

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ingeniería Civil, Arquitectura y Geotecnia

Escuela Profesional de Arquitectura

TESIS

**DISEÑO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
ESPECIALIZADO PARA LA PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN
DE PACIENTES DEPENDIENTES AL ALCOHOLISMO
EN LA PROVINCIA DE TACNA - 2017**

TOMO I

Presentada por:

Bach. ANGEL FLORENCIO JOVE YUCRA

Para obtener el Título Profesional de:

ARQUITECTO

TACNA – PERÚ

2023

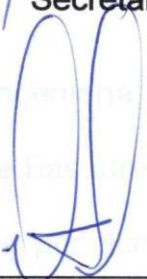
JURADOS



ARQ. JORGE LUIS ESPINOZA MOLINA
Presidente



ARQ. JUANA BEATRIZ VARGAS BERNUY
Secretaria



MAG. WILFREDO CARLOS VICENTE AGUILAR
Miembro



ARQ. FRANCISCO PERCY TORRICO FRISANCHO
Director de Tesis

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Francisco Percy Torrico Frisancho** en mi condición de director de tesis con RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 317-2017-FIAG/UNJBG de investigación titulado: "DISEÑO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADO PARA LA PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES AL ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE TACNA - 2017", desarrollado por el Bachiller **Angel Florencio Jove Yucra**, para optar el grado de título profesional de Arquitecto.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual turnitin cuenta con el nivel de **similitud permitido** cuyo porcentaje es 2 %.

Por lo que certifico la similitud de la tesis que está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional. Se emite el presente certificado con fines de continuar con los tramites respectivos para su obtención del título.



ARQ. FRANCISCO PERCY TORRICO FRISANCHO

DIRECTOR DE TESIS

DNI : 00510296

Orcid : <https://orcid.org/0000-0002-7002-8178>

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios por guiarme y protegerme, por darme fuerza en los momentos difíciles de mi vida, y sobre todo por darme felicidad y tranquilidad.

Agradecimientos profundos a mis padres, por orientarme con sus sabios consejos, por encaminarme a ser una persona de bien, por las alegrías y tristezas, por darme la oportunidad para formarme como profesional y sobre todo por ser un ejemplo para seguir.

Agradezco a mi esposa y a mi hijo por la fuerza y voluntad brindada en cada momento, por apoyarme en las dificultades y darme valor para enfrentar cualquier situación que se suscite.

A la Escuela Profesional de Arquitectura por acogerme en sus aulas, a mi asesor por compartir sus experiencias y conocimientos.

DEDICATORIA

De manera muy especial dedico esta tesis a mis padres que hoy no se encuentran conmigo, que siempre me guiaron y me dieron fortaleza para seguir adelante, a mi esposa e hijo que ahora son el motor y fuerza en mi vida, por su apoyo incondicional que hicieron posible la culminación de mi tesis.

ÍNDICE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Justificación e Importancia de la Investigación.....	4
1.3.1 Justificación.....	4
1.3.2 Importancia.....	5
1.4. Limitaciones de la Investigación	5
1.5. Delimitación del Estudio de Investigación	6
1.6. Objetivos.....	6
1.6.1 Objetivo General.....	6
1.6.2 Objetivos específicos.....	6
1.7. Formulación de Hipótesis	7
1.8. Variables e Indicadores	7
1.8.1 Variable Independiente.....	7

1.8.2 Variable Dependiente	8
1.9. Metodología e Instrumento de Investigación	8
1.9.1 Tipo de Investigación.....	8
1.9.2 Diseño de Investigación	9
1.9.3 Ámbito de Estudio	9
1.9.4 Población y Muestra	11
1.9.5 Técnica de recolección de datos	15
1.9.6 Técnica de Análisis de Datos	16
CAPÍTULO II:	17
MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO	17
2.1. Antecedentes del Estudio	17
2.2. Antecedentes Históricos	28
2.2.1 Breve Reseña Histórica de Centros de Rehabilitación de Alcohólicos.....	28
2.2.2 Evolución de los Edificios Hospitalarios	29
2.2.3 Cronograma de Evolución de Hospitales	32
2.2.4 Análisis de edificios	32
2.3. Bases Teóricas	36
2.3.1 Definición Centros de Rehabilitación Integral.....	36
2.3.2 Relación hombre – Arquitectura Funcional.....	36
2.4. Base Teórica	47
2.4.1 Prevención y Recuperación de Pacientes Dependientes al Alcoholismo.....	47
2.4.2 Terapia	54
2.4.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	57

2.5. Definiciones Operacionales	58
CAPÍTULO III:	63
MARCO CONTEXTUAL.....	63
3.1 Análisis de Casos Similares	63
3.1.1 Ámbito Nacional	66
3.1.2 Ámbito Local.....	69
3.2. Análisis y Diagnóstico Situacional sobre Centros de Rehabilitación.....	71
3.3. Análisis y Diagnóstico Situacional sobre Prevención y Recuperación de Pacientes Dependientes.....	77
3.4. Análisis y Diagnóstico del ámbito de Estudio	80
3.4.1 Aspecto socio demográfico	80
3.4.2 Aspecto Económico Productivo	81
3.4.3 Aspecto físico espacial	84
3.4.4 Aspecto Físico Biótico	86
3.4.5 Terrenos Tentativos para la Propuesta.....	86
3.4.6 Criterios a considerar	88
3.4.7 Evaluación de las alternativas	92
3.4.8 Cuadro de evaluación de las alternativas de los terrenos	96
3.5. Análisis y Diagnóstico del lugar donde se desarrolló el Proyecto.....	97
3.5.1 Aspecto físico espacial	97
3.5.2 Viabilidad.....	106
3.5.3 Infraestructura de servicios	107
3.5.4 Características físicas naturales.....	109
3.5.5 Aspectos tecnológicos constructivos	113
CAPÍTULO IV:.....	114

MARCO NORMATIVO	114
4.1. Antecedentes Normativos.....	114
4.1.1 Normatividad Inherente al Tema	114
CAPÍTULO V:.....	116
PROPUESTA	116
5.1 Consideraciones para la propuesta.....	116
5.1.1 Condicionantes.....	116
5.1.2 Determinantes	116
5.1.3 Criterios de diseño.....	117
5.1.4 Premisas de diseño	119
5.2 PROGRAMACIÓN.....	123
5.2.1 Programación cualitativa	123
5.2.2 Programación cuantitativa	128
5.3. Conceptualización y Partido	141
5.3.1 Concepto y partido:.....	141
5.3.2 Conceptualización	142
5.3.3 Partido	144
5.4. Zonificación.....	145
5.5. Sistematización o estructuración	146
5.5.1 Sistema funcional	146
5.5.2 Sistema de movimiento y articulación.....	147
5.5.3 Sistema formal.....	148
5.5.4 Sistema espacial	150
5.5.5 Sistema edilicio.....	151
5.6. ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO (VER PLANOS)	152

5.7. PROYECTO ARQUITECTÓNICO (VER PLANOS).....	152
5.8. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	152
5.8.1 Memoria descriptiva	152
CONCLUSIONES	159
RECOMENDACIONES	161
BIBLIOGRAFÍA	162
ANEXOS	169

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población de Tacna segun Provincias	10
Tabla 2: Unidades Primarias de Muestreo (UPM).....	12
Tabla 3: Indicadores epidemiológicos sobre consumo de alcohol, 2013	14
Tabla 4: Tipos de prevencion según la conceptualización clásica y la mas actual en drogodependencias	49
Tabla 5: Centros de tratamiento en Tacna.....	71
Tabla 6: Hospital de día y Centros de salud mental en Tacna.....	72
Tabla 7: Hospital de día y centros de salud	73
Tabla 8: Análisis y diagnóstico situacional de centros de rehabilitación de Tacna	74
Tabla 9: <i>Análisis y diagnóstico situacional de centros de rehabilitación</i>	75
Tabla 10: <i>Centros de rehabilitación – Tacna</i>	76
Tabla 11: <i>Tratamiento de terapia integral en el hospital de día</i>	77
Tabla 12: <i>Calidad de vida en el hospital de día</i>	78
Tabla 13: <i>Reinserción social del hospital de día</i>	79
Tabla 14: Crecimiento poblacional de Tacna	80
Tabla 15: <i>Procesos de desarrollo económico en la provincia de Tacna</i>	81
Tabla 16: Crecimiento sectorial de Tacna (Variacion % anual).....	82
Tabla 17: Tacna: Uso de suelo en conglomerado.....	84
Tabla 18: <i>Altura de edificación</i>	86
Tabla 19: Calificación de premisas	91
Tabla 20: Alternativas de terrenos	96
Tabla 21: <i>Sectores del distrito de Calana</i>	100

Tabla 22: <i>Rutas de transporte</i>	106
Tabla 23: <i>Informacion climatológica período: 2016 - 2017</i>	110
Tabla 24: Unidades geomorfológicas del distrito de Calana	111
Tabla 25: <i>Programacion cualitativa</i>	123
Tabla 26: <i>Programacion cualitativa</i>	124
Tabla 27: <i>Programacion cualitativa</i>	124
Tabla 28: <i>Programacion cualitativa</i>	125
Tabla 29: <i>Programacion cualitativa</i>	127
Tabla 30: <i>Programación cuantitativa</i>	128
Tabla 31: <i>Programación cuantitativa</i>	129
Tabla 32: <i>Programación cuantitativa</i>	130
Tabla 33: <i>Programación cuantitativa</i>	131
Tabla 34: <i>Programación cuantitativa</i>	132
Tabla 35: <i>Programación cuantitativa</i>	133
Tabla 36: <i>Programación cuantitativa</i>	134
Tabla 37: <i>Programación cuantitativa</i>	135
Tabla 38: <i>Programación cuantitativa</i>	136
Tabla 39: <i>Programación cuantitativa</i>	137
Tabla 40: <i>Programación cuantitativa</i>	138
Tabla 41: <i>Programación cuantitativa</i>	139
Tabla 42: <i>Programación cuantitativa</i>	140
Tabla 43: <i>Presupuesto resultante del Proyecto</i>	158

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de ubicación de Tacna y Calana	10
Figura 2: Evolución de hospitales	32
Figura 3: Hospital Blackburn de Manchester. Inglaterra, 1870	33
Figura 4: Instituto del Torax, La Plata, 1949	34
Figura 5: Centro Médico de Nueva York (Estados Unidos).....	35
Figura 6: Hospital de la Universidad de Mac Master de Canadá	35
Figura 7: Jardines para centros de desintoxicación y rehabilitación de drogas	45
Figura 8: Fases de la enfermedad del alcoholismo.....	53
Figura 9: Centro de ayuda y tratamiento de adicciones	63
Figura 10: Módulo de habitaciones de planta primer y segundo nivel.....	64
Figura 11: Zonificación de actividades y circulación principal	65
Figura 12: Zonificación de áreas verdes y ejes de articulación.....	66
Figura 13: Zonificación por áreas de la planimetría general	66
Figura 14: Zonas de incidencia solar y control de vientos.....	67
Figura 15: Zona de lectura y relajación	68
Figura 16: Zona de recepción para personas con adicción.....	68
Figura 17: Planimetría general y zonificación.....	70
Figura 18: Planimetría general Primer nivel y circulación primer nivel	70
Figura 19: Planta general, segundo, tercer y cuarto nivel área de residencia.	71
Figura 20: Tendencia de crecimiento	81
Figura 21: Estructura de la Producción	83
Figura 22: Distribución de la PEA ocupada por categoría ocupacional.....	83
Figura 23: Expediente urbano de altura de edificación	85

Figura 24: Terrenos tentativos para la propuesta.....	87
Figura 25: Ubicación Alternativa 1 del Terreno	93
Figura 26: Ubicación Alternativa 2 del terreno	94
Figura 27: Ubicación de Alternativa 03 del terreno	95
Figura 28: Ubicación nacional y provincial del terreno	97
Figura 29: Ubicación del terreno	99
Figura 30: Cortes de secciones C-C y D-D	99
Figura 31: Perfil urbano del distrito de Calana	101
Figura 32: Perfil urbano del terreno.....	102
Figura 33: Altura de edificación de Calana	102
Figura 34: Altura de edificación del terreno.....	103
Figura 35: Estado de conservación del terreno.....	104
Figura 36: Estado de conservación de edificaciones en el distrito de Calana	104
Figura 37: Estado de conservación en el distrito de Calana	105
Figura 38: Material predominante	105
Figura 39: Sección vial C-C: Tramo Tacna Calana av. Tarapacá	106
Figura 40: Servicios eléctricos	108
Figura 41: Prevención, atención y rehabilitación.....	141
Figura 42: Conceptualización.....	142
Figura 43: Conceptualización representada por módulos geométricos.....	143
Figura 44: Partido arquitectónico	144
Figura 45: Zonificación de áreas	145
Figura 46: Sistema funcional del terreno.....	146
Figura 47: Sistema de movimiento y articulación del terreno.....	147
Figura 48: Sistema formal	148

Figura 49: Sistema formal del terreno y coberturas	149
Figura 50: Sistema espacial del terreno.....	150
Figura 51: Sistema edilicio del terreno	151
Figura 52: Sistema edilicio de las diferentes alturas	152

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo desarrollar el diseño de un centro de rehabilitación integral especializado en la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en la provincia de Tacna, enfocándose en problemas sociales de salud física y mental de la persona dependiente al alcoholismo, el tipo de investigación es de carácter aplicada partiendo de la problemática que presenta las infraestructuras improvisadas y la mala atención en nuestra provincia, para luego proponer, analizar, diagnosticar y establecer un proyecto en beneficio de la población alcohólica de Tacna.

Palabra clave: Centro de rehabilitación integral, prevención, recuperación del alcoholismo.

ABSTRACT

The objective of this research is to develop the design of a comprehensive rehabilitation center specialized in the prevention and recovery of patients dependent on alcoholism in the province of Tacna, focusing on social problems of physical and mental health of the person dependent on alcoholism, the type of care provided in our province, to then propose, analyze, diagnose and establish a project for the benefit of the alcoholic population of Tacna.

Key word: Comprehensive rehabilitation center, Prevention, recovery from alcoholism.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación refiere al Diseño de un Centro de Rehabilitación Integral Especializado para Contribuir a la Prevención y Recuperación de Pacientes Dependientes al Alcoholismo, teniendo como finalidad prevenir a la juventud y recuperar a la población afectada del alcoholismo en la ciudad de Tacna.

El estudio tiene como motivación contribuir a solucionar el problema de la carencia de un centro de rehabilitación especializado en alcoholismo en nuestra provincia; en donde se ha identificado como problema, que no se brinda un adecuado servicio especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo.

La relevancia del estudio se da porque aporta a la arquitectura la importancia de los centros de rehabilitación ya que contribuyen a prevenir, recuperar y finalmente reinsertar en la sociedad a las personas dependientes del alcoholismo.

La cobertura del estudio permitió explorar e identificar las condiciones en que se encuentran las personas con problemas de alcoholismo, así como la infraestructura en que se brinda este servicio y tiene como alcance la provincia de Tacna, este estudio se desarrolló el presente año 2017.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

En el Perú, el promedio de consumo de alcohol per cápita anual, en la población de 15 o más años es de aproximadamente 9,9 litros de alcohol puro, lo que significa que es uno de los países con mayor consumo en Latinoamérica, región en la que la ingesta per cápita es 25% mayor a la del promedio mundial.

La bebida de mayor consumo es la cerveza (88%), en menor medida, licores y vinos. Según el Ministerio de Salud (OMS,1994), en el Perú el alcoholismo ataca por igual a padres e hijos representando actualmente este mal la segunda causa de enfermedades y muertes en el país entonces el futuro no luce nada alentador.

De la información reportada, existen en promedio un millón de peruanos que tienen dependencia al alcohol (CEDRO, 2016), lo que incrementa el riesgo de presentar otros eventos adversos y mayor probabilidad de accidentes como accidentes de tránsito, lesiones derivadas de actos de violencia, mayor frecuencia de conductas de riesgo sexual, entre otras.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley N.º 29765 (Minsa, 2012), normas para el funcionamiento y organización de Centros de Atención para Dependientes, en adelante: “Comunidades Terapéuticas”, tienen como función

garantizar los derechos de los usuarios, en condiciones igualitarias ya sea económica, social de género y creencia.

Según la Red de Información, Demanda y Tratamiento (RIDET), la edad de inicio en el consumo de drogas esta entre los 11 y 17 años, edades que comprenden básicamente la adolescencia. En el IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de drogas en estudiantes, Tacna no está excluida de esta problemática, el caso de consumo de sustancias psicoactivas es alarmante en nuestra ciudad, según ranking, Tacna se encuentra en el 5to. puesto con 30%, quedando entre los cinco primeros lugares de las diferentes regiones del país.

De acuerdo con este análisis, Tacna es la región que registra un mayor riesgo de consumo de drogas legales en su población escolar con un 26.1%, además admite un alto riesgo de consumo de sustancias ilegales y mayor riesgo de consumo de drogas médicas. Evidentemente el problema de alcoholismo parte del uso inadecuado del tiempo libre, así como el escaso interés y supervisión de los padres acerca de las actividades que realizan sus hijos y la facilidad de compra de bebidas alcohólicas a cualquier hora del día.

Por otro lado, en la provincia de Tacna se ha podido verificar la existencia de 11 instituciones y se encuentra certificada como asociaciones de comunidades terapéuticas peruanas, comunidades cristianas (REMAR) y grupos de alcohólicos anónimos, los mismos que presentan instalaciones improvisadas, brindando un deficiente servicio que no contribuye con los procesos de rehabilitación en las personas con problemas de alcoholismo.

Entonces podemos resumir que el problema se presenta con una carencia de infraestructura destinada a la rehabilitación que no contribuye a la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en Tacna.

1.2. Formulación del Problema

¿De qué manera el diseño de un centro de rehabilitación integral especializado contribuirá a la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en la provincia de Tacna?

1.3. Justificación e Importancia de la Investigación

1.3.1 Justificación

Con la investigación podremos contribuir en los procesos de prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo y se justifica por las siguientes razones:

En relación al beneficio social, se justifica porque permitirá contribuir en la rehabilitación a través de un proceso de prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo de cualquier índole social en la provincia de Tacna.

Sobre el beneficio económico, la concreción del proyecto permitira que las personas dependientes del alcoholismo puedan contribuir en el mercado laboral, dejando de ser una carga económica a sus familiares y sociedad.

En cuanto al beneficio medio ambiental, el diseño del proyecto arquitectónico tendrá como sustento la eficiencia energética, ahorro del agua, espacios saludables y amigables, es decir una arquitectura sostenible.

Con relación al beneficio científico, su originalidad y sus implicancias prácticas, permitirá contribuir con un modelo arquitectónico de centro de rehabilitación integral especializado para pacientes dependientes al alcoholismo como referente para otras investigaciones.

1.3.2 Importancia

Es importante porque la finalidad es proponer un proyecto que responda a la búsqueda del confort y calidad de vida con espacios adecuados, cómodos y seguros para la rehabilitación, contribuyendo con un eficiente servicio a la población dependiente del alcoholismo en la provincia de Tacna.

1.4. Limitaciones de la Investigación

Escasa información ya que por la característica del proyecto esta es clasificada a ello se suma la demora y retraso por parte de las instituciones públicas de salud en dar respuesta a la documentación solicitada que genero retrasos en la concreción del trabajo.

Otra limitación estuvo referida a que en la provincia de Tacna no hay antecedentes o referencias de centro de rehabilitación especializados en alcoholismo por ello se realizaron estudios en otras ciudades e incluso del exterior.

1.5. Delimitación del Estudio de Investigación

El proyecto se desarrolla en el distrito de Calana, provincia y región Tacna.

La temporalidad comprende la fase de análisis y diagnóstico así como a la propuesta el presente año 2017.

Su concepción refiere a un Centro de Rehabilitación Integral Especializado que contribuya a una adecuada infraestructura, calidad de vida y eficiente atención del paciente en rehabilitación de alcoholismo.

La delimitación social, refiere a la población con algún grado o tipo de alcoholismo en la provincia de Tacna, digno de imitar y extenderse a nivel regional y nacional.

1.6. Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Elaborar el diseño de un Centro de Rehabilitación Integral Especializado para la Prevención y Recuperación de pacientes Dependientes al Alcoholismo en la Provincia de Tacna.

1.6.2 Objetivos específicos

- A. Analizar y diagnosticar las condiciones que presenta la infraestructura destinada al servicio de prevención y

recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en la provincia de Tacna.

- B. Identificar y seleccionar el terreno para su análisis y diagnóstico que permita establecer las mejores condiciones para el diseño del Centro de Rehabilitación Integral Especializado para Prevención y Recuperación de pacientes dependientes del alcohol.
- C. Establecer en el proyecto arquitectónico condiciones adecuadas de espacios, habitables, seguros y confortables para el servicio de prevención y recuperación de personas dependientes al alcoholismo.

1.7. Formulación de Hipótesis

El diseño de un centro de rehabilitación integral especializado contribuirá a la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo, en la provincia de Tacna.

1.8. Variables e Indicadores

1.8.1 Variable Independiente

Centro de rehabilitación integral especializado.

Indicadores de la Variable Independiente

Arquitectura funcional:

- Programación de ambientes
- Partido arquitectónico
- Sistema urbano arquitectónico

1.8.2 Variable Dependiente

Prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo.

Indicadores de la Variable Dependiente

Terapia integral:

- Diagnóstico
- Equilibrio físico mental

Calidad de vida:

- Bienestar físico
- Material y social

Reinserción social:

- Educación
- Laboral
- Núcleos familiares

1.9. Metodología e Instrumento de Investigación

1.9.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es aplicada ya que permitió desarrollar una propuesta teórica y un modelo arquitectónico, para la solución más óptima al problema identificado.

El estudio parte del problema que presenta la infraestructura improvisada en nuestra provincia, para analizar, diagnosticar y desarrollar un proyecto en beneficio de la población dependiente del alcohol en Tacna.

1.9.2 Diseño de Investigación

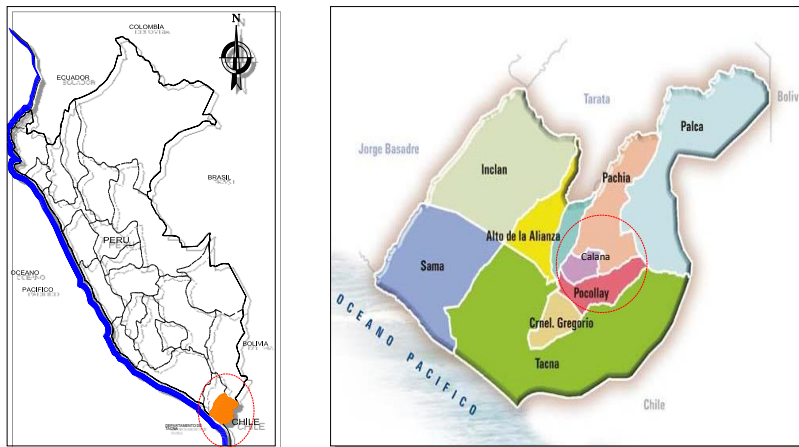
Se utilizó un diseño descriptivo, comparativo realizando un análisis y diagnóstico, luego una propuesta basada en los diferentes aspectos de la realidad estudiada así como los nuevos conceptos para satisfacción y cumplimiento del diseño de un centro de rehabilitación integral especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en Tacna.

1.9.3 Ámbito de Estudio

El ámbito de estudio, se circunscribe a la provincia de Tacna y el proyecto se localiza en el distrito de Calana.

Figura 1

Mapa de ubicación de Tacna y Calana



Nota: (INEI, 2017)

Tacna, se ubica a una altitud de 562 msnm., con una superficie aproximada de 16,075.89 km².

La provincia de Tacna tiene como límites hacia el Norte con la provincia de Jorge Basadre, al Sur con el país de Chile, al Oeste con la provincia de Tarata y al Este con el Océano Pacífico.

Tabla 1

Poblacion de Tacna según Provincias

AÑO	JORGE BASADRE	CANDARAVE	TARATA	TACNA	TOTAL
2010	10 048	8 654	8 138	29 318	320 021
2011	9 844	8 546	8 064	29 804	324 498
2012	9 641	8 435	7 987	30 285	328 915
2013	9 437	8 323	7 908	30 760	333 276
2014	9 234	8 210	7 828	31 231	337 583

Nota: (INEI, 2017)

1.9.4 Población y Muestra

1.9.4.1. Población

Está integrada por 4,000 personas con adicciones en la ciudad de Tacna.

1.9.4.2. Muestra

La muestra corresponde a 395 pacientes con problemas psicoactivos sin contar los que no se tratan de esta enfermedad.

Por lo tanto, la muestra se determinó considerando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z^2}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

$$N = 4\ 000$$

$$E = 10\%$$

$$Q = 50\%$$

$$P = 50\%$$

$$Z = 1.96$$

Los resultados que se obtienen es que la muestra estimada corresponde a 94 personas adictas al alcoholismo.

Tabla 2*Unidades Primarias de Muestreo (UPM)*

CIUDAD	CONGL.	N. ° VIV.
Lima	150	1,667
Resto costa	210	2,162
Piura	50	432
Trujillo	60	897
Ica	50	433
Tacna	50	400

Nota: CEDRO (2016)

El panorama general en el uso de drogas en Tacna y los indicadores generales sobre las características epidemiológicas según CEDRO (2016), evidencian el consumo de drogas legales e ilegales en el grupo etario entre los 12 y los 65 años.

Este tipo de estudio comprende a la población en general basada en una selección aleatoria de las unidades de muestreo en hogares. Las personas comprendidas en el estudio se seleccionaron bajo la presunción de ser consumidoras de drogas, por lo que los hallazgos, reflejan la tasa de consumo de sustancias en la población general.

Los hallazgos de prevalencia en consumo de drogas fueron mayores según la persona tenía mayor nivel educativo, primaria, secundaria y superior con el 23,7 %, 27,2 % y 35,6 % respectivamente, sin embargo las personas de provincia presentan un porcentaje ligeramente mayor de 32,1

% de consumo de drogas, respecto de los consumidores en Lima metropolitana (30,7 %).

De otro lado, los encuestados que pertenecían al sustrato socioeconómico bajo, tuvieron una prevalencia de consumo mensual, más elevado (33,2%) respecto de los de nivel medio (30,3 %) y alto (30,8 %).

Tabla 3*Indicadores epidemiológicos sobre consumo de alcohol, 2013*

CARACTERÍSTICAS	PREVALENCIA DE VIDA (%)	PREVALENCIA DE AÑO	PREVALENCIA DE MES (%)	PREVALENCIA ANUAL (%)	EDAD PROMEDIO DE CONSUMO (AÑO)
Sexo					
Hombre	85,4	67,4	40,6	50,3	17,3
Mujer	79,2	56,9	23,133,7	18,7	
Edad					
12 a 18 años	56,0	42,3	19,8	35,5	15,0
19 a 24 años	85,5	69,7	37,1	46,2	16,6
24 a 29 años	86,6	65,1	35,7	47,8	17,2
30 a 39 años	90,3	71,1	38,4	56,3	18,3
40 a 49 años	83,5	66,1	35,1	37,0	19,0
50 a mas	86,2	52,7	19,5	29,0	20,1
Nivel Educativo					
Inicial, primaria	77,7	51,5	23,7	32,0	19,9
Secundaria	75,7	57,1	27,2	36,8	18,0
Superior	87,9	67,0	35,6	50,4	17,7
Región					
Lima Metropolitana	84,5	62,2	30,7	47,3	18,0
Provincias	76,8	60,6	32,1	29,1	18,0
Resto de la costa	70,2	54,9	31,5	15,6	17,7
Sierra	81,7	64,9	31,5	44,2	18,1
Selva	79,2	63,0	34,7	25,9	18,4
Estado Socioeconómico					
Bajo	78,7	61,6	33,2	36,4	18,3
Medio	83,0	62,6	30,3	40,8	17,9
Alto	83,7	59,8	30,8	47,5	17,8
Total	82,1	61,7	31,2	41,0	18,0

Nota: CEDRO,2016

El consumo de tabaco y alcohol, en varones y mujeres, es frecuente al promediar los 18 años.

Por otro lado en nuestro país y Tacna el patrón del consumo de drogas legales va aumentando progresivamente pero de manera lenta, teniendo mucho que ver la situación socio económica de las personas involucradas, resulta entonces preocupante este proceso sobre drogadicción.

1.9.5 Técnica de recolección de datos

Para la recopilación de información sea ha revisado libros, tesis, monografías información de CEDRO, opiniones de libros, revistas, artículos, búsqueda de páginas web, opiniones de pacientes dependientes de alcoholismo, información del MINSA. Para el análisis de sitio se han realizado diferentes visitas a establecimientos de rehabilitación en la ciudad de Tacna, como entrevistas a los directores y especialistas de cada uno de los centros de rehabilitación en la provincia de Tacna.

