

45
27



FACULTAD DE
ARQUITECTURA

CENTRO COMUNITARIO DE INTEGRACION

RICARDO

BRAVO

MONROY

JOSE

LUIS

LUCIO

RODRIGUEZ

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | <u>PAG.</u> |
|---------------------------------------|-------------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Objetivos y Alcances | 3 |
| III. Planteamiento del Problema | 6 |
| IV. Marco Teórico | 17 |
| V. Explicación del Tema | 27 |
| VI. Zona de Trabajo (Coyoacán) | 41 |
| VII. Descripción del Proyecto | 61 |
| VIII. Bibliografía | 76 |

INTRODUCCION

La elección del tema propuesto para este trabajo, estuvo determinada por dos factores fundamentales; en primer lugar la necesaria correspondencia con los objetivos del Taller Juan O'Gorman de la Facultad de Arquitectura - de la Universidad Nacional Autónoma de México y por otro lado, las inquietudes personales de quienes integramos este equipo de Tesis.

Así, conjugando la obligación contraída por nuestras conciencias con determinaciones inherentes a nuestra propia evolución en el quehacer arquitectónico, dentro de las cuales figura con singular importancia la posibilidad de desarrollar el estudio de un sistema-edificio de consumo ampliado en torno al cual no existen experiencias que puedan considerarse cabalmente logradas, proponemos la elaboración del diseño de los espacios, tanto en sus características particulares como de conjunto, requeridos para el funcionamiento de un "CENTRO COMUNITARIO DE INTEGRACION".

La selección de temas de proyecto en el Taller Juan O'Gorman se da en la mayoría de los casos, a partir del conocimiento y detección de carencias que se obtienen a través de la investigación de un asentamiento y sus --

pobladores, generándose la necesidad de establecer estrechos vínculos con la comunidad de una determinada zona de estudio. De aquí el hecho de que el trabajo académico de diseño y en un buen porcentaje de casos, la construcción surge en primera instancia como una demanda directa de dicha comunidad.

Habiéndose constituido ésto último en pilar del sistema operativo de nuestro Taller, consideramos importante señalar que esta propuesta particular no se desprende de una necesidad planteada por parte de los pobladores a los que nos hemos mantenido vinculados. Sin embargo, tiene también su origen en las contradicciones que a nivel socioeconómico hemos podido observar y conocer a través de nuestra práctica académica.

OBJETIVOS Y ALCANCES

Los objetivos y los alcances se dividen de acuerdo a dos subtemas complementarios; en primer lugar, el desarrollo de la investigación de campo y segundo, la elaboración del proyecto, antecedida por la recopilación de los datos necesarios para lograr el efecto principal del proyecto, como es, la presencia de espacios que permitan el desarrollo de las actividades terapéuticas más recientes y experimentales, tanto como la integración de elementos que constituyan algún estímulo altamente positivo para el paciente, como podría ser el contacto directo del paciente con la naturaleza, el orden, la belleza formal, etc., que a juicio de las teorías de vanguardia, deben constituir el pilar del Psicotrata^miento, los cuales son el elemento normativo del proyecto y que además, responden a la imperiosa necesidad institucional de mejorar una imagen ya bastante deteriorada.

OBJETIVOS

1. Análisis de la zona de trabajo para la detección de terrenos disponibles y su evaluación de acuerdo a los requerimientos establecidos por la propuesta en términos programáticos.

2. Elaboración del proyecto arquitectónico compatible -- con las necesidades actuales del Psicotrataamiento.
3. Exposición en términos generales, de las necesidades que generan el Programa Arquitectónico, poniendo especial énfasis en las condicionantes de carácter tera - peútico que darán la pauta para la solución de cada - uno de los espacios en particular.

ALCANCES

1. Investigación de campo.
2. Análisis y evaluación de la zona de trabajo.
3. Vaciado de la información obtenida, a planos.
4. Elaboración de documentos escritos, descriptivos y -- evaluatorios.
5. Detección del terreno disponible para el proyecto a - desarrollar.
6. Elaboración de documentos con los antecedentes del - proyecto.

7. Elaboración del Programa Arquitectónico.

8. Elaboración del Proyecto Arquitectónico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PROBLEMA SOCIAL

La profunda crisis social que atraviesa México, ha provocado un alarmante incremento de enfermedades mentales, nerviosas, sexuales, de violencia, de consumo de alcohol y de drogas. Apoyada en bases de carácter social, políticas y económicas, la Psiquiatría de vanguardia entiende al enfermo mental como un fenómeno social al que envuelven múltiples circunstancias, tales como: la familia, la casa que habita, el barrio, la ciudad, el tiempo histórico que vive, el momento político y su ambiente de trabajo.

El enfermo mental, a pesar de que en la mayoría de los casos está en posibilidades de desarrollar bajo control diversos tipos de actividades productivas, constituye una carga insostenible. Se le niegan sus derechos, como por ejemplo, al trabajo, deja de ser un sujeto económico transformándose en exclusivamente consumidor y, en los casos en que éste no representa un problema, el oscurantismo, la ignorancia que a todo nivel existe en torno a los desequilibrios emocionales y de conducta, trae consigo el rechazo social hacia el enfermo y su grupo familiar.

Todo ésto, ha llevado a la Psiquiatría a ampliar su campo de acción, generando tres niveles de atención:

- 1er. Nivel Prevención Primaria, que implica la promoción de la salud mental y protección de la población en riesgo.
- 2o. Nivel Prevención Secundaria, que consiste en actividades asistenciales de diagnóstico precoz y tratamiento efectivo y oportuno.
- 3er. Nivel Prevención Terciaria, que implica actividades de rehabilitación y por ende, de hospitalización.

El centro propuesto operará sobre los dos primeros niveles, por avocarse únicamente a la consulta externa, ya que se cuenta actualmente con Instituciones dedicadas exclusivamente a la atención sobre el tercer nivel.

INSTITUCIONES

La atención psiquiátrica puede englobarse en dos tipos básicamente, que serían:

- A) Atención Interna (en pacientes que requieren hospitalización).

B) Atención Externa (para pacientes que requie -
ren exclusivamente de consulta).

La atención de tipo interno se puede dividir en
dos:

- Temporal
- Permanente

En atención de tipo interno permanente, podemos -
decir que es el tratamiento manicomial tradicional. Insti
tuciones de este tipo son por ejemplo, el Hospital Psi -
quiátrico "San Rafael", el Hospital Psiquiátrico "Fray -
Bernardino", el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. -
Navarro", etc. Aunque encontramos que este tipo de Ins -
tituciones cuentan actualmente con el servicio de consul -
ta externa, en principio no fueron planeadas para este ti
po de funciones, es por ésto que existen deficiencias de
tipo físico-espaciales, por lo tanto de atención.

Por otro lado, en atención de tipo interno tempo -
ral, encontramos Instituciones que brindan atención exter
na, como son los Centros de Integración Juvenil, los Gru -
pos de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, etc., -
que dedican su tratamiento exclusivamente a pacientes con
problemas homogéneos.

Los espacios arquitectónicos donde se desarrollan

los programas terapéuticos, son fiel reflejo de la situación ya enunciada anteriormente.

El afán neutralizador del tratamiento psiquiátrico se expresa espacialmente en edificaciones de carácter carcelario concebidas y proyectadas a partir del internamiento, tomando como elemento generador del sistema, pabellones, dormitorios generales, caracterizándose por una uniformidad que impide la personalización e individuación del paciente y el espacio, generando estímulos altamente negativos al establecimiento de la identidad del paciente que constituye la consulta externa.

Ante tal situación, los intentos de poner en marcha programas acordes con las nuevas posibilidades que presenta el desarrollo de la ciencia médica en el campo de la Psiquiatría Comunitaria, se ven frenadas por barreras tanto de carácter ideológico como físicas. Sin embargo, existen especialistas que organizados como grupos de presión, pudieran obligar a dar un giro radical en términos de las técnicas actualmente utilizadas.

Este último, aunado a una necesidad institucional de cambiar su imagen, fijan los parámetros dentro de los cuales se desarrolla nuestra propuesta y le da, a nuestro juicio, un buen porcentaje de factibilidad.

Es importante señalar, la incapacidad de la Psiquiatría tradicional de asumir compromisos sociales, en el sentido de que mantiene una posición reduccionista -- haciéndose cargo de los enfermos mentales sólo a lo interno de las Instituciones manicomiales. Con esta actitud, alimenta la parcialización profesional mecanicista y la imagen paternalista de las instituciones, promoviendo un optimismo artificial al obtener un alto índice de altas u otros "éxitos" parecidos, como son la simple contabilidad de los días de hospitalización o la no concurrencia del paciente al servicio por largos períodos, que supone sin comprobación efectiva, alivio o mejoría.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

En la investigación realizada sobre motivos de consulta en los servicios de salud existentes en los años de 1977 a 1979, se encontró que el 35% de las consultas correspondió a trastornos infantiles, el 9% a farmacodependencia y el 6% a retardo mental, lo que corresponde a un 50% del total de las consultas impartidas. Si consideramos que estos tres padecimientos afectan preferentemente a la población menor de 20 años, en nuestro país, para el año de 1980, esta cifra representa que 38'836,000 habitantes o sea el 56% del total de la población nacional, pertenece al grupo susceptible de enfermar, por lo

que la magnitud potencial del problema es de considerable importancia.

La tasa de prevalencia estimada para el alcoholismo en el país es de 12.1 por 1,000 habitantes. La cirrosis hepática ocupó el 5o. lugar entre las causas de mortalidad en el grupo de 25 a 44 años de edad en México durante 1975.

En el estudio de motivos de consulta, el alcoholismo representó el 4% del total de consultas impartidas; considerando los datos de mortalidad por cirrosis enunciadas y la alta tasa de prevalencia del alcoholismo, es necesario implementar los mecanismos que permitan combatir el padecimiento.

DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE 1o. y 2o. NIVEL

Ante la carencia de estudios confiables acerca -- de las necesidades de salud mental en la zona propuesta -- para la creación de nuevo servicio, podemos extrapolar -- los datos de demanda, registrados en los servicios existentes según sus cargas de trabajo promedio para el bimestro septiembre 1980 - agosto 1982.

El número de consultas promedio otorgadas por cada servicio fue de 5,746.6, el promedio de estudios realizados de 2,397.1, las actividades de promoción y prevención fueron de 439.6 y las visitas domiciliarias 173.8.

De lo antes expuesto, se puede inferir la importancia de considerar los servicios de salud mental de primer nivel en la atención integral de salud mental.

Un grupo de expertos convocados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el año de 1983, asignaron las siguientes prioridades a los problemas de salud mental para su atención en el país de acuerdo a su magnitud, --- trascendencia y vulnerabilidad:

| <u>PRIORIDAD</u> | <u>PROBLEMA</u> |
|------------------|---|
| 1 | Trastornos del aprendizaje y/o Emocionales. |
| 2 | Alcoholismo. |
| 3 | Neurosis. |
| 4 | Trastornos Afectivos. |
| 5 | Trastornos Psicofisiológicos. |

| <u>PRIORIDAD</u> | <u>PROBLEMA</u> |
|------------------|--------------------------------|
| 6 | Psicosis. |
| 7 | Síndromes Organico-Cerebrales. |
| 8 | Farmacodependencia. |
| 9 | Retardo Mental. |

Fuente: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
Reporte Interno.

Del cuadro anterior de prioridades, de manera general, se puede decir que el manejo y tratamiento de las tres primeras, de la octava y novena, es de carácter ambulatorio. La prioridad número 5, dependiendo de su complejidad, puede ser atendida ya sea en el 2o. ó en el 1er nivel y los números 4, 6 y 7, dependiendo de la etapa y gravedad de la sintomatología, pueden ser en un primer nivel.

A lo largo de la historia en el desarrollo de los servicios de salud mental de nuestro país, los administradores han dirigido los recursos básicamente a la creación y fortalecimiento de las unidades de tercer nivel; esta situación ha propiciado el sobrecupo en dichas unidades, con el consecuente deterioro de la atención e insuficiencia de recursos, creándose así, un círculo nefasto. Los pacientes, quienes han recibido una deficiente atención,

debido al sobrecupo, al ser externados no cuentan con las facilidades para continuar el tratamiento ambulatorio y - en consecuencia, se propician recaídas y reingresos.

En este contexto, el tratamiento psiquiátrico tradicional tiene como meta el desembarazar a la familia y a la sociedad en general de elementos que por su incapaci-dad de interactuar socialmente no son útiles. Su propósito es entonces, meramente paliativo; lejos de buscar la - rehabilitación de los enfermos, los neutraliza a través - de procedimientos que generalmente desintegran los víncu-los que podrían permitir a los pacientes su integración - a la vida normal.

El aislamiento, los electroshocks, el uso indis-criminado de fármacos, son parte de la práctica cotidiana del tratamiento manicomial, que se caracteriza por la --- constante violación de los derechos humanos.

Como es de suponer, encontramos instituciones de carácter privado, en donde las condiciones de los pacien-tes varían cualitativamente de las públicas; sin embargo, los costos de internamiento y manutención de un enfermo - las hacen sólo accesibles a los grupos privilegiados. A pesar de esto, el tratamiento del paciente es, en ambos - casos, el ortodoxo y permanece inalterado.

Esta forma de organizar los servicios, además de generar sobrecupo y deficiente atención, no permite dedicar recursos a un grupo importante de la población, que - sin requerir internamiento, es susceptible de recibir los beneficios de una atención ambulatoria especializada, población que además, dadas las características actuales - del país, podemos esperar su incremento en forma importante en los próximos años.

