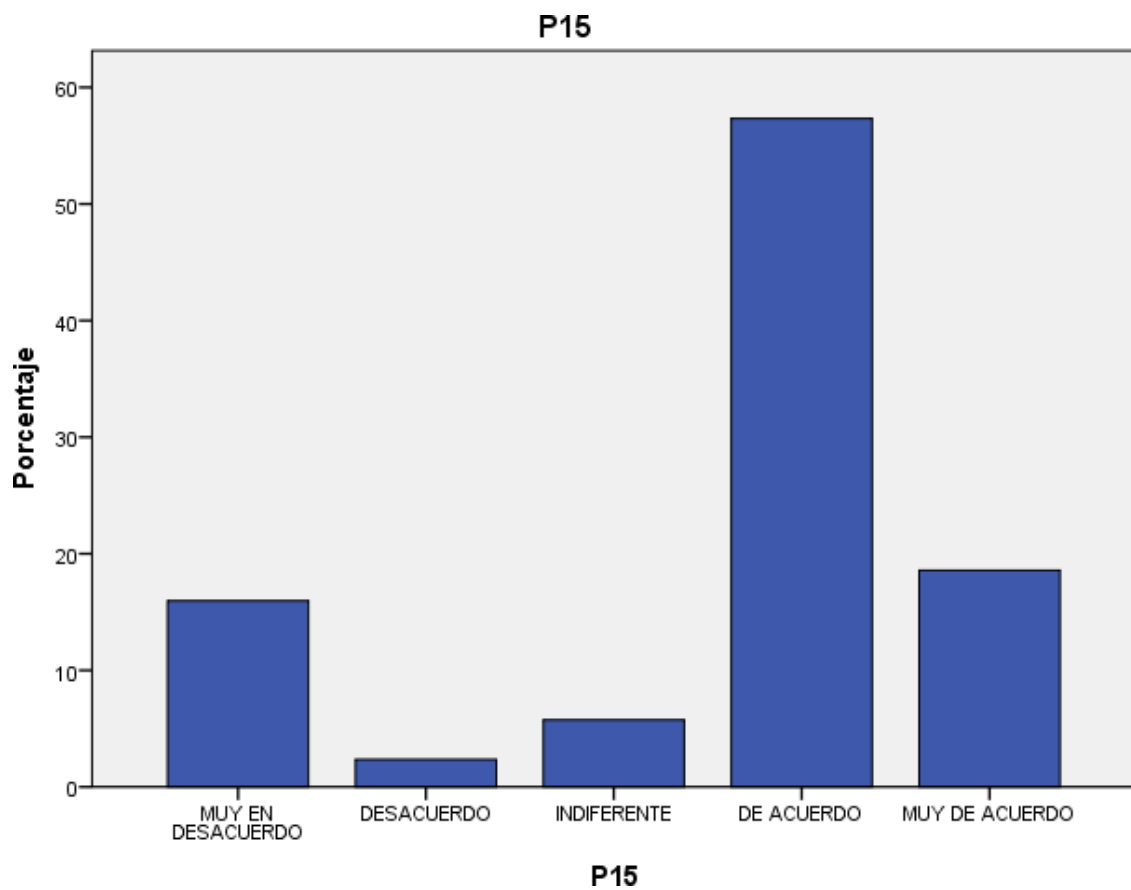
P14					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	79	20,7	20,7	20,7
	DESACUERDO	5	1,3	1,3	22,0
	INDIFERENTE	18	4,7	4,7	26,7
	DE ACUERDO	158	41,4	41,4	68,1
	MUY DE ACUERDO	122	31,9	31,9	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El gráfico indica que el 41.4% de las personas encuestadas manifiesta estar de acuerdo con que el vínculo entre el personal asistencial y el paciente con enfermedad mental contribuye en la integración social; seguido de la segunda alternativa que indica estar muy de acuerdo con el 31.9%.