El estudio se realizó utilizando instrumentos como fichas de registro, libreta de apuntes, grabaciones entre otros.

Para la Observación, a través de un registro visual de lo que ocurre en los centros de rehabilitación.

Para las entrevistas a directores y especialistas, testimonios verbales

La documentación bibliográfica, nos brinda cuadros estadísticos verídicos a nivel Nacional, Regional y Provincial.

La información en Internet nos brinda apoyo en la recolección de datos para un mejor desarrollo de la investigación.

Las visitas a distintos centros de atención y rehabilitación, nos ayudó a verificar la realidad sobre habitabilidad de los pacientes en los centros de rehabilitación .

Videos y fotografía, dan cuenta de visitas realizadas en campo para comprobar la veracidad que presenta el servicio de rehabilitación y la infraestructura.

1.9.6 Técnica de Análisis de Datos

Se debe mencionar que la aplicación de la técnica de análisis de datos se realizó en base a la información proporcionada por DEVIDA 2015, que recoge muestras estadísticas en la provincia de Tacna respecto al consumo de alcohol.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO

2.1. Antecedentes del Estudio

Navichoque (2012), en su investigación “Centro de Rehabilitación para Alcohólicos, Jalapa, entre sus conclusiones señala:

El diseño del anteproyecto consideró la política de prevención, tratamiento y rehabilitación según la Constitución Política de Guatemala, para que su concreción sea eficaz, es necesario que la inversión sea planteada por etapas, por lo cual el presupuesto y el cronograma de ejecución e inversión a nivel de anteproyecto se plantea en tres fases.

Así mismo, refiere que el diseño del anteproyecto permitió proveer, una configuración que otorgará comodidad funcional y formal a usuarios y familiares de personas con adicción alcohólica, permitiendo una adecuada terapia psicológica, gestión y coordinación, reinsertando a su medio familiar y social a personas con algún tipo de drogadicción.

A diferencia, nuestro planteamiento se basa en prevención y recuperación integral del paciente de acuerdo con la Constitución Política del Perú, y la Ley 29765, (Minsa, 2012) que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes.

Borja (2012), en su investigación “Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Dependencias y Adicciones concluye:

La fase investigativa analítica, los datos y soporte técnico con énfasis en el lugar permitió guiar el diseño del proyecto a través de una propuesta espacial, funcional y formal. Se basa en un programa con premisas que refieren a aspectos de estructuración, materiales, control acústico, iluminación entre otros.

Nuestro trabajo difiere respecto a planteamientos estructurales, controles de luz, tratamientos acústicos desarrollados de acuerdo al reglamento o normatividad de salud en Perú.

Conlledo (2005), desarrolla la tesis denominada “Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Drogadictos” señalando entre sus conclusiones:

Es necesario contar con infraestructura suficiente y necesaria para cubrir los requerimientos de tratamiento y rehabilitación cuyos ambientes deben ser seguros, espaciosos y agradables, que cumplan con los requisitos necesarios para las diversas modalidades terapéuticas que se imparten en el tratamiento de las adicciones, también concluye que el Centro de Tratamiento y Rehabilitación propuesto debe ser asumido por una institución privada generando rentabilidad en la atención y servicios a los pacientes.

Así mismo el proyecto logra espacios arquitectónicos pertinentes y adecuados para satisfacer necesidades y recuperación de los pacientes,

cuya solución arquitectónica se basa en una infraestructura que acoja en sus instalaciones también al personal profesional de salud.

A diferencia, el centro de tratamiento que se propone será especializado exclusivamente para alcohólicos y de carácter público para personas de cualquier condición social, sobre todo a pacientes de bajos recursos económicos.

Valdez (2010), desarrolla la tesis, Centro de rehabilitación de individuos adictos y/o dependientes “Nicky Cruz”, concluye:

Es relevante promover estudios de investigación sobre tópicos de centros de rehabilitación destinados a atender necesidades de tratamiento especializados, siendo beneficioso para ayudar a personas con adicción e insertarlos en su medio familiar y sociedad; así mismo el proyecto, requiere contar con una logística de funcionamiento interno, necesario para un mejor uso de las instalaciones.

La diferencia reside en resolver las necesidades de los usuarios considerando la integración físico espacial entre el paciente y su entorno.

Por otro lado, Pablo (2013), desarrolla la investigación “Centro de rehabilitación de adicciones Tlanemani” Coatozoalco-México, concluye:

El equipamiento se desarrolló sobre la normatividad de la Secretaria de Desarrollo Social en donde cada una de las unidades básicas establecen estrategias que pretende un buen servicio a la comunidad, señala también que el objetivo del proyecto es crear espacios para el desarrollo personal que permitan lograr una vida con satisfacción libre de la adicción, estos espacios contribuirán al tratamiento de adicciones basados principalmente en intervenciones sistemáticas dentro de un esquema de tratamiento que promuevan y apoyen la recuperación del enfermo.

La diferencia con la investigación que presento es que se basa en la Ley 29765, (Minsa, 2012) sobre centros terapéuticos.

Quispe (2015), desarrolla la investigación “Centro de atención y rehabilitación para dependientes a sustancias psicoactivas en la ciudad de Tacna”, 2015, concluyendo:

La propuesta arquitectónica esta destinada a brindar una calidad de vida mejor a personas con adicción en la que se aprovecha las condiciones del terreno logrando espacios diferenciados de uso interno y externo, según las actividades, favoreciendo la relación entre pacientes, centro y comunidad, a través de espacios comunes abiertos y jardines para favorecer la terapia, meditación y esparcimiento.

La diferencia reside en que la propuesta arquitectónica que se presenta resalta la importancia de prevenir y recuperar a personas con problemas de drogadicción en este caso a drogas legales (alcoholismo). Respecto a los espacios abiertos propondremos jardines con diferentes tipos de árboles y vegetaciones que generen microclimas en el equipamiento constituyéndose en áreas de tratamiento, relajamiento y confort para los usuarios.

Rodriguez (2009), en su investigación “La Comunidad Terapéutica. Espacios físicos como facilitadores del proceso terapéutico”, concluye:

En Venezuela, la adicción es un problema de salud pública, a ello se agrega deficientes instalaciones para el tratamiento y atención de los que la padecen; en tal sentido, es primordial desarrollar centros para la atención con una mayor capacidad debido a la demanda.

Los arquitectos, deben tratar de identificar y satisfacer las necesidades a partir de la ciencia de la arquitectura.

La diferencia reside en la investigación que propongo se desarrolla en el ámbito de la provincia de Tacna para un sector de la población que presenta problemas de alcoholismo; el proyecto presenta espacios para programas de prevención y recuperación del paciente mediante terapias y otros usos exclusivos para personas que presentan problemas de alcoholismo.

Aroca (2015), en la investigación “Estudio y diseño de un centro especializado en tratamiento de adicciones a mayores”, concluye:

En Babahoyo, se presenta una elevada prevalencia de jóvenes y adultos con edades que oscilan entre los 18 a 22 años, reclusos en centros de rehabilitación por consumo de drogas.

Todos los encuestados, refieren que, en estos centros, existe carencia de áreas verdes, espacios para el deporte. Esta carencia no contribuye a disminuir la ansiedad, el (75%) coincide que le gustaría, practicar deportes como fútbol, igualmente, todos están de acuerdo que la falta de capacitación para aprender oficios, labores o alguna habilidad que les permita producir y ayudar a sus familias es una limitante para la plena reinserción en la sociedad.

El Centro de Rehabilitación de Adicciones de Babahoyo, no recibe ayuda estatal ni privada, presentando carencias y/o deficiencias en la implementación de proyectos por lo tanto, los pacientes no pueden desarrollar actividades productivas que los ayude económicamente.

La diferencia es que en el planteamiento arquitectónico plantearemos áreas para deporte como piscina, talleres y otros, que permitirán mantener ocupados a los pacientes en el proceso de recuperación y reinserción social. En nuestra región se prevee que a través del Gobierno Regional de Tacna se edificará un centro de atención para personas dependientes a sustancias

psicoactivas, lo cual significa que el gobierno apoya a estas causas de drogadicción planteando programas mediante DEVIDA.

Altamirano (2007), en la tesis “Centro de rehabilitación para adolescentes alcohólicos”, concluye que:

Los resultados del estudio en Oruro evidenciaron que el sitio de intervención no generará problemas ni perjuicios a los vecinos, ya que a los adictos se les considera enfermos que acuden por propia voluntad para rehabilitarse.

Es necesario el diseño de espacios adecuados para actividades de índole social, laboral, educacionales y sanitarias, incluyendo además espacios para recreación, áreas verdes y de oración.

En nuestro caso a diferencia de la anterior investigación se plantearán zonas de relajación naturales, espirituales, religiosos y otros que ayuden a la recuperación del adicto.

También se han identificado libros referidos al tema de investigación que a continuación exponemos:

Buning, Gorgulho, Melcop, & PAT (2004), en su libro titulado “Alcohol y Reducción del Daño”, describe que:

En el último siglo, se han desarrollado avances para la prevención del consumo de alcohol, los que se han aplicado especialmente en países calificados como desarrollados. Asimismo, la prevalencia mayor de investigaciones sobre el control de las consecuencias del consumo de alcohol, se han realizado en países industrializados. En éstos, se han implementado políticas efectivas, e intentos para disminuir la demanda, con medidas como aumento de impuestos a las bebidas alcohólicas, oferta de venta en horarios de atención reducida, modificaciones a las acciones operativas a los puntos de expendio, así como restricción a los lugares habilitados para la venta de alcohol a personas intoxicadas.

Así mismo señala que, que las intervenciones resultaron efectivas para minimizar el número de víctimas como consecuencia de accidentes de tránsito o actos de violencia por consumo de alcohol, también, se ha ofrecido asistencia a los adictos para abandonar el consumo de alcohol.

Sánchez Pardo (2005), en su libro “Los adolescentes y el alcohol” señala que:

El consumo sistemático en fechas o días específicos, como el fin de semana, puede tener múltiples consecuencias negativas para el bebedor, familiares y la sociedad, también a generar accidentes o actos de violencia, conductas de riesgo, sexualidad y embarazo no deseado, trastornos digestivos, daño hepático, pancreático y disfunciones cardiovasculares, impotencia e infertilidad, problemas psiquiátricos y

neurológicos, además se generan problemas familiares que van desde la violencia doméstica, problemas económicos, problemas escolares que se traducen en disminución de la atención y la concentración, que puede derivar en fracaso académico, mayor ausentismo escolar, alteración de las relaciones con los pares y maestros y rechazo por parte de éstos, problemas laborales y legales como ausentismo laboral, tardanzas, bajas por enfermedad, accidentes, sanciones y multas por conducir bajo los efectos del consumo de alcohol, arrestos o detenciones.

Argandoña, Fontrodona, & García Lombardía (2009), en su libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España, refiere:

La problemática relacionada con el consumo de alcohol, ha tenido atención basada en campañas y estrategias normativas, ya que afecta a diferentes grupos de edad con características y consecuencias particulares, siendo mas grave el trinomio joven - alcohol - conducción, ya que el conductor percibe una falsa seguridad, con consecuencias desfavorables.

Guerra de Andrade & James (2011), en su libro titulado El alcohol y sus consecuencias un enfoque multi conceptual, identifica que:

Se observa, grupos sociales que han optado por una cultura de abstinencia para erradicar la dependencia. Culturas que son ambivalentes o bien sociedades en que el consumo del alcohol es un ritual realmente

excepcional, de otro lado, existen culturas que son permisivas o contrariamente, garantizan los derechos y arbitrariedades individuales.

Camposeco (2012), en su libro *Del Alcoholismo y sus Emociones*, señala que:

El estudio nos lleva a las vivencias del alcoholismo y el infierno que tienen que pasar durante el proceso de recuperación. La autora señala que la adicción al consumo de alcohol es una enfermedad. Decidió recuperarse y narra su historia y vicisitudes, que nos permiten comprender lo difícil que es enfrentar la enfermedad.

Brik, (2012), en el libro titulado *Convivir con el Alcoholismo*, refiere que:

El consumo de alcohol es aceptado socialmente, lo que dificulta visualizar su consumo excesivo como una enfermedad, provocando menores posibilidades de reconocer que quien la padece necesita tratamiento para recuperarse. El autor, esboza una visión nítida sobre el alcoholismo y su tratamiento, que es de ayuda para la familia y los pacientes que la padecen.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) (2015), en el libro *Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México*, señala que:

El estudio del libro nos lleva a conocer las falencias de las ciudades mexicas en cuanto la prevención y recuperación del alcoholismo. Los resultados generan reflexión y un abordaje más amplio de la intensidad de las acciones, para obtener mejores resultados y una mayor cobertura para la prevención en diferentes etapas.

La Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (2000), en el programa Alfil “grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo”, refiere que:

El Programa ALFIL, se originó en 1996, como una alternativa para atender una necesidad social y mejora de la práctica clínica de atención al alcoholismo, basado en los conocimientos y resultados de investigaciones realizados con hijos de madres alcohólicas. El propósito de la obra, es orientar a los profesionales que atienden o tienen vínculos con familias alcohólicas, sobre los posibles abordajes educativos-preventivos de estas familias, y facilitar la realización de experiencias. Las que pueden extenderse a otros jóvenes que crecen en familias en las que se consumen otras drogas, y se convierte en un problema de riesgo.

2.2. Antecedentes Históricos

2.2.1 Breve Reseña Histórica de Centros de Rehabilitación de Alcohólicos

Pascual et al, (2014), desarrollo evidencias histórica del alcoholismo, en los siglos XVIII hasta el siglo XX en España, estas comprenden:

La incidencia del consumo de alcohol y sus efectos, en una coyuntura, en que la sociedad experimenta cambios en el plano social y de industrialización, y de crisis económica, después de la guerra civil en 1936 y periodos de postguerras. En este contexto, se disponen una serie de regulaciones, como parte de las “luchas antialcohólicas.

A las personas que padecían de alcoholismo, no se les consideraba pacientes, por lo que se les destinaba a asilos o manicomios. Pascual, analiza los diferentes tratamientos y técnicas utilizadas para tratar el alcoholismo agudo y crónico. Francesc Freixa, describió su experiencia de ser el pionero en la creación de unidades de alcoholismo en los pabellones psiquiátricos y la importancia que tiene la integración de la perspectiva clínica y el trabajador social. En ese momento, el tratamiento, se basó en el conocimiento prevalente de los reflejos condicionados y la relevancia de la técnica psicoterapéutica y el rol del paciente alcohólico como coterapeuta. En el aporte de Alicia Rodríguez, se resalta el enfoque de cambio del tratamiento motivacional por parte del paciente, antes que buscar el desarrollo de una actitud aversiva hacia el alcohol.

Por otra parte, de 1970 a 2011, se pone énfasis en el cambio asistencial y terapéutico acorde con la modernidad, más aún en la década de los 50 a 70, en que se cimienta la base científica del alcoholismo.

La síntesis de la literatura sobre asistencia primaria y especialidad denota que hubo un cambio de enfoque, ya que se involucró a la familia en el entorno del alcohólico como parte del esquema de terapia hospitalaria. Se incorporaron los grupos de familiares, se dio origen a las asociaciones de apoyo de alcohólicos anónimos, entre otros dando cabida a la terapia farmacológica y psicosocial.

2.2.2 Evolución de los Edificios Hospitalarios

La construcción de los hospitales han tenido transformaciones a lo largo de la historia. Hasta el siglo XIX, los hospitales servían principalmente como asilos. Debido a las lagunas en el conocimiento médico, no fue posible mejorar los establecimientos. Estos asilos fueron patrocinados por la iglesia y el gobierno de la ciudad en nombre de la caridad y la seguridad. Al poner a los enfermos y los pobres en hogares, se los quitó de la vista al público; la idea era que de esa forma no constituirían un peligro para el resto de la sociedad. Estos hogares siempre tenían médicos involucrados, pero en realidad no podían hacer mucho por los pacientes.

Fue en el siglo XVIII que surgió la idea de curar realmente a las personas en el hospital y luego reintegrarlas a la sociedad. Las enfermedades no se trataban con intervenciones médicas como las que estamos acostumbrados.

Debido a que el conocimiento aún era limitado en ese momento, el tratamiento consistía en gran parte con hierbas medicinales y dietas especiales, además de la conocida práctica de la extracción de sangre.

En la primera generación de hospitales, el principal problema era el aire limpio. Fue en este período cuando se desarrolló el llamado modelo hospital de pabellón, que consiste en edificios separados en un entorno verde.

Al rededor de 1850 se empezó a utilizar la cirugía, que ya se había utilizado durante un tiempo en el ejército para extraer balas y amputar partes del cuerpo. La cirugía no podía hacer mucho más que eso antes de 1850, pero todo eso cambió con la llegada de dos innovaciones: control de infecciones y analgésicos.

¿Qué ha caracterizado la arquitectura hospitalaria desde el siglo XIX? Estos edificios representaban la ciencia médica, y la ciencia médica representaba cada vez más la racionalidad y la oposición a la religión y la superstición.

A partir de 1900, la ciencia médica vio a una persona enferma como un mecanismo roto que necesitaba ser "reparado". En la década de 1950, la psicología también cobró importancia debido al descubrimiento del efecto negativo que tiene el estrés sobre la salud, pero estos nuevos conocimientos todavía tuvieron poco impacto en la arquitectura del hospital.

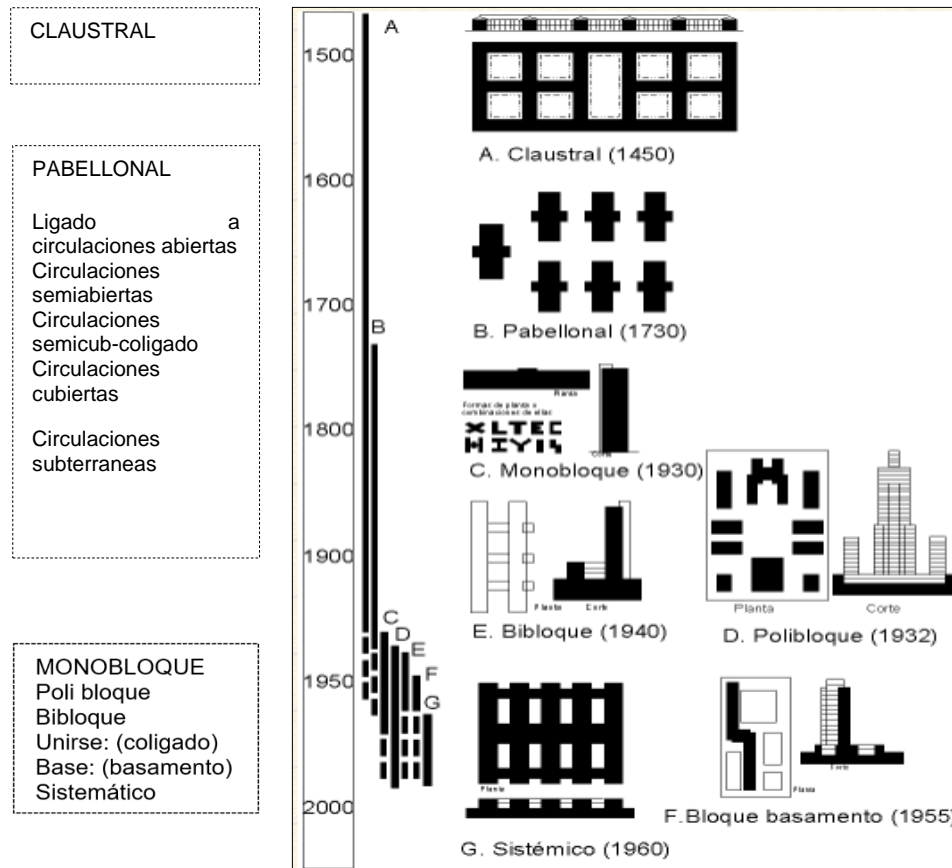
El movimiento de “Diseño basado en la evidencia” establece una relación entre arquitectura y experiencia. La arquitectura hospitalaria es un instrumento para estimular experiencias positivas en el hospital. Ahora hemos llegado a esta etapa. Los hospitales quieren volver a distinguirse con una buena arquitectura y dejar de pensar en sí mismos como "máquinas".

Es así que los mejores arquitectos contemporáneos ahora están involucrados en proyectos de hospitales. Antes, los arquitectos habían sido contratados como “artistas” para edificios especiales, pero no para hospitales funcionales. Los propios arquitectos tenían poco interés en diseñar hospitales, pero afortunadamente eso ha cambiado desde entonces. Todos los arquitectos contemporáneos más importantes han descubierto ahora la arquitectura hospitalaria, es incluso una cuestión de prestigio diseñar un hospital (Sahabi, 2019). El análisis de las características tipológicas posibilita identificar la línea evolutiva. (Czajkowski, 2000).

2.2.3 Cronograma de Evolución de Hospitales

Figura 2

Evolución de hospitales



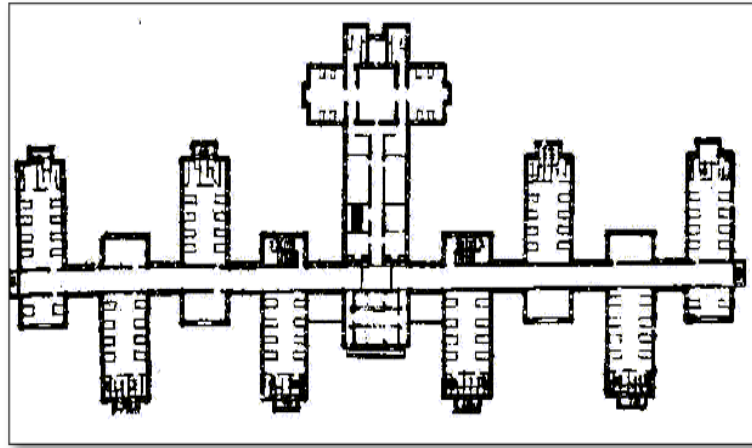
Nota: Czakowsky (2000)

2.2.4 Análisis de edificios

A. Pabellones ligados por circulaciones cubiertas; tipología promovida por los ingleses, siendo un referente el Hospital Blackburn de Manchester construido en Inglaterra en 1870, dentro de esta perspectiva, se construyen pabellones intercalados, para favorecer la iluminación de las salas, sin incrementar la circulación.

Figura 3

Hospital Blackburn de Manchester. Inglaterra, 1870



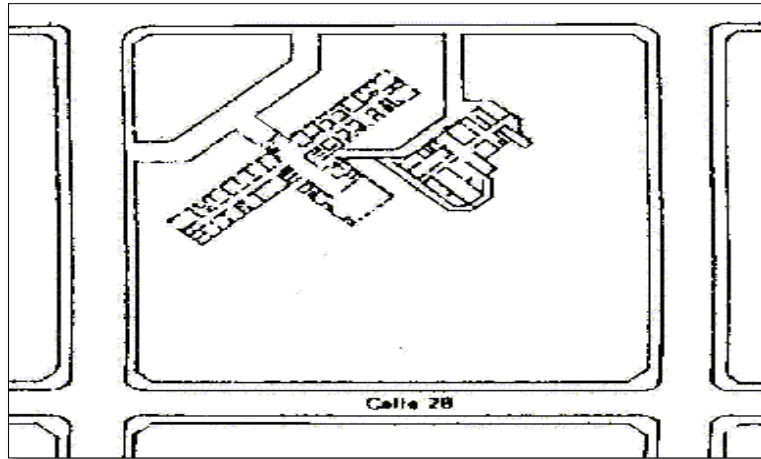
Nota: Czajkowski (2000)

- B. Tipología Monobloque, las características principales de estos edificios son las circulaciones verticales a través de medios mecánicos. Se trata de generar cuatro elementos de igual jerarquía e importancia en un hospital, oficinas para diagnóstico ambulatorio, quirófanos, salas de enfermería y unidades de servicio, hoy en día estas unidades se observan en hospitales modernos puros e híbridos.

Esta tipología refleja el avance por sobre los pabellones, ya que facilitan el recorrido y la interrelación con los pacientes, elimina el movimiento entre los pabellones, en Latinoamérica, un ejemplo es el Instituto del Tórax en La Plata (1949), de seis pisos de alto y 75 metros de largo, en forma de T.

Figura 4

Instituto del Torax, La Plata, 1949



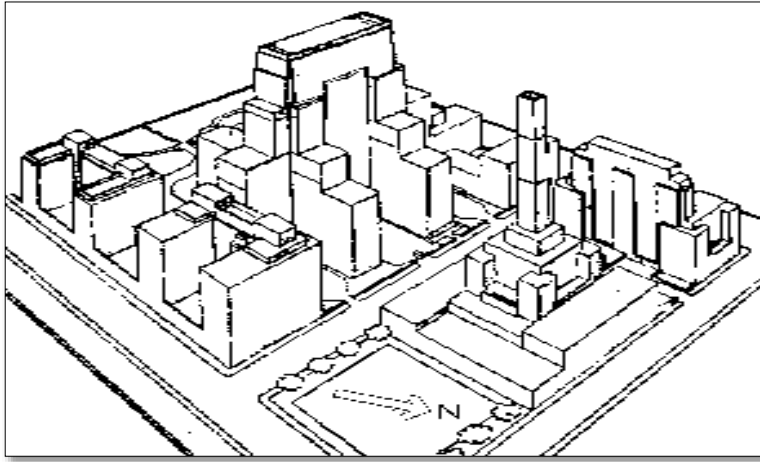
Nota: Czajkowski (2000)

C. Modelo Poli bloque; La tipología identificada en los atributos promedio del poli bloque son las siguientes:

Conformación de bloques del edificio de nueve pisos integrados a través de una circulación horizontal y vertical, generalmente el bloque intermedio tiene preponderancia, porque se le destina para los internamientos, por lo tanto podría funcionar en algunos casos, con autonomía. Los bloques distantes, se les destina a la consulta ambulatoria y servicios de apoyo (Czajkowski, 2000).

Figura 5

Centro Médico de Nueva York (Estados Unidos)

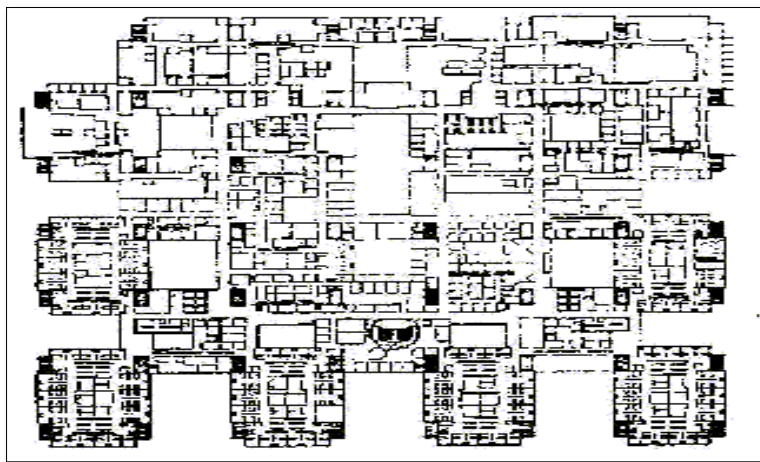


Nota: Czajkowski (2000)

D. Modelo Sistémico. Los hospitales se construyeron bajo un modelo compacto y espacios flexibles, sin embargo, se cayó en la utopía cuya forma ha ido en constante cambio, como prototipo podemos señalar el Centro Médico de Nueva York, siendo blanco de muchas críticas que la rechazaron y otros la apreciaron por sus logros, (Czajkowski, 2000).

Figura 6

Hospital de la Universidad de Mac Master de Canadá



Nota: Czajkowski (2000).

2.3. Bases Teóricas

2.3.1 Definición Centros de Rehabilitación Integral

Sobre los centros de rehabilitación Cibeira (2009), refiere que resulta fundamental para la realización de una vida alejada del consumo de drogas y la realización autónoma del ser humano, de manera que pueda reintegrarse a la sociedad. El tratamiento debe ser individualizado, ya que las personas son diferentes. En 1969 la OMS, considera que la rehabilitación forma parte de la asistencia de salud para promover la capacidad funcional y psicológica de un ser humano, a fin de activar mecanismos destinados a la compensación y promover una vida dinámica e independiente. Como especialidad la rehabilitación, se centra en el contexto social, dejando de lado el propósito tradicional.