Para el pleno desarrollo de las actividades de un Centro Comunitario de Integración, es indispensable localizarlo dentro de la comunidad misma a la que dará servicio, cumpliendo uno de sus principales fundamentos, que - es el estudio de la comunidad misma en profundidad.

Ya que el problema de desintegración social se -- presenta en todas las grandes ciudades, se encontró que - éste se agudiza en los asentamientos que describen un nivel socioeconómico y cultural bajo.

Dicha proposición se aplica en los Pedregales de Coyoacán, constituidos por cinco grandes áreas correspondientes a las colonias, Pedregal de Santa Ursula, Pedregal del Ajusco, Pedregal de Santo Domingo, Colonia Benito Juárez y Colonia Ruíz Cortínez, que aglutinan en aproximadamente 18 km², entre 250,000 y 300,000 habitantes, en un

70% emigrantes procedentes de distintas partes de la República. Se encuentra una densidad de población de más de 12,000 habitantes por km², con una tasa de natalidad de 4.7% y una tasa de mortalidad infantil de 0.78%, hacinamiento y promiscuidad, alto índice de alcoholismo y farmacodependencia, vagancia y delincuencia.

MARCO TEORICO

Hasta tiempos muy recientes, las funciones públicas en el campo de la salud mental se limitaban a responder a la muy apremiante necesidad de proveer custodia -- tras los muros de un asilo a personas severamente perturbadas.

México se había adelantado a otros países de América en la obra de tomar bajo su custodia a los dementes que, mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles, ya que el primer hospital de América dedicado al cuidado de tales enfermos, el Hospital de San Hipólito, fue fundado en 1566, en esta ciudad, por Fray Bernardino Alvarez. Desafortunadamente, la obra de este precursor no influyó sustancialmente en la situación general y hasta el siglo pasado, los dementes continuaron sin asistencia que mereciera tal nombre, guardados, en el mejor de los casos en edificaciones improvisadas que surgían ahí donde había donantes compasivos. El cuidado de los enfermos mentales no mejoró en México durante su primer siglo de vida independiente, ni aún después de la secularización de las instituciones -- consagradas a la asistencia médica.

En 1910, el Presidente Díaz inauguró en terrenos

de la Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac, el Manicomio General. Su edificación siguió el modelo arquitectónico de la época para esta clase de acontecimientos. En realidad, la atención que durante décadas se prestó a los aislados en el Manicomio de la Castañeda fue deficiente, pero no necesariamente peor que en otros países. Se carecía entonces de conocimientos científicos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable, del avance de su enfermedad y no, como ahora sabemos, de su aislamiento y abandono.

Hacia la misma época y en las dos décadas siguientes, algunas instituciones privadas suplieron al estado - en su función de cuidar a los enfermos mentales y contribuyeron también al desarrollo de la Psiquiatría, como una especialidad de la medicina, en nuestro país.

En 1935, con la introducción en el uso clínico -- del Coma Insulínico y de las terapéuticas de choque, se pudo ofrecer por primera vez un tratamiento relativamente eficaz a una población de enfermos que, hasta entonces, - vegetaba sin esperanza.

Entre 1960 y 1970, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora Secretaría de Salud, estableció una --

red de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales-granja, en sustitución del ya abarrotado Manicomio General. Las nuevas instalaciones, aunque alejadas de los Centros Médicos y mal distribuidas en el territorio nacional, representaron, sin duda, un cambio favorable. Sin embargo, no contaron con recursos técnicos y económicos apropiados a sus necesidades y en el transcurso de unos cuantos años de pobreza y relativo descuido, sufrieron un deterioro ostensible. Sin embargo, es necesario hacer mención que en dos de estos hospitales, el que lleva el nombre de "Fray Bernardino Alvarez", y otro destinado a niños y adolescentes, que lleva el nombre de "Juan N. Navarro", la asistencia de los enfermos alcanzó mejores niveles. Ambas Instituciones, a falta de otras más adecuadas, han jugado un papel importante en la enseñanza de la Psiquiatría.

Entre 1950 y 1960, el avance en la farmacología tuvo importantes consecuencias en la atención de los enfermos mentales en todo el mundo civilizado. En estos años, se empezaron a usar en la clínica nuevos fármacos con propiedades no conocidas hasta entonces, como son: restaurar el contacto perdido con la realidad y estabilizar el humor abatido o exaltado. Una consecuencia de este desarrollo, fue la generación de un impulso poderoso en el estudio del cerebro, como sustrato de las funciones

mentales y de la conducta. Otra consecuencia fue que a los enfermos mentales se les vio como susceptibles de ser curados y reintegrados a la sociedad y, por lo tanto, merecedores de un tratamiento más activo. Como en otros países, en el nuestro los nuevos fármacos estimularon el interés de la sociedad y de los médicos en los desórdenes mentales y en las personas que los sufren.

En la última década, del mismo modo que en otros campos de la medicina, en el de la salud mental cambió el interés en el individuo aislado al interés en la familia y la comunidad y se giró el énfasis en la curación, al énfasis en la prevención y el tratamiento temprano de los casos. Estos cambios manifiestan una conciencia más clara de que en la salud, las condiciones materiales y sociales de la vida son aún más importantes que las acciones médicas.

Esto era el clima en la Asamblea Mundial de la Salud en 1974 en Ginebra, Suiza, cuando los países expresaron la urgente necesidad de prestar mayor atención a los aspectos sociales y psicológicos de la salud, en vista del elevado costo social que originaba su descuido.

Las instalaciones para la asistencia de los enfermos con que se cuenta en el país, son a todas luces insuficientes.

La Dirección de Salud Mental cuenta actualmente - con 11 unidades hospitalarias con un total de 4,400 camas, con 24 servicios de salud en el Distrito Federal y con 16 en el resto del país. Otras instituciones y organismos - públicos y privados proveen el resto para completar 7,700 camas, cifra que es inferior a las necesidades de un país con 70 millones de habitantes. Del total de camas, según datos de la Dirección de Salud Mental citados por C. --- Pucheu, el 57% corresponde a camas de hospitales federa - les de la S.S.A., el 24% a los gobiernos de los Estados - que reciben subsidio de la S.S.A. y el 19% a institucio - nes privadas.

Los hospitales, hospitales-granja y asilos, adole - cen de escasez de personal capacitado en relación con el número de pacientes y en varios de ellos, los programas - de rehabilitación y seguimiento son muy limitados. Debi - do a ésto, muchos pacientes reingresan o permanecen confi - nados por períodos de tiempos innecesariamente prolonga - dos.

En un censo de enfermos mentales crónicos hospita - lizados en dependencias de la S.S.A., llevado a cabo por indicaciones de la Dirección de Salud Mental en 1978, que incluyó a 2,141 enfermos, (el 86% de la población manico - mial), se puso de manifiesto que predominan los casos de

esquizofrenia, epilepsia, retardo mental, psicosis orgánica, demencia y alcoholismo, en ese orden. Una tercera -- parte (32%) de los enfermos investigados y examinados, es es tá incapacitada en forma total y requiere ser custodiada en forma con tínua. Cuatro de cada 5 (80%), no están en - condiciones de llevar una vida fuera de un hospital psi - quiátrico, pero 1 de cada 2 (48%) es susceptible de reha - bilitación en grados variables. El 42% no tiene familia - res que lo visite y ha sido abandonado. Se apreció que 2 de cada 10 enfermos podrían ser tratados fuera del ambien te manicomial, si se contara con los recursos apropiados.

Por otra parte, es necesario aclarar que dichas - unidades están mal distribuidas en el territorio nacional y que las condiciones que privan en los hospitales psi - quiátricos no llenan las normas mínimas y, en algunos ca - sos, son deplorables.

En 1977, la S.S.A. puso en marcha, a través de la Dirección de Salud Mental, un programa para mejorar la - atención de los enfermos mentales hospitalizados y abor - dar problemas de la salud mental en el primer y segundo - nivel de asistencia. En lo que se refiere al primer as - pecto, el programa incluye la rehabilitación material y - técnica, además de administrativa de los hospitales psi - quiátricos federales y el mejoramiento de las condiciones

de vida de los enfermos hospitalizados en lo que se refiere a alimentación, vestido, alojamiento, tratamiento y rehabilitación. En lo que se refiere al segundo aspecto, en la Ciudad de México se han desarrollado centros de salud mental en centros de salud y servicios de psiquiatría en hospitales generales. En estos programas, se hace -- hincapié en el trabajo en la comunidad y en la capacitación del personal.

Tanto en estos servicios como en los centros mencionados, los programas para atención a los niños que ocupan aproximadamente el 40% de la consulta, a los jóvenes farmacodependientes, a los alcohólicos y a los ancianos, han sido diseñados en forma específica y el personal ha sido previamente capacitado.

La afluencia de pacientes a los servicios de psiquiatría y salud mental ha demostrado la angustiada necesidad de la población de contar con estos servicios. En ellos es posible identificar oportunamente y, manteniéndolos en el seno su familia y de la sociedad, tratar a una proporción importante de enfermos, así como abordar a -- grupos específicos a través de programas preventivos.

Los hospitales psiquiátricos son parte necesaria de la organización para la asistencia de los enfermos --

mentales. La meta de sustituir el espíritu asilar de estos hospitales por un espíritu humanista y rehabilitador, permanece en la etapa de "pasos preliminares" por falta de capacidad técnica del personal auxiliar y de recursos financieros.

En nuestro país, las personas que sufren enfermedades mentales severas se encuentran entre las más desvalidas de la sociedad, están desamparadas y no reciben un tratamiento equivalente al que reciben los pacientes no - psiquiátricos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El primer hospital psiquiátrico en el Continente, fue el de San Hipólito y fue fundado en México por Fray Bernardino Alvarez en 1566. Un siglo después, en el año de 1690 José Sáyo fundó el hospital que mas tarde recibiría el nombre de "La Canoa". El 10. de septiembre de - 1910, como parte de los eventos conmemorativos del centenario de la Independencia, Don Porfirio Díaz inaugura el Manicomio General, 344 años después del de San Hipólito.

En el año de 1960, son creados seis hospitales -- campestres, con el fin de proporcionar mejor atención a -

los enfermos mentales, incorporar nuevas técnicas tera -
peúticas y solventar el deficiente funcionamiento del vie
jo Manicomio General.

La "Operación Castañeda" iniciada en 1965, susti-
tuyó el Manicomio General por un sistema de modernos hos-
pitales psiquiátricos.

Los primeros servicios de psiquiatría comunitaria,
ubicados en centros de salud, fueron creados en el año de
1954 con el objetivo de mantener los tratamientos ambula-
torios y desarrollar actividades preventivas e informa -
ción a la población abierta; la falta de apoyos impidió -
el crecimiento de estos programas. Veintitres años des -
pués, en 1977 continuó la creación de servicios de psj -
quiatría y salud mental en centros de salud y hospitales
generales con la instalación de 7 servicios, en coordina-
ción con la Dirección General de Salud Pública en el ---
Distrito Federal. En el año de 1978, fueron creados --
otros 6 servicios, 3 de los cuales se ubicaron en el inte
rior del país en coordinación con la Dirección General de
Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados --
(D.F.S.C.S.P.E.). Para el año de 1979, se pusieron en -
operación 19 servicios más, 10 en el Distrito Federal y 9
en la provincia, 3 de los cuales se instalaron en Hospita
les Generales en coordinación con la Dirección General de

Asistencia Médica y en centros de salud los seis restantes en coordinación con la D.G.S.C.S.P.E.

Los últimos servicios fueron instalados en el año de 1980; 4 en el Distrito Federal y el resto en el interior del país; de éstos, 2 se ubicaron en centros de salud de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y dos en hospitales generales de la misma Dirección.

En lo anteriormente expuesto, se puede observar que en los tres primeros siglos de asistencia psiquiátrica a la población abierta del país, los recursos fueron abocados a la atención hospitalaria (correspondiente al actual tercer nivel), no es hasta la 2a. mitad del presente siglo cuando los recursos son redistribuidos también a la atención ambulatoria o primer nivel de atención. -- Esta reorientación tiene su origen en el avance científico y modificación de los marcos conceptuales del proceso salud enfermedad mental.

EXPLICACION DEL TEMA

En buena parte del mundo y de nuestro país en especial, están ocurriendo dos fenómenos fundamentales en materia asistencial: por un lado, los costos crecientes de la atención médica y el desarrollo acelerado de la tecnología particular de la medicina, hacen que los gobiernos y las instituciones de salud y seguridad social busquen procedimientos que sean cada vez más accesibles económicamente hablando; por otro lado, es claro en la medicina el énfasis en los aspectos preventivos y su aplicación a grupos de población cada vez más amplios.

La Psiquiatría no puede escapar a estos fenómenos de nuestra época, en primer lugar porque es una rama de la medicina y en segundo, porque la enfermedad mental suele ser especialmente incapacitante.

Detrás de estos costos crecientes deben suponerse fenómenos condicionantes: el incremento poblacional, la velocidad de las comunicaciones, la creciente complejidad de la tecnología médica, la repercusión en los costos de la atención médica de fenómenos económicos como la inflación, el aumento de los riesgos del trabajo, etc., sólo para citar algunos. Debe entenderse que la enfermedad mental está relacionada también con los factores ---

señalados. Si bien en el área de la salud mental, los -- costos parecen ser menores, la cronicidad de muchos desórdenes mentales los aumenta a largo plazo.

A la psiquiatría corresponde aplicar los postulados básicos de la salud mental, sugerir programas y dirigirlos. Sin embargo, la salud mental no la hacen exclusivamente los psiquiatras, es también tarea obligada en dos disciplinas inmediatamente próximas a la Psiquiatría: las que cultivan el psicólogo clínico y el trabajador social psiquiátrico. Más aún, su divulgación y su práctica debe extenderse a los médicos, los trabajadores sociales, las enfermeras, que son los que se encargan de implementar -- programas de medicina preventiva.