5.3 La comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad.

P15					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	61	16,0	16,0	16,0
	DESACUERDO	9	2,4	2,4	18,3
	INDIFERENTE	22	5,8	5,8	24,1
	DE ACUERDO	219	57,3	57,3	81,4
	MUY DE ACUERDO	71	18,6	18,6	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



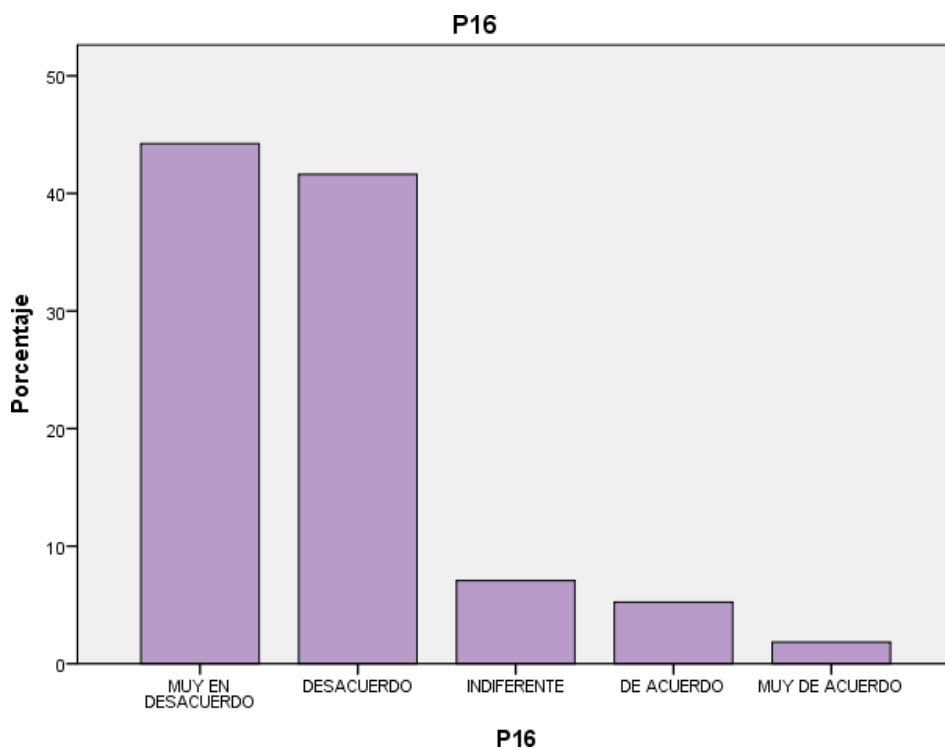
El grafico indica que el 57% está de acuerdo, mientras que el 18.6% manifiesta estar muy de acuerdo con que la comunicación mejora la relación entre las personas con problemas mentales y la sociedad.

## V2: Integración Social – D3: Igualdad

6 IGUALDAD	6.1 Existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?
	6.2 Existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad. ¿Está usted de acuerdo?
	6.3 Existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales. ¿Está usted de acuerdo?