2.3.2 Relación hombre – Arquitectura Funcional

(Roth 2000), sobre la Psicología Ambiental, refiere:

Es una rama de la psicología que estudia la vinculación del ser humano con su entorno físico. El contexto puede ser construido o natural. La importancia es resaltar la implicancia de la arquitectura en la planificación urbana en relación con esta rama de la psicología. En el entendido, que el entorno que rodea al ser humano tiene un efecto en la psiquis y la conducta de las personas.

En el plano teórico, se conoce que el ser humano tiene una forma personal de percibir, conocer, codificar y hacer representaciones del mundo que le rodea. Ello afecta al ser humano de diferentes formas y en

sentido opuesto, el ser humano también realiza acciones para transformar su entorno.

En este sentido, un centro de rehabilitación para pacientes con problemas de dependencia o consumo de drogas requiere para su diseño integrar los conceptos de la psicología ambiental y las consideraciones clínicas. Ello marcará una pauta sobre la distribución y características espaciales que sean propicias para la rehabilitación y recuperación de los pacientes.

Aragonés (2002), refiere que:

Resulta complejo definir el término de psicología ambiental, sin embargo, es una disciplina científica de reciente creación. Su definición no ha sido agotada, por el contrario, tiene una delimitación bastante general.

Se consideran las siguientes características: (a) involucra un orden en el ambiente establecido por el ser humano; (b) nace de la problemática social; (c) tiene raíces multidisciplinarias y (d) incluye el estudio del ser humano como parte central y relevante de la situación problema.

Zimmermann (2010), señala que esta disciplina se consolida alrededor de 1980 a 1990, observándose publicaciones y descubrimientos en la literatura científica, lo que le imprime fortaleza y visibilidad a nivel mundial, más adelante, se atribuye a la psicología ambiental como una disciplina multidisciplinaria, con un rol educativo e incluso de investigación

En el campo teórico, la atención se centró paulatinamente en el estudio del comportamiento en relación con el entorno construido y natural, identificándose diversas cuestiones conceptuales y metodológicas que en las ciencias del comportamiento, se dejó sin resolver o con brechas, como falta de taxonomía de entornos, dificultad para comparar los comportamientos y la validez ecológica, al igual como de perspectivas teóricas alternas para abordar transacciones complejas y dinámicas entre las personas y sus contextos cotidianos.

Serrano Arellano, Magos Ramírez, Dávila Núñez, & Trejo Torres, (2016). Refiere que estas cuestiones, explican la fortaleza paulatina de la psicología ambiental. Se precisan dos aristas de transacción del ser humano con el medio ambiente, en términos cognoscitivos o simbólicos, así como conductuales o físicos.

Según el Modo Interpretativo, Stokols (1987), señala que esta referido a la representación cognitiva del espacio que rodea al ser humano. Comprende el entendimiento de como el ser humano percibe su ambiente socio-físico, según elementos afectivos, de percepción y de cognición individual. Es importante subrayar que la personalidad y el entorno se enfocan en la organización y expresión de procesos individuales.

Según el Modo Evaluativo, refiere que el estudio de la actitud hacia el medio ambiente se fundamenta en primer lugar, en la actitud pública y el conocimiento del problema ambiental. En segundo lugar, la consistencia

de la actitud, la conducta y creencias del individuo referente a las condiciones del medio ambiente. Se conciben cuatro tipos de climas sociales: (a) ambiente de tratamiento; (b) de comunidad terapéutica; (c) institucionales y (d) de ambiente educativo y comunitarios.

El Modo Operativo se centra en subsanar el desequilibrio financiero que provoca el inadecuado manejo ambiental y el impacto ecológico, a través de estrategias para modificar la conducta del ser humano hacia comportamientos de protección del medio ambiente.

Serrano Arellano, Magos Ramírez, Dávila Núñez, & Trejo Torres (2016), sobre el Modo Responsivo, señala:

El fundamento es la respuesta humana al medio físico que le rodea. En ese sentido, resalta las condiciones que pueden afectar al humano, como temperaturas extremas, ruido, elementos contaminantes del aire, que muchas sobrepasan los límites o estándares permisibles, lo que tendría un impacto en la esfera bio psicosocial del individuo. Sin embargo, debe considerarse que cada ser humano, reacciona diferente frente a las condiciones del entorno.

Respecto a los ambientes con edificaciones, se alude a las edificaciones de residencia, dormitorio, recintos educativos, ciudades y aspectos arquitectónicos específicos. En ambientes psiquiátricos se hicieron propuestas de clasificar los ambientes para promover el desarrollo de

relaciones interpersonales, o por lo contrario, para evitarlas o limitarlas.

Con un enfoque más naturalista, la psicología ecológica se centra en el entorno que rodea al ser humano, ya que se observó que este varía su comportamiento según el tipo de ambiente que lo rodea.

2.3.2.1 Psicología arquitectónica, El aporte de la arquitectura en el avance de la psicología ambiental, relacionada con la denominada psicología arquitectónica, es nueva. A pesar de que los elementos prácticos se han utilizado y aplicado desde los albores de la arquitectura, ésta tiene un impacto psicológico en el sujeto, ya que se da una continua interacción entre el hombre y la arquitectura, además de la forma en la que la perciben, la habitan y la recorren. De otro lado, la psicología arquitectónica, se vincula con la psicología ambiental según los entornos construidos, en relación con la calidez, espiritualidad, monumentalidad, seducción e imponentia que transmiten (Serrano Arellano, Magos Ramírez, Dávila Núñez, & Trejo Torres, 2016).

Zumthor (2006), considera en el diseño arquitectónico, el impacto que la percepción del espacio puede emitir y que permiten comprender la interrelación sujeto y entorno. A colación de la arquitectura, se evoca el concepto de atmósfera, como una disposición anímica o sensación de coherencia y armonía con el espacio construido, así mismo nos refiere otros aspectos que tiene que ver con la psicología arquitectónica los que a continuación detallaremos:

Sobre **el cuerpo de la arquitectura**, alude a la disposición de una obra arquitectónica, en el que confluyen materiales para crear un espacio único, que depende del material que se utilice para provocar efectos diferentes en el sujeto.

Sobre **La consonancia de los materiales**, refiere a la armonía de los materiales entre sí, que le otorgan un brillo y concordancia, que da lugar a una composición única. Los materiales son ilimitados en cuanto a uso y posibilidades.

Sobre **el sonido del espacio**, en donde el espacio funciona como una herramienta útil; en donde se mezclan sonidos, y los transmite a todas partes y como estos se han aplicado, considerando la superficie y forma de los materiales.

Sobre **la temperatura del espacio**, señala que los edificios tienen un grado de temperatura, entonces los materiales de una u otra manera extraen el calor de nuestro cuerpo, afirma que la temperatura es física y psíquica.

Sobre **las cosas a mi alrededor**, esta refiere a la impresión que causa en el sujeto, la dinámica que se produce entre los miembros de un grupo humano que habitan un edificio, por sus particularidades o su entorno casero o laboral. En tal sentido, la reflexión se asienta en el hecho de que más allá de la obra del

arquitecto, el de los espacios que son su creación, constituyen un lugar justo para la interacción humana particular y colectiva única.

Sobre **la tensión entre interior y exterior**, manifiesta expresivamente y con énfasis sobre la existencia de espacios de una u otra manera imperceptibles entre interior y exterior, que tiene como resultado un sentimiento indescriptible que nos involucra y concentra en el espacio.

Sobre **el grado de intimidad**, señala que al lenguaje arquitectónico, se le denomina escala y tiene que ver con la distancia o la proximidad, atribuyéndole una connotación más corporal, referidos a la proporción, masa, dimensión o tamaño según el arquitecto.

Sobre **la luz de las cosas**, refiere a que el elemento luz, tiene un efecto dinámico, en los materiales y superficies, como en la grandeza y espiritualidad de tener la luz como un elemento arquitectónico, que es inmensamente mejor que la luz artificial.

2.3.2.2 Arquitectura como entorno

De igual manera Zumthor (2006), sobre la arquitectura como entorno señala que se trata del entorno que se integra como parte de la vida diaria del ser humano. Ya que las emociones y experiencias humanas,

ineludiblemente se producen en un lugar, en un edificio, lo que trascenderá en la memoria individual y colectiva, refiere también otros aspectos que tiene que ver con la arquitectura como entorno que a continuación se describe:

Sobre la **Coherencia**, señala que la coherencia esta en función de que la arquitectura encuentre “su explicación en el uso (...) sea que las cosas llegan entonces a ser ellas mismas; son por ellas, mismas, porque entonces son lo que quieren ser.

Sobre la **forma bella**, manifiesta que está en lo que el hombre considera que le satisface y significaría que la arquitectura ha encontrado su forma, así como, encontramos formas bellas en la vida diaria, en la música, entre otros.

Por otro lado sobre **Arquitectura terapéutica**, Zohby (2021) refiere que para optimizar la planificación y el diseño de los centros de atención médica, los arquitectos han observado y analizado la correlación entre los parámetros físicos involucrados en la creación de los edificios para la atención médica y su impacto en los resultados relacionados con la salud de los pacientes, como también en su comodidad y recuperación. Hay que estudiar de manera individual a pacientes y grupos etarios esto ayuda a demostrar cómo se pueden diseñar ambientes y espacios saludables que van a minimizar el nivel de estrés y ansiedad para abordar problemas de salud.

Considerando la humanización y calidad de los ambientes hospitalarios Bates (2018), nos dice que en las últimas décadas, la literatura sobre diseño de hospitales ha prestado cada vez más atención a la aparente necesidad de 'humanizar' los entornos hospitalarios. A pesar de la prevalencia de este objetivo de diseño, el concepto de 'humanizar' un espacio rara vez se ha definido o cuestionado en profundidad. Muchas características del diseño humanista no fueron revolucionarias, pero se pensó que tenían un nuevo propósito en el contrapeso de la práctica médica institucional, científica y de alta tecnología, refiere también que el hospital humanista, como ideal, funcionó como un símbolo de preocupaciones sociales más amplias sobre la pérdida de los pacientes en la práctica médica moderna. El concepto de diseño de hospital humanista estaba inextricablemente ligado con ideas sobre una buena atención médica.

Para Alvar Aalto (1982), la seguridad se procura cuando se proporciona calidez no-institucional, con la finalidad de soslayar o minimizar los temores incrementando la autoestima y confianza de los pacientes .

Sobre los **jardines terapéuticos** Burton (2014) nos dice:

Los jardines terapéuticos, pueden contribuir a potenciar la interacción con la naturaleza viva, reducir el estrés, el dolor, la depresión y por ende maximizar el bienestar. El paciente está más proclive a recuperar sus propios recursos para su sanación. Facilita la realización de terapias físicas. El diseño de un jardín terapéutico

es la accesibilidad y maximización de los beneficios para la salud de las personas.

Los jardines de uso pasivo permiten que se les puede admirar desde una ventana, desde la perspectiva de cuando la persona está sentada y desea admirar la naturaleza, cuando necesita meditar, rezar, leer, escribir, etcétera. También se conocen los jardines contemplativos, en espacios de dimensiones pequeñas, de escaso mantenimiento.

De otro lado, los jardines de uso activo son idóneos para realizar ejercicios de rehabilitación o cultivar en huertas a través de levadas.

Figura 7

Jardines para centros de desintoxicación y rehabilitación de drogas



Nota: Jardines terapéuticos Cinzia

El color y la luz es una opción para el tratamiento de enfermedades relacionadas con la mente y la salud física, teniendo su origen en Egipto.

El tratamiento se basaba en el efecto que tienen los colores para evocar diferentes tipos de respuestas en el ser humano. Los expertos consideran que los colores, tienen un impacto positivo en la salud y apoya el tratamiento de afecciones del ser humano con una serie de condiciones.

El fundamento para aplicar terapias basada en colores tiene su base en el reconocimiento de como los rayos ultravioletas e infrarrojos, impactan en la salud de los pacientes.

El sabio Hipócrates, afirmaba que es importante la armonización del cuerpo y su espíritu. La medicina natural y los terapeutas intentan lograr equilibrar el organismo humano basado en la cromoterapia.

Según Einstein, se conoce de la vinculación de la materia y la energía, basado en las longitudes de onda, que emanan de los colores, tienen efectos físicos y psíquicos.

Por ejemplo, se afirma que el color azul tiene un efecto positivo, para lograr mayor relajación. El color verde induce al equilibrio y la calma. El color rojo promueve a la acción y el trabajo.

La experiencia en una clínica italiana ha demostrado que los prematuros tienen una mejor evolución favorable, cuando están alojados en incubadoras e iluminados con colores rojo y morado, que es similar a los colores de su medio interno en el útero materno.

En conclusión, la cromoterapia, debe ser considerado como un elemento en el desarrollo de los proyectos, especialmente, relacionado con las áreas destinadas para las actividades educativas, de tratamiento, entre otros. Se requiere lograr diseños para facilitar la adaptación de los pacientes a su medio físico para obtener reacciones positivas.

2.4. Base Teórica

2.4.1 Prevención y Recuperación de Pacientes Dependientes al Alcoholismo.

Clásicamente, se reconocen cuatro tipos de prevención según Becoña (1999):

Prevención primaria, referidas a medidas dirigidas a un grupo o personas susceptible, tiene que ver con precaver que no ocurra una enfermedad, abarca acciones que minimizan la probabilidad de exposición a riesgos incrementando la protección de los sujetos, para evitar que la enfermedad progrese en personas susceptibles a enfermedades

subclínicas. Por ejemplo, prevención primaria basada en inmunizaciones.

Prevención secundaria, tiene que ver con la detección de la enfermedad de manera temprana teniendo como objetivo las formas subclínicas de personas con aspecto saludable; consiste en la alteración patológica pero sin señales evidentes que pueden ser diagnosticadas en un examen del especialista; comprende entonces la identificación y tratamiento precoz de las enfermedades, que no se ha logrado impedir a través de la prevención primaria enfocada en los tratamientos y rehabilitación, ya que la enfermedad está manifestada.

La prevención terciaria, se enfoca en la etapa clínica como en el resultado de una enfermedad, tiene como objetivo disminuir la gravedad y las secuelas de la enfermedad, se aplica a pacientes que manifiestan la enfermedad una vez establecida en la persona. Las formas de prevención terciaria comúnmente se dan a través de esfuerzos para rehabilitación, a fin de evitar sucesos de complicaciones o de recaídas.

Prevención cuaternaria, constituye una acción destinada a la identificación de los pacientes en riesgo sobre medicalización, brindarles protección frente a nuevas invasiones médicas y sugerir intervenciones éticamente aceptables.

Tabla 4

Tipos de prevención según la conceptualización clásica y la más actual en drogodependencias

Nº	CONCEPTUALIZACIÓN	TIPOS DE PREVENCIÓN	DEFINICIÓN
1	Clásica	Primaria	Intervención antes de la aparición de la enfermedad. Su finalidad es evitar que se produzcan problemas.
		Secundaria	Objetivo es identificar y resolver problemas o localizar y tratar las enfermedades que no pueden ser evitadas en la prevención primaria
		Terciaria	Tiene como propósito evitar recaídas o complicaciones después del tratamiento.
2	Actual	Universal	Orientada a todas las personas
		Selectiva	Orientado a un subgrupo (adolescentes), ya que son grupos vulnerables y de riesgo para el consumo de drogas.
		Indicada	Dirigido a grupos específicos o individuos de alto riesgo de la comunidad con problemas de consumo.

Nota: Plan Nacional de Drogas

El enfoque de recuperación es relevante. Alejándonos del concepto clásico médico o moral, la recuperación se asume como abstinencia.

Desde la perspectiva de recuperación natural para superar las conductas adictivas de alcohol, no significa precisamente abstinencia, sino más bien, consumo no peligroso, según las directrices de la OMS.

Para Klingemann, (2001), los resultados de la adopción de uno de los dos criterios son sobresalientes para esclarecer la importancia de método de recuperación natural. En este sentido:

Se reporta que no incluir a los que beben en forma moderada, podría dejar fuera del marco de protección a casi el 40% de aquellos calificados como bebedores problemáticos que se recuperan sin tener terapia, el propio cambio para modificar la conducta adictiva alude al drogodependiente, que se recupera en ausencia de tratamiento formal, sino siguiendo una vía natural. Esta recuperación espontánea, sigue un proceso autoguiado por la persona o adicto.

Fernandez Hermenia & Carballo (2007), señala que se considera tres elementos básicos: (a) drogodependencia, (b) recuperación y (c) tratamiento formal que es importante acotar. En la recuperación siguiendo la vía natural, han enfatizado en identificar el estado incipiente o de inicio del paciente que está ya recuperado. Ello debido, a la preocupación para delimitar si la recuperación natural, realmente se produce en pacientes adictos o solo con problemas de drogas. Por tanto, si el supuesto adicto logra el cambio por sí solo, dejando el hábito de consumo o adicción, quizá no era verdaderamente dependiente a la misma

La definición de síndrome de dependencia de alcohol se presentó a fines de 1900 con una variedad de indicadores. Asimismo, pueden existir problemas vinculados con el consumo de alcohol, sin que exista dependencia, pero que conlleva la probabilidad de daños.

El concepto, aborda una formulación bidimensional, que comprende el síndrome como conjunto de sintomatologías fisiológicas y psicológicas vinculadas al consumo del alcohol, con una prevalencia más elevada que otro tipo de conductas.

Al respecto Kranzler & Soyka, (2018), afirma:

El alcohol frecuentemente se consume en cantidades mayores de lo que el sujeto pretendía.

Hay permanentemente un deseo y esfuerzos inútil para minimizar o controlar el consumo de alcohol, el tiempo que se invierte es considerable a todo tipo de actividades para obtener, consumir o recuperarse de las consecuencias del alcohol, deseo furte y urgencia de consumir alcohol.

Ingesta recurrente, por el consumo de alcohol que no permiten cumplir con las obligaciones y compromiss en el medio laboral y social.

Consumo permanente de alcohol, a pesar de tener inconvenientes en la familia, trabajo y entorno en el que se desenvuelve, por las consecuencias del consumo.

Abandono de actividades laborales, lúdicas o sociales.

Consumo recurrente de alcohol a pesar de que las situaciones en las que consume o se encuentra son físicamente peligrosas.

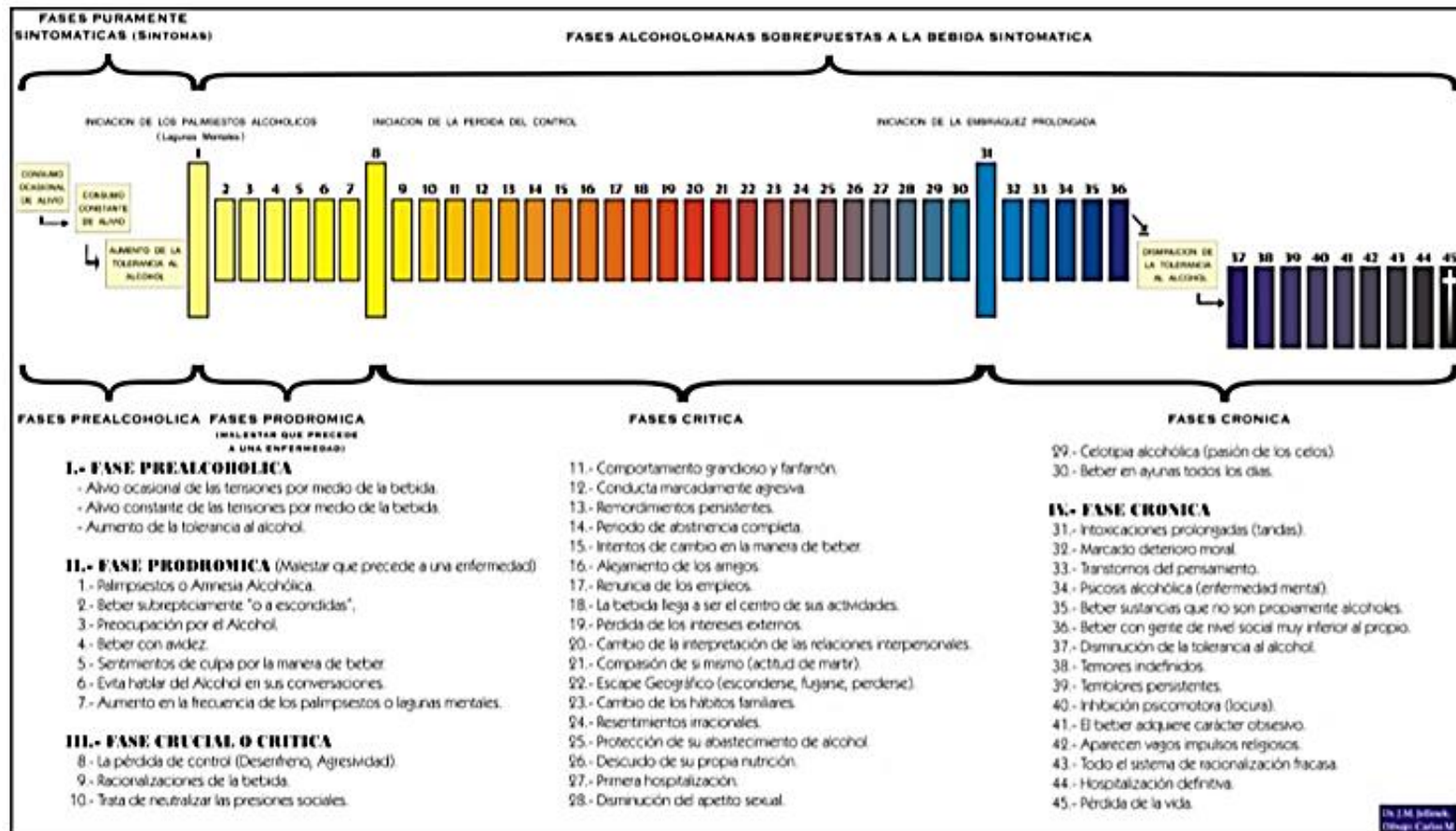
Se continúa con el consumo de alcohol, no obstante, presentar problemas físicos o psicológicos continuos o recurrentes, como consecuencia del consumo.

Retiro, manifestado por el síndrome de abstinencia, tomando alcohol para menguar este.

La OPS (2010), señala que el síndrome de dependencia al alcohol se identificó con un término clínico para las personas que recibían un tratamiento. No obstante, las investigaciones sugieren que se puede encontrar un nivel más leve de dependencia en la población, que se relaciona con una mayor prevalencia de problemas, especialmente, en el grupo etario de jóvenes.

Figura 8

Fases de la enfermedad del alcoholismo



Nota: Alcohólicos Anónimos Tacna

2.4.2 Terapia

Rama médica centrada en el tratamiento de enfermedades y afrontamiento del tratamiento en sí mismo y tiene que ver con la terapia cognitiva y las intervenciones motivacionales.

Sobre las intervenciones motivacionales McHugh et al. (2010), señala que el inicio del tratamiento, debería constituir una motivación para el tratamiento y la probabilidad de cumplimiento del tratamiento. Para abordar las barreras motivacionales al cambio, se han elaborado y aplicado técnicas de mejora motivacional como:

El manejo de la contingencia, se da en la medida que se inicia el tratamiento, un desafío principal es contrarrestar los fuertes efectos de refuerzo de la droga. Los enfoques de gestión de contingencias (CM) se basan en la teoría del aprendizaje operante e implican la administración de un reforzador no farmacológico (p. ej., cupones para bienes) después de la demostración de abstinencia de sustancias.

Sobre la prevención de recaídas y otros tratamientos, refiere que el enfoque cognitivo-conductual del abuso de drogas bien investigado ha focalizado su esquema en el análisis funcional de las señales para el consumo de drogas. Además, del entrenamiento sistemático de posibles respuestas alternas a dichas señales. Este enfoque, se centra en identificar y prevenir situaciones de riesgo, en las que sería más probable que el sujeto consuma.

Sobre el tratamientos de parejas y familias, refiere también que no obstante, el tratamiento se aplica al sujeto o en terapias dirigidos a grupos, con frecuencia, se involucra a la familia o a las personas con las que la tiene lazos estrechos emocionales. Por lo que se han formulado, diferentes tratamientos esperanzadores, en los que la participación de la familia, la pareja y la comunidad tienen un rol para lograr la abstinencia de parte del sujeto.

Sobre la terapia cognitiva Pedrero Pérez, y otros, (2008), señala que algunos consideran que esta terapia basado en abordar las creencias distorsionadas o disfuncionales, es mejor no recibir ningún tratamiento, no obstante otros consideran que no reporta mayor efectividad ante otras terapias. El concepto de terapia familiar resultaba ser un sinónimo de Terapia sistémica

McHugh et al., (2010), refiere que la terapia con la familia o las parejas, no obstante que el tratamiento usual está dirigido solo al individuo o de grupo, es frecuente, teniendo en cuenta que el problema de salud tiene vinculación con el contexto social. Por tanto, se han aplicado varios tratamientos que son expectantes por sus resultados, que requieren del apoyo de la familia, la pareja o la comunidad.

Steinglass (2009), sobre terapia resume:

El impacto negativo del abuso de drogas y/o alcohol recae por igual en todos los miembros de la familia, aunque quizás en diferentes dominios de la vida.

La participación de las familias en las fases de compromiso y tratamiento de la terapia mejora los resultados.

Aunque el bienestar de los miembros de la familia que no abusan se tiene cada vez más en cuenta en la evaluación del tratamiento.

La gran mayoría de los enfoques de tratamiento se orientan al comportamiento del usuario y se enfocan en la reducción del uso de sustancias o la abstinencia como la variable de resultado principal.

La terapia familiar sigue siendo, en el mejor de los casos, un componente complementario de la mayoría de los programas de tratamiento del abuso de sustancias.

Incluso entre los enfoques de terapia familiar, los modelos de tratamiento basados en conceptos de sistemas familiares son una minoría, y la terapia conductual de pareja y familiar es mucho más prominente.

La entrevista motivacional, un enfoque que ha tenido un gran éxito cuando se aplica a personas que abusan de sustancias, aún no se ha integrado completamente con un enfoque de sistemas familiares para el tratamiento del abuso de sustancias.

2.4.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Carreras (2007), señala que la calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) define variadas formas como aquellas respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad provoca en el acontecer diario de las personas, y que tiene un impacto en su satisfacción personal respecto de las circunstancias de la vida.

La calidad de vida está relacionada con las circunstancias positivas de las personas de vivir bien, sentirse y estar bien e incluso con la disposición de ciertas comodidades o lujos entre otros (Anicama G., Mayorga F., & Henostroza M., 2001).

La calidad de vida relacionada con la salud (HRQL) se basa en la capacidad para vivir una vida plena. La CVRS representa un concepto amplio de bienestar físico, psicológico y social que intenta medir la opinión subjetiva de una persona sobre su propia salud en lo físico, psicológico y social.

Las calidad total en los sistemas de salud ponen un énfasis considerable en los resultados obtenidos en términos de calidad de vida, ya que esta es una de las variables de resultado que permite analizar la efectividad de las intervenciones clínicas (a nivel de micro gestión y gestión clínica) y planificar los servicios de salud (a nivel de macro y mandos medios).

2.5. Definiciones Operacionales

Centro de rehabilitación, residencia destinada a alojar a la persona dependiente en la etapa intermedia entre la aplicación del programa terapéutico y su inserción en su medio natural o comunidad. Sin embargo, también existe centros de reinserción para aquellos que sufren de enfermedades psiquiátricas o salen de prisión. (OMS, 1994).

Recuperación, es una etapa en la que se mantiene la abstinencia del consumo de alcohol u otra droga. Se basa generalmente a grupos de ayuda mutua, u otros métodos, como el doce pasos, siendo considerados siempre como personas en recuperación, empero, en el medio social, se les considera recuperados (OMS, 1994).

Rehabilitación, la rehabilitación, involucra procesos o estatus de salud, bienestar mental o psicológicos y social. Esta fase, es consecutiva a la fase de terapia, y se basa en diversas estrategias, como terapia de grupos, conductuales, participación en grupo de ayuda, entre otros (OMS, 1994).

Drogas legales, son sustancias psicoactivas que incluye la nicotina y el alcohol que sus implicancias no necesariamente implica que produzca dependencia. Estas sustancias, cuando se consumen, determinan cambios ya que actúan sobre el sistema nervioso central. Su consumo puede tener efectos dañinos e indeseables (OMS, 1994).

Drogas médicas, son sustancias que tienen efectos estimulantes, tranquilizantes o alucinógenas. Podrían producir dependencia en mayor o menor medida, como el alcohol, nicotina, etcétera (OMS,1994).

Drogas ilícitas, sustancias adictivas e ilegales, que son psicoactivas. Pueden alterar la percepción, el estado anímico, la conducta, la cognición o las funciones motoras (OMS,1994).