La salud mental no debe entenderse solamente como la ausencia de enfermedad mental, sino como el logro del bienestar individual y la capacidad de convivir armoniosamente con otros y ser capaz de producir para sí y para la familia, igual que, en alguna medida, contribuir al orden y al desarrollo social. Igualmente debe entenderse que - son medidas de higiene mental aquellas que la sociedad y el propio individuo ponen en juego para lograr y conser-var su salud mental.

La magna tarea de mejorar la salud mental en ---

México no puede ser llevada a cabo por un solo grupo de profesionales, requiere la participación de psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, médicos sanitarios, pediatras y maestros. La puesta en marcha de programas de salud mental requiere de la participación de los grupos cívicos, las instituciones de salud y de enseñanza y, sobre todo, del Estado.

Hablar de un programa de psiquiatría comunitaria requiere de una explicación sobre las causas que hacen necesaria la implementación de un programa de este tipo y - que podemos dividir en dos: Conceptuales y Operacionales.

Un programa es la concretización de nuestros conceptos, o sea, de nuestro enfoque sobre el proceso de salud-enfermedad, enfoque que no es estático y que ha ido cambiando, dependiendo del momento histórico y del tipo de sociedad concreta en que éste se ha dado. Así, si se concibe a la enfermedad como la posesión de espíritus malignos, se realizarán una serie de acciones tendientes a ahuyentarlos. Si en cambio, la concebimos como un problema biológico, por ejemplo: la relación entre un huésped y un agente patógeno, nuestras acciones estarán destinadas a acabar con este último que suponemos el causante de la enfermedad mediante tratamiento terapéutico o la administración de fármacos adecuados.

Hasta ahora, estas han sido las líneas predominantes en el pensamiento y en el quehacer médico, con la consecuencia del desarrollo de una medicina curativa dedicada a atender individuos con técnicas complejas y específicas.

Estas concepciones parecen haber olvidado que el ser humano no se enferma solo, sino en relación con la naturaleza y los demás hombres, o sea, en sociedad y que es en ésta, donde se producen los factores patológicos cuya concretización es la enfermedad individual. Es así como surge un modelo de causalidad social de la enfermedad que la contempla como un fenómeno colectivo que se interrelaciona con el resto de los demás procesos sociales y que - por lo tanto, requiere del desarrollo de actividades tendientes a comprender el fenómeno social y cómo éste puede ser generador de patologías y tomar las medidas necesarias para transformarlo.

Así, la Psiquiatría comunitaria no es la atención psiquiátrica a los individuos de una comunidad, sino el estudio de la misma en profundidad, no como el "medio ambiente" en el que se desenvuelven los individuos, sino como una formación socioeconómica concreta, integrada dentro de la estructura social general del país; el análisis de sus contradicciones y de cómo éstas afectan a sus ---

miembros generando patología mental, así como el trabajo con las personas y las instituciones para cambiar dentro de lo posible esas estructuras.

Desde el punto de vista operacional, es claro que el fracaso rotundo de la asistencia médica se da por la saturación numérica de los servicios que redundan en una perpetuación de los problemas en lugar de una solución de los mismos.

Esta situación se ha dado, entre otros factores, por la mistificación de la ciencia y la técnica de nuestra sociedad, que requiere de la presencia del "especialista" para la solución de los problemas cotidianos, en lugar de aprovechar los recursos sociales e individuales de la propia comunidad, que es lo que de alguna manera intenta hacer la Psiquiatría Comunitaria.

Es importante señalar que la función del equipo psiquiátrico que trabaja en la comunidad es compleja, teniendo primero que aprender de la comunidad su estructura, sus problemas, sus recursos, para revertir después estos conocimientos ya transformados en medidas y proposiciones concretas que puedan ser implementadas por los miembros de la propia comunidad con la sola asesoría del equipo psiquiátrico.

Mas no es ésta la única función del equipo, ya - que tendrá que dar atención psiquiátrica a grupos, familias e individuos de la comunidad que hayan enfermado. - Para ésto, se requiere de un local adecuado donde se pue dan llevar a cabo actividades diagnósticas y terapéuti - cas especfficas (historia clínica, estudio psicológico, estudio social, estudios de laboratorio y gabinete, elec troencefalografía, tratamientos ffsicos, medicamentosos, psicoterapias, terapias recreativas, etc.

Cabe mencionar también otra de las funciones que consideramos prioritarias para el programa, es la de rea lizar actividades de enseñanza y de investigación, enten diendo por tales, a todas las acciones tendientes a ele- var el nivel de información del propio equipo psiquiátri co, así como las tendientes a descubrir la etiología bio lógica, psíquica y social del proceso salud-enfermedad.

El Centro Comunitario de Integración que propone mos, engloba actividades tanto de Prevención como de Pro moción, con los siguientes objetivos:

- a. Estudio.
- b. Detección de problemas.
- c. Educación a la población.
- d. Formación de comités de salud mental.

Para el logro de estos objetivos, se establece -
ría el contacto con líderes oficiales y naturales de la -
comunidad, con el fin de conocer los problemas, recursos
y organización de dicha comunidad.

Se establecería una coordinación con institucio -
nes de la comunidad, así como con instituciones médicas y
de educación especial fuera del sector, con el fin de ca -
nalizar pacientes que así lo requieran.

Se desarrollarían programas de conferencias sobre
salud mental, con el objeto de legitimar la función del -
Centro Comunitario de Integración dentro de la comunidad,
tratando de sensibilizarla ante estos problemas y promo -
ver la formación de comités locales de salud mental.

Otra de las áreas que contempla el Centro Comuni -
tario de Integración, es la creación de un servicio asis -
tencial que integrado en forma multidisciplinaria por per -
sonal especializado en salud mental, permita el correcto
diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacien -
tes.

El trabajo de los equipos psiquiátricos se divide
en cuatro áreas: Alcoholismo, salud mental para adultos,
farmacodependencia y salud mental en niños.

La forma de trabajo sería la siguiente: La atención se da a la población abierta. Los pacientes llegan canalizados por los médicos del propio centro o a través del trabajo que se ha realizado principalmente en la comunidad. El paciente llega y la recepcionista considera el motivo de la consulta para citarlo con el equipo correspondiente. En la cita de primera vez, es visto por todo el equipo para integrar un estudio psiquiátrico, psicológico y social de primer nivel, y decidir así las consideraciones y planes iniciales que pueden ser que no requiera atención especializada, que se pueda iniciar la terapia o que sea necesario realizar estudios complementarios. El motivo de consulta se codifica y registra para llevar a cabo estudios epidemiológicos. De aquí en adelante, las acciones del equipo se dividen, ya sea para realizar estudios más profundos o llevar a cabo terapias específicas.

Dada la gran demanda del servicio, las características de la comunidad y la índole de problemas que se presenten, se hará necesario organizar una unidad terapéutica de día con actividades reeducativas, recreativas y psicoterapéuticas, que nos permita dar atención y contención a un mayor número de personas.

Es un hecho frecuente el que los pacientes -----

alcohólicos, farmacodependientes y con otros problemas de salud mental, necesiten de un ambiente familiar estructurado que los contenga, ya que con frecuencia desertan de la consulta. Esto nos lleva a proponer dos programas, -- que son: La integración de la familia al tratamiento mediante la formación de grupos paralelos de familiares de pacientes y, por otro lado, la implementación de un sis - tema efectivo que permita seguir el estado de salud y res - catar al paciente cuando sea necesario.

Por último, nos referiremos al área de Enseñanza e Investigación de nuestro programa, cuyos objetivos son: ofrecer educación sobre salud mental al personal que trabaja para la salud, a grupos específicos de la comunidad y a los propios equipos psiquiátricos, para lo cual se -- organizarían conferencias y mesas redondas con el perso - nal de servicio del propio centro, el de otras institucio - nes y el de grupos organizados de la comunidad.

En cuanto a la investigación, consideramos que el propio estudio de la comunidad es la actividad básica a - realizar y de donde podrían surgir posteriormente temas - específicos de investigación psicosocial.

Finalmente, nosotros consideramos que el desarro - llo de programas de psiquiatría comunitaria surgen como -

la respuesta necesaria ante el fracaso de programas anteriores que parten de la concepción de la enfermedad men - tal como exclusivamente determinada biológica o psicógena mente, lo que implicaba la utilización de métodos y técni - cas destinados a la atención de algunos individuos, con - el consecuente detrimento de la salud mental de la pobla - ción en general.

La introducción de un modelo de causalidad social de la enfermedad, que permita descubrir en la estructura socioeconómica concreta de cada grupo, los factores generadores de la enfermedad, así como los elementos sanos de la misma, permitirá encaminar nuestros esfuerzos al establecimiento de medidas concretas que transformen los de - terminantes sociopatógenos y que aprovechen los recursos sanos.

Esto no significa de ninguna manera que se nie - gue la importancia de los factores biológicos o psicóge - nos de la enfermedad mental, sino que éstos deben ser va - lorados adecuadamente y pasados por el filtro social en - el cual estamos todos inmersos.

Solamente así, en un trabajo conjunto con la so - ciudad, desmistificando el papel del especialista, podrá la medicina lograr su aspiración que es el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

ESTUDIOS Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

La carencia de datos epidemiológicos nacionales - impide la apreciación de la magnitud de los problemas de salud mental de la población; sin embargo, como ya ha sido considerado por otros autores mexicanos, es válida, - con ciertas reservas, la extrapolación de algunos indicadores obtenidos en otros países.

Sjogren y Cols. en su estudio realizado en Suecia en pacientes de más de 50 años, concluyeron que el riesgo de enfermedad mental aumenta con la edad y no con el tiempo. La expectativa de vida en nuestro país ha aumentado 18 años en las últimas décadas y se espera para el año -- 2000 un incremento total de 24 años.

El estudio de Shepherd en Londres, reportó que un 9% de la población padecía neurosis y esta cifra se incrementaba al 50% si se consideraba dentro de los casos - enfermedades psicosomáticas y reacciones de stress. Como es sabido, las fuentes de stress se incrementan paralelamente a factores de industrialización, crecimiento y --- urbanización.

Varios autores han referido la relación directa - entre los fenómenos migratorios y la aparición de enferme

dades mentales. Las corrientes migratorias del campo a la ciudad en el país, son un fenómeno que reviste proporciones considerables.

En los estudios, tanto de Rennie como de Hollingshead y Redlich, se concluyó que existe una relación directa entre la prevalencia de enfermedades mentales y la clase social. Del presente estudio, podemos inferir la necesidad de incrementar la atención de la salud mental a las clases sociales más desprotegidas, campo de acción de servicios de atención de 1o. y 2o. nivel.

El estudio de Pasamanick, indica que el 19% de la población urbana ha padecido en algún momento de su vida de una enfermedad mental grave. Las enfermedades psicósomáticas fueron nueve veces más frecuentes, afectando al grupo de 15 a 34 años de edad. Estos datos apoyan la necesidad del desarrollo de la psiquiatría de enlace.

Leighton encontró que un 37% de la muestra de adultos estudiada, presentaban síntomas severos de enfermedad mental incapacitante alguna vez en su vida, cifra que se incrementaba al 65% al considerar únicamente la presencia de sintomatología. El estudio anterior nos da una orientación acerca de la magnitud del problema.

En lo referente a la prevalencia de psicosis...

oligofrenias, el estudio Fremming, reportó una tasa de -
11 X 1000 habitantes para la psicosis y 5.7 X 1000 para -
las oligofrenias.

En el estudio de Fraser y Russell, realizado en -
obreros industriales, se reportó que entre el 25 y 33% de
las ausencias, eran debidas a padecimientos neuróticos in
capacitantes. Estos hallazgos orientan acerca de la im -
portancia y costo social de los padecimientos mentales.

Entre los subempleados, Bremer encontró una mayor
prevalencia de neurosis, oligofrenias y psicopatías. --
Gran número de los usuarios de los servicios de la Secre-
taría de Salud quedan incluidos en este grupo, el cual -
además dadas las circunstancias económicas sociales del -
país, se espera incrementa.

Dayton notó que durante la depresión económica de
los 30's en Estados Unidos, la frecuencia de la psicosis
y suicidios aumentó. Las circunstancias por las que el -
país atraviesa hacen esperar un aumento de estos proble -
mas en la población.

El Comité de Expertos en Salud Mental de la Orga-
nización Mundial de la Salud ha recomendado un servicio -
de salud mental por cada 150,000 habitantes en los países

en desarrollo. En los Estados Unidos estiman que se re -
quiere un servicio de salud mental comunitaria por cada -
200,000 habitantes.

ZONA DE TRABAJO

INTRODUCCION

Coyoacán, villa cabecera de la Delegación del mismo nombre en el Distrito Federal, cuenta con una población de aproximadamente 750,000 habitantes y una superficie de 60.04 km², se encuentra localizada en la porción central del Distrito Federal y colinda: al Norte con la Delegación Benito Juárez, dividida por la Avenida Río Churubusco; al Sur con la Delegación de Tlalpan y Calzada del Hueso; al Oriente con la Delegación de Iztapalapa y Xochimilco, limitadas por el Canal Nacional y al Poniente con la Delegación Villa Alvaro Obregón, teniendo como límites la Av. San Jerónimo y el Ex-Río de la Magdalena.

Su suelo es llano al Norte y al Este y ondulado y rocoso en el resto. Al suroeste se halla el Cerro de Zacatepec.

El Río Magdalena, casi totalmente entubado, penetra a la Delegación por el Suroeste, constituyendo límite con Villa Alvaro Obregón. Cerca de los Viveros, se une el Río Mixcoac (también entubado), para juntos formar el Río Churubusco que limita la Delegación por el Norte.