### 6.1 Existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales.

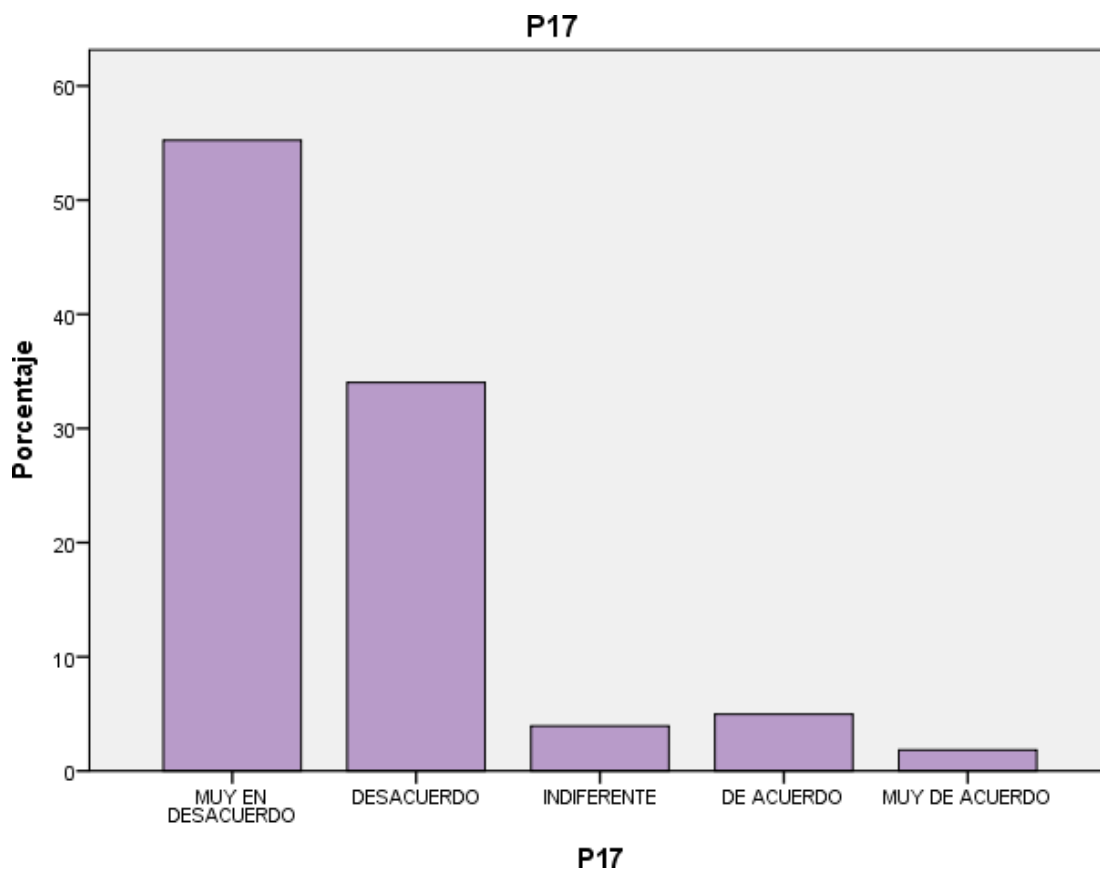
P16					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	169	44,2	44,2	44,2
	DESACUERDO	159	41,6	41,6	85,9
	INDIFERENTE	27	7,1	7,1	92,9
	DE ACUERDO	20	5,2	5,2	98,2
	MUY DE ACUERDO	7	1,8	1,8	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El gráfico indica que el 44.2% manifiesta estar muy en desacuerdo, con la pregunta formula si existe un buen trato de igualdad hacia las personas con problemas mentales, seguido de un 41.6% que indica estar en desacuerdo.