Adictos, es una persona que es adicta, especialmente a los estupefacientes. Implica una entrega incondicional del sujeto a una cosa, sustancia o hecho, con sujeción y control de su voluntad , haciéndolo dependiente a ellas, incluso cuando de por medio esté su salud física o mental (OMS,1994)

Tratamiento integral, un tratamiento exitoso o eficaz, se basa fundamentalmente en un diagnóstico certero. Asimismo, la combinación de la tecnología, el criterio médico y la interpretación de la información que el sujeto y su contexto, provee la información para diseñar un tratamiento integral familiar y un servicio para ofrecer un tratamiento integral según el diagnóstico del entorno familiar y de vivienda (OMS,1994).

Dependencia, respuesta corporal a una sustancia, que se caracteriza por los síntomas de tolerancia y abstinencia (OMS,1994).

Comunidad terapéutica, implica la atención para los dependientes de sustancias psicoactivas y su familia. El tratamiento, se aplica en contextos

residenciales, estructurados, con un clima afectivo alto y con modelos de tratamientos alternativos, para la rehabilitación y reinserción de los sujetos (OMS,1994).

Comorbilidad psiquiátrica, coexistencia en un mismo sujeto de un trastorno psiquiátrico y algún trastorno inducido por consumo de sustancias psicoactivas o adicción (OMS, 1994).

Consumo de sustancias psicoactivas, variedad de patrones de uso de sustancias como medicamentos o tóxicos sintéticos, químicos o naturales, las que tienen un efecto en el sistema nervioso central.

Desintoxicación, está relacionado con el síndrome de abstinencia, y comprende un proceso de limpieza de toxinas, en sujetos con dependencia a psicoactivos. El propósito es evitar la aparición de trastornos que se presentan cuando se altera o cesa el consumo de drogas, y cuyos síntomas pueden ser riesgosos para la salud o provocar malestares graves a la persona (OMS,1994).

Prevención, comprenden las acciones destinadas a neutralizar la ocurrencia de consumo de drogas o sustancias que son psicoactivas en grupos humanos o personas, ya que por sus características podrían tener una mayor probabilidad de consumirlas.

Rehabilitación de la persona con adicción, implican los procesos destinados a personas que tienen trastornos, relacionados con patologías

adictivas, para que puedan lograr un estado de salud óptimo (físico, psicológico y social) (OMS,1994).

Tratamiento de la Adicción, acciones destinadas a reducir el estado de dependencia de sustancias psicoactivas y de las complicaciones que se generan. Se basa en intervenciones sociofamiliares, médicas y psicológicas. Su propósito es alcanzar una vida libre de adicciones o reducir el daño en lo posible.

Consumo perjudicial, el consumo perjudicial se refiere a un patrón consumo que tiene consecuencias dañinas en la salud física y psíquica de las personas. Como por ejemplo cirrosis hepática, cuadros de depresión, ansiedad, etc. como resultado del consumo. Un consumo regular promedio no excede los 40 gramos de consumo de alcohol diario en las mujeres y no más de 60 gramos diarios en varones (OMS,1994).

Intoxicación, estado de discapacidad psico funcional y motriz más o menos breve, debido al consumo de alcohol, aun con un bajo nivel de consumo. No necesariamente, la intoxicación es sinónimo de consumo excesivo ocasional (OMS,1994).

Consumo excesivo ocasional, referido al consumo de al menos 60 gramos de alcohol, en una sola toma en personas adultas. Este consumo puede ser perjudicial para la salud.

Dependencia del alcohol, conjunto de signos y síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos, que evidencian la necesidad del uso de alcohol como prioridad en el sujeto, y que resultan de mayor interés que otras obligaciones y actividades, que en algún momento tuvieron el carácter de primordiales o esenciales. Se caracteriza por un deseo poderoso y de difícil control para negarse al consumo de alcohol. Después de un lapso de abstinencia, el consumo de alcohol está relacionado con una precoz reaparición del síndrome (OMS,1994).

Alcoholismo, problema de salud, que no solo tiene implicancia para el sujeto como un problema de salud, sino es de incumbencia para la sociedad. Es de difícil tratamiento, ya que muchas veces, la persona y la familia no reconocen el problema (OMS,1994).

CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL

3.1 Análisis de Casos Similares

Ámbito internacional

Figura 9

Centro de ayuda y tratamiento de adicciones



Nota: (A-Cero blog, 2014)

La planta baja presenta 2 volúmenes para fines habitacionales y actividades comunes, la zona de descanso cuenta con 13 habitaciones más el área de lavandería, la planta alta consera 6 habitaciones y una amplia zona de distribución.

Figura 10

Módulo de habitaciones de planta primer y segundo nivel



Nota: (A-Cero blog, 2014)

Leyenda:



Circulación principal

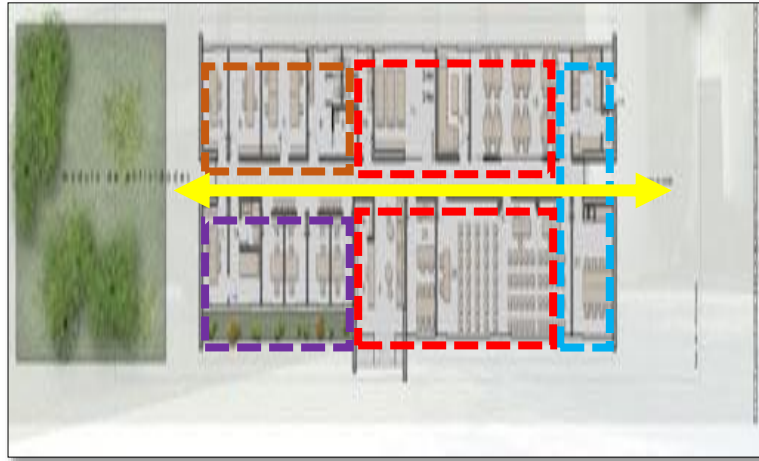


Zona de descanso

El módulo de actividades complementarias, comprende zonas públicas como hall de distribución, recepción, archivo, dirección, área para terapias y psiquiatría, también tres zonas para aseo de damas y varones, personas con necesidades especiales, ambientes para gimnasio, comedor, cocina dispensa consultas ambulatorias, cocina y oficio así como salas de conferencia.

Figura 11

Zonificación de actividades y circulación principal



Nota: (A-Cero blog, 2014)

Leyenda





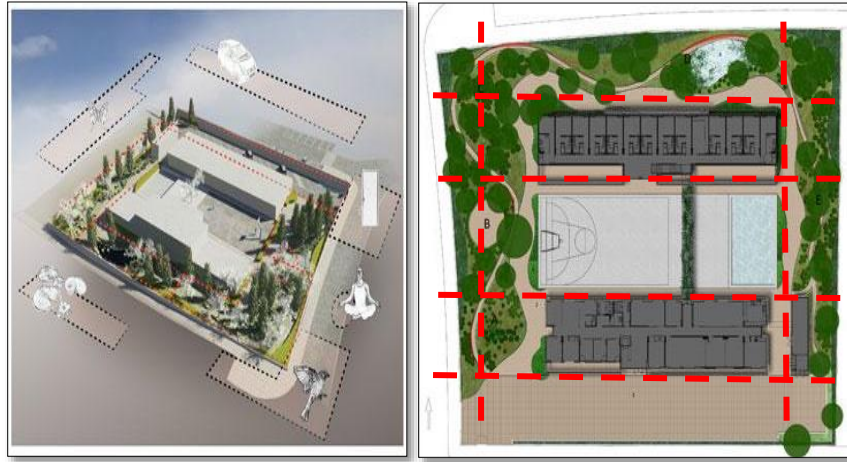
-  Circulación principal
-  Talleres y salón de usos múltiples
-  Administración
-  Consultorios

Figura 12

Zonificación de áreas verdes y ejes de articulación



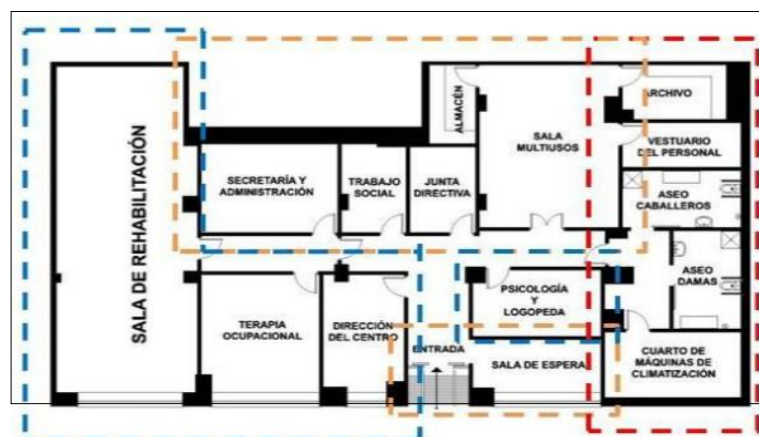
Nota: (A-Cero blog, 2014)

3.1.1 **Ámbito Nacional**

En el Perú, ANDENES desarrolla e implementa nuevas formas para el tratamiento de adicciones las que se centran en procesos cerebrales, reestructuración así como modificaciones en la vía cerebral.

Figura 13

Zonificación por áreas de la planimetría general



Nota: (Andenes Visión y vida , 2019)

Leyenda:



Sus instalaciones comprenden las siguientes áreas:

Área social compuesta por el ingreso principal, sala de espera, salón múltiple, almacén, sala de juntas trabajo social, administración y secretaría.

El área privada comprende la dirección, psicología, sala de rehabilitación y terapia ocupacional.

Incidencia solar y control de vientos

Figura 14

Zonas de incidencia solar y control de vientos



Nota: (Andenes Visión y vida , 2019)

Zonas de lectura y relajación comprende mobiliarios entre ellos tenemos sillones y estantes de libros, también esta zona cuenta con vanos de ventilación e iluminación natural.

Figura 15

Zona de lectura y relajación



Nota: (Andenes Visión y vida , 2019)

Figura 16

Zona de recepción para personas con adicción



Nota: (Andenes Visión y vida , 2019)

3.1.2 Ámbito Local

Podemos mencionar:

Comunidad Cristiana Remar: Brinda asistencia a personas de bajos recursos en estado de abandono.

Comunidad Nuevo Amanecer, Solidaridad y Vida, Casa de David y San Pedro, realizan actividades de recuperación y tratamiento con un promedio de más de un año, teniendo entre sus usuarios en su mayoría a pacientes por alcoholismo.

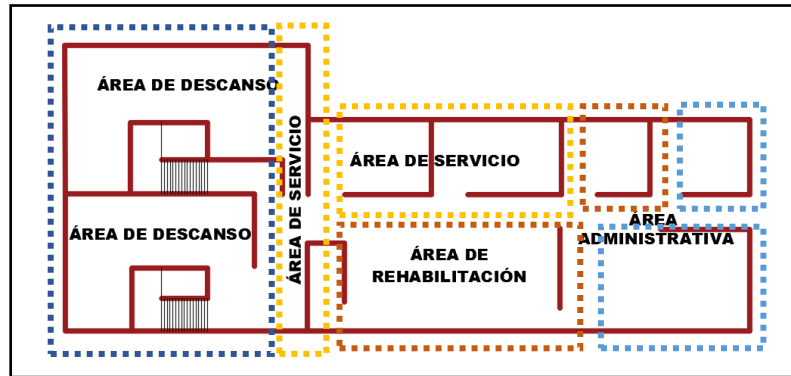
Grupos de alcohólicos anónimos: Estos grupos se reúnen los sábados y domingos generalmente a partir de 18:00 a 21:00 horas, para reuniones de rehabilitación mediante cantos cristianos y charlas brindadas por un paciente recuperado de adicciones a consumo de alcohol.

Por otro lado en Tacna encontramos el hospital de día que cumple la función de centro de rehabilitación integral de diferentes tipos de adicciones (salud mental, ludopatía, etc.).

Casa hogar Nuevo Amanecer, ubicado en la Av. Jorge Chávez 2406 Alto Bolognesi-Tacna: Es una institución que brinda ayuda a personas que se encuentran en un estado de adicción, ofrece tratamiento especial a pacientes, que comprende la rehumanización, reeducación y reinserción social del paciente o adicto, asistidos mediante rehabilitaciones grupales físicas, mentales y religiosas.

Figura 17

Planimetría general y zonificación



Nota: Elaboración propia

Leyenda:

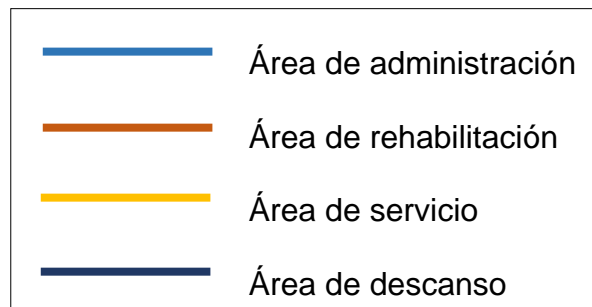
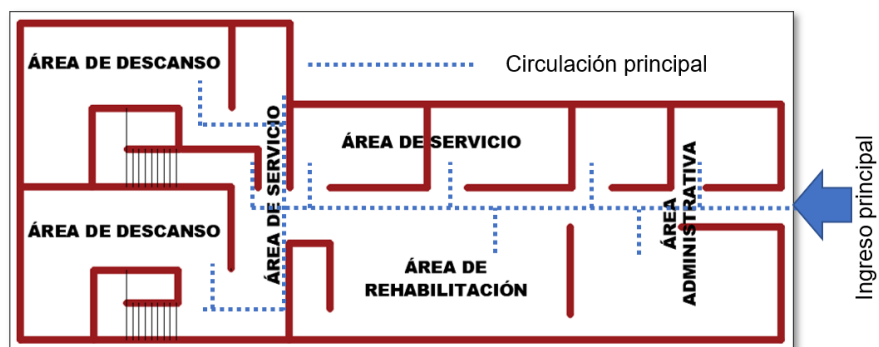


Figura 18

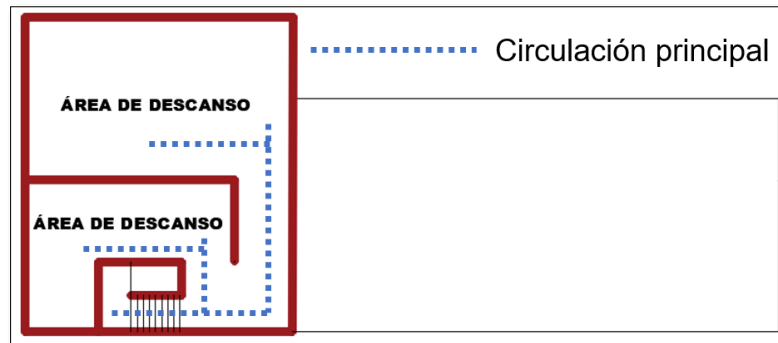
Planimetría general Primer nivel y circulación primer nivel



Nota: Elaboración propia

Figura 19

Planta general, segundo, tercer y cuarto nivel área de residencia



Nota: *Elaboración propia*

3.2. Análisis y Diagnóstico Situacional sobre Centros de Rehabilitación

Son 11 las instituciones registradas que brindan tratamiento sobre adicción en la provincia como grupos de alcohólicos anónimos, comunidad cristiana o terapéutica, sin embargo la infraestructura que presentan se encuentran en malas condiciones por lo tanto los servicios no son los más óptimos.

Tabla 5

Centros de tratamiento en Tacna

COMUNIDAD TERAPÉUTICA	COMUNIDAD CRISTIANA	GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANONIMOS
Nuevo Amanecer	Remar	Grupo Tacna
Solidaridad y Vida	Clamor en el Barrio	Grupo Nueva Vida
La Casa de David		Grupo Volver a Empezar
San Pedro		Grupo Unidos a la Sobriedad
		Grupo Nunca más Solo

Nota: *Elaboración presente estudio*




Tabla 6*Hospital de día y Centros de salud mental en Tacna*

HOSPITAL DE DÍA Y CENTROS DE SALUD MENTAL EN TACNA		
Hospital de Apoyo Hipólito Unanue (Hospital de Día)	Ubicado en el cercado de la ciudad en las instalaciones del Hospital Hipólito Unanue	Cuenta con ambientes de consulta externa en psicología y psiquiatría y 19 camas para internos con enfermedades mentales.
Centro de Salud San Francisco	Ubicado en el distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa	Cuenta con ambientes para atención psicológica.
Centro de Salud La Esperanza	Ubicado en el distrito de Alto de la Alianza	Cuenta con ambientes para atención en psicología.

Nota: Elaboración propia

Tabla 7

Hospital de día y centros de salud

INDICADORES	HOSPITAL DE DÍA CENTRO DE SALUD MENTAL	
Arquitectura funcional	El hospital de día en salud mental y adicciones en Tacna cuenta con área propia, la cual tiene una distribución de forma lineal, cuenta con dos corredores longitudinales y siete corredores transversales en su interior, cuenta con áreas definidas los cuales son espacios administrativos, servicios, consultorio externo, hospitalización, patio y área de descanso de personal etc. En cuanto al aspecto formal es de tipo monobloque de forma rectangular con cobertura a dos aguas en los diferentes módulos.	
Normativa	En cuanto a la normativa cumple con las normas establecidas del reglamento nacional de edificaciones y de defensa civil. Corredores amplios, iluminación artificial, no cuenta con iluminación natural en los espacios de hospitalización. Falta área de hospitalización de pacientes con adicción al alcoholismo.	
Terapia	Con respecto, las terapias son de tratamiento ambulatorio, lo cual esto nos da entender que las personas adictas no cuentan con camas, se hace conocer que solo se dan camas a pacientes en casos extremos de intoxicación para estabilizar al paciente y una vez estabilizado le dan de alta. Falta de áreas recreativas, verdes y tratamiento del color en los diferentes espacios	

Nota: Elaboración propia

Tabla 8

Analisis y diagnostico situacional de centros de rehabilitación de Tacna

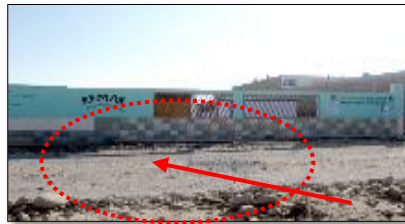


INDICADORES	COMUNIDAD TERAPÉUTICA
Arquitectura funcional	<p data-bbox="537 454 1411 486">Nuevo Amanecer, Solidaridad y Vida, La Casa de David y San Pedro</p> <p data-bbox="448 518 1500 829">En cuanto a la arquitectura y funcionalidad de los espacios no cumplen con los estándares de calidad, confort, habitabilidad, organización espacial, funcionalidad, lo cual genera una problemática en la rehabilitación del paciente en la actualidad. Los diferentes establecimientos no cumplen con espacios abiertos, iluminación, ventilación, espacios de seguridad, áreas recreativas, áreas verdes entre otros lo cual genera estrés en los pacientes y cometen actos vandálicos de rebeldía. Espacios de uso común: sala, comedor y patio , que son áreas de uso múltiple, cuya carencia es una problemática para su desarrollo y recuperación. Construcciones de material noble y coberturas de calamina, se pudo visualizar divisiones de triplay en algunos ambientes.</p>
Normativa	<p data-bbox="448 893 1500 989">La mayoría de los espacios no cumplen con los estándares normativos, de Ley 29765 que regula el funcionamiento de la comunidad terapéuticos ya que estos establecimientos se encuentran en casa adaptadas en su mayoría.</p> <p data-bbox="448 1021 1500 1173">No cuentan con diferentes espacios como áreas deportivas, talleres, zonas de rehabilitación física y entre otros. Con respecto a la normativa del reglamento nacional de edificaciones y defensa civil, en la actualidad los diferentes establecimientos no cuentan con los parámetros de diseño establecido de acuerdo con la norma.</p>



Nota: Elaboración propia (Análisis y diagnóstico situacional centros de rehabilitación de Tacna)

Tabla 9

Análisis y diagnóstico situacional de centros de rehabilitación

INDICADORES	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	
Arquitectura funcional	Remar y Clamor en el Barrio	
Normativa	<p>Remar cuenta con un propio terreno, pero no cuenta con una distribución adecuada de sus ambientes. A su vez cuenta con cuadras de alojamiento, Espacios de recreación y otros para uso de descanso. Por lo que respecta a la geometría y función de sus espacios, no cumplen los criterios de calidad, confort, habitabilidad, organización espacial, funcionalidad, lo cual genera una problemática en la rehabilitación del paciente en la actualidad. Los diferentes establecimientos no cumplen con espacios abiertos, iluminación, ventilación, espacios de seguridad, áreas recreativas, áreas verdes entre otros lo cual genera estrés en los pacientes y cometen actos vandálicos de rebeldía.</p>	
Terapia	<p>La mayoría de los espacios no cumplen con los estándares normativos, de Ley 29765, que regula el funcionamiento de la comunidad terapéuticos ya que estos establecimientos se encuentran adaptadas en casas en su mayoría. No cuentan con espacios para áreas deportivas, talleres, zonas de rehabilitación física y entre otros. Con respecto a la normativa del reglamento nacional de edificaciones y defensa civil, en la actualidad los diferentes establecimientos no cuentan con los parámetros de diseño establecido de acuerdo a la norma.</p>	

Nota: *Elaboración propia*

Tabla 10*Centros de rehabilitación – Tacna*

INDICADORES	COMUNIDAD TERAPÉUTICA
GRUPO TACNA NUEVA VIDA, VOLVER A EMPEZAR, UNIDOS A LA SOBRIEDAD Y NUNCA MAS SOLO	
Arquitectura funcional	Son comunidades que atienden a personas dependientes del alcohol, la infraestructura que presenta ha sido acondicionada, con serias deficiencias respecto a la distribución de sus ambientes, carentes de organización física, bajos estándares de calidad y confort. Se aprecia también la falta de espacios abiertos y recreación, algunos cumplen diferentes funciones, en sus edificaciones predomina el uso de materiales como el ladrillo en muros, losa de concreto y en otros casos cobertura de calamina
Normativa	Respecto a la normativa por la misma condición de haber sido acondicionados sus ambientes no cumplen con la normatividad sobre todo la Ley 29965, y el Reglamento Nacional de Edificaciones. Se aprecia también la baja calidad en los acabados, así como en equipos y accesorios en todos los casos.
Terapia	Sobre el servicio de terapia para la atención a pacientes, no cuentan con personal especializado de la salud, médicos, enfermeros, psicólogos y otros, siendo estos servicios esporádicos por profesionales voluntarios.

Nota: Elaboración presente estudio

3.3. Análisis y Diagnóstico Situacional sobre Prevención y Recuperación de Pacientes Dependientes

Tabla 11

Tratamiento de terapia integral en el hospital de día

INDICADORES	HOSPITAL DE DÍA SALUD MENTAL-TERAPIA INTEGRAL (TRATAMIENTO)	
	FASES DE TRATAMIENTO	ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención psicosocial grupal para adictos • Intervención psicosocial para grupos familiares • Tratamiento psicofarmacológico y/o tratamiento biológico • Intervención en comportamiento ocupacional y entrenamiento de habilidades • Intervenciones clínicas • Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas • Visitas de salud mental 	<p>Actividades de psicoeducación y expresión emocional</p> <p>Evaluaciones y controles psiquiátricos, y el estado de salud en general</p> <p>Derivación a otras especialidades</p> <p>Medicación asistida y toma de muestras de sangre</p> <p>Entrenamiento en AVD básicas e instrumentales, uso de tiempo libre, intereses y habilidades laborales</p> <p>Contención emocional presencial y a distancia</p> <p>Psicodiagnóstico e intervención personal, familiar y grupal</p> <p>Las actividades de tratamiento se basan en la recuperación de a través de un diagnóstico sobre el origen que los condujo a beber</p>

Nota: *Elaboración propia*

Tabla 12*Calidad de vida en el hospital de día*

Indicadores		
INDICADORES	FAES DE TRATAMIENTO	ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO
Comodidad	Charlas Inter diarias	Rehabilitación y promoción
Personal	Actividades laborales Relajación Recreación y deporte	<p>Técnica que permite clarificar los valores, importante para generar una filosofía de vida diferente. Este cambio de perspectivas le permitirá superar conductas apáticas y fortalecer su autoestima, así mismo generar conductas adaptativas para su desarrollo personal.</p> <p>El trabajo cognitivo consiste en reconstruir su pensamiento para logra mayor estabilidad y ajuste, se promueve identificar pensamientos y esquemas que son irracionales y que desencadenan respuestas no adaptativas, para superarlas y logra un cambio de razonamiento</p>
Sociedad	Relaciones personales Actividades sociales	Incorpora habilidades afectivas para promover una comunicación eficaz, promover el desarrollo estratégico para la solución de problemas y consolidar la autoestima

Nota: Elaboración propia

Tabla 13

Reinsercion social del hospital de día

INDICADORES	HOSPITAL DE DÍA SALUD MENTAL- REINSERCIÓN SOCIAL (PACIENTE))	
	FASES DE TRATAMIENTO	ACTIVIDADES DE TRATAMIETO
Educación		Afrontamiento y manejo de diversas respuestas afectivas y psicoeducativas Compromiso con el tratamiento de drogas legales, habilidades sociales, viajes comunitarios.
	<ul style="list-style-type: none"> • Educativa 	Psicoeducación y expresión emocional.
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosocial individual, grupal y familiar 	Evaluaciones y controles por psiquiatría, con evaluación general de salud, derivación a otras especialidades, medicación asistida y toma de muestras de sangre.
	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades y ocupacionales 	Entrenamiento en AVD básicas e instrumentales, usos del tiempo libre y habilidades laborales
	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo con grupos con núcleos familiares 	Contención emocional presencial o distancia
Núcleos familiares	familiares	Intervención individual, familiar grupal y psicodiagnóstico Diagnóstico social intervención familiar y psico educacional

Nota: Elaboración presente estudio

3.4. Análisis y Diagnóstico del ámbito de Estudio

3.4.1 Aspecto socio demográfico

Durante el lapso de 1981 a 1993, la evolución poblacional en Tacna se ha elevado, teniendo la migración un rol importante, especialmente de la zona andina, debido a la actividad económica en la región de Tacna, que resulta un atractivo debido a su dinámica comercial y minera. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Tabla 14

Crecimiento poblacional de Tacna

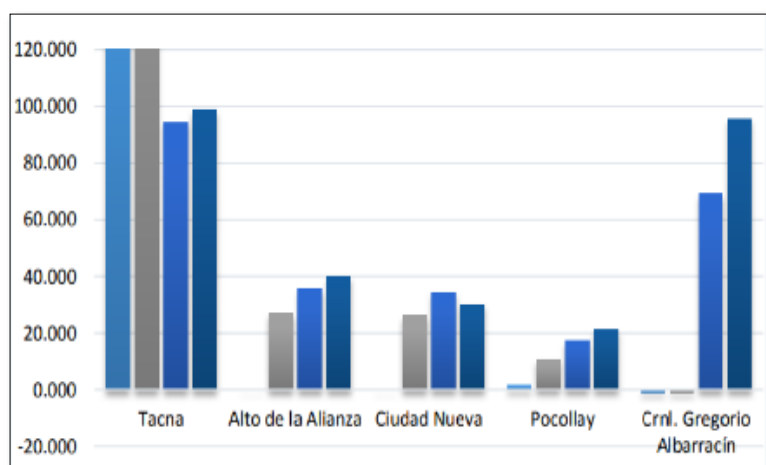
DISTRITOS	POBLACIÓN POR AÑO			
	1981	1993	2007	2013(2)
TACNA	97 173	117 168	94 428	93 818
ALTO DE LA ALIANZA	(1)	26872	35439	36 906
CIUDAD NUEVA	(1)	26 178	34 231	38 400
POCOLLAY	1 359	10 445	17 113	19 836
CRNEL. GREGORIO ALBARRACÍN	(1)	(1)	68 989	90 789
TOTAL	98 532	180 663	250 200	293 784

Nota: (INEI, 1993 y 2007)

El Censo del 2007 señala que en Tacna había una población de 250 200 habitantes, el distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa es el más poblado después de Tacna. Ello se debió a la reubicación después del sismo de 2001.

Figura 20

Tendencia de crecimiento



Nota (Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023, 2015).

La mayor población en la ciudad de Tacna se localiza en el distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa (33,34%) y el cercado de Tacna con un (32, 30%), el resto de la población se localiza en los demás distritos.