Por la Avenida División del Norte, pasa el acue -
ducto subterráneo que conduce el agua de Xochimilco a la
Ciudad de México.

Coyoacán cuenta con un clima templado, con llu -
vias en Verano y principios de Otoño.

En otra época fue productora de maíz, frijol, al-
falfa, avena, cebada, legumbres y frutas, como ciruela, -
aguacate, pera, manzana y durazno; actualmente, sólo algu
nas verduras y flores.

Es un sitio de gran interés histórico, por la im-
portancia que tuvo como centro de población indígena pre-
cortesiano. Servía ya a los emperadores Aztecas, quíe -
nes cultivaban flores y criaban colibríes.

En Coyoacán estableció Cortés su cuartel general
durante el sitio de Tenochtitlán y durante el tiempo que
se llevó la reconstrucción de la ciudad. También cons --
truyó allí su palacio, el que aún se conserva, al igual -
que la casa de Cortés.

El primer Cabildo municipal de la Ciudad de ----
México se celebró en Coyoacán en 1521. El Cabildo era --
el organismo municipal creado por los españoles y que --

daba forma legal a la existencia de las ciudades indianas, que concentraban toda la vida social y política de vastos distritos, siendo sucesor de la tradición municipal de -- Castilla y Aragón. Las ciudades de la época colonial no eran el resultado de una concentración de familias en un sitio determinado, sino un solemne acto administrativo; - no se trataba de comunidades naturales, sino de socieda - des políticas.

Coyoacán fue asiento de arcaicas culturas, por lo que es una Metrópoli con manifiestos contrastes en su for mación ffsica y humana, (colonias, pueblos y barrios).

El aspecto histórico es de relevante importancia puesto que nos conduce al estudio del desarrollo de la -- Mancha Urbana.

En sus orígenes, Churubusco y Culhuacán formaron parte de Coyoacán, respecto a Cuicuilco, perteneció a -- Coyoacán hasta los años de 1966 - 1969, en que fue cons - truido el Periférico, marcándose una nueva delimitación - de que se trata.

BREVE HISTORIA

Coyoacán fue fundado por los Toltecas muy cerca - del gran lago de Tezonco, entre los siglos X y XII D.C., mucho tiempo antes de la fundación de Tenochtitlán. La - pirámide de Cuicuilco es testimonio de la existencia en - Coyoacán de la más antigua cultura prehispánica del Valle - del Anáhuac, sepultada por la erupción del volcán Xitle.

Después de diversas luchas, Coyoacán quedó someti - do a los Mexicas, huyendo sus moradores a Taxco. Al que - dar destruido Coyoacán en el año de 1428, los Mexicas si - guieron conquistando otros pueblos del valle.

Después de haber sido destruido el reino de Toyán - en Coyoacán, fue ocupado por los Chichimecas en el año de 1,100 y después por los Tepanecas, con quienes, al hacer - lo su lugar de residencia, recobró su importancia hacia - el año de 1,457, formando la cuarta tribu considerable - que habitara el Anáhuac. La agrupación de pueblos inte - granaban una región agrícola, cuya producción les permitió - mantener intercambio comercial con la gran Tenochtitlán.

En los primeros años del siglo XVI, había en --- Coyoacán mas de 6.000 casas, muchas de ellas de terrado, - un palacio de caciques, numerosas arboledas, entre las -

que emergían fuertes teocallis; en el centro habfa una -- plaza donde se hacían los tianguis o mercado, así como - una feria, en períodos regulares.

La traza urbana se basaba en un eje formado por - el camino que unía Churubusco con Chimalistac.

El lago llegaba hasta la población misma. Su -- principal producción era sal, siguiéndole la agrícola y - se comercializaba con la capital. En toda la ciudad --- había huertas y frondosas arboledas.

En la época de la conquista, Coyoacán estaba comu nicado con Tenochtitlán por medio de la Calzada de Iztapa lapa que se difurcaba con el fuerte Xólotl, así como --- Tlacopan por las Lomas del Oeste. Tenían casas de campo con jardines y huertas con gran producción, por lo que -- se comerciaba con la Ciudad de México.

Al llevarse a cabo la conquista, Hernán Cortés se estableció en Coyoacán para atacar la ciudad, tomó ---- Tenochtitlán y llevó prisionero a Cuauhtémoc en 1521.

Pasó Coyoacán a ser la capital de la Nueva España instalándose el primer Ayuntamiento (aunque segundo en -- América, ya que el primero fue en Veracruz), bajo la ---

presidencia de Pedro de Alvarado (1522-1524). En 1554 se asentaron las bases para una política hacendaria con la ley de ingresos, impuesto sobre la renta y cédula personal. Permaneció a los bienes del Marquesado del Valle de Oaxaca, al cual pagaban tributos.

Desde Coyoacán salían expediciones para conquistar y descubrir nuevas tierras, como Michoacán, Jalisco, Colima, etc.

Fue en Coyoacán y Cuauhnhuac, donde Cortés inició los cultivos de caña de azúcar, trigo y frutos, que exportaba a los españoles.

Antes de morir Cortés, en 1547, dejó un legado para un colegio en Coyoacán, destinado a la educación de misioneros y un convento para monjas; pidiendo ser enterrado bajo las tierras donde serían construidos.

En 1561, Don Felipe II concedió a Coyoacán un escudo de armas elevándolo a rango de ciudad. Este escudo es uno de los más justificados, por lo que Coyoacán debía ser prácticamente la primera capital del nuevo reino, en vista de las ruinas de Tenochtitlán.

El Gobierno se trasladó a México. La Villa fue -

capital del Estado, quedando bajo su jurisdicción los pueblos de San Angel, San Agustín de las Cuevas (hoy Tlalpan), Tacubaya, Chapultepec, Los Remedios y otros más.

En Coyoacán se estableció una de las primeras -- iglesias de la Nueva España en 1582, dedicada a San Juan Bautista; considerada como una de las más grandes del Distrito Federal, contaba con tres naves con vigas de cedro, zapatas coloniales y pilares cuadrados; así como con las construcciones de las capillas de los pueblos de Los --- Reyes, La Candelaria, San Pablo, Santa Ursula, San Lucas, Santa Cruz, Xoco, San Antonio Panzacola y Axotla.

En la época de la Independencia, a principios del siglo XIX, la inconformidad de indios y mestizos se hacía notar. Asimismo, se llevaban a cabo reuniones clandestinas en la Villa de Coyoacán, a las que asistían el Corregidor y curas de algunas parroquias, lo que llegó a ser - del conocimiento del Virrey Venegas, sin lograr éste nada en su contra. Estos hechos fueron conocidos como "La -- Conspiración de Coyoacán" para la Independencia de México.

Al consumarse la Independencia, Coyoacán descendió de su alto rango, debido a la prolongada lucha.

Al organizarse la República tras el imperio de -- Iturbide, Coyoacán quedó convertido en una modesta villa. La propiedad urbana sufrió una depresión ruinosa, provocando la emigración de sus habitantes, ya que se representaba peligro de asalto o muerte debido a que por su cercanía con los montes, estaba lleno de asaltantes o merodeadores.

En 1840 Coyoacán era visitado por algunas familias en verano, hasta que la guerra de restauración republicana hizo que Coyoacán quedara abandonado casi por completo.

El puente y el convento fueron escenario de históricos combates en 1847 contra las fuerzas norteamericanas, defendido el primero por los generales Pérez y Santa Anna y el segundo, por los Generales Anaya y Rincón.

Hacia 1877, Coyoacán se pobló gracias a los Señores Talavera y Ortíz de Montellano, quienes fueron los primeros en establecerse.

Se fue verificando poco a poco el renacimiento de Coyoacán, habitado por familias inglesas y americanas. Fue Don Sixto Germán quien acordó fraccionar en lotes una parte de la Hacienda de San Pedro Mártir, lotes que se -

vendieron rápidamente y a precio módico, apadrinando el - General Don Porfirio Díaz y su esposa el nacimiento de -- una colonia. En esta época, se dio el primer recorrido - en tren de México a San Angel.

En la época de la Reforma, ya en Coyoacán el Presidente Díaz colocó la primera piedra del monumento que - se levantaría con motivo de la inauguración de la Colonia llamada "Carmen" en honor a su esposa, colonia que se -- hallaba ubicada en el crucero de Avenida Cuauhtémoc y -- Calle de Aguayo. El acta de inauguración se firmó el 18 de Octubre de 1890, siendo la primera colonia de la Ciu - dad de México.

El ferrocarril del Distrito pasaba a lo largo del costado Sur. Muy cerca estaba la Colonia Panzacola, cu - yos lotes se vendieron con igual prontitud. Son patentes a partir de entonces, los progresos en la construcción de nuevos edificios. A fines del siglo XIX, la Villa de -- Coyoacán estaba formada por grandes caseríos separados, - que corresponden actualmente a los barrios de Santa Cata - rina, San Lucas, San Francisco y San Mateo Churubusco, -- sus calles eran recorridas por arroyos, que eran usados - en el riego.

En el año de 1931, la Villa de Coyoacán se insti - tuyó en la Delegación.

Desde principios hasta mediados del presente siglo, Coyoacán adquirió y mantuvo características propias de una Villa alejada de la gran ciudad, lugar de descanso, esparcimiento y veraneo.

- a) Década de los 30s., la Villa de Coyoacán junto con Iztapalapa, Xochimilco y Tláhuac, así como Azcapotzalco, la antigua Villa de Guadalupe, (hoy Gustavo A. Madero) y algunos otros lugares aledaños a la Capital, constituían la zona agrícola del D.F. La zona de los pedregales constituían entonces una fuerte barrera natural al crecimiento.
- b) Década de los 40s., hasta esta década, la calle de Francisco Sosa constituyó la arteria principal de los que se manifestaba como villa exclusiva de descanso, flanqueada con una serie de expresiones arquitectónicas, de las cuales, muchas constituyen hoy un monumento.

A lo largo de la actual Calzada de Tlalpan, existían varios asentamientos populares, dedicados a actividades agrícolas o a los servicios de la villa

- c) Década de los 50s. Por la construcción de la Ciudad Universitaria, se intensifica el crecimiento urbano, principalmente a lo largo de la Calzada de Tlalpan.

Se abre de Oriente a Poniente una avenida para comunicarse con la Calzada de Tlalpan y el pueblo del mismo nombre, (Av. Taxqueña).

Se retira de Francisco Sosa la vía férrea, -- que le recorría hasta San Angel, convirtiéndose en eje.

A principios de esta década, al erigirse Ciudad Universitaria, se construye también la Avenida Universidad.

Saliendo desde la Glorieta del Riviera, la Avenida Cuauhtémoc se conecta con Centenario, comunicando así a Coyoacán con el resto del Distrito Federal.

- d) Década de los 70os. El crecimiento de Coyoacán se hizo explosivo, sobre todo en la zona de los predregales que se ocupó en su totalidad por sucesivas invasiones.

La zona Oriente de la Delegación, empezó a - ocuparse con fraccionamientos y conjuntos --- habitacionales. Actualmente se ha ocupado la totalidad del suelo.

En 1980, la mancha urbana ocupa casi la totalidad de la Delegación, con una población fija estimada en 750,000 habitantes y con una - población flotante de 200,000 personas, debido al uso de las instalaciones que en ella se encuentran.

BARRIOS DE LA MANCHA URBANA

En la segunda mitad del siglo XVI, los dominica - nos crearon un método de concentrar a los indios en pue - blos para cristianizarlos y urbanizarlos, como dos fases del mismo procedimiento, formándose así lo que ahora llamamos barrios.

Según Kevin Lynch, en su libro "La Imagen de la - Ciudad", los barrios son zonas urbanas relativamente gran - des que tienen cierto carácter en común.

Las características físicas que determinan los -

barrios son continuidades temáticas que pueden consistir en una variedad de partes integrantes, como: la textura, el espacio, la forma, los detalles, los símbolos, el tipo de construcción, el uso, la actividad, los habitantes, el grado de mantenimiento y la topografía.

Asimismo, se podrían considerar las homogeneida - des en fachadas, materiales de construcción, el color, la altura, etc.

El Pedregal de Santa Ursula, lugar en estudio par ticular para la realización de la Tesis Análisis, es un - lugar ocupado por algunos invasores ilegales, con la idea de vivir indefinidamente en este lugar.

Actualmente está formado por manzanas irregulares, con una topografía accidentada que da como consecuencia - calles inclinadas muy angostas y curvas.

El paisaje urbano tiene el dominio del color gris y beige, la altura máxima de los edificios es de tres ni - veles.

ANTECEDENTES GENERALES

Significado: Coyoahuacán, ahora Coyoacán, significa "Lugar de Coyotes"; su nombre se expresa por un animal con pelo erizado y lengua fuera del hocico, indicando un animal flaco y hambriento, que se representa en la matrícula de los tributos del Códice enmagrecido.

Situación: Coyoacán está situado a los 19°21'0"9 latitud Norte y 0°1'22"7 longitud Oeste de México. Colindan con esta Delegación: Al Norte la Delegación Benito Juárez, al Este la Delegación Iztapalapa, al Sur la Delegación de Tlalpan y al Oeste la Villa Alvaro Obregón.

Generalidades Geofísicas: La Delegación de Coyoacán abarca grandes extensiones cubiertas por materiales aluvionales depositados en épocas recientes, que ocultan las formaciones fundamentales, las que sólo aparecieron en pequeñas zonas. La edad geológica de las rocas que afloran en la Delegación, va desde el Mioceno hasta el Holoceno. Gracias al nuevo ciclo del vulcanismo y al clima glacial del Pleistoceno, la parte baja de la cuenca de México fue rellenada, transformándose en una extensa planicie. Este relleno tiene discordancia en su espesor y descansa sobre la formación Terango, la que representa a su vez casi la mitad de la superficie de Coyoacán.