## 6.2 Existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad

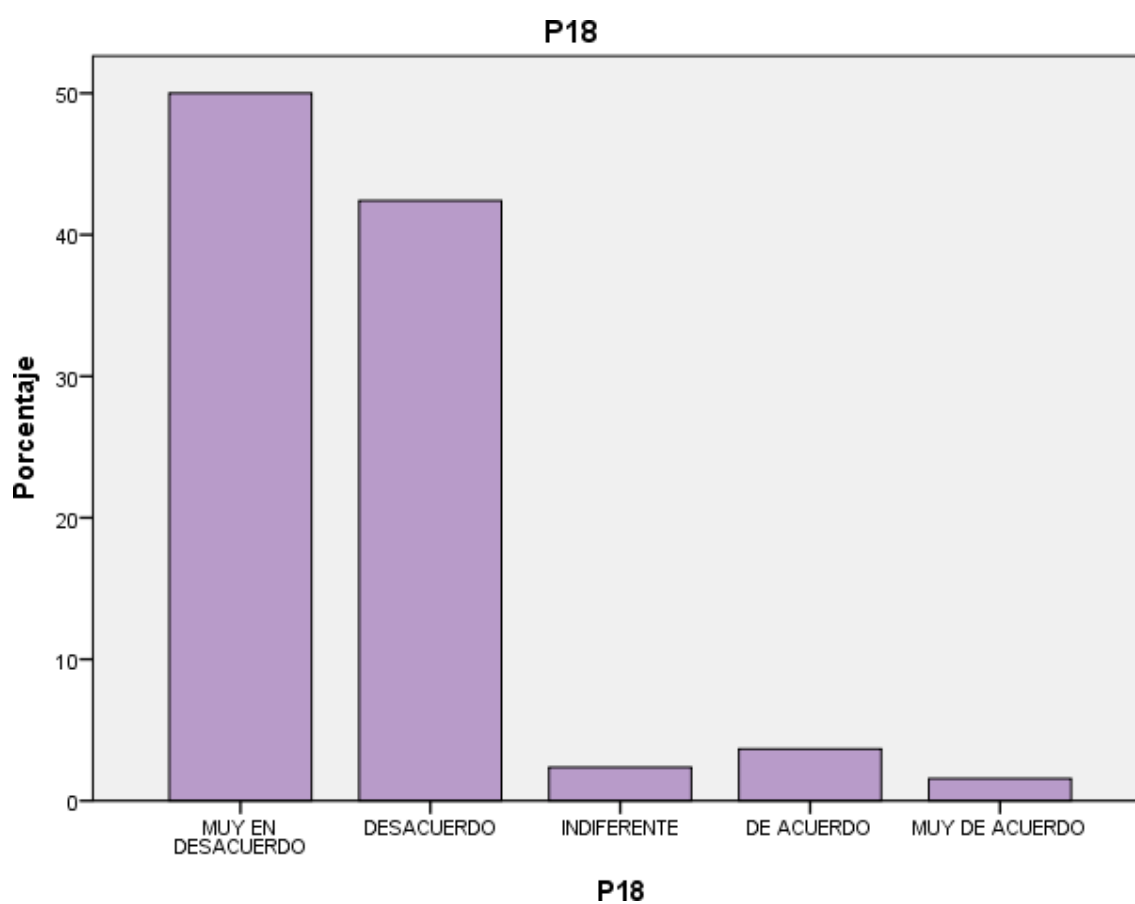
P17					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	211	55,2	55,2	55,2
	DESACUERDO	130	34,0	34,0	89,3
	INDIFERENTE	15	3,9	3,9	93,2
	DE ACUERDO	19	5,0	5,0	98,2
	MUY DE ACUERDO	7	1,8	1,8	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El grafico indica que las personas encuestas manifestaron estar muy en desacuerdo con un 55.2%, de acuerdo a la pregunta, si existe igualdad de beneficios para las personas con problemas mentales en la sociedad. Seguido del 34% que indica estar en desacuerdo.

### 6.3 Existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales.

P18					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	191	50,0	50,0	50,0
	DESACUERDO	162	42,4	42,4	92,4
	INDIFERENTE	9	2,4	2,4	94,8
	DE ACUERDO	14	3,7	3,7	98,4
	MUY DE ACUERDO	6	1,6	1,6	100,0
	Total	382	100,0	100,0	



El grafico indica que el 50% manifestó estar muy en desacuerdo, con la pregunta establecida si existe igualdad de oportunidades en personas con problemas mentales. Seguido de un 42.4%.que indica estar en desacuerdo.



## Apéndices F: Fotografías



Departamento de consulta externa se aplicaron 30 encuestas.

Hora: 3:43

Fecha: 04 Junio 2019



Departamento de consulta externa interior donde se aplicaron 30 encuestas.

Hora: 3:47

Fecha: 04 Junio 2019



Departamento de adicciones interior donde se aplicaron 25 encuestas.