3.4.2 Aspecto Económico Productivo

Tabla 15

Procesos de desarrollo económico en la provincia de Tacna

PROCESO DE DESARROLLO ECONÓMICO PROVINCIAL	
1880	Región exportadora, Relación con el puerto de Arica, Construcción del ferrocarril Tacna- Arica
1880 - 1929	Guerra del Pacífico, Contracción económica, Construcción de la carretera Arica - La Paz
1930 - 1950	Reincorporación de Tacna al Perú, Economía precaria
1950 - 1970	Economía precaria
1990 - 2010	ZOFRA TACNA: El sistema sobre vive por la venta de activos, a informalidad es una característica importante, La agricultura de exportación es una oportunidad de desarrollo
2011 - 2030	Búsqueda de un nuevo modelo de Desarrollo económico proceso global y complementariedad con vecinos regionales

Nota: Elaborado presente estudio

Dinámica económica, la actividad productiva en Tacna se ha caracterizado en los últimos diez años por un dinamismo, que se traduce en un crecimiento anual promedio de 4,7 %, aunque es menor que el nacional (6,3 %). Posiblemente, debido al crecimiento y dinamismo de la minería.

El sector comercio y servicios es el más dinámico, teniendo como característica principal el intercambio comercial con la ciudad de Arica.

En el ámbito, agropecuario, destacan la producción de orégano y aceituna, con una tendencia al desarrollo y a incorporar un valor agregado (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Tabla 16

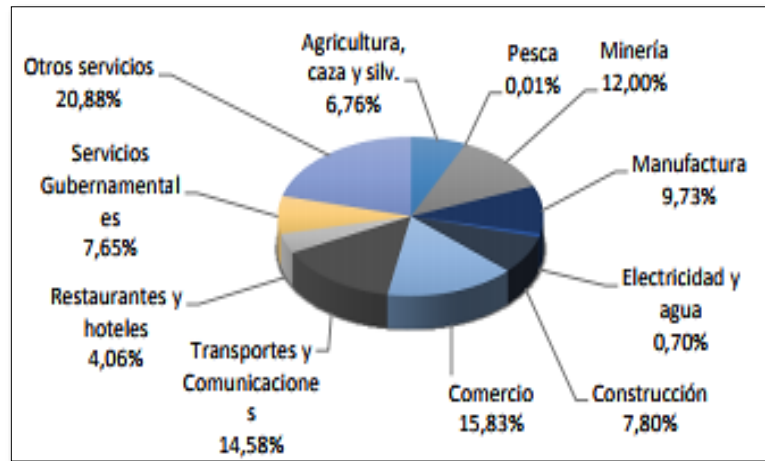
Crecimiento sectorial de Tacna (Variación % anual)

	TACNA					NACIONAL
	2004-04	2005-07	2008-10	2011	2002-11	
Pesca	30,3	-67,6	-44,3	111,0	-30,2	5,0
Minera	11,0	-4,2	-5,3	-8,2	-0,6	4,3
Manufactura	2,4	10,2	6,3	5,1	6,1	6,3
Construcción	1,7	15,9	3,3	3,6	6,5	9,8
Comercio	3,1	6,6	6,5	7,7	5,6	7,0
Transporte y Comunicaciones	5,0	9,5	6,0	6,3	6,8	7,9
Otros Servicios	4,5	6,0	7,0	5,4	5,8	6,3
Valor Agregado Bruto Tacna	5,5	4,7	4,1	4,1	4,7	
Valor Agregado Bruto Perú	4,6	7,9	6,3	6,8		6,3

Nota: (INEI, 1993 y 2007)

Figura 21

Estructura de la Producción

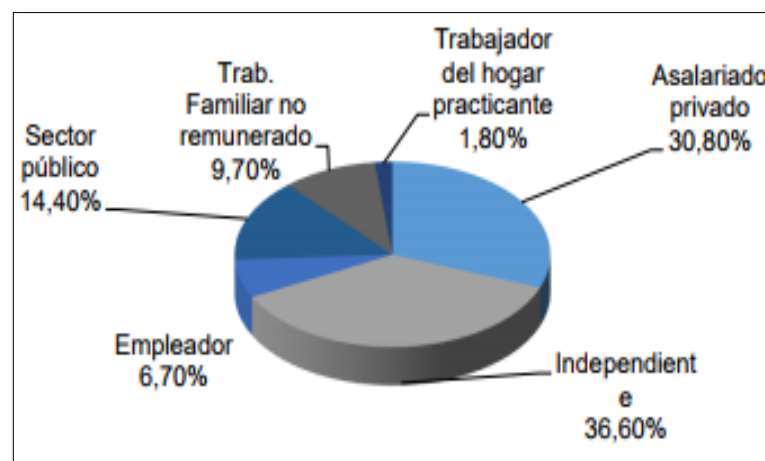


Nota: (INEI, 1993 y 2007)

El Ministerio de Trabajo reporta que el 2011, la PEA fue de 71,3%

Figura 22

Distribución de la PEA ocupada por categoría ocupacional



Nota: (Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023, 2015)

La PEA se incrementó a 195 723; (82,73 % del área urbana y 17,63 % del área rural). El trabajo se concentra en el sector servicios y comercio (68 %), aunque la industria extractiva implica un 16 % de la PEA.

3.4.3 Aspecto físico espacial

La estructura urbana, corresponde a 10 007,33, con usos de destinados a residencia, industria, comercio, agrícola, servicios públicos y zonas vacantes (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Tabla 17

Tacna: Uso de suelo en conglomerado

USO DE SUELO	AREA (HA)	PORCENTAJE
Residencial (R)	1 340,19	28.51 %
Comercial (C)	143,22	3.05 %
Servicios Públicos Complementarios	158,67	3.38 %
Usos Especiales (OU)	375,24	7.98 %
Zona de Recreación Pública (ZRP)	206,24	1.39 %
Suelo Vacante	720,35	15.33 %
Zona Agrícola (ZA)	382,83	8.14 %
Industrial (I)	49,79	1.06 %
Pre Urbano (PU)	0,23	0.00 %
Áreas Verdes Adicionales	1,34	0.03 %
TOTAL DE USOS	3 378,10	100.00%
TOTAL DE VIAS Y OTROS	1 322,40	28.13 %
TOTAL CONGLOMERADO URBANO	4 700,50	100.00 %

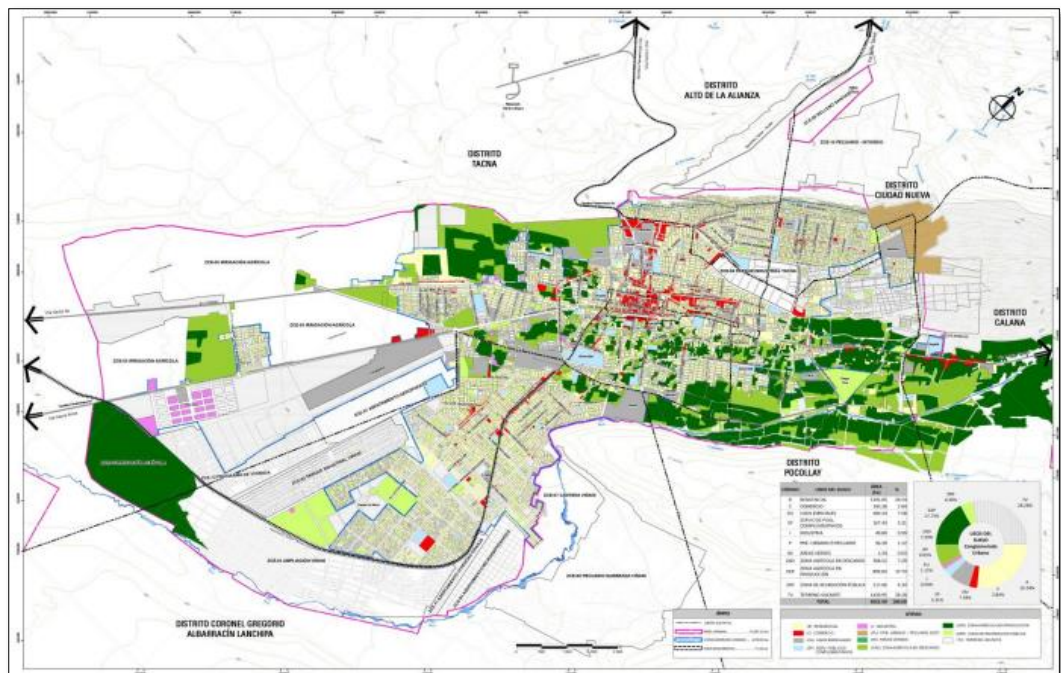
Nota: (Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023, 2015)

Expediente urbano

Altura de Edificación: la densidad de la ciudad es mayormente uniforme. No obstante, a través del tiempo, el desarrollo de Tacna fue paralelo al cauce del río Caplina, lo que ha cambiado en las dos últimas décadas. Los distritos de Ciudad Nueva, Alto de la Alianza y Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, se comportan como tensores urbanos, lo que ha determinado un cambio estructural de la urbe tradicional.

Figura 23

Expediente urbano de usos de suelo



Nota: (Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023, 2015)

Estas transformaciones, han determinado un crecimiento en dirección norte-sur. La densidad edilicia en Tacna, se caracteriza por elementos edificados de 1, 2 y 3 niveles (casi el 50 %) y el suelo vacante alcanza

aproximadamente una extensión de 720,35 hectáreas (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana 2010).

Tabla 18

Altura de edificación

NÚMERO DE NIVEL	(ha)	%
1 nivel	890,49	49,15
2 - 3	887,15	48,97
4 - 5	32,34	1,79
6	1,74	0,10
Total	1811,72	100,0

Nota: (Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023, 2015)

3.4.4 Aspecto Físico Biótico

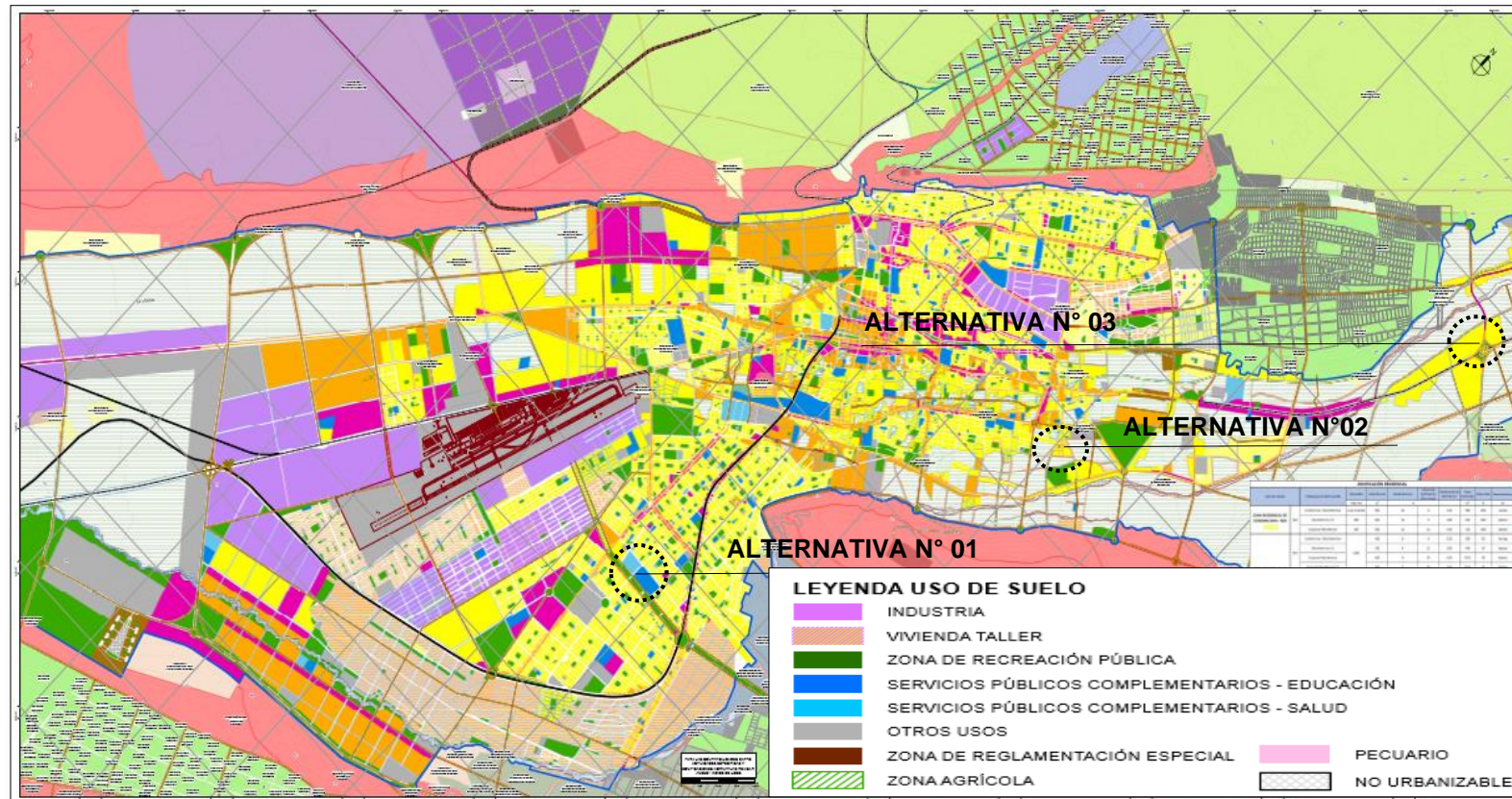
Tacna tiene un clima templado y las lluvias son escasas con una alta nubosidad, las estaciones son muy opuestas verano e invierno, siendo otoño y primavera estaciones intermedias, la temperatura máxima oscila entre los 27, 2° C en verano y una máxima de 9,5° C en invierno, se empkaza entre los 500 y 1000 m.s.n.m.

3.4.5 Terrenos Tentativos para la Propuesta

La selección del terreno está fundamentada en la base normativa sanitaria.

Figura 24:

Terrenos tentativos para la propuesta



Nota: (Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023, 2015)

3.4.6 Criterios a considerar

De acuerdo con el Artículo 11º.- Definición de Comunidad Terapéutica. “(...) Comunidad Terapéutica, a un centro de atención de salud para personas dependientes de sustancias psicoactivas.”

Edificación de salud, es todo establecimiento que permite el desarrollo de procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

Respecto al tipo de suelos para establecimientos de salud estos deben considerar suelos compactos de grano grueso, rocosos o secos, según Norma E-030.

Sobre la ubicación, es preferible terrenos planos, distantes de zonas susceptibles de erosión, sin fallas geológicas, hondonadas o con riesgo de ser pasible a inundaciones. Asimismo, se desestiman terrenos pantanosos, limosos, o que hayan sido lecho de ríos o que hayan sido usados para relleno sanitario, o con aguas subterráneas. Distanciados de ríos, océanos, o en altura, que permita eludir una posible inundación.

Para fines de disponibilidad de servicios básicos y funcionamiento de líneas vitales:

Contar con agua potable suficiente y adecuada, en forma permanente y con un reservorio de agua. Más aún si se trata de un hospital, en cuyo caso la reserva debe satisfacer aproximadamente 72 horas de demanda.

El servicio de desagüe, debe estar conectado a una red pública. Sin embargo, es posible que las aguas tratadas de establecimientos del primer nivel, se le puede dar un uso para el mantenimiento de áreas verdes, y los residuos seguir el procedimiento de tratamiento.

La infraestructura hospitalaria, debe contar con energía eléctrica o grupos electrógenos, aunque es preferible, contar con ambos. Se requiere atender la demanda de los servicios que se llaman críticos al 100%.

Comunicaciones y red telefónica. Los centros sanitarios, deben tener una comunicación alterna.

Residuos sólidos: es necesario un adecuado tratamiento hasta su disposición final.

Los sistemas de protección contra incendios (Norma A-130), se debe cumplir estrictamente, ya que es un requisito de seguridad imperativo. Igualmente, el drenaje de aguas pluviales, tanques de combustible por lo menos para 5 días de abasto. De igual manera, es necesario considerar sistemas de ventilación, calefacción y aire acondicionado, especialmente, para las áreas críticas hospitalarias. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Sobre la accesibilidad, el terreno debe ser accesible para la locomoción de peatones y vehículos, a fin de lograr una fluidez en el tránsito de público y pacientes. También, debe considerarse la presencia de ambulancias y presencia

de bomberos.

Es importante, evitar cierta proximidad a áreas industriales, crematorios, depósitos de agroquímicos, mercados, locales sociales, y todo lugar que puede tener un impacto negativo en el funcionamiento de la obra arquitectónica.

Asimismo, el diseño y la construcción de los establecimientos sanitarios, en general, tienen como referente obligado los estándares mínimos de seguridad, establecidos por el Ministerio de Salud (Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, 2012).

Referido a orientación y factores climáticos, se considerará las características climáticas y atmosféricas, a fin de dar un concepto al diseño arquitectónico, según las características naturales. Sin embargo, es necesario que goce de buena ventilación e iluminación.

En el diseño arquitectónico, deberá considerarse la ubicación de las zonas, previendo la contaminación, olores, humos u otros.

Disponibilidad del área del terreno:

La propuesta del diseño arquitectónico se elabora según los criterios de los reglamentos vigentes y urbanísticos y de edificación del gobierno local. En tal sentido, se requiere contar con certificado de los parámetros urbanísticos del gobierno local, y especificaciones establecidas de área techada no mayor del 30 % del área total. La diferencia, corresponde a áreas de jardines y seguridad (50

%) y para ampliaciones próximas (20 %).

Si hubiera construcciones circundantes, deberá considerar que a la distancia no sea menor a tres metros lineales respecto del establecimiento sanitario. Además, que la volumetría, no provoque conflictos con áreas circundantes. De otro lado, el retiro mínimo no podrá ser menor a 6 m lineales respecto de la vía principal o 3 m lineales de avenidas secundarias. No se consideran parqueos eventuales.

Cuadro de evaluación de terrenos:

Calificación. La valoración es según cada ítem, obteniéndose un puntaje según cumpla o no con las especificaciones.

Tabla 19

Calificación de premisas

Denominación	Calificación
Óptimo	5
Regular	3
Malo	1

Nota: Elaboración propia

La decisión deliberativa para escoger un lugar de emplazamiento depende el puntaje global que se obtenga, como único valor cuantitativo de características cualitativas evaluadas.

3.4.7 Evaluación de las alternativas

Alternativa N° 01:

Localizado en la junta de compradores Las Peñas, OU área libre S/N en el distrito de Pocollay de la provincia y región Tacna, el terreno cuenta con un perímetro de 419,19 ml que encierra una Área de 8 486,76 m².

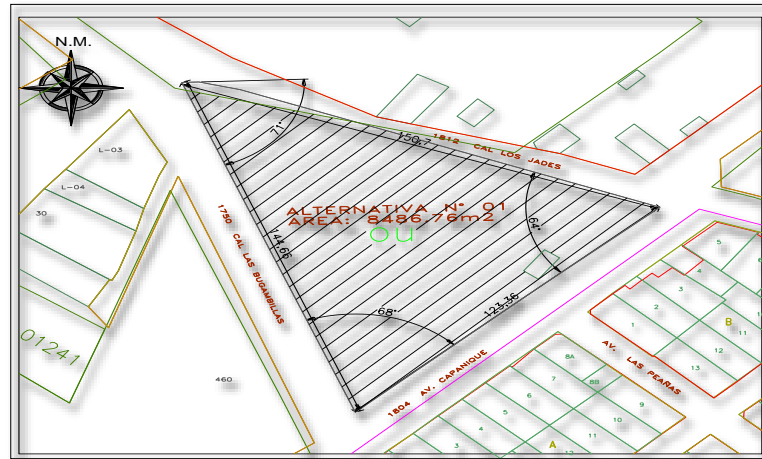
Localización estratégica, zona céntrica de los sectores de estudio.

Limites:

Hacia el norte	: En línea recta de 150.p07 ml. con calle los Jades
Hacia el sur	: Con avenida Capanique y calle las Bugarvillas
Hacia el este	: En línea recta de 144.66 ml. con calle las Bugarvillas
Hacia el oeste	: En línea recta de 123.36 ml. con av. Capanique
Zonificación	: Otros Usos
Pendiente	: Promedio 1%
Forma	: Triangular

Figura 25

Ubicación Alternativa 1 del Terreno



Nota: Elaboración propia

Alternativa N° 2:

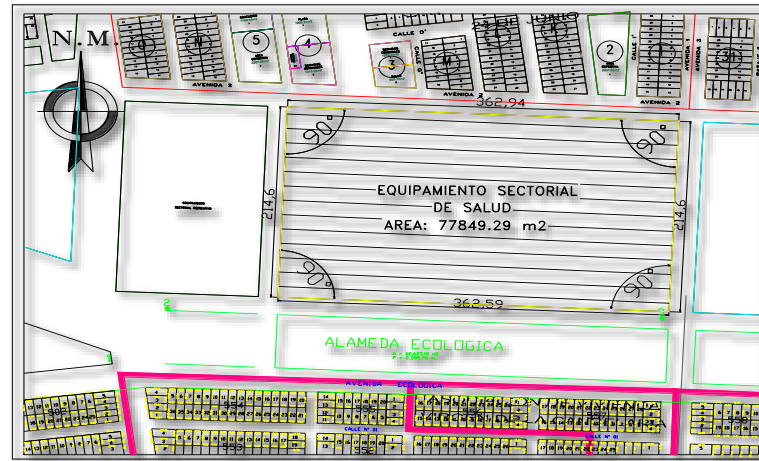
Localizado en el distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa Sector de Viñani entre la Avenida Perimetral y Alameda Ecológica, cuyo uso del terreno está destinado a Otros Usos (Salud), cuneta con un área de 77 801,08 m² y un perímetro de 1,154,33 ml.

Límites:

- Hacia el Norte : Con Avenida Perimetral en línea recta de 262.94 ml.
- Hacia el Sur : Con Avenida Ecológica en Línea recta de 362.54 ml.
- Hacia el Este : Con Calle S/N en línea recta de 215.60 ml.
- Hacia el Oeste : Con Avenida Los Molles en línea recta de 214.60 ml.
- Zonificación : Otros Usos (Salud)
- Pendiente : Promedio 1%
- Forma : Regular

Figura 26

Ubicación Alternativa 2 del terreno



Nota: Elaboración propia

Alternativa N° 3

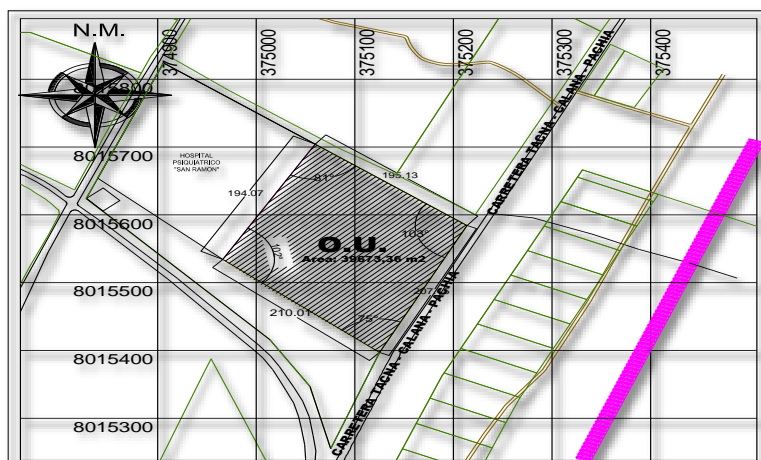
Localizada en la carretera Tacna- Calana – Pachia, distrito de Calana, el terreno está destinado a Otros Usos, tiene un área de 39 673,36 m2 y un perímetro de 806, 36 ml.

Límites:

- Hacia el Norte : Con propiedad privada en línea recta de 195.13 ml.
- Hacia el Sur : Con Av. General Varela en línea recta de 210.01 ml.
- Hacia el Este : Con propiedad Privad en línea recta de 194.14 ml.
- Hacia el Oeste : Con carretera a Pachía en línea recta de 207.15 ml.
- Zonificación : Otros usos
- Pendiente : 2%
- Forma : Regular

Figura 27

Ubicación de Alternativa 03 del terreno



Nota: Elaboración propia

3.4.8 Cuadro de evaluación de las alternativas de los terrenos

Tabla 20

Alternativas de terrenos

Nº	NORMAS TÉCNICAS	TERRENO Nº 01			TERRENO Nº 02			TERRENO Nº 03		
		B	R	M	B	R	M	B	R	M
1.0	Características									
2.0. Geología										
2.1.	Preferentemente plano.	5			5			5		
2.2.	Alejada de zonas susceptibles de erosión.	5			5			5		
2.3.	Ubicarse preferentemente en suelos rocosos o secos, compactos y de grano grueso.	5			5			5		
2.4.	Terrenos preferentemente rectangulares con lados regulares y delimitados por dos vías			1	5			5		
2.5.	Eludir terrenos que presentan probabilidad de inundación o que sean hondonadas	5			5			5		
2.6.	Que no sea terreno arenoso, pantanoso, limoso, que haya sido lecho o cause de río, relleno sanitario o residuos orgánicos.		3			3		5		
2.7.	Eludir terrenos con agua subterránea y estar libres de fallas geológicas.	5				3		5		
3.0. Imagen										
3.1.	Con atractivos visuales (áreas verdes y otros)		3				1	5		
4.0. Seguridad										
4.1.	Ubicado a una distancia suficiente para disminuir probabilidades riesgos, de fenómenos naturales de océanos, lagunas, ríos u otros.	5			5			5		
5.0. Factibilidad										
5.1.	Con desagüe conectado a una red pública.		3			3			3	
5.2.	Con energía eléctrica y/o grupos electrógenos.	5			5			5		
5.3.	Con comunicaciones y red telefónica.	5			5			5		
5.4.	Abastecimiento de agua potable adecuada en cantidad y calidad.	5			5			5		
5.5.	Con área libre adecuada para realizar ampliaciones en un tiempo futuro y actividades al aire libre.		3			5		5		
6.0. Accesibilidad										
6.1.	Deben ser accesibles en los tramos peatonales y vehiculares.	5			5			5		
7.0. Proximidad de equipamiento										
7.1.	Se evitará su proximidad a focos de contaminación ambiental		3			3		5		
7.2.	Se evitará su proximidad a grifos y depósitos a 50 m.		3			3		5		
TOTAL			69			71		81		

Nota: Elaboración propia

3.5. Análisis y Diagnóstico del lugar donde se desarrolló el Proyecto

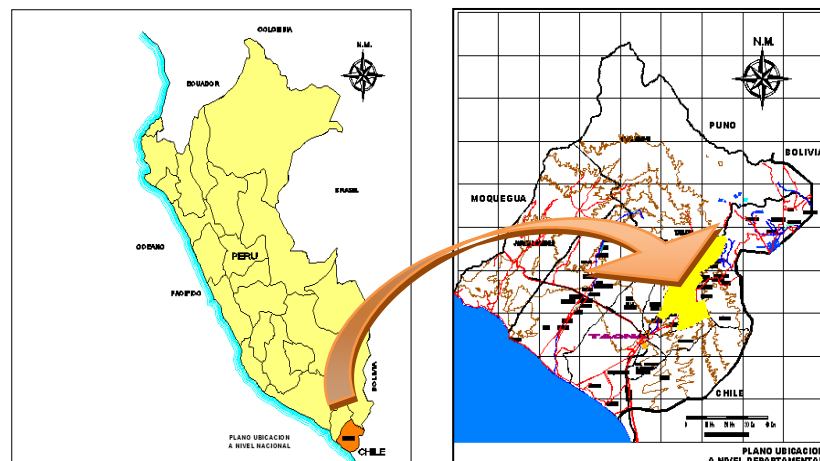
3.5.1 Aspecto físico espacial

Ubicación y localización

Calana es un distrito de la provincia y región Tacna. ubicado entre las coordenadas $71^{\circ} 22'39''$ y $71^{\circ}22'$ y de $17^{\circ} 38' 15''$ de Latitud Sur.

Figura 28

Ubicación nacional y provincial del terreno



Nota: Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI).

Delimitación política:

Tiene los siguientes límites: por el nor - oeste y norte, con el distrito de Ciudad Nueva y Pachía; por el este con Pachía; por el sur y suroeste con Pocollay.

Ubicación y localización del terreno:

El terreno se ubica en el sector IV del Pueblo Tradicional de Calana, en la carretera Tacna Calana y Pachia intersección con la Av. N° 01, distrito de Calana provincia y región de Tacna.

- Área del terreno : 39 673,36 m².
- Perímetro del terreno : 806,36 ml.