DESCRIPCION GEOGRAFICA

Relieve: La Delegación de Coyoacán tiene un relieve suave, de poca pendiente con una altitud promedio de 2,200 mts. La zona urbana en su inicio se encontraba en la parte llana de la misma. La parte más baja de la Delegación se encuentra al Noreste de ésta, en la región que corresponde a la Colonia Prado Churubusco, cercana al Canal Nacional y a Río Churubusco.

La zona urbana tuvo su inicio en tres regiones: - La primera que se encuentra entre las avenidas Francisco Sosa y Miguel Angel de Quevedo, correspondientes al emplazamiento del antiguo pueblo indígena y que después pasó a ser la Ciudad de Coyoacán; La segunda, en donde se encuentran las colonias correspondientes al antiguo Vaso Lacustre; y la tercera, formada por los Pedregales, como el de Santa Ursula.

Hidrografía: Las aguas del Río Magdalena Contreras, de Suroeste a Noroeste de Coyoacán, bajando de las sierras del Ajusco y las Cruces, se utilizaban por algunas fábricas de villa Alvaro Obregón y Contreras. La Avenida Río Churubusco, corriendo de Oeste a Este, es límite político hasta que se desvía para unirse al Canal Nacional.

En Coyoacán existieron numerosos manantiales que ya han desaparecido. En la zona urbana, el agua de uso doméstico era extraída de pozos artesianos, (año de 1948). Se usaba en Coyoacán el agua que provenía del acueducto - subterráneo, actualmente existen varias perforaciones que abastecen la red.

Clima: Coyoacán tiene un clima uniforme, según - datos meteorológicos obtenidos de las estaciones de Xoco, Peña Pobre e Iztapalapa. El clima es templado, con lluvias periódicas en verano y seco en invierno. La temperatura promedio es de 15°C.

Tipo de Suelo: En la Delegación existen tres tipos diferentes de suelo: pedregal, arcilla y migajón arcilloso. Los suelos de arcilla se encuentran en la zona de vivero y en la zona del pueblo de San Francisco Culhuacán.

Los suelos de migajón arcilloso y los pedregales, ocupan la mayor parte de la Delegación.

Flora: Por el tipo de clima que en Coyoacán existe, la altitud y la presencia de una zona pedregosa, la vegetación pertenece a diversas familias botánicas.

El Pedregal presenta básicamente un área desnuda

con excepción de parte de la Ciudad Universitaria, con -- material primario como formación vegetal dominante y al -- guna superficie reforestada.

La zona Oriental de la Delegación, utilizada para cultivo hasta hace pocos años, ha sido paulatinamente urbanizada, quedando en la actualidad escasas áreas que es necesario preservar.

Fauna: Durante los tiempos Precolombinos, Coyoacán fue notable por su variedad de pájaros con plumajes -- de variados colores, los que han ido desapareciendo a tra -- vés de los años.

Agricultura: La zona agrícola de Coyoacán se encuentra localizada en el Sureste de la Delegación, ocupan -- do casi un tercio de toda la superficie y distinguiéndose dos áreas agrícolas: Cultivo de temporal y zona de jugo -- o humedad y cultivo de riego.

Ganadería: La zona de ganadería se localiza en -- el Sureste y en otras partes de menor importancia, que co -- rrespondían a la ya entonces zona urbana. Era de los si -- guientes tipos: Vacuno, Cvino, Porcino, Caballar, Mular, Asnal y Caprino, existiendo asimismo, aves y colmenas.

Forestación: Existen en Coyoacán zonas boscosas bien delimitadas, como el Cerro de Zacatepetl. Actualmente esta zona es propiedad federal y existe un programa de reforestación de la misma, en Coyoacán nunca existieron productos forestales, a excepción de unos árboles que son utilizados como leña y que son derribados por ampliación de casas o por obras de conservación.

PRECIPITACION PLUVIAL

Al igual que en el Distrito Federal, el periodo de precipitaciones abundantes, se sitúa de mayo a octubre, principalmente en julio y septiembre.

Promedio: Días con granizo (al año) 2 a 4, disminuye hacia zona lacustre.

Días de tormenta eléctrica: 10 a 20, disminuye hacia la zona lacustre.

Frecuencia: Días con nublado 60 a 80, aumenta hacia la zona lacustre.

Número de días con lluvia apreciable, (más de 0.1 mm.), 90 a 110 promedio anual.

Las lluvias aumentan hacia Ciudad Universitaria, mayor altura, más vegetación, menos intercepción por bruma de impurezas, (humos, polvos, gases, etc.), que provocan evaporación de la lluvia. De ahí, la importancia que tiene en zonas urbanas, controlar automotores e industrias (fuentes contaminantes), generar áreas verdes, evitar una exagerada densificación de la edificación.

COMPOSICION FAMILIAR

13.6 personas, para el nivel socioeconómico de la zona, significa un elevado nacimiento, (de la población económicamente activa el 54% aporta menos de 900 pesos -- mensuales).

El 58% de mujeres en edad reproductiva, no llevan un control natal específico y sólo el 58.6% de la población acude al médico en caso de enfermedad.

Datos en 1980:

Nacimientos - 14,747

Defunciones - 2,404

Morbilidad:

| <u>ENFERMEDADES</u> | <u>POBLACION</u> |
|--------------------------------|------------------|
| Respiratorias agudas | 26% |
| Dentales (Estructura y Sostén) | 17% |
| Enteritis y otras diarreas | 9% |
| Infecciones y parasitarias | 12% |
| Mordeduras de animal | 3% |
| Nutricionales | 29% |
| Otras | 4% |

Alimentación:

| | PORCENTAJES | | | | |
|----------|---------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------|
| | <u>DIARIO</u> | <u>CADA 2 DIAS</u> | <u>CADA 3 DIAS</u> | <u>CADA 7 DIAS</u> | <u>NO TOMA</u> |
| Leche | 68 | 4 | 11 | 1 | 16 |
| Carne | 27 | 20 | 34 | 14 | 5 |
| Huevo | 73 | 4 | 15 | 3 | 5 |
| Verduras | 44 | 3 | 20 | 12 | 3 |
| Frijoles | 70 | 3 | 11 | 8 | 5 |

La alimentación muestra fuertes desequilibrios --
en la dieta básica.

DESCRIPCION DEL PROYECTO

LOCALIZACION

El Centro Comunitario de Integración se localiza en la Colonia Santa Ursula Coyoacán, entre las calles de San Isauro y San Ricardo, casi esquina con la Avenida - Santa Ursula. Su ubicación estuvo determinada por los - siguientes factores principales:

- a) Santa Ursula es una colonia que nace con los asentamientos irregulares en los Pedregales de Coyoacán, - éstos debido a la inmigración del campo a la ciudad, originando un rápido y desorganizado crecimiento poblacional, es por ésto, que la citada se puede considerar en su mayoría, como una zona de vivienda. Debido a este desenfrenado crecimiento, el "Plan Par - cial de Desarrollo Urbano" de la Delegación de --- Coyoacán se ha visto en la imperiosa necesidad de -- crear nuevos planes de desarrollo y de dotación de - servicios, contemplando dentro de ellos un subcentro urbano, por lo tanto una zona de mejoramiento, den - tro de cual se ubica el presente Proyecto, teniendo así, dentro de dicho Plan, al sector salud.

- b) Una vez ubicado el Centro Comunitario de Integración dentro de lo que marca dicho Plan, la selección del terreno se determinó considerando: la facilidad de acceso, como es la vialidad y principalmente, el sistema urbano de transporte, además de que dicho terreno cubriera las necesidades de espacio y de infraestructura, precedidos de un profundo análisis de áreas y servicios requeridos.

CONCEPTO

Uno de los objetivos principales en los que fundamenta el Proyecto del "Centro Comunitario de Integración" es, como se mencionó anteriormente, la imperiosa necesidad de cambiar la muy deteriorada imagen carcelaria de los centros dirigidos a la salud mental, aparte de satisfacer todas las necesidades físicas para el pleno desarrollo de las teorías psiquiátricas de vanguardia.

Después de un profundo análisis del sentir del paciente ante determinadas circunstancias, así como del conocimiento del funcionamiento de la Psiquiatría Comunitaria, se determinaron los elementos que se consideran estímulos altamente positivos para su exitosa recuperación

logrando así, un mayor ingreso de pacientes y una constante asistencia a su tratamiento.

Se determinó que dichos elementos son:

- Un mayor contacto con la naturaleza.
(A base de jardines interiores, generosas áreas verdes y vistas a éstas).
- El orden y simplificación.
(Con una clara y congruente zonificación de las diferentes áreas que lo conforman).
- Seguridad y bienestar.
(Es por ésto que el Proyecto se realizó de manera horizontal y se enfatizó en el factor ----
estético-plástico).

DESCRIPCION

El Centro Comunitario de Integración (C.C.I.), --
se conforma de las siguientes funciones:

| | | | | |
|--------|----------------------------|---|--|--|
| C.C.I. | 1) GOBIERNO (Dirección) | Coordinación | <ul style="list-style-type: none"> - Programas Psiquiátricos - Trabajo Social - Servicio Social - Difusión de la Salud | |
| | | Administración | <ul style="list-style-type: none"> - Personal - Mantenimiento | |
| | | Preconsulta | <ul style="list-style-type: none"> - Prescripción Psiquiátrica - Prescripción Psicológica - Prescripción Neurológica | |
| | | 2) ATENCION (Tratamiento Médico) | Tratamiento Infantil | <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Individual - Terapia Grupal - Terapia Familiar |
| | | | Tratamiento Adultos | <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Individual - Terapia Grupal - Terapia Familiar |
| | | 3) SERVICIOS (Servicios Complementarios) | Servicios para Personal | <ul style="list-style-type: none"> - Estar - Aprendizaje e Investigación |
| | | Servicios Generales | | |

El Proyecto parte de un esquema centrífugo, es decir, que todos sus componentes giran alrededor de un punto central.

El centro comunitario de integración se compone de cinco grandes cuerpos, de los cuales cuatro se interrelacionan entre sí por medio de uno central, siendo éste el punto de partida hacia las diferentes zonas:

- A) El elemento central consta de tres niveles y contiene las siguientes áreas:
- a. Planta Baja:
Vestíbulo general, recepción e informes, coordinación de servicio y trabajo social.
 - b. Primer Nivel:
Dirección General, coordinación de programas, administración, sala de juntas y cafetería.
 - c. Segundo Nivel:
Servicios generales para médicos, compuestos por: zona de estar, comedor, cocineta, baños, además de una biblioteca.

B) Preconsulta.

Consta de: Sala de espera, ocho cubículos de psiquiatría y psicología y un cubículo de neurología y baños. En esta zona se realizarán los diagnósticos y evaluación de pacientes.

C) Tratamiento a adultos.

Consta de: Sala de espera, cuatro cubículos para terapia individual o de pareja un cubículo de terapia grupal o familiar, Cámara de Gessel, aula de docencia y baños.

D) Tratamiento a adultos (Alcohólicos anónimos).

Recepción y sala de terapia grupal, además de un albergue compuesto de sala de estar, comedor, cocina, recepción para mujeres con baños, recámara para hombres con baños.

E) Tratamiento a adultos (Ala-Non).

Una recepción, sala de terapia grupal y baño.

F) Tratamiento Infantil.

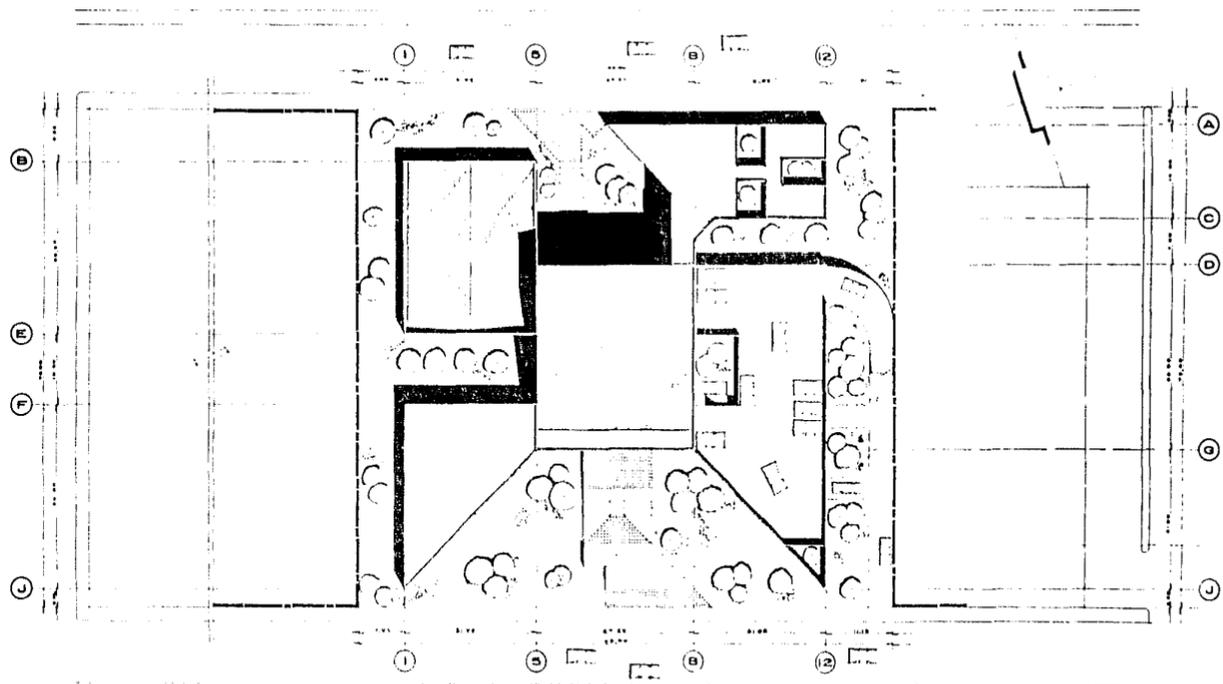
Contiene: Sala de espera, cuatro cubículos para terapia individual, un cubículo de terapia familiar o grupal, un salón de terapia especializada, una Cámara de Gessel, un aula de docencia y baños.