Hora: 6:18

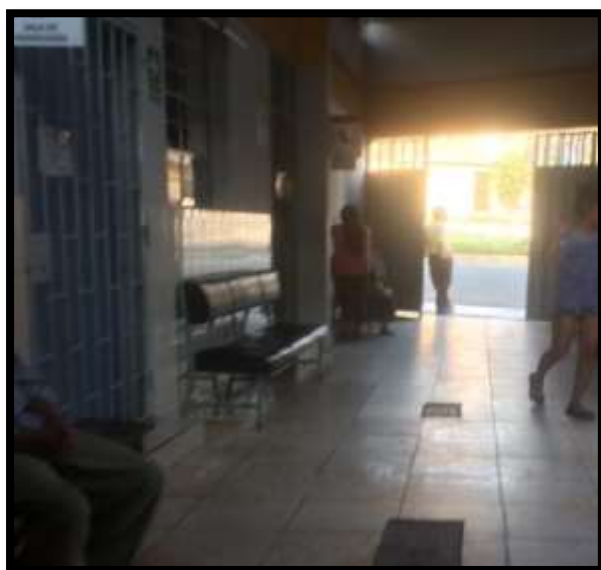
Fecha: 26 mayo 2019



Departamento de infraestructura exterior (zona de reparación)

Hora: 5:30

Fecha: 26 mayo 2019



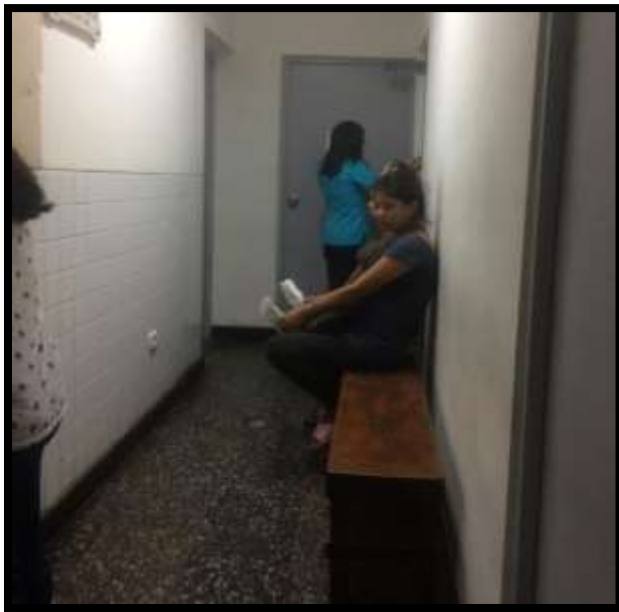
Departamento del niño y adolescente (consulta externa) 33 encuestas

Hora: 5:10

Fecha: 24 mayo 2019



Departamento de adicciones 20  
encuestas  
Hora: 4:37  
Fecha: 22 mayo 2019



Departamento de psicología 15  
encuestas  
Hora: 5:55  
Fecha: 22 mayo 2019



**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, CERVANTES VELIZ OSCAR FREDY, docente de la FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA y Escuela Profesional de ARQUITECTURA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, asesor(a) del Trabajo de Investigación / Tesis titulada: "TIPOLOGÍA HOSPITALARIA E INTEGRACIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL, LIMA 2019 CASO HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.

CENTRO DE SALUD MENTAL PARA LA INTEGRACION SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL, COMAS 2020.", del (los) autor (autores) RAMOS MALLQUI MARICIELO, TORRES MORI JOSSELIN MARIA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud de 26% establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el Trabajo de Investigación / Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Lima, 2 de agosto de 2020

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
CERVANTES VELIZ OSCAR FREDY <b>DNI:</b> 07951179 <b>ORCID</b> 0000-0001-8872-8861	Firmado digitalmente por: OCERVANTESVE el 02 Ago 2020 22:22:36