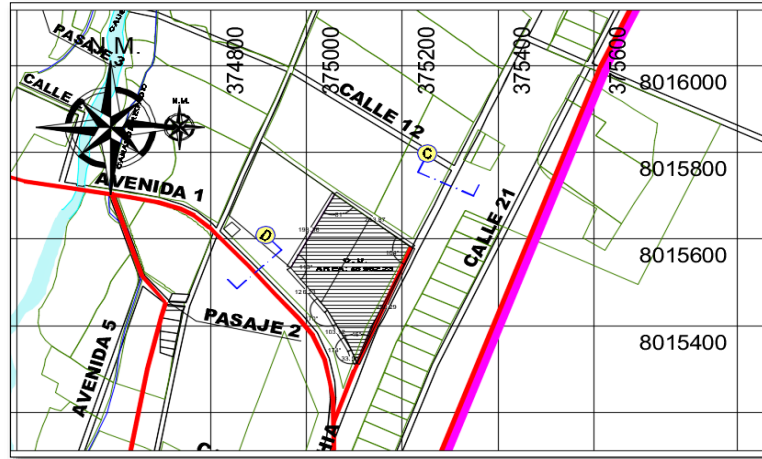
Delimitación:

El terreno tiene los siguientes límites:

- Hacia el Norte : 195,13 ml con propiedad privada.
- Hacia el Sur : 210,01 ml con la Avenida. N° 01.
- Hacia el Oeste : 207,15 ml con la carretera Tacna Calana y Pachia.
- Hacia el Este : 194,14 ml con propiedad privada.
- Zonificación : Otros usos (área libre)
- Pendiente : Suave con un promedio de 2 %.

Figura 29

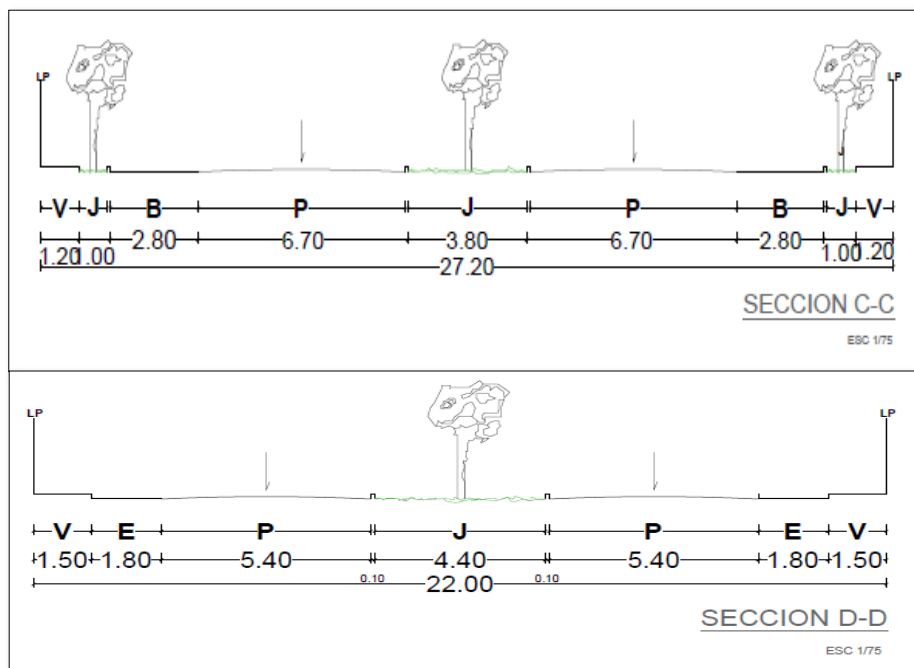
Ubicación del terreno



Fuente: Elaboración propia

Figura 30

Cortes de secciones C-C y D-D



Nota: Elaboracion propia

3.5.1.1 Topografía, la topografía del lugar es suave de norte a sur, pero tiene un corte debido a la presencia de la quebrada de Palca. Presenta cerros que tienen altitud de más de 2000 m. También exhibe restos de erosión y meteorización, especialmente de rocas de granodiorita, como resultado de terrazas fluviales y material de pie de monte. En cuanto a la topografía del terreno cuenta con una ligera pendiente de 2 % la cual viene de Norte a Sur

3.5.1.2 Estructura urbana (usos de suelo), en el área existe un predominio de uso de suelo residencial, y otras áreas para fines educativos, recreacionales, sanitarias y de servicios comerciales.

Calana se encuentra conformado por cuatro sectores las que se describen a continuación:

Tabla 21

Sectores del distrito de Calana

Nº	SECTOR	HA.	%
1	SI : Santa Rita	218,5	47,8
2	SII : Cerro Blanco	64,1	14,0
3	SIII : Piedra Blanca	107,8	23,6
4	SIV : Calana Pueblo Tradicional	66,6	14,6
TOTAL		456,99	100,00

Nota: Plan Urbano Calana

Existen diferentes tipos de usos de suelo en el distrito de Calana, siendo diferenciables el tipo agrícola, crianza de vacunos, ovinos, caballos, conejos, cuyes, pollos, patos, pavos entre otros), residencial, comercial, institucional, educación, salud recreación, industriales, locales, vías y otros.

3.5.2 Expediente urbano

Perfil urbano, el perfil urbano se presenta en proceso de consolidación.

Figura 31

Perfil urbano del distrito de Calana



Nota: Elaboración propia

Figura 32

Perfil urbano del terreno



Nota: Elaboración propia

Altura de edificación, En cuanto la altura de edificación en Calana predomina edificaciones de de uno a dos niveles e intermitente construcciones de tres niveles en algunos len la avenida principal de Calana, la altura promedio es de 2.60 y máxima de 7.80 m.

Figura 33

Altura de edificación de Calana



Nota: Elaboración propia

En el terreno en donde se desarrolla el proyecto no se distingue edificaciones ya que aun esta en proceso de consolidación, intermitentemente se aprecian construcciones provisionales.

Figura 34

Altura de edificación del terreno



Nota: Elaboración propia

Estado de edificación, en el terreno podemos observar que no encontramos edificaciones ya que se encuentra en proceso de consolidación pero encontramos algunos módulos con cerco perimterico aproximadamente cada 100 m, en estado precario.

Figura 35

Estado de conservación del terreno



Nota: Elaboración propia

En el distrito de Calana se puede observar el estado de conservación desde bueno, regular y malo, basado en la estimación de depreciación por el paso del tiempo y el grado de conservación, predomina en muros el ladrillo.

Figura 36

Estado de conservación de edificaciones en el distrito de Calana



Nota: Elaboración propia

Figura 37

Estado de conservación en el distrito de Calana



Nota: Elaboración propia

Material Predominante, en el lugar predominan las edificaciones en concreto armado con muros de ladrillo y otras edificaciones en adobe y quincha

Figura 38

Material predominante



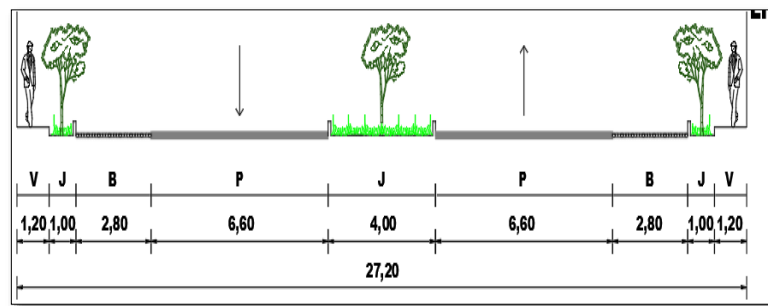
Nota: Elaboración propia

3.5.2 Viabilidad

Infraestructura vial, el sistema vial en Calana se organiza al rededor de la carretera Tacna, Pachía, esta vincula casi todos los sectores, mientras que el sector Cerro Blanco, tiene dos vías de articulación la Av. N° 06 y Av. Tarapacá.

Figura 39

Sección vial C-C: Tramo Tacna Calana av. Tarapacá



Nota: Elaboración propia

Transporte, el transporte urbano se concentra en el traslado de pasajeros dentro y entre los distritos, el servicio se da a través de tres rutas y cuatro empresas de servicio público, también se da el servicio de radio taxis, combis y minibuses.

Tabla 22

Rutas de transporte

N°	RUTA	NOMBRE E LA RUTA
1	12	Ruta 12
2	200	Empresa de Transportes 10 de febrero
3	30-A	Empresa de Transportes Pino e Inclán
4	Radio Taxis	El Patroncito y el Bosque

Nota: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

3.5.3 Infraestructura de servicios

Agua, la municipalidad del distrito tiene la responsabilidad de abastecer de agua a la población. La disponibilidad de volumen de agua en el distrito es escasa, por lo que es necesario racionalizarla. El agua proviene del río Caplina, la que se somete a tratamiento. Según la norma, el 95% de la población debe disponer de agua.

Desague, la disposición de residuos líquidos se realiza a través de redes en todos los sectores, en función a la topografía de la zona, aprovechando la gravedad del suelo.

Las aguas servidas, se disponen en los recolectores y conectadas a emisores, que en el caso de Calana, se ubica en la parte baja (zona tradicional), en los otros sectores se conectan en el trayecto de la carretera Tacna, Calana, Pachía. Existe deficiencias del servicio de alcantarillado, la que normativamente debe ser 80%, lo que requiere mayor atención. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Energía eléctrica, la administración, distribución y comercialización de la energía eléctrica, la realiza Electro Sur S.A. La población en un 80% cuenta con este servicio.

Figura 40

Servicios eléctricos



Nota: Elaboración propia

Los servicios telefónicos, está siendo administrada y suministrada por la empresa Telefónica del Perú S.A., la misma que viene mejorando el servicio domiciliario.

La limpieza pública, se desarrolla a través del barrido en plazas y avenidas del servicio publico, recolección de residuos domésticos, para lo cual la municipalidad dispone de un camión colector. El volumen promedio de residuos sólidos es de 3,5 toneladas (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Para favorecer la recolección de residuos sólidos, y realizar el control de la contaminación ambiental, el municipio distrital, ha dispuesto la instalación de basureros y/o cilindros ubicados en puntos críticos, especialmente, de mayor circulación (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

La disposición final de residuos se realiza en un botadero municipal y relleno sanitario. Según la norma, la limpieza pública debiera comprender al 100% de la población (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

3.5.4 Características físicas naturales

Fisiografía, las unidades morfológicas en Calana, tiene caracteres fisiográficos propios de la costa y de la yunga. Estas regiones altitudinalmente van entre los 500 y 1 000 m.s.n.m. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010). Colinas y Cerros: Estos relieves presentan una topografía variada de onduladas a empinado. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Clima, el clima tiene variaciones en horarios de día y noche según sea estación invernal o de verano. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010). Calana según su geografía, posee características peculiares de aridez intertropical, humedad de nivel moderado, pocas precipitaciones debido a fenómenos de inversión térmica y presencia de lloviznas y garúas finas, especialmente en junio y julio, causadas por las neblinas del litoral. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Temperatura, en el distrito, la temperatura promedio alcanza los 18,30°C, con una máxima de calor de 28,13°C en febrero. En la estación invernal, se registra temperaturas mínimas de hasta 10,13° C en julio. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Tabla 23*Información climatológica período: 2016 - 2017*

ESTACIÓN CALANA: TIPO CONVENCIONAL – METEOROLOGÍA

ESTACIONES / MES	TEMPERATURA MÁXIMA	TEMPERATURA MÍNIMA
VERANO 2016	27, 8° C	15, 0° C
OTOÑO 2017	27, 8° C	9, 0° C
INVIERNO 2017	27, 8° C	6, 0° C
PRIMAVERA 2017	27, 8° C	
VERANO 2017	27, 8° C	

Nota: Senamhi

Geología, las características geológicas en Calana tiene presencia de rocas intrusivas granodioríticas del terciario inferior. En la quebrada de Palca, se presenta el mayor afloramiento, con cantos rodados apreciables en la Pampa de San Francisco. Reporta una buena capacidad portante (resistencia entre 2,0 a 3,0 kg/cm) (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Geomorfología, en Calana las características geomorfológicas, se traducen en un sistema fluvial que comprende Tacna y Calana, en el que se alternan periodos de lluvia y días secos.

Tabla 24*Unidades geomorfológicas del distrito de Calana*

SISTEMA	UNIDAD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FLUVIAL	Río de lecho fluvial	1.1	Medio fluvial seco; presenta crecidas, flujos borrosos en periodo de lluvias, con elevado riesgo.
	Lecho de huayco	1.2	Flujos de huaycos, lechos secos, nivel de zona de riesgo. Lechos secos, con flujo de huaycos muy excepcionales, zona de riesgo.
	Terrazas aluviales	1.3	Llanuras aluviales formadas por acumulación y relleno de valles antiguos.
REPISA CONTINENTAL	Planicie	2.1	Pampas formadas por acumulación y relleno fluvial.
	Taludes	2.2	Taludes formados por acumulación y relleno fluvial.
MONTAÑOSO	Colinas bajas	3.1	Relieve colinoso derivado del desagüe hídrico en derrames volcánicos.
	Tierras de cultivo	4.1	Terrazas fluviales irrigadas.
ANTRÓPICO	Medio urbano	4.2	Medio urbano
	Medio agro-urbano	4.3	Áreas agrícolas en proceso de urbanización (huertas campestres).

Nota: Plan Director de Tacna

Primer Ciclo (de erosión), en la cual se produjo la erosión concentrada por los ríos Caplina, Uchusuma y la quebrada Viñani; que dio lugar a la formación del valle Caplina.

Segundo Ciclo (de colmatación). En la cual se produjo el relleno del fondo del valle Caplina y las quebradas afluentes; entre las cuales está todo el sector del Valle Viejo.

Tercer Ciclo (de acumulación). Ciclo un poco más lluvioso que el anterior, caracterizado por la ocurrencia de años muy lluviosos alternados con años secos, pero con lluvias más intensas. (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Cuarto Ciclo (de erosión). Corresponde al ciclo actual, durante un período climático seco con lluvias esporádicas. En este periodo se está produciendo el encajamiento de los lechos fluviales.

En Calana el lecho del río Caplina se aprecia claramente que en algunos casos bajaron huaycos, estos hechos se han dado esporádicos generalmente cuando se produce el fenómeno El Niño en épocas muy lluviosas.

Las transformaciones del sistema fluvial, la invasión del lecho fluvial han generado altos riesgos y vulnerabilidad en el distrito, ante posible ocurrencia de huaycos o avenidas.

Ecosistema, al noreste en el cerro Calana, se aprecia un ecosistema generado por tilancias. En Calana el clima es templado seco. En la estación de verano se presenta un asoleamiento de 12 a 13 horas diarias. El resto del año de 11 a 12 horas diarias de sol. La dirección de los vientos se caracteriza por ser de sur a sureste, con una velocidad aproximada de 7 a 29 km/h (Equipo Técnico Plan Urbano de Calana, 2010).

Recursos naturales de la flora y fauna, en los cerros de Calana predomina las tilancias, la fauna del desierto costero por lo general comprende a lagartijas, arañas y lechuzas de los arenales.

3.5.5 Aspectos tecnológicos constructivos

A. Materiales de construcción

Los diferentes materiales para uso en la construcción deben tener como característica común la durabilidad en relación al uso,

B. Tecnología constructiva

Los nuevos Sistemas Constructivos representan un aspecto muy importante en el desarrollo de futuras edificaciones en general, ya que en su mayoría implican menos peso en la edificación, mayor rapidez constructiva, menos costo y mayor calidad y sobre todo un compromiso sostenible de los recursos, es así que se consideran nuevas alternativas más eficientes y que generen menos impactos negativos.

CAPÍTULO IV:

MARCO NORMATIVO

4.1. Antecedentes Normativos

4.1.1 Normatividad Inherente al Tema

Sobre las disposiciones legales para la salud mental, tomamos auge a partir del año 2011, principalmente sobre drogodependencia a psicoactivos. Según la Constitución Política del Perú y los tratados internacionales de los que el Estado es parte, se dispondrá la atención de las condiciones de vida atendiendo a la dignidad humana. En este sentido, se considera las siguientes:

Base legal:

- Constitución Política del Perú (Capítulo I).
- Reglamento de Ley N° 29765, sobre la regulación de establecimientos y ejercicio de los Centros de Atención para dependientes y comunidades terapéuticas, considerando sobre todo la estructura organizacional básica, consejería para personas con dependencia a sustancias psicoactivas, de la admisión de internamiento, de las altas y egresos, responsabilidades y prohibiciones de las comunidades terapéuticas, del local e instalaciones. (Centro de Estudios Constitucionales, 2015).
- Ley 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842.
"Artículo 11°. Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. (Peruano, 2012).
- Ley N° 26842; Ley General de Salud

- Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto supremo N° 014-2002-SA. Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- Reglamento Nacional de Edificaciones.
 Condiciones Generales de Diseño (Norma A-10)
 Salud (Norma A-50)
 Oficinas (Norma A-80)
 Recreación y Deportes (Norma A-100)
 Accesibilidad para Personas Discapacitadas (Norma A-120).
 Requisitos de Seguridad (Norma A-130). (Ttito, 2016).
- Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud, aprobados por Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM.
- Resolución Ministerial N° 769-2004-SA/DM. Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 335-2005/MINSA. Estándares Mínimos de Seguridad para la Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación y Mitigación de Riesgo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.

CAPÍTULO V:

PROPUESTA

5.1 Consideraciones para la propuesta

5.1.1 Condicionantes

El terreno es de forma regular con ligera pendiente que va de norte a sur apto para la construcción.

La accesibilidad se dará por la carretera Tacna -Calana – Pachía la que es considerada como vía e integración con la Paz Bolivia.

Las mejores visuales hacia el proyecto es la que presenta la carretera Tacna -Calana – Pachía.

La Avenida N° 1 se constituye como una visula secundaria

La ubicación del terreno en zona de baja vulnerabilidad nos permittira una edificación apta pa la construcción

La disponibilidad de servicios de agua, desgue y energía por la Avenida 1° nos condiciona su acometidas y descargas..

5.1.2 Determinantes

Las determinantes para el diseño del centro de rehabilitación están referidas a la normativa sobre centros de salud, así como al Reglamento Nacional de Edificaciones.

Deben contar con iluminación y ventilación natural y artificial, así como sistemas de detección y extinción de incendios.

La capacidad de las instalaciones se determinarán en base a las personas que hagan uso de este servicio.

Deben contar con accesos para discapacitados, los anchos de los pasajes dependerán de la longitud del pasaje, contarán con servicios higiénicos para empleados, público y discapacitados.

Deberán tener estacionamientos sobre el predio en que se edifican, se debe integrar la propuesta y el entorno circundante con el uso de áreas verdes en espacios interiores e ingreso principal.

5.1.3 Criterios de diseño

Los criterios de diseño se basan en la identificación de las características de los usuarios, actividades, necesidades y aspectos funcionales necesarios de espacio y circulación. Sanoff (2016).

Asimismo, se considera el contexto natural del lugar, las superficies, el tipo de acabados idóneos, la flexibilidad del diseño y la seguridad. En suma, los criterios se basan en el objeto de diseño que se propone, las opciones que brinda el programa para cada objeto y la opción se determina en términos de costo y beneficio, además de la rentabilidad, para fines de requerimiento de espacios.

La ubicación del proyecto debe comprender la cercanía con la población afectada o aérea de influencia.

La disponibilidad de área de terreno, debe considerar la disponibilidad para desarrollar todas las zonas y ambientes que incluya el proyecto, además de las áreas de estacionamiento y el diseño de áreas exteriores. El terreno seleccionado tiene un área de 4 538,28 m², cuenta con espacios suficientes para desarrollar todas los ambientes que componen el anteproyecto.

Las accesibilidad refiere a todas las calles o medios de circulación que se utilizan para llegar al terreno desde distintos puntos de la ciudad, lo cual va a depender en gran medida de la ubicación del terreno y de cómo se encuentren estructuradas las vías en la zona, para el caso el terreno cuenta con acceso vehicular y peatonal, y respecto al transporte urbano esta se da a través del transporte público y privado.

Calidad del ambiente, refiere a características que se derivan de cada lugar y que afectan de gran manera el desarrollo y resultado de un proyecto. Algunos de estos factores son la contaminación ambiental y la polución existente en el área, contaminación auditiva como el ruido que se produce en el lugar debido al tránsito u otras fuentes de ruido,el tratamiento con vegetación y áreas verdes contribuirán a mejorar la calidad del lugar.

Las condiciones ambientales del entorno serán controladas de manera natural y artificial.

Otro criterio esta referido a las condiciones del entorno urbano que tiene que ver con el uso del suelo, flujo peatonal, flujo vehicular, principales calles y avenidas, sistema de vías, el uso que se le dará es de carácter social y de salud.

La tecnología y los materiales constructivos es otro criterio considerado en el diseño.

5.1.4 Premisas de diseño

- **Funcionales**, los ambientes internos deberán ser dimensionados de forma adecuada para que el usuario tenga un mejor confort. Se deberá respetar los estándares de diseño y las normativas que regirán este proyecto.

Se considera la necesidad de un ingreso peatonal fluido, de fácil ubicación mediante áreas o plazas de circulación inmediatas a la zona de ingreso principal. Si el recorrido del peatón es largo deberá crearse áreas de descanso y distracción.

El área de emergencia se ubicará en la parte principal del edificio para facilitar el acceso.

Las diferentes áreas deberán estar conectadas por medio de plazas y caminerías.

Las áreas de servicio deberán tener un acceso independiente, e
manera discreta.

La administración deberá estar cerca al ingreso principal y el área de
emergencia.

Las áreas para estacionamiento deberán estar diferenciadas y
distribuidas para administración, seguridad y servicio público.

El ingreso principal deberá ser por medio de plazas que conecten con
las diversas edificaciones. (Guerro Rojas).

- **Formales**, el aspecto formal se basara en una geometría simple,
utilizando principios ordenadores de diseño como teoría de la forma.

Se considera la creación de barreras naturales circundantes al objeto
arquitectónico, a fin de menguar ruidos, mejorar la vista del paisaje y
minimizar los diferentes tipos de contaminación ya sea visual, o
aquellos generados por elementos extraños.

Debido a que en el terreno no existe vegetación, se plantarán arboles
y arbustos creando áreas verdes que contribuirán con el incremento de
áreas verdes, estas plantaciones evitarn la erosión del suelo y obtener
un mejor confort climático.

Los árboles, arbustos y flores que se siembren cerca al edificio tendrán como objetivo brindar sombra y mantener fresco el interior de los ambientes.

La fachada principal de se localizara de Norte-Sur y así aprovechar la ventilación cruzada y evitar la incidencia solar en la mayor parte posible.

Se utilizará una planta de tratamiento para desechos para evacuar el agua tratada. (Navichoque Carranza, 2012) pp. 52-53-54-55).

- **Ambientales**, los aspectos ambientales resultan necesarios para la previsión del confort, seguridad y condiciones salubres. La arbolización permitirá controlar los vientos.

La orientación de la edificación hacia el norte permitira controlar el asoleamiento y los vientos predominantes en la zona.

- **Tecnológicas**, el edificio deberá contar con la tecnología necesaria para que los usuarios puedan desarrollar de manera adecuada las actividades propias del centro de rehabilitación.

Debe incluir un sistema circuito cerrado de voz y datos con protección a las ventanas de los edificios con parteluces, formas entrantes y salientes o voladizos.

Se utilizará un sistema subterráneo de sistema eléctrico para el cableado de calles y de conjunto, para evitar la contaminación visual (Navichoque Carranza, 2012) pp. 52-53-54-55).

- **Constructivas**, esta debe ser adecuada a los sistemas utilizados en la región sin limitar la creatividad. También debe de considerarse el factor costo / tiempo.

Cimientos: Es recomendable utilizar el sistema de cimentación: Zapata, vigas de cimentación, cimientos corridos de concreto reforzado.

Muros. Es recomendable utilizar materiales de la región por lo cual se utilizarán tabiques de ladrillo para interiores y exteriores, a su vez se usará drywall para divisiones interiores según se requiera.

Cubiertas. Estas deberán tener aberturas en la parte superior para evacuar el aire caliente. También se usará losa aligerada en su mayoría de ambientes.

5.2 PROGRAMACIÓN

5.2.1 Programación cualitativa

Tabla 25

Programacion cualitativa

ZONA	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	ÁREA TOTAL (m3)
PÚBLICA	Estacionamiento público	Estacionar	Vehículos	624,00
	Estacionamiento administrativo y personal	Estacionar	Vehículos	208,00
	Estacionamiento ambulancia	Estacionar	Ambulancia	52,00
	Garita + ½ baño	Controlar, miccionar, Lavarse y defecar	Silla y mesón	5,20
			SUB TOTAL	889,20
DESCANSO	Dormitorio de personal técnico	Dormir	Camas y roperos	12,00
	Dormitorio para paciente	Descansar y reposar	Camas y roperos	468,00
	Sala estar	Conversar y leer	Sofás, mesón y televisión	83,20
	Servicios higiénicos	Miccionar, defecar y bañarse	Inodoro, lavamanos, urinario y ducha	93,60
	Salón de usos múltiples	Reuniones y eventos y otras actividades	Mesas, sillas, separadores, proyector y otros	74,00
	Patio de formación	Formación, ejercicios, diarios	-	250,00
	Control	Cuidar, vigilancia	Armario y silla	7,80
	Jardinería, sala de visitas y servicios generales	desestresarse	Arborización y plantas	-
			SUB TOTAL	988,60
COCINA	Nutricionista	Mejorar la alimentación	Silla, mesa, escritorio y balanza	14,30
	Oficina de chef	Dirigir la preparación de alimentos	Silla escritorio	14,30
	Cuarto frio de verduras	Refrigerar	Estantes	13,00
	Cuarto frio de carnes	Refrigerar	Estantes	13,00
	Área de lavado	Lavar	Lavaplatos	13,00
	Área de trabajo	Laborar	Mesón	13,00
	Dispensa	Guardar	Estantes	15,60
	Comedor	Desayunar, comer y cenar	Mesas y sillas	156,00
Área de basura	Acumular	Tachos de basura	7,80	

Nota: Elaboracion propia

Tabla 26

Programacion cualitativa

ZONA	ACTIVIDAD FUNCIONAL	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	ÁREA TOTAL (m3)
COCINA	Servicios higiénicos	Lavarse y miccionar	Inodoro, urinario y lavamanos	13,00
	Vestidores	Cambiarse	Bancas y estantes	13,65
	Cocina	preparar	Cocina, frigider y reposteros	26,00
			SUB TOTAL	312,65
SERVICIOS GENERALES	Lavandería	Lavar	Lavadora	26,00
	Planchado	Ordenar	Mesa de planchado	26,00
	Secado	Extender	Tendedero	130,00
	Almacén general	Guardar	Estantes	50,00
	Deposito	Guardar	Armarios	31,20
	Servicios higiénicos	Lavarse, miccionar y defecar	Urinario, lavamanos e inodoro	3,12
			SUB TOTAL	266,32
CAPACITACION Y OCUPACIONES	Carpintería	Aprender	Maquinarias	97,50
	Computación	laborar	Computadora	39,00
	Soldadura	Aprender	Equipo de soldadura	97,50
	Manualidades	Aprender	Lanas, sillas	97,50
	Serigrafia	Aprender	Mesas y sillas	65,00
	Dibujo y pintura	Aprender	Mesa de pintura	65,00
	Biblioteca	Buscar información	Estantes, sillas, mesa y libros	130,00
	Aula de capacitación	Capacitarse	Sillas y mesas	58,50
	Servicios higiénicos	Lavarse, defecar y miccionar	Inodoro, urinario y lavamanos	13,00
	Servicios higiénicos para discapacitados	Lavarse, defecar y miccionar	Inodoro, urinario y lavamanos	2,93
			SUB TOTAL	665,93
REHABILITACION FISICA Y RECREATIVA	Duchas	Bañarse	-	19,50
	Vestidores	Cambiarse	Bancas	19,50
	Servicios higiénicos	Lavarse y miccionar	Inodoro, urinario y lavamanos	15,60
	Servicios higiénicos para discapacitados	Lavarse, miccionar y defecar		2,93
	Gimnasio	ejercicios	Maquinas	156,00
	Área de visitas	esperar	Sillones	45,50
	Hall	Esperar	Sillones	13,00
	Losas deportivas	Jugar	Bancas	436,80
	Pérgolas	Recrear	Bancas	19,50
			SUB TOTAL	728,33