- G) Difusión de la salud.
Consiste en un auditorio, caseta de proyección, recibidor y baños, para la realización de conferencias di-
rígidas a la promoción de la salud.)
- H) Estacionamiento público y uno privado para personal -
exclusivo.)

G) Difusión de la salud.

Consiste en un auditorio, caseta de proyección, recibidor y baños, para la realización de conferencias dirigidas a la promoción de la salud.

H) Estacionamiento público y uno privado para personal - exclusivo.



BRAVO MONROY RICARDO

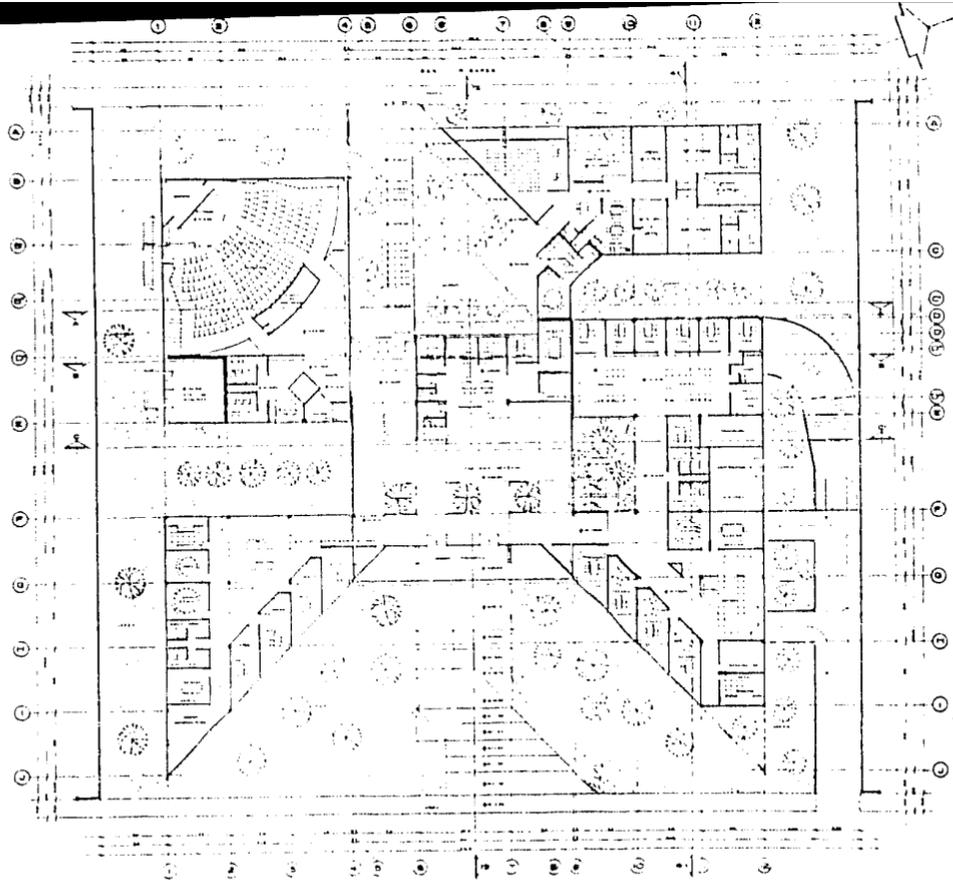
LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA URSULA - COYOACAN

CONJUNTO

| | | |
|-----|-----|---|
| ... | ... | 1 |
|-----|-----|---|



PLANTA ARQUITECTÓNICA

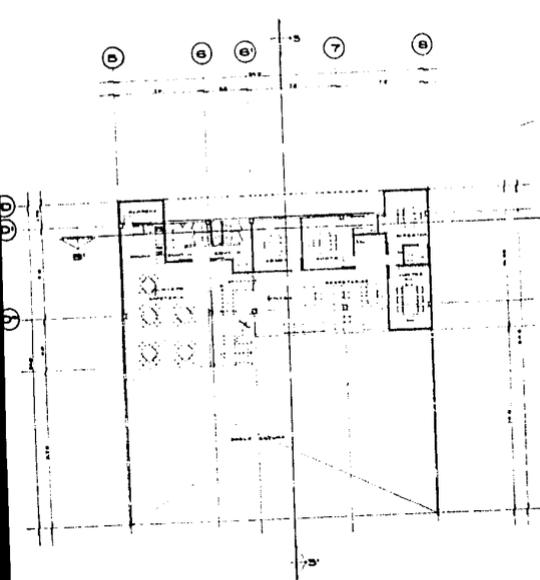


ERVAO MORANDY BLANCO

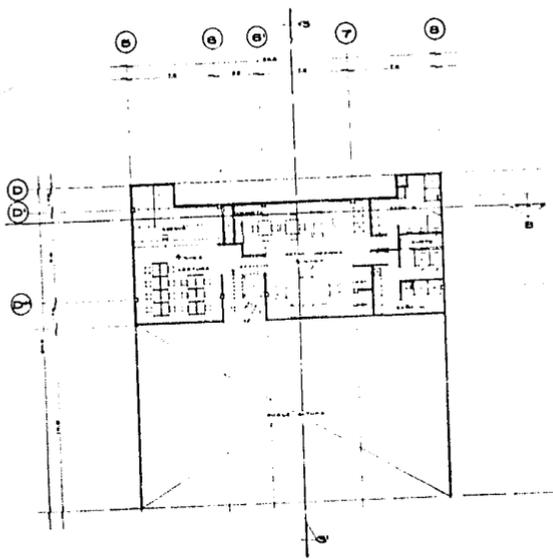
LUIS RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA URSULA - CORONEL
 ARQUITECTONICO
 3



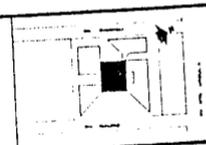
1er NIVEL VESTIBULO



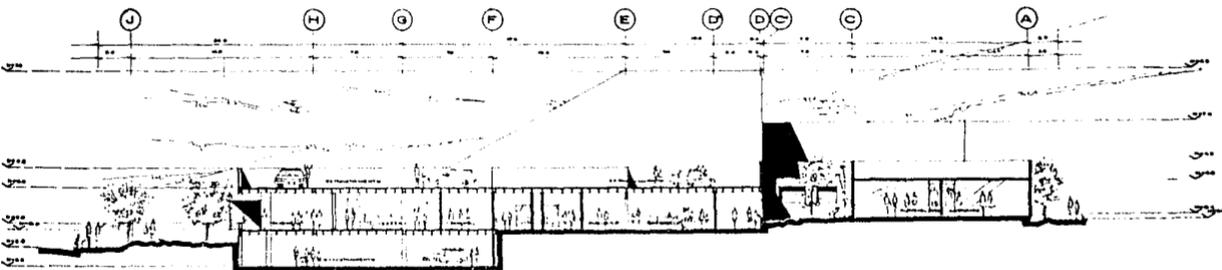
2o NIVEL VESTIBULO



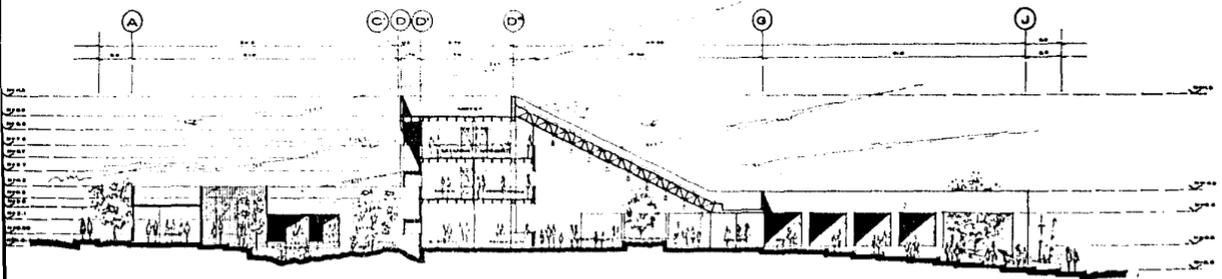
CENTRO
 DE INVESTIGACIONES Y
 DESEMPEÑO DE INVESTIGACIONES
 BRUNO MONTEY RICARDO LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA ÚRSULA - COYOACÁN
 PLANTAS 1 Y 2
 4



CORTE 4-4'



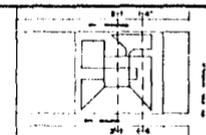
CORTE 3-3'



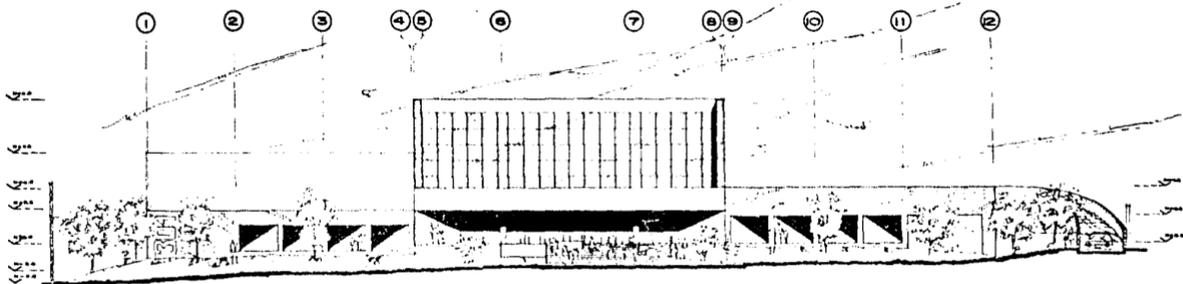
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COMUNIDAD DE INVESTIGACIÓN

BLAVO MONROY RICARDO

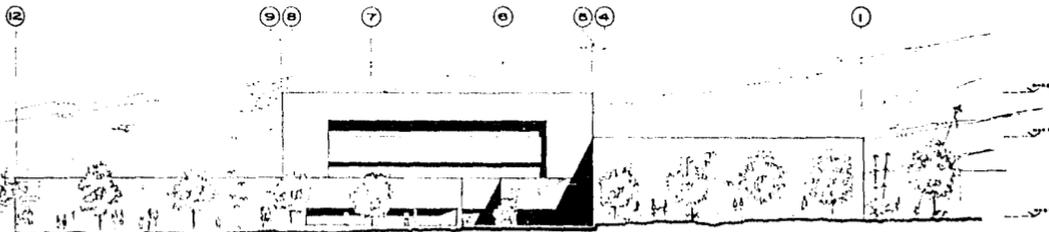
LUCO RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA URSULA - COYOACAN
CORTES
6



FACHADA PRINCIPAL ORIENTE



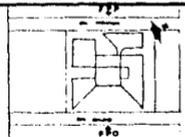
FACHADA POSTERIOR PONIENTE



CONSEJO
 CONSULTIVO DE INVESTIGACIONES

BRavo MONROY RICARDO

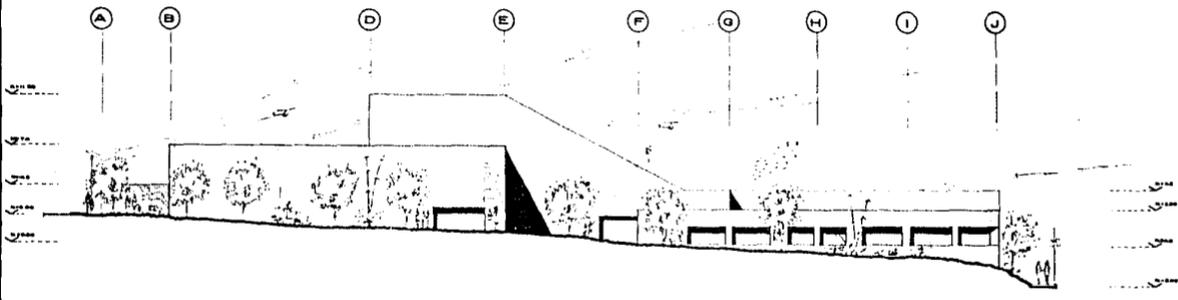
LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



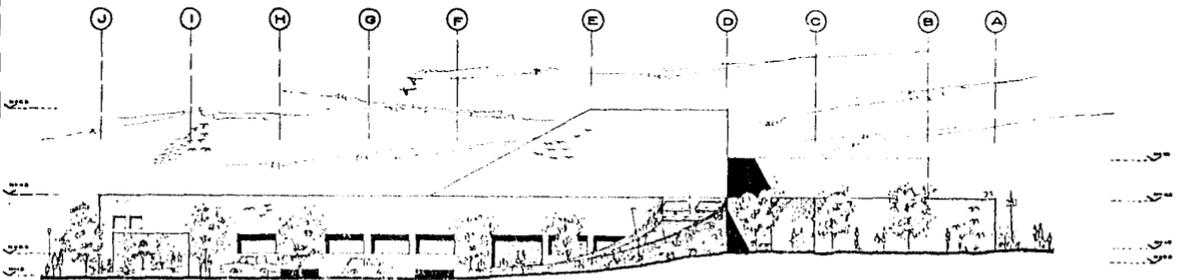
SANTA URSULA - COYOACAN

FACHADAS

7



FACHADA LATERAL SUR



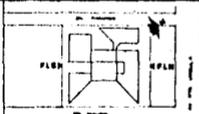
FACHADA LATERAL NORTE



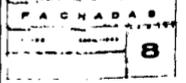
Departamento
Comunicación e Integración

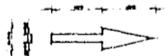
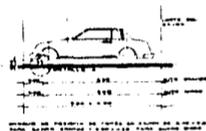
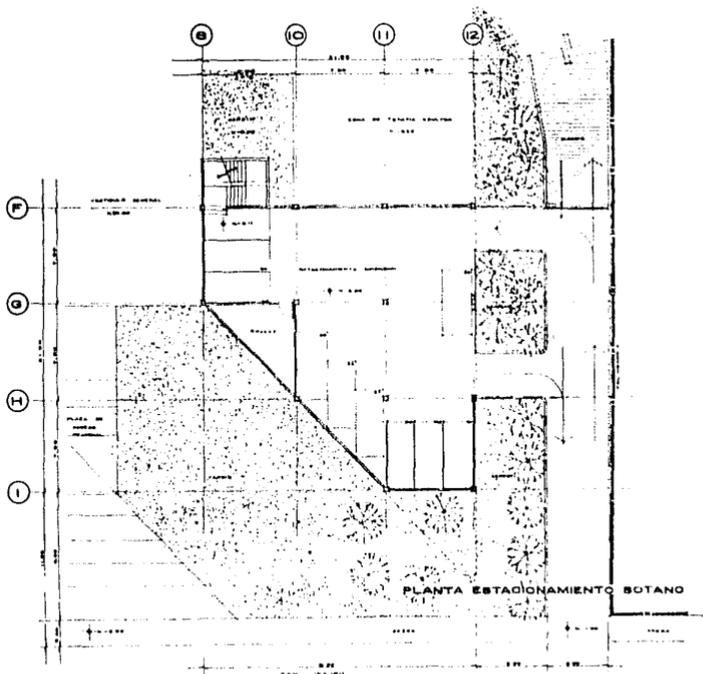
BRAYO MONROY RICARDO

LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA URBILA - COYOACAN

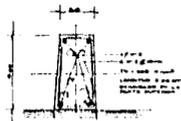




1. Dimensiones mínimas de estacionamiento para vehículos de motor: longitud 4,50 m, anchura 2,00 m, altura libre 2,00 m.

2. Dimensiones mínimas de estacionamiento para vehículos de motor: longitud 3,50 m, anchura 1,50 m, altura libre 1,80 m.

3. Dimensiones mínimas de estacionamiento para vehículos de motor: longitud 2,50 m, anchura 1,00 m, altura libre 1,50 m.



DETALLE A

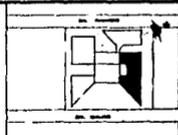
NOTAS GENERALES DEL ESTACIONAMIENTO



centro
comunitario de integración

BRAVO MONROY RICARDO

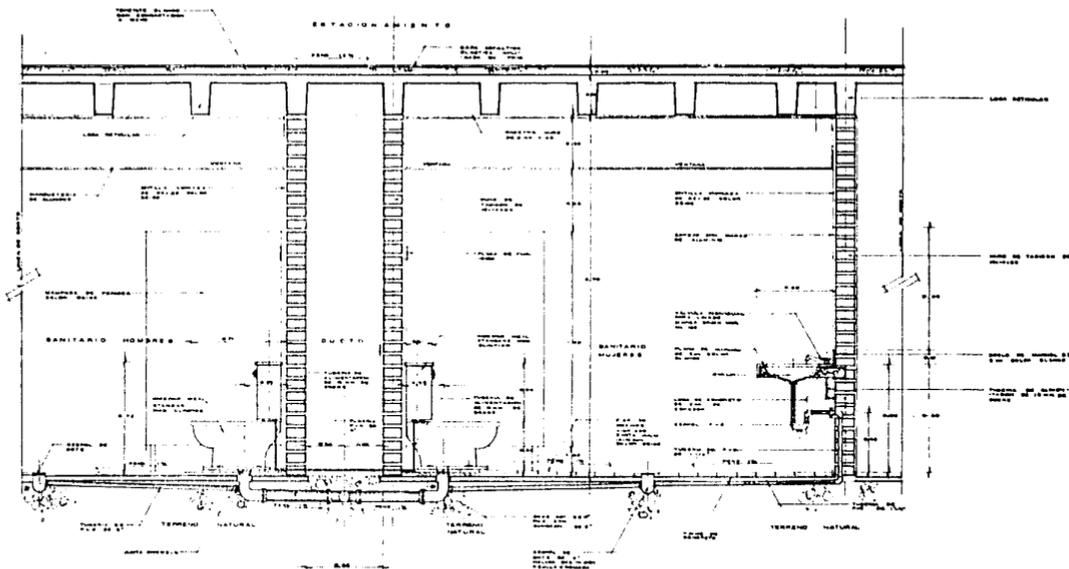
LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA URSULA - COYACAH

ESTACIONAMIENTO

| | |
|--------|-----------|
| 1. 100 | 1000.0000 |
|--------|-----------|



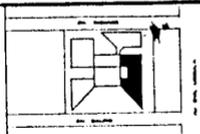
CORTE SANITARIO



CENTRO
 COMPLEJO DE LA INTEGRACION

BRAVO MONROY RICARDO

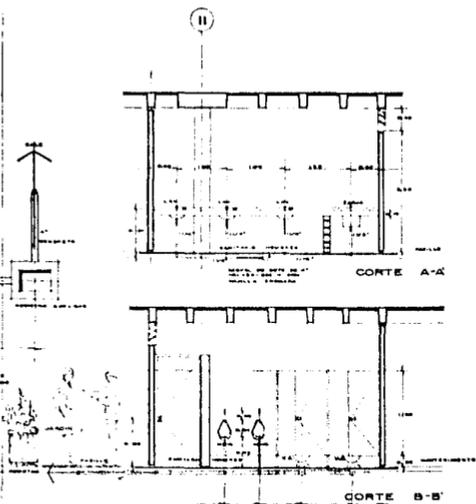
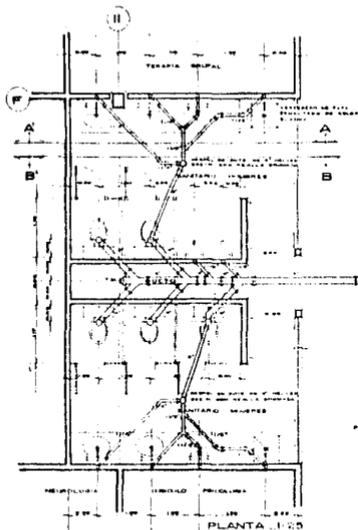
LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



SANTA URSULA - GOYOACAN

CORTE SANITARIO

17



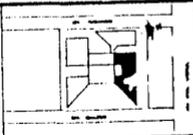
SANITARIOS EN PRECONSULTA



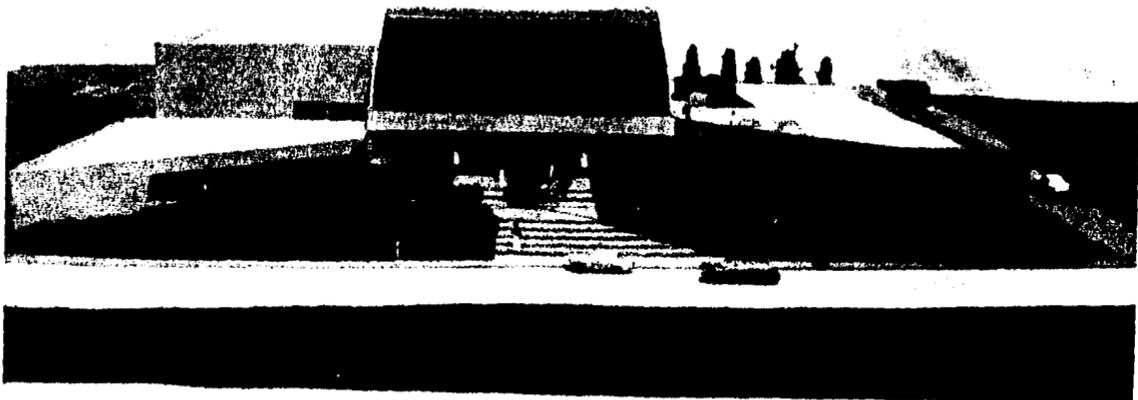
COMUNIDAD de Investigación
GENERO

BRAVO MONROY RICARDO

LUCIO RODRIGUEZ J. LUIS



| | |
|-------------------------|----|
| SANTA URSULA - COYOACAN | |
| SANITARIOS | |
| 1. 25 | 26 |



ACCESO PRINCIPAL (fachada oriente)

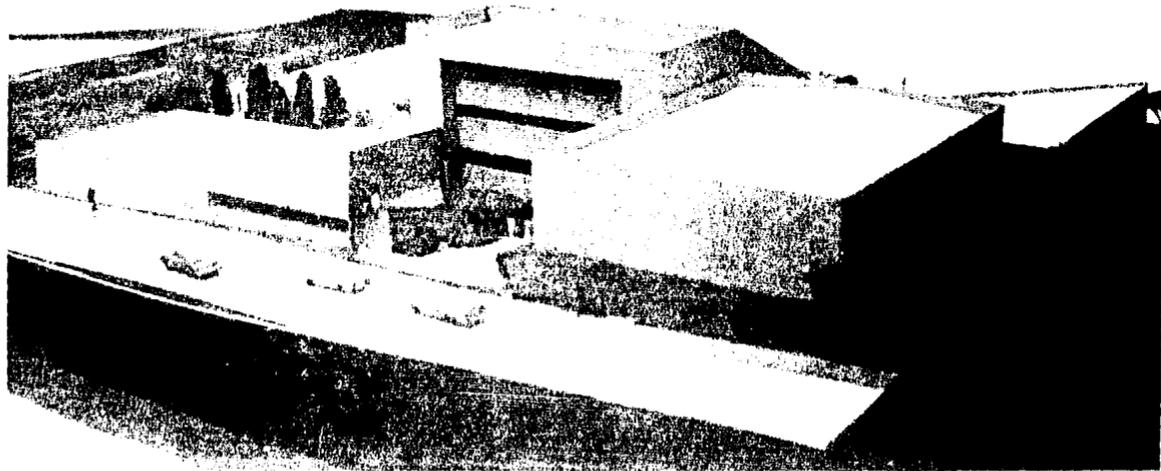
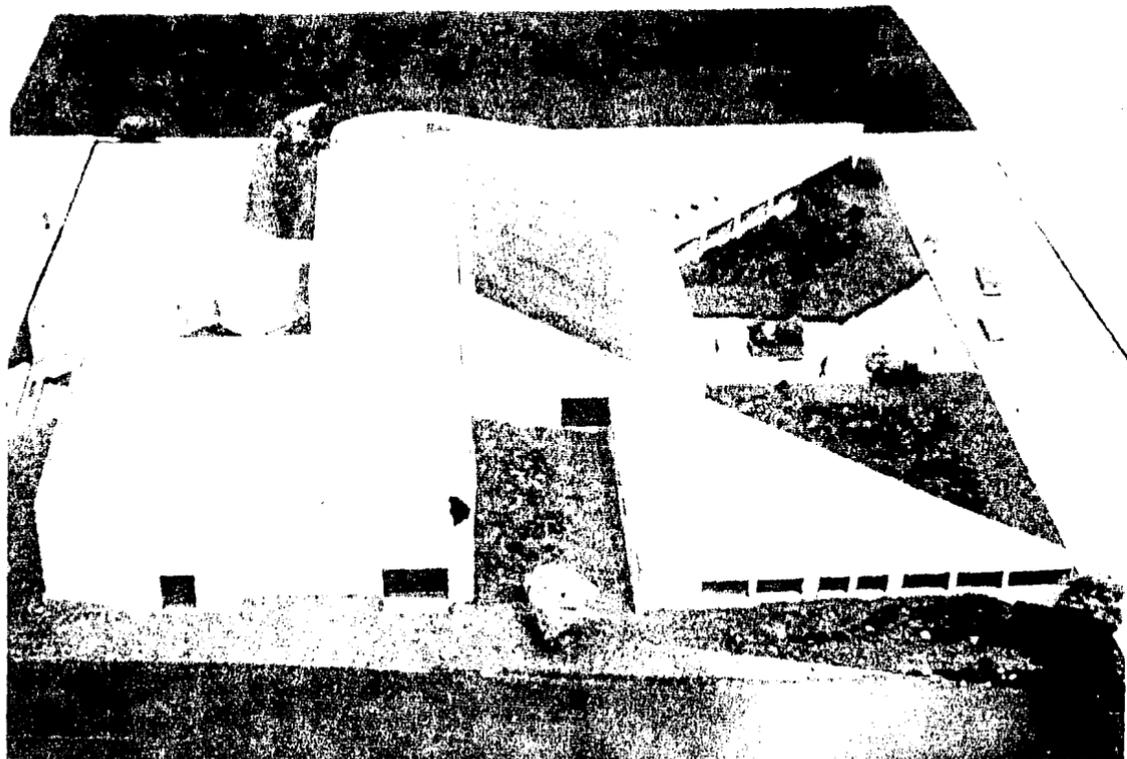
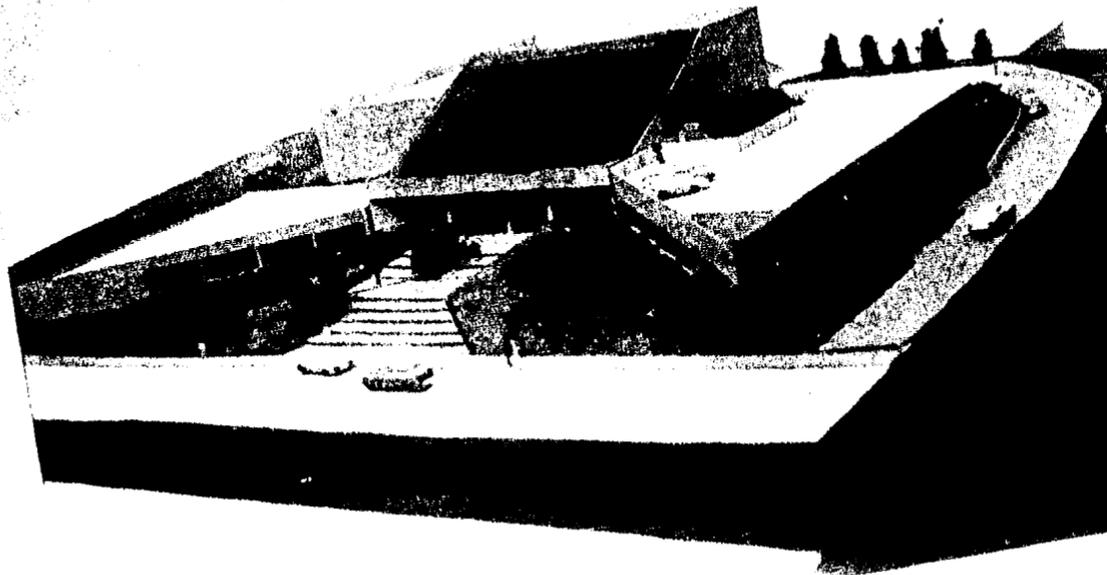