Nota: Elaboracion propia

Tabla 27

Programacion cualitativa

ZONA	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	ÁREA TOTAL (m3)	
CONSULTORIO EXTERNO	Consultorio de medicina general	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Escritorio, computadora y archivo	19,41	
	Consultorio de psicología	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Escritorio, computadora y archivo	19,41	
	Consultorio de psiquiatría	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Escritorio, computadora y archivo	19,41	
	Consultorio de terapia grupal	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Escritorio, computadora y archivo	58,23	
	Sala de tratamiento con laser	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Camilla, silla y equipo de rayo laser	19,41	
	Consultorio de odontología	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Equipo odontológico	19,41	
	Sala de terapias grupales	Diagnosticar, informar, analizar e informar	Proyector, sillas y laptop	52,52	
	Sala de espera e informes	Esperar e informar	Sillones y televisión	50,96	
	Admisión y citas	Atender y verificar	Sillón, mesa, silla y estante	22,83	
	Caja	Cobrar	Silla, mesón mesa, y otros	9,36	
	Servicio social	Asegurar	Silla, escritorio, impresora y laptop	19,41	
	Farmacia	Vender	Estante, sillas y computadora	29,95	
	Toma de muestra	analizar	Almacén de muestras	8,92	
	Triaje	Atender	Mesa, silla y balanza	19,41	
	Servicios higiénicos V y M	Lavarse, miccionar y defecar	Inodoro, urinario y lavamanos	8,74	
	Servicios higiénicos públicos	Lavarse, miccionar y defecar	lavamanos	17,47	
	Cuarto de limpieza	Guardar objetos de limpieza	Aspiradora, escoba y recogedor	9,10	
	Almacén de residuos solidos	Eliminación de material inservible	Tachos de basura	10,40	
				SUB TOTAL	441,34

Nota: Elaboracion propia

Tabla 28

Programacion cualitativa

ZONA	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	ÁREA TOTAL (m3)
ZONA DE EMERGENCIA	Tópico de urgencias y emergencia	Atención del paciente y preparar	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	25,53
	Tópico de procedimientos de enfermería	Atención del paciente y preparar	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	22,78
	Sala de observación de emergencia incluye servicios higiénicos	Atención del paciente y preparar	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	28,16
	Consultorio de emergencia	Atención del paciente y preparar	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	19,41
	Sala de espera	Esperar	Televisión y sillones	41,60
	Servicios higiénicos de personal	Lavarse, miccionar y defecar	Inodoro, urinario y lavamanos	8,74
	Desintoxicación	Atención del paciente y preparar	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	28,16
	Cuarto de limpieza	Guardar objetos de limpieza	Aspiradora escoba y recogedor	9,10
	Residencia médica, incluye sshh y cocina	Dormir, comer y necesidades fisiológicas	Cama, sillón, ropero, inodoro, lavamanos, ducha, cocina, frigider, mesa y sillas	78,00
	Servicios higiénicos públicos para damas	Lavarse, miccionar y defecar	Inodoro y lavamanos	4,37
	Servicios higiénicos públicos para varones	Lavarse, miccionar y defecar	Inodoro, urinario y lavamanos	4,37
			SUB TOTAL	270,21

Nota: Elaboracion propia

Tabla 29

Programacion cualitativa

ZONA	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	ÁREA TOTAL (m3)	
ZONA ADMINISTRATIVA	Sala de espera	Esperar y orientar	Televisión y sillones	41,60	
	Informes	Preguntar y orientación	Silla, mesón, y escritorio	4,68	
	Jefatura o dirección	Informar, laborar, reunirse, compartir y dialogar	Silla, mesón, taburete y escritorio	26,00	
	Secretaria	Informar, laborar, reunirse, compartir y dialogar	Silla, mesón, taburete y escritorio	11,70	
	Oficina de medico	Informar, laborar, reunirse, compartir y dialogar	Escritorio, sillas, computadora y archivero	13,00	
	Sala de reuniones	Informar, laborar, reunirse, compartir y dialogar	Proyector, Ecran, sillas, mesa y pizarra	39,00	
	Pool administrativo	Atención, informar, y organizar	Escritorio, sillas, computadora y archivero	26,00	
	RR HH, logística y economía	Atención, informar, y organizar	Escritorio, sillas, computadora y archivero	78,00	
	Oficina de seguros	Atención, informar, y organizar	Escritorio, sillas, computadora y archivero	13,00	
	Apoyo administrativo	Atención, informar, y organizar	Escritorio, sillas, computadora y archivero	13,00	
	Archivo	Ordenar y guardar	Estantes	13,00	
	Sala de fotocopiado	fotocopiar	Mesa, silla y fotocopiadora	10,40	
	Cuarto de control	Vigilar, controlar y verificar	Silla, mesa, computadora	10,40	
	Servicios higiénicos para damas y varones	Lavarse, miccionar y defecar	Inodoro, urinario y lavamanos	6,24	
	Cuarto de limpieza	Guardado	Escoba y recogedor	10,40	
	Espacio temporal de residuos solidos	Eliminación de material inservible	Tacho de basura	10,40	
				SUB TOTAL	326,82
				TOTAL	4 862,38

Nota: Elaboracion propia

5.2.2 Programación cuantitativa

Tabla 30

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
PÚBLICA		Estacionamiento público	Estacionar	Vehículo	1	DE SALUD (PRIMER NIVEL DE ATENCION)	30	16,00	480,00	144,00	624,00
		Estacionamiento administrativo y personal	Estacionar	Vehículo	20		10	16,00	160,00	48,00	208,00
		Estacionamiento de ambulancia	Estacionar	Vehículo	2		2	20,00	40,00	12,00	52,00
		Garita + ½ baño	Controlar necesidades fisiológicas	Silla, inodoro y lavamano	1		1	4,00	4,00	1,20	5,20
									SUB TOTAL	889,20	
DESCANSO		Dormitorio de personal técnico	Dormir, descansar y reposar	Camas y roperos	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE	1	9,23	9,23	2,77	12,00
		Dormitorio para pacientes	Dormir, descansar y reposar	Camas y roperos	80		60	6,00	360,00	108,00	468,00
		Sala – estar	Mirar y dialogar	Televisión sillones y	1		80	0,80	64,00	19,20	83,20
		Servicios higiénicos	Necesidades fisiológicas	Inodoro, lavamanos	20		1	3,60	3,60	1,08	93,60

Nota: Elaboracion propia

Tabla 31

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	AREA TOTAL (M2)
DESCANSO		Sala de usos múltiples	Diferentes actividades	Sillas proyector y mesa	1		48	-	-	-	74,00
		Patio de formación	Ejercicios y formación		1		50	-	-	-	250,00
		Control	Cuidar	Silla	1		1	6,00	6,00	1,80	7,80
		Jardinería	desestresarse	Plantas	glb		-	-	-	-	-
SUB TOTAL									998,60		
COCINA		Nutricionista	Mejorar la alimentación, pesar los alimentos	Silla, escritorio y balanza	1		1,00	11,00	11,00	3,30	14,30
		Oficina de chef	Estacionar	Vehículo	20		10	16,00	160,00	48,00	208,00
		Cuarto frio de vegetales	Estacionar	Vehículo	2		2	20,00	40,00	12,00	52,00
		Cuarto frio de carnes	Controlar necesidades fisiológicas	Silla, inodoro y lavamanos	1		1	4,00	4,00	1,20	5,20
		Área para lavado	Lavar	Lavaplatos	1		1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Área de trabajo	Laborar	Mesón	1		1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Despensa	Guardar	Estantes	1		1	12,00	12,00	3,60	15,60
		Comedor	Comer	Mesas y sillas	1		80,00	1,50	120,00	36,00	156,00

REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES,
 NORMA TECNICA DE SALUD

* INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE

Nota: Elaboracion propia

Tabla 32: Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
COCINA		Área de basura	Acumular desperdicio	Tachos de basura	1		1	6,00	6,00	1,80	7.80
		Servicios higiénicos	Necesidades fisiológicas	Inodoro, lavamanos y urinario	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES,	2	5,00	10,00	3,00	13,00
		Vestidores	Cambiar guardarropa	Bancas	2		3	3,50	10,50	3,15	13,65
		Cocina	Preparar, cocinar	cocinar	1		2	10,00	20,00	6,00	26,00
								SUB TOTAL		312,65	
SERVICIOS GENERALES		Lavandería	Lavar, tender la ropa	Lavadora, lavatorios y Mesón	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE	2	10,00	20,00	6,00	28,00
		Planchado	Planchar ordenar y doblar la ropa	Mesa de planchado y mesa	20		2	10,00	20,00	6,00	28,00
		Secado	Tender y recoger la ropa secada	Tendedero	2		1	100,00	100,00	30,00	130,00
		Almacén general	Guardar material de no perecible	Estantes, mesa, silla y computadora	1		1	-	-	-	50,00
		Depósito	Guardar	Lavaplatos	1		2	12,00	24,00	7,20	31,20
		Servicios higiénicos	Necesidades fisiológicas y ducharse	Urinario, lavamanos, Inodoro	1		1	2,40	2,40	0,72	3,12

Nota: Elaboracion propia

Tabla 33

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
								SUB TOTAL	266,32		
CAPACITACION OCUPACIONAL - TALLERES		Carpintería	Aprender a manejar los equipos	Cortadora circular	1		15	5,00	75,00	22,50	97,50
		Computación	Escribir y leer	Mesa para computadora y silla	1		15	2,00	30,00	9,00	39,00
		Soldadura	Aprender a manejar los equipos	Equipos de soldadura	1		15	5,00	75,00	22,50	97,50
		Manualidades	Aprender a manejar instrumentos a utilizar	Sillas y mesas	1		15	5,00	75,00	22,50	97,50
		Serigrafía	Aprender a manejar instrumentos a utilizar	Mesa y silla	1		10	5,00	50,00	15,00	65,00
		Dibujo y pintura	Aprender	Tablero para pintar	1		10	5,00	50,00	15,00	65,00
		Biblioteca	Buscar información	Estantes m, mesas y sillas	1		20	5,00	100	30,00	130,00
		Aula de capacitación	Capacitarse	Sillas y mesas	1		30	1,50	45,00	13,50	58,50

REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION "

Nota: Elaboración propia

Tabla 34

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
CAP ACIT ACI		Servicios higiénicos incl. discapacitados	Necesidades fisiologías y ducharse	Urinario, lavamanos, e Inodoro	1		2	7,25	12,25	3,68	15,93
									SUB TOTAL	665,93	
REHABILITACIÓN FÍSICA Y RECREATIVA		Duchas	Bañarse	Área de duchas y vestidores	1		10	1,50	15,00	4,50	19,50
		Vestidores	Cambiarse	Bancas y guardarropa	1		10	1,50	15,00	4,50	19,50
		Servicios higiénicos	Necesidades fisiológicas del ser humano	Urinario, lavamanos y Inodoro	1		2	6,00	12,00	3,60	15,60
		Servicios higiénicos para discapacitados	Necesidades fisiológicas del ser humano	Urinario, lavamanos y Inodoro	1		1	2,25	2,25	0,68	2,93
		Gimnasio	Ejercicios, correr, saltar, moverse entre otros	Equipos de pesas (bicicleta, correr, pesas y hombros entre otros)	1		30	4,00	12,00	36,00	156,00
		Área de visitas	Esperar y conversar	Sillones y mesa de centro	1		10	3,50	35,00	10,50	45,50

REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES. NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL

Nota: Elaboracion propia

Tabla 35

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
REABILITACION FÍSICA Y RECREATIVA		Hall	Esperar	Sillones	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES,	1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Losa deportiva	Jugar futsal	Arcos, pelotas y bancas	1		12	28,00	336,00	100,80	436,80
		Pérgolas	Desestresarse y recrear	Bancas y cobertura de la pérgola	1		10	1,50	15,00	4,50	19,50
SUB TOTAL									728,33		
CONSULTORIO EXTERNO - AMBIENTES PRESTACIONALES		Consultorio de medicina general	Diagnosticar, revisión y análisis	Escritorio, sillas, mesa de instrumentos, camilla, y biombo	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y	1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Consultorio de psicología	Diagnosticar, revisión y análisis	Escritorio, sillas, camilla y biombo	1		1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Consultorio psiquiatría	Diagnosticar, revisión y análisis	Escritorio, sillas, camilla y biombo	1		1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Consultorio de terapia grupal	Diagnosticar, revisión y análisis	Escritorio, sillas, camilla y biombo	3		1	14,93	14,93	4,48	19,41

Nota: Elaboracion propia

Tabla 36

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
CONSULTORIO EXTERNO - AMBIENTES PRESTACIONALES		Sala de tratamiento con laser	Curación	Escritorio, silla, biombo y equipo laser	1		3	14,93	44,79	13,44	58,23
		Consultorio de odontología	Diagnosticar, revisión y análisis	Escritorio, sillas, equipo odontológico y biombo	1		1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Sala de terapias grupales	Diagnosticar, revisión y análisis	Sillas, ecran, proyector y escritorio	1		20	1,01	20,20	6,08	52,52
		Sala de espera e informes	Esperar, orientarse e informar	Mesón, sillas, televisión y floreros	1		40	0,80	32,00	9,60	50,96
APOYO CLINICO - AMBIENTES		Admisión y citas	Atender citas	Silla, estante, escritorio	1		1	17,58	17,58	5,27	22,83
		Caja	Atención al cliente	Silla y mesón de atención	1		1	7,20	7,20	2,18	9,36
		Servicio social	Apoyo al paciente	Silla, escritorio y estantes	1		1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Farmacia	Venta de medicamentos	Estantes, mesa, sillas y escalera de tres peldaños	1		1	23,04	23,04	6,91	29,95

REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TÉCNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN "

Nota: Elaboracion propia

Tabla 37

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
APOYO CLINICO-AMBIENTES		Toma de muestra	Análisis	Silla, mesa y depósito de muestra	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE SALUD * INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE	1	6,86	6,86	2,06	8,92
		Triaje	Atención al paciente	Biombo, silla escritorio, y balanza	2		1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Servicios higiénicos para Pers. de servicio	Necesidades fisiológicas	Urinario, lavamanos y Inodoro	2		2	3,36	6,72	2,02	8,74
		Servicios higiénicos públicos	Necesidades fisiológicas	Urinario, lavamanos y Inodoro	1		4	3,36	13,44	4,03	17,47
		Cuarto de limpieza	Guardar	Escoba y recogedor	1		1	7,00	7,00	2,10	9,10
		Almacén de residuos solidos	Eliminación de desecho	Tacho de basura	1		1	8,00	8,00	2,40	10,40
SUB TOTAL										414,34	
EMERGENCIAS		Tópico de urgencia y emergencia	Atención al paciente	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES	1	19,64	19,64	5,89	25,53

Nota: Elaboracion propia

Tabla 38

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
EMERGENCIAS		Tópico de procedimientos de enfermería	Atención al paciente	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENSION "	1	17,52	17,52	5,28	22,72
		Sala de observación emergencia + servicios higiénicos	Atención al paciente	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	1		1	21,68	21,66	6,50	28,16
		Consultorio de emergencia	Atención al paciente	Silla, escritorio, camilla, mesa de curaciones y biombo	1		1	14,93	14,93	4,48	19,41
		Sala de espera	Esperar	Televisión y sillones	1		40	0,80	32,00	9,60	41,60
		Servicios higiénicos de personal	Necesidades fisiológicas	Urinario, lavamanos y Inodoro	1		2	3,36	0,72	2,02	8,74
		Desintoxicación	Atención al paciente	Silla escritorio,	1		1	21,66	21,66	6,50	28,16

Nota: Elaboracion propia

Tabla 39

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
EMERGENCIAS				camilla, biombo, mesa de curaciones		REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION "					
		Cuarto de limpieza	Guardar material de limpieza	Aspiradora escoba y recogedor	1		1	7,00	7,00	2,10	9,10
		Residencia medica incl. Dormitorio, servicios higiénicos, cocineta, comedor y sala	Dormir, comer, necesidades fisiológicas, cocinar, conversar y leer	Cama, ropero, mesa, silla, inodoro, urinario, lavamano, cocina, Sillones y	2		2	30,00	60,00	18,00	78,00
		Servicios higiénicos publico para damas	Necesidades fisiológicas	Lavamanos y Inodoro	1		1	3,36	3,36	1,01	4,37
		Servicios higiénicos público para varones	Necesidades fisiológicas	Urinario, lavamanos y Inodoro	1		1	3,36	3,36	1,01	4,37
SUB TOTAL										270,21	

Nota: Elaboracion propia

Tabla 40

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
ÁREA ADMINISTRATIVA		Sala de espera	Esperar	Televisión y sillones y mesa de centro	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TÉCNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	40	0,80	32,00	9,60	41,60
		Informes	Orientación al usuario	Silla, escritorio y estantes	1		2	1,80	3,60	1,08	4,68
		Jefatura o dirección	Absolver consultas diarias que llegan a la oficina	Sillas, escritorio, archivero y estantes	1		2	10,00	20,00	6,00	26,00
		Secretaria	Informar, a la alta dirección	Sillas, escritorio, archivero y estantes	1		2	4,50	9,00	2,70	11,70
		Oficina de medico	Preparar sus consultas para los pacientes dependientes al alcoholismo	Sillas, escritorio, archivero y estantes	1		1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Sala de reuniones	reunirse, compartir y dialogar	Sillas, mesa, ecran, proyector y pizarra	1		30	1,00	30,00	9,00	39,00

Nota: Elaboracion propia

Tabla 41

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE USO PERS. m2)	SUB TOTAL	30 % MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (m2)
ÁREA ADMINISTRATIVA		Pool administrativo	Atención, informar, comunicar, orientar y organizar	Silla, escritorio, archivero, impresora y computadora	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES, NORMA TÉCNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN "	2	10,00	20,00	6,00	26,00
		RRHH. Logística y economía	Atención, informar, comunicar, orientar y organizar	Silla, escritorio, archivero, impresora y computadora	1		6	10,00	60,00	18,00	78,00
		Oficina de seguros	Atención, informar, comunicar, orientar y organizar	Silla, escritorio, archivero, impresora y computadora	1		1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Apoyo administrativo	Atención, informar, orientar y organizar	Silla, escritorio, archivero, y computadora	1		1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Archivo	Guardar material de oficinas	Estantes, silla y escritorio	1		1	10,00	10,00	3,00	13,00
		Sala de fotocopiado	Sacar fotocopias a documentación importante	Fotocopiadora, mesa, silla archiveros y escritorio	1		2	4,00	8,00	2,40	10,40

Nota: Elaboración propia

Tabla 42

Programación cuantitativa

ZONA	UND	ESPACIO	ACTIVIDAD FUNCIONAL	MOBILIARIO	Nº DE AMB.	REF.	Nº DE PERS.	ÍNDICE DE USO PORS. (M2)	SUB TOTAL	30 % DE MUROS Y CIRC.	ÁREA TOTAL (M2)
ÁREA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS ADMINISTRATIVO		Cuarto de control	Vigilar, controlar y verificar	Silla y escritorio	1	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES. NORMA TECNICA DE SALUD " INFRAESTRUCTURA Y	1	8,00	8,00	2,40	10,40
		Servicios higiénicos damas	Necesidades fisiológicas	Inodoro, lavamano y otros	2		1	2,40	2,40	0,72	3,12
		Servicios higiénicos varones	Necesidades fisiológicas	Inodoro, lavamano, urinario y otros	2		1	2,40	2,40	0,72	3,12
		Cuarto de limpieza	Guardar material de limpieza	Aspirador escoba y recogedor	1		1	8,00	8,00	2,40	10,40
		Espacio temporal de residuos solidos	Acumular y eliminación de desechos	Tacho de basura	1		1	8,00	8,00	2,40	10,40
									SUB TOTAL	326,82	
									SUMATORIA TOTAL	4862,38	

Nota: Elaboración propia

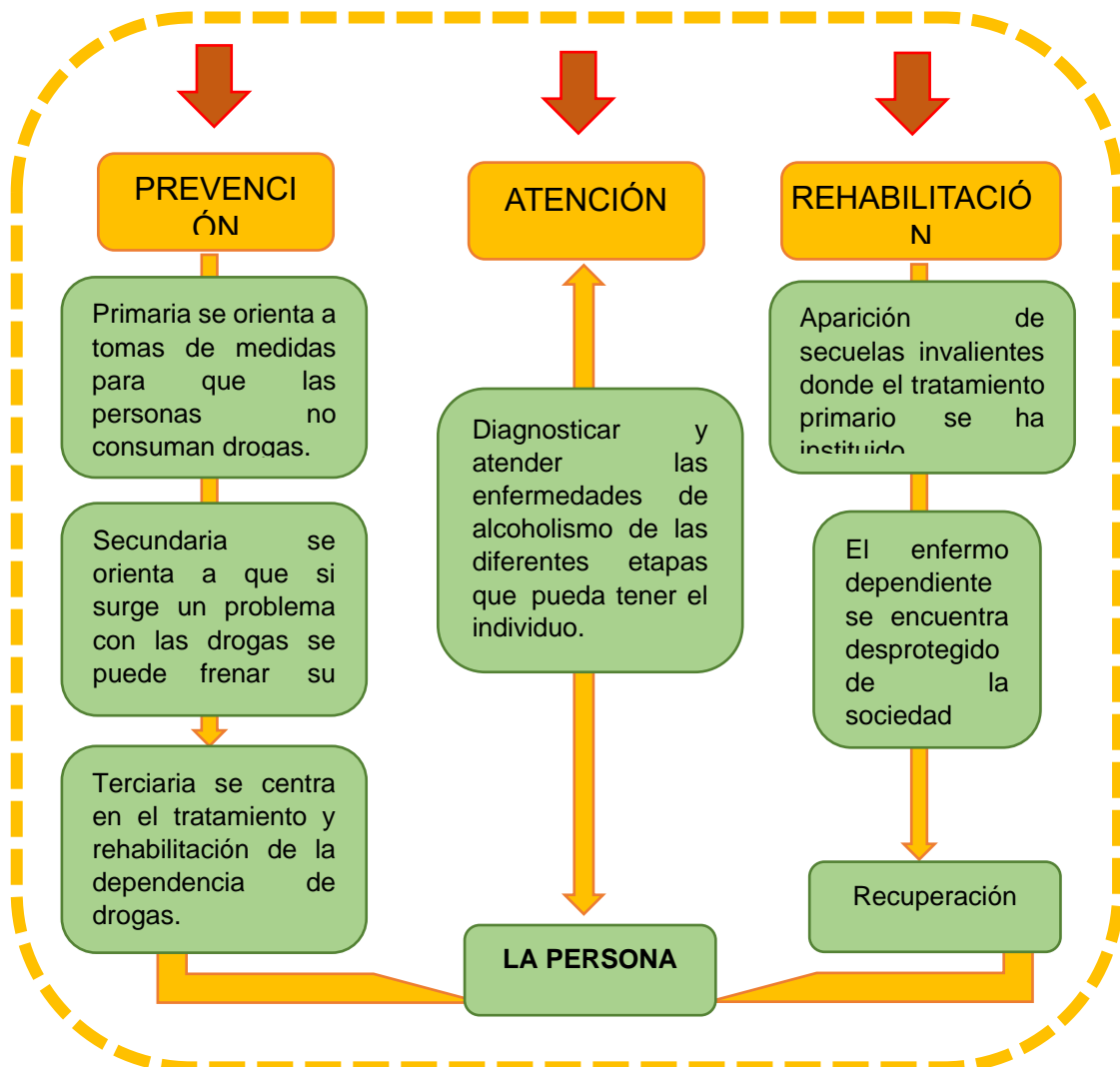
5.3. Conceptualización y Partido

5.3.1 Concepto y partido:

Concepto: el alcoholismo es un proceso de tratamiento por etapas de prevención y de rehabilitación entre ello tiene que ver tiempo en su recuperación, por lo tanto, nos encamina para para un futuro mejor devolviéndose el grado de capacidad funcional e intelectual para una mejor calidad de vida.