Fig. 1.1.1. INTERIOR (fachada poniente)



VISTA AEREA FACHADA SUR



...ACIONAL DE FACHADA NO

PROGRAMA ARQUITECTONICO

| | | |
|--------|---------------------------|-----------------------|
| 1. | <u>Gobierno</u> | 230.78 m ² |
| 1.1. | Dirección | 36.02 m ² |
| 1.1.1. | Cubículo Director | 14.70 m ² |
| 1.1.2. | Toilet | 3.00 m ² |
| 1.1.3. | Secretaria | 11.66 m ² |
| 1.1.4. | Espera | 6.66 m ² |
| 1.2. | Administración | 34.32 m ² |
| 1.2.1. | Cubículo Administrador | 16.00 m ² |
| 1.2.2. | Secretaria | 11.66 m ² |
| 1.2.3. | Espera | 6.66 m ² |
| 1.3. | Coordinación | 34.32 m ² |
| 1.3.1. | Cubículo Coordinador | 16.00 m ² |
| 1.3.2. | Secretaria | 11.66 m ² |
| 1.3.3. | Espera | 6.66 m ² |
| 1.4. | Servicios Complementarios | 32.55 m ² |
| 1.4.1. | Sala de juntas | 16.80 m ² |
| 1.4.2. | Papelerfa | 3.75 m ² |
| 1.4.3. | Sanitarios hombres | 6.00 m ² |
| 1.4.4. | Sanitarios mujeres | 6.00 m ² |

| | | |
|----------|----------------------------------|----------------------|
| 1.5. | Coordinación de Programas | 81.07 m ² |
| 1.5.1. | Coordinación de Servicio Social | 29.16 m ² |
| 1.5.1.1. | Cubículo de Coord. Serv. Social | 14.00 m ² |
| 1.5.1.2. | Secretaria | 8.50 m ² |
| 1.5.1.3. | Archivo | 2.00 m ² |
| 1.5.1.4. | Espera | 4.66 m ² |
| 1.5.2. | Coordinación de Trabajo Social | 25.66 m ² |
| 1.5.2.1. | Cubículo de Coord. de Trab. Soc. | 10.50 m ² |
| 1.5.2.2. | Secretaria | 8.50 m ² |
| 1.5.2.3. | Archivo | 2.00 m ² |
| 1.5.2.4. | Espera | 4.66 m ² |
| 1.5.3. | Servicios Complementarios | 26.25 m ² |
| 1.5.3.1. | Sala de juntas | 19.25 m ² |
| 1.5.3.2. | Sanitario hombres | 3.50 m ² |
| 1.5.3.3. | Sanitario mujeres | 3.50 m ² |

| | |
|--|-------------------------|
| 2. <u>Atención Médica</u> | 1,314.00 m ² |
| 2.1. Recepción e Informes | 41.66 m ² |
| 2.1.1. Mostrador | 10.00 m ² |
| 2.1.2. Secretarías | 20.00 m ² |
| 2.1.3. Espera | 4.66 m ² |
| 2.1.4. Botiquín (Farmacia) | 7.00 m ² |
| 2.2. Preconsulta | 266.74 m ² |
| 2.2.1. Cubículo Psicóloga (4) | 49.00 m ² |
| 2.2.2. Cubículo Psiquiatría (4) | 49.00 m ² |
| 2.2.3. Cubículo Neurología | 24.50 m ² |
| 2.2.4. Recepción | 5.00 m ² |
| 2.2.5. Espera | 117.50 m ² |
| 2.2.6. Aseo | 6.00 m ² |
| 2.2.7. Sanitario hombres | 7.87 m ² |
| 2.2.8. Sanitario mujeres | 7.87 m ² |
| 2.3. Terapia Infantil | 346.25 m ² |
| 2.3.1. Cubículo Terapia Individual (4) | 86.00 m ² |
| 2.3.2. Cubículo Terapia Especializada | 29.75 m ² |
| 2.3.3. Terapia Grupal | 20.00 m ² |
| 2.3.4. Cámara de Gessell | |
| Cubículo de Terapia | 17.50 m ² |
| Cubículo de Observación | 17.50 m ² |

| | | |
|--------|------------------------------|-----------------------|
| 2.3.5. | Docencia | 20.00 m ² |
| 2.3.6. | Recepción | 5.00 m ² |
| 2.3.7. | Espera | 123.00 m ² |
| 2.3.8. | Sanitario hombres | 13.75 m ² |
| 2.3.9. | Sanitario mujeres | 13.75 m ² |
| 2.4. | Terapia Adultos | 304.24 m ² |
| 2.4.1. | Terapia Individual o Parejas | 86.00 m ² |
| 2.4.2. | Terapia Grupal | 22.50 m ² |
| 2.4.3. | Cámara de Gessell | |
| | Cubículo de Terapia | 17.50 m ² |
| | Cubículo de Observación | 17.50 m ² |
| 2.4.4. | Docencia | 24.00 m ² |
| 2.4.5. | Recepción | 5.00 m ² |
| 2.4.6. | Espera | 111.00 m ² |
| 2.4.7. | Sanitario hombres | 7.87 m ² |
| 2.4.8. | Sanitario mujeres | 7.87 m ² |
| 2.4.9. | Aseo | 5.00 m ² |
| 2.5. | Alcohólicos Anónimos | 320.15 m ² |
| 2.5.1. | Recepción | 22.00 m ² |
| 2.5.2. | Foro o Tribuna | 55.50 m ² |
| 2.5.3. | Toilet | 2.70 m ² |
| 2.5.4. | Estancia | 38.50 m ² |
| 2.5.5. | Comedor | 16.00 m ² |
| 2.5.6. | Cocineta | 7.50 m ² |

| | | |
|---------|---------------------|----------------------|
| 2.5.7. | Alacena | 3.00 m ² |
| 2.5.8. | Patio de Servicio | 12.00 m ² |
| 2.5.9. | Recámara de hombres | 30.00 m ² |
| 2.5.10. | Closet | 2.40 m ² |
| 2.5.11. | Baños hombres | 21.07 m ² |
| 2.5.12. | Recámara mujeres | 30.00 m ² |
| 2.5.13. | Closet | 2.40 m ² |
| 2.5.14. | Baños mujeres | 21.07 m ² |
| 2.5.15. | Jardines | 56.00 m ² |
| 2.6. | Ala- Non | 35.00 m ² |
| 2.6.1. | Recepción | 8.00 m ² |
| 2.6.2. | Espera | 6.50 m ² |
| 2.6.3. | Estancia | 17.50 m ² |
| 2.6.4. | Toilet | 3.00 m ² |

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 3. <u>Servicios para Médicos</u> | 219.16 m ² |
| 3.1. Estar, Descanso | 142.24 m ² |
| 3.1.1. Estancia | 72.00 m ² |
| 3.1.2. Cocineta | 9.00 m ² |
| 3.1.3. Baño hombres | 25.49 m ² |
| 3.1.4. Baño mujeres | 29.75 m ² |
| 3.1.5. Lockers | 6.00 m ² |
| 3.2. Biblioteca | 76.92 m ² |
| 3.2.1. Acervo | 25.65 m ² |
| 3.2.2. Sala de lectura | 40.80 m ² |
| 3.2.3. Escalera | 10.50 m ² |

| | | |
|--------|-----------------------------|-------------------------|
| 4. | <u>Servicios Comunes</u> | 2,213.24 m ² |
| 4.1. | Transición | 388.50 m ² |
| 4.1.1. | Vestíbulo General Principal | 281.75 m ² |
| 4.1.2. | Jardín Interior | 36.75 m ² |
| 4.1.3. | Vestíbulo Posterior | 70.00 m ² |
| 4.2. | Auditorio | 337.87 m ² |
| 4.2.1. | Lobbie | 40.00 m ² |
| 4.2.2. | Espera | 14.00 m ² |
| 4.2.3. | Snack | 12.50 m ² |
| 4.2.4. | Baño hombres | 17.50 m ² |
| 4.2.5. | Baño mujeres | 17.50 m ² |
| 4.2.6. | Caseta de proyecciones | 21.25 m ² |
| 4.2.7. | Graderío | 165.00 m ² |
| 4.2.8. | Estrado | 16.00 m ² |
| 4.2.9. | Bodega | 34.62 m ² |
| 4.3. | Cafetería | 84.62 m ² |
| 4.3.1. | Barra | 2.50 m ² |
| 4.3.2. | Preparado | 7.00 m ² |
| 4.3.3. | Caja | 1.00 m ² |
| 4.3.4. | Alacena | 6.12 m ² |
| 4.3.5. | Mesas | 56.00 m ² |
| 4.3.6. | Baño nombres | 6.00 m ² |
| 4.3.7. | Baño mujeres | 6.00 m ² |

| | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 4.4. Estacionamiento Dirección | 361.25 m ² |
| 4.4.1. Cajones (9) | 110.25 m ² |
| 4.4.2. Circulación | 233.50 m ² |
| 4.4.3. Escalera | 17.50 m ² |
| 4.5. Estacionamiento General | 1,041.00 m ² |
| 4.5.1. Cajones (23) | 281.75 m ² |
| 4.5.2. Circulación | 428.75 m ² |
| 4.5.3. Escalera | 17.50 m ² |
| 4.5.4. Circulación y rampa | 313.00 m ² |
| 5. <u>Servicios Complementarios</u> | 3,733.37 m ² |
| 5.1. Cuarto de máquinas | 49.00 m ² |
| 5.1.1. Cuarto de Bombeo | 24.50 m ² |
| 5.1.2. Estación eléctrica | 29.50 m ² |
| 5.2. Mantenimiento | 39.00 m ² |
| 5.2.1. Almacén bodega | 15.00 m ² |
| 5.2.2. Taller mantenimiento | 24.00 m ² |

BIBLIOGRAFIA

- Braunstein, N., Psicología, Ideología y Ciencia, Edit. Siglo XXI, 6a. Edición, México 1979.
- Calderón, N.G., "Hospitales Psiquiátricos de México - desde la Colonia hasta la Actualidad", Salud Mental, - Revista de Actualización, Instituto Mexicano de Psi - quiatría, Volumen 7 No. 3, Otoño 1982.
- Ching, F., Arquitectura, "Forma, Espacio y Orden", -- Edit. G. Gili, 3a. Edición, México 1984.
- De la Fuente, R., "Acerca de la Salud Mental en México", Salud Mental, Revista de Actualización, Instituto --- Mexicano de Psiquiatría, Volumen 5, No. 3, Otoño 1982.
- De la Fuente, R., "La Salud Mental en México", Salud - Mental, Revista de Actualización, Instituto Mexicano - de Psiquiatría, Volumen 1, No. 6, Otoño 1977.
- Laseau, Paul, La Expresión Gráfica para Arquitectos y Diseñadores, Edit. G. Gili, México 1982.

- Laing, R.D., El Yo Dividido. Un Estudio sobre la Salud y la Enfermedad, Edit. Fondo de Cultura Económica, -- 1a. Edición, México 1964.
- Mueller, F.C., La Psicología Contemporánea. Colección Popular, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1a. -- Edición, México 1964.
- Sánchez, Alvaro, Guías para el Desarrollo Constructivo de Proyectos Arquitectónicos, Volumen 1, Editorial -- Trillas, 2a. Edición, México 1977.
- Schneider, M., Neurosis y Lucha de Clases, Editorial - Siglo XXI, 2a. Edición, México 1979.
- Szasz, T., La Fabricación de la Locura, Editorial --- Kairós, 2a. Edición, Barcelona 1981.
- Van Dyke, Scott, De la Línea al Diseño -Comunicación, Diseño. Grafismo-, Editorial G. Gili, México 1984.
- White, Edward T., Manual de Conceptos de Formas Arquitectónicas, Editorial Trillas, México 1979.