Figura 41

Prevención, atención y rehabilitación

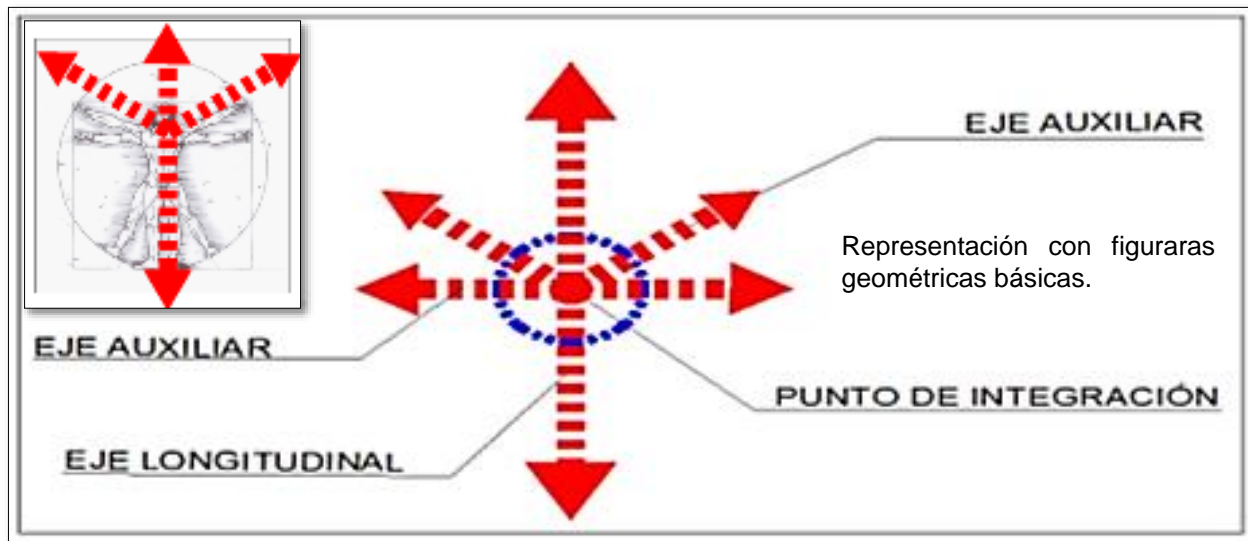


Nota: Elaboración propia

5.3.2 Conceptualización

Figura 42

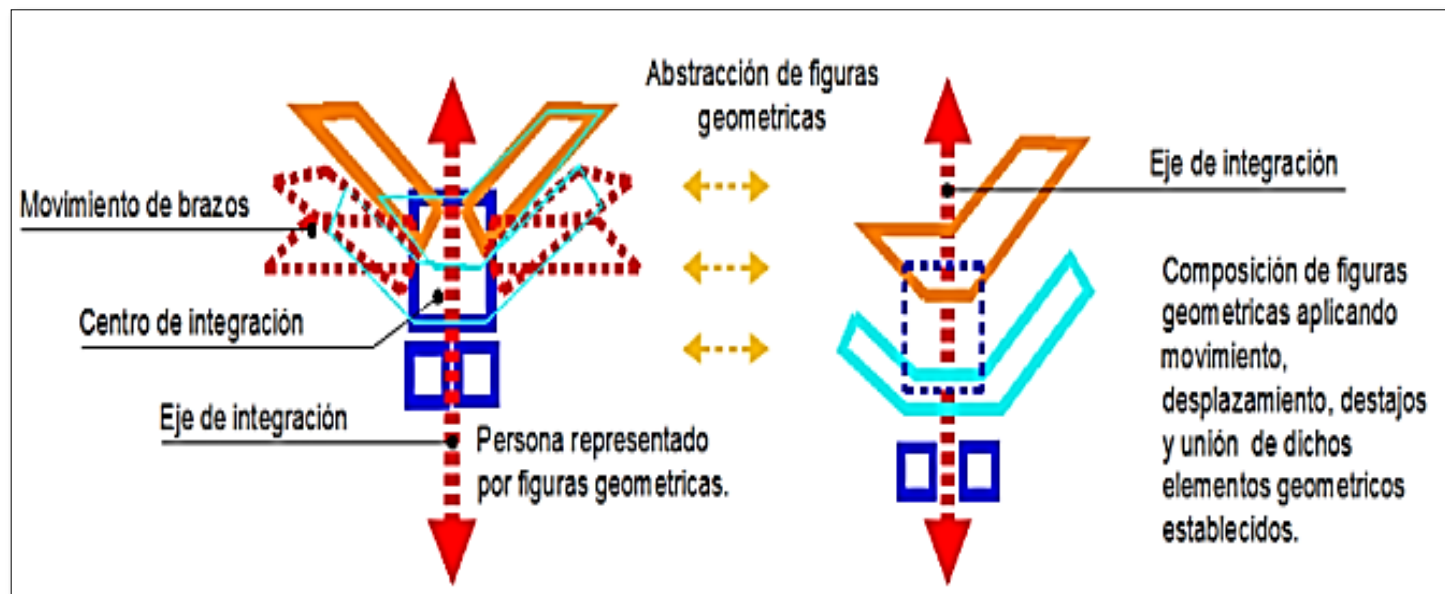
Conceptualización



Nota: Elaboración propia

Figura 43

Conceptualización representada por módulos geométricos

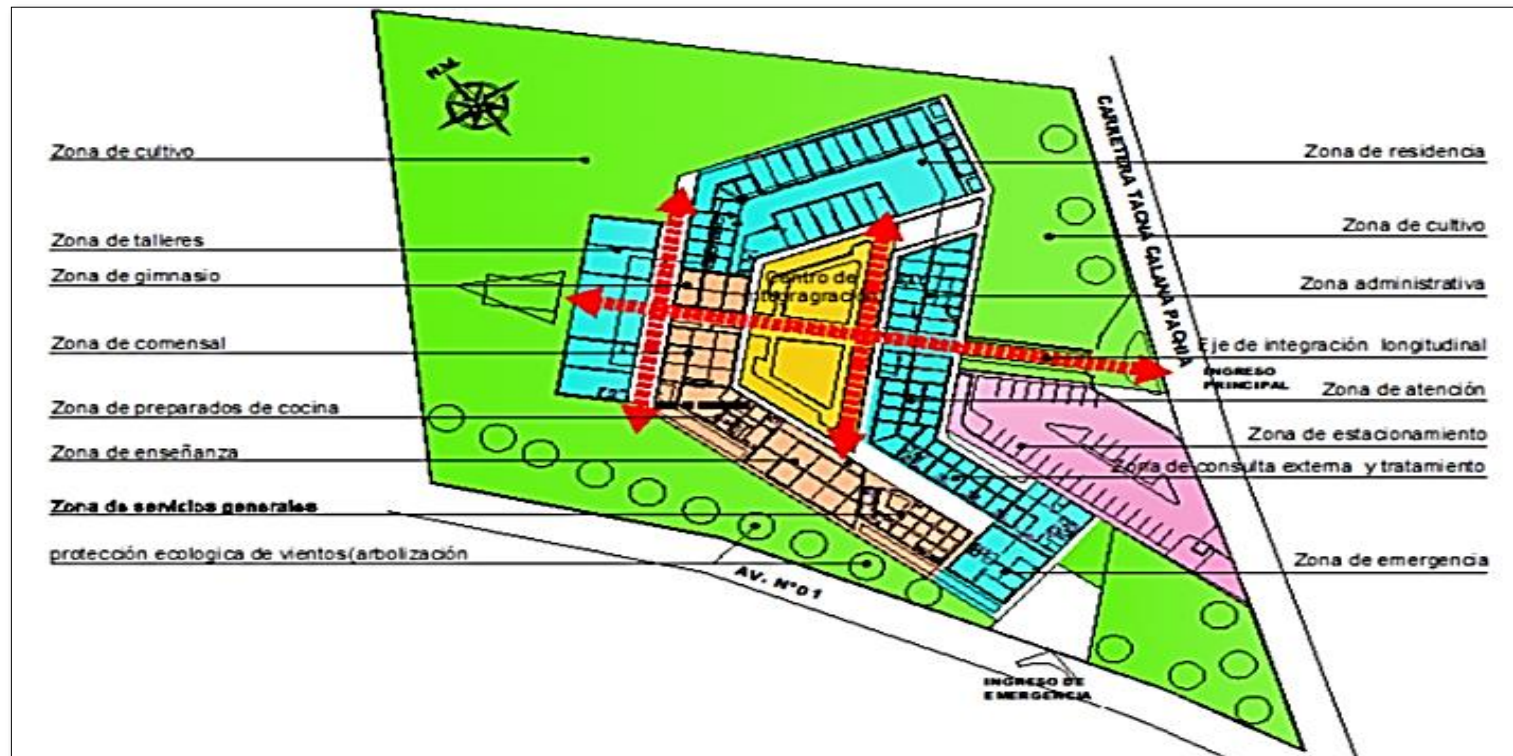


Nota: Elaboración propia

5.3.3 Partido

Figura 44

Partido arquitectónico

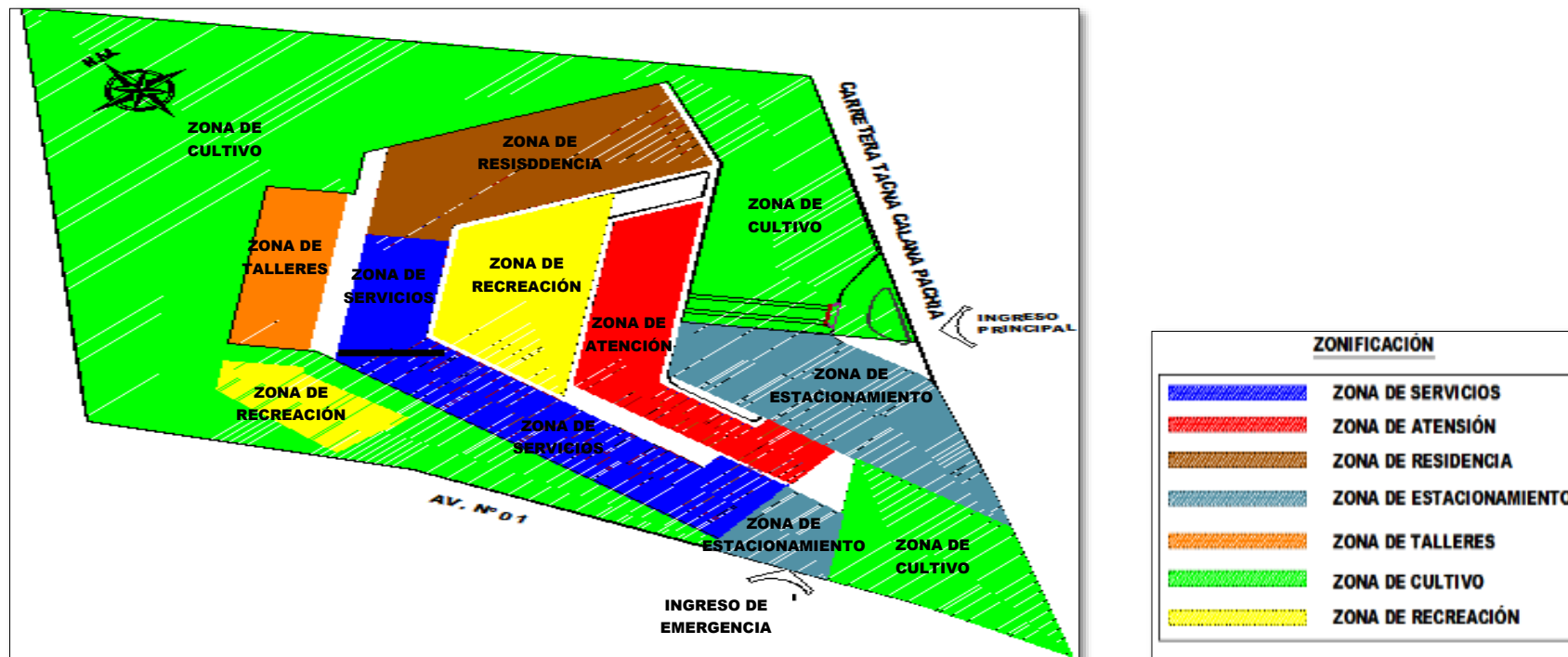


Nota: Elaboración propia

5.4. Zonificación

Figura 45

Zonificación de áreas



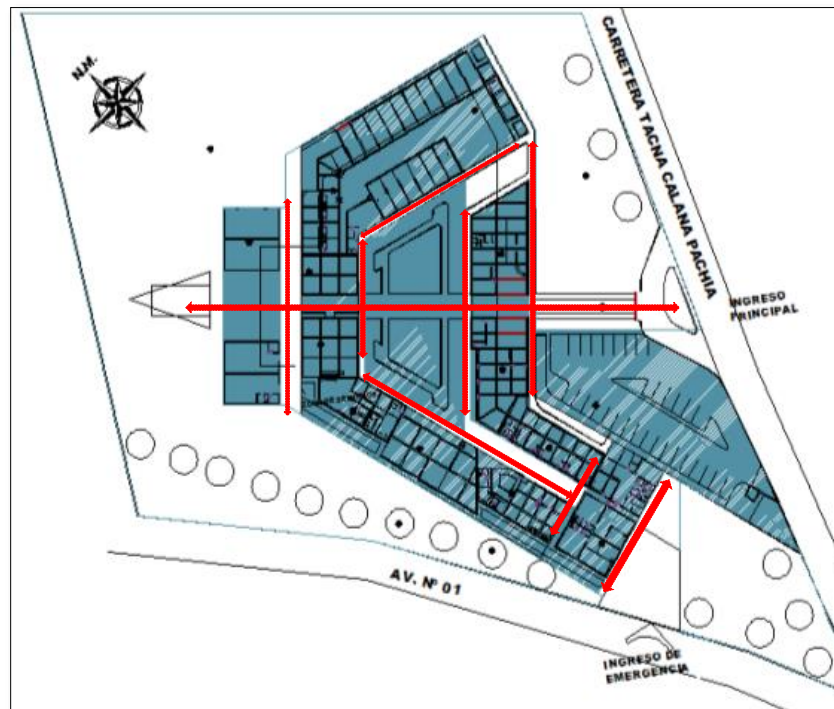
Nota: Elaboración propia

5.5. Sistematización o estructuración

5.5.1 Sistema funcional

Figura 46

Sistema funcional del terreno



El sistema funcional del centro de rehabilitación surge como respuesta al análisis, diagnóstico y determinación de los conceptos o bases teóricas y la consolidación de la programación, a su vez se da relación usuario y la estructura de conectividad entre los diferentes espacios mediante las circulaciones horizontales y verticales con respecto a las circulaciones externas que llegan a espacios libres (plazas, pérgolas), con respecto de la circulación interna de cada módulo son circulaciones lineales, cuenta con diferentes ingresos peatonales y vehiculares por las dos vías existentes.

LEYENDA

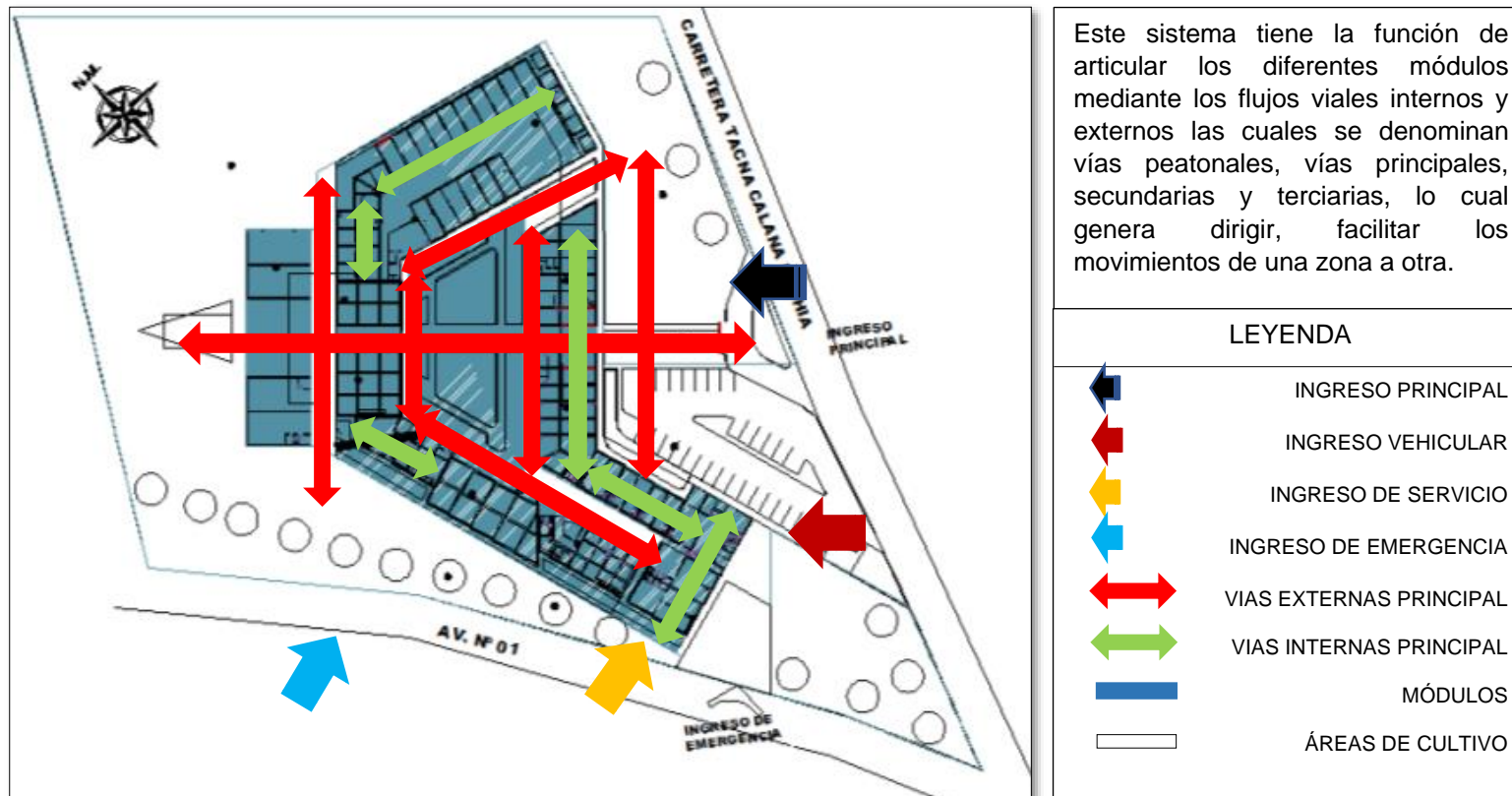
	ARTICULACIÓN
	MÓDULOS
	ÁREA VERDE

Nota: Elaboración propia.

5.5.2 Sistema de movimiento y articulación

Figura 47

Sistema de movimiento y articulación del terreno

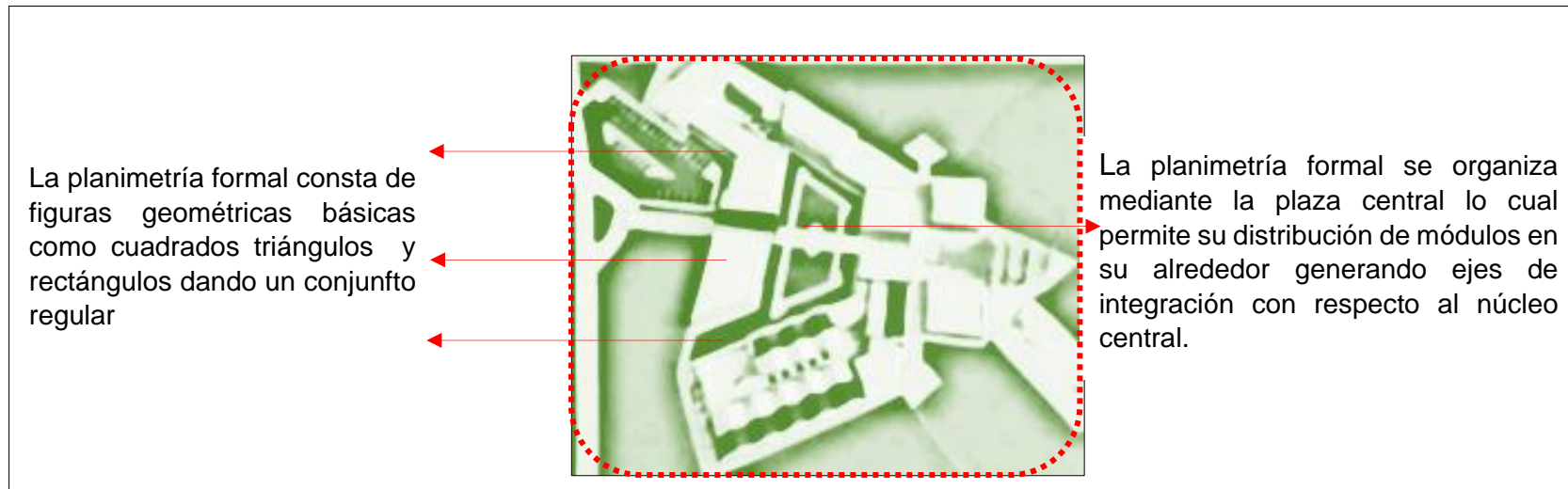


Nota: Elaboración propia.

5.5.3 Sistema formal

Figura 48

Sistema formal



Nota: Elaboración propia.

Figura 49

Sistema formal del terreno y coberturas

Respecto a la forma de coberturas se maneja coberturas planas en casi todos los módulos excepto en la zona de residencia que va hacer a dos aguas (techo en V), e igualmente en la capilla y talleres.



Con respecto a la fachada principal consta de muros cortinas en la zona de consulta externa, la cual hace un contraste con la zona de administración, el mismo concepto utilizamos para la zona de residencia.

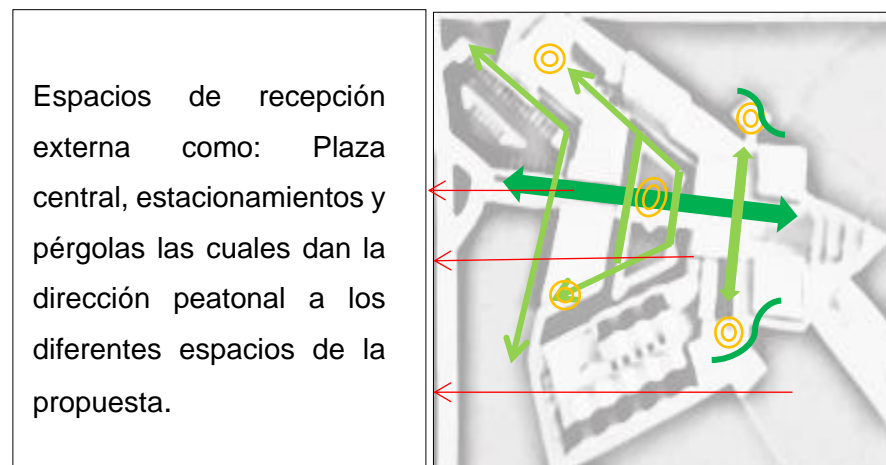
Nota: Elaboración propia

5.5.4 Sistema espacial

La sistematización de los espacios abiertos se teje en base al eje principal y ejes secundarias, las cuales se articulan mediante los centros de integración que nos distribuyen a los diferentes espacios o módulos. En la propuesta el sistema espacial se clasifica en:

Figura 50

Sistema espacial del terreno



Nota: Elaboración propia

Es el espacio de mayor jerarquía, en ella se ubica el ingreso principal, área administrativa y área de consultas, la plaza principal es el espacio público de articulación con las diferentes áreas de la propuesta arquitectónica.

También se plantean otros espacios de menor jerarquía para actividades recreativas pasiva y activa, siendo el estacionamiento el punto de llegada del público, distribuyendo a través de caminerías a los diferentes espacios al complejo.

Con respecto a los espacios interiores tenemos; hall, espera y circulaciones lineales, que son espacios de recepción y distribución para los diferentes ambientes

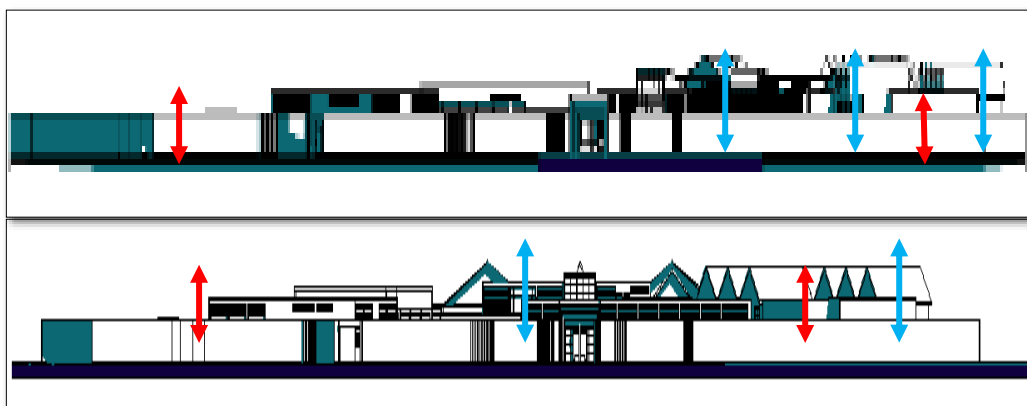
5.5.5 Sistema edilicio

Considerando que la altura de la edificación es de un nivel, se jerarquizará el ingreso dándole una mayor altitud, lo cual se diferenciará de los demás módulos, por lo tanto se jugará con las alturas de acuerdo a la importancia de cada espacio, teniendo como mínima una altura de 3,50 m y como máxima altura de 6,00 m de altura.

Elevación frontal y lateral de la propuesta

Figura 51

Sistema edilicio del terreno



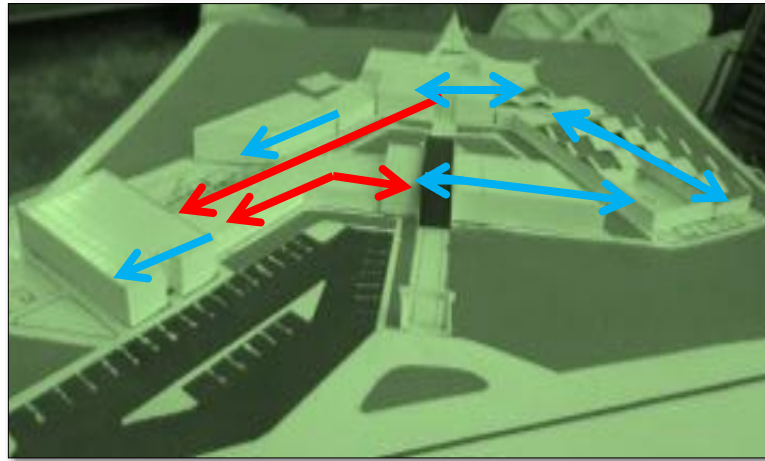
Nota: Elaboración Propia

En la siguiente imagen se puede observar los diferentes alturas de los módulos. Los de color celeste son los que tienen mayor altura y los de color rojo

menor altura. Debido a la topografía se dará una imagen escalonada de acuerdo a los niveles del terreno.

Figura 52

Sistema edilicio de las diferentes alturas



Nota: Elaboración propia

5.6. ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO (VER PLANOS)

5.7. PROYECTO ARQUITECTÓNICO (VER PLANOS)

5.8. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

5.8.1 Memoria descriptiva

PROYECTO: “DISEÑO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADO PARA LA PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES AL ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE TACNA”

UBICACIÓN: SE ENCUENTRA UBICADO EN EL CRUCE DE LA AV. TACNA, CALANA PACHÍA Y AVENIDA N° 01.

DISTRITO : CALANA

PROVINCIA : TACNA

REGION : TACNA

FECHA : TACNA, NOVIEMBRE DEL 2017

1.0 GENERALIDADES

1.1 Justificación

El presente proyecto se desarrollara en el distrito de Calana, y se justifica porque la investigación permitirá contribuir a la rehabilitación a través de un proceso de prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo, con eficiencia de espacios sustentables, saludables, protección y preservación, que permitirá contribuir con un modelo arquitectónico de centro de rehabilitación integral especializado para pacientes dependientes al alcoholismo de bajos recursos, a su vez será como modelo referencial para el desarrollo de futuros trabajos de investigación.

1.2 Objetivo

Elaborar el diseño de un centro de rehabilitación integral especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo.

1.3 Beneficios esperados

Beneficios ambientales

- Desarrollo integral y armónico con el entorno rural.
- Respeto y salvaguarda al área donde se ubica el centro de rehabilitación integral especializado.

- Disminución de impactos y riesgos ambientales negativos.

Beneficios de Seguridad

- Mejora en la calidad de vida para pacientes enfermos de alcoholismo mediante un centro de rehabilitación.

Beneficios socio económicos

- Desarrollo integral para la prevención y recuperación social y económica asociado a la salud y al servicio de la comunidad tacneña.

2. CONCEPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 Evaluación

El proyecto se ubica en el distrito de Calana en la intersección o cruce de la Av. Tacna - Calana - Pachía con Avenida N° 01, por el ingreso principal al Pueblo Tradicional de Calana.

2.2 Consideraciones en el diseño

Se considero factores que tienen que ver con la forma del terreno, condiciones climatológicas, topografía, aspectos ambientales, materiales de acuerdo a la propuesta planteada, así como la normatividad de las diferentes resoluciones y decretos de salud que corresponde en el diseño de la propuesta.

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL PROYECTO

3.1 Ubicación:

Región	Provincia	Distrito	Avenida
Tacna	Tacna	Calana	Tacna - Calana - Pachía con Av. N°01

3.2 Del terreno:

LINDEROS Y COLINDANCIAS

- Por el frente : Colinda con carretera Tacna – Calana - Pachía
- Por la derecho : Colinda con Avenida N° 01
- Por la izquierdo : Colinda con propiedad privada
- Por el fondo : Colinda con propiedad privada

- Área : 21 751,82 m²
- Perímetro : 634,39 ml

3.3 Descripción del Proyecto

Se accede al edificio por la carretera Tacna - Calana - Pachía y Avenida N° 01.

Ingreso principal peatonal

El Ingreso principal se da por la Carretera Tacna - Calana - Pachía a través de una explanada que integra a rodo el conjunto.

Ingreso de emergencia

A través de la Av. N° 01 y de uso exclusivo para emergencias.

Ingresos vehiculares

El proyecto contempla 03 ingresos, ingreso para abastecimiento, ingreso para emergencia diferenciados, ambos ubicados en la Avenida. N° 01 y otro ingreso para estacionamientos del personal de trabajo y visitas, que se ubica por la carretera Tacna - Calana - Pachía.

Descripción de los ambientes

Zona Administrativa, ubicada próxima al ingreso principal, en el primer nivel se ubican las diferentes unidades y logística administrativa.

Zona consulta externa, ubicada próxima al ingreso en el primer nivel destinado a consultas de pacientes dependientes al alcoholismo alberga ambiente de informes, administración, farmacia, triaje y otros.

Zona de emergencia. Esta zona se ubica al lado derecho de consulta externa en el primer nivel y tiene unidades como desintoxicación, observación, consultorio de emergencia, informes y otros.

Zona de residencia. Se encuentra en la parte posterior de la edificación y cuenta con unidades de un servicio, salón de usos múltiples (SUM), jardinerías, área de visitas patio de formación y otros.

Zona de servicios y capacitación. Esta zona se encuentra al lado derecho de la edificación y se ubican las unidades de cocina, comedor, aulas de capacitación, residencia médica, talleres y otros.

Zona de recreativas. Comprende la losa deportiva, el gimnasio, áreas verdes entre otros.

Zona de culto. Se encuentra ubicado en la zona posterior de la edificación comprende la capilla.

Zona de cultivo. Son las áreas verdes que se encuentran en los alrededores de la edificación.

3.4 Metas del Proyecto Total:

Comprende, obras y trabajos preliminares, excavación de cimientos y zapatas, movimiento de tierras, obras de concreto simple, obras de concreto armado, muros y tabiques de albañilería, revoques enlucidos y molduras, pisos y pavimentos, zócalos y contra zócalos, carpintería de madera, carpintería metálica, cerrajería, vidrios, cristales y similares, pintura, aparatos sanitarios, redes de agua fría, redes de desagüe, áreas verdes, instalaciones eléctricas, instalaciones sanitarias, cubiertas, mitigación de impacto ambiental, equipamiento

3.5 Etapabilidad

La construcción se programa en una sola etapa.

3.6 Presupuesto Resultante del Proyecto

Se considera el cuadro de valores unitarios oficiales de edificaciones para la costa.

Tabla 43

Presupuesto resultante del Proyecto

Muros y columnas	Techos	pisos	Puertas y ventanas	Revestimiento	Baños	Instalación eléctricas	Total
B	B	B	D	G	C	D	
309,50	190,22	154,33	77,84	58,72	49,98	81,03	921,62

Nota: Elaboración Propia

Valorización por nivel

Primer nivel: $4\,256,79\text{ m}^2 \times 921,62 = 3\,923\,142,80$

Lo que hace un costo estimado de = S/. 3 923 142,80 nuevos Soles.

Financiamiento del proyecto

El financiamiento de la propuesta puede provenir de la inversión Pública o Privado según sea el caso.

CONCLUSIONES

Primera:

El diseño de un Centro de Rehabilitación Integral Especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en la provincia de Tacna, está orientada a satisfacer las necesidades presentes y futuras de la población que tiene problemas de salud de consumo de sustancias psicoactivas, según los requerimientos legales y técnicos vigentes en el Perú.

Segunda:

La propuesta arquitectónica del Centro de Rehabilitación Integral Especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo en la provincia de Tacna, es una opción para coadyuvar a la solución de una problemática de salud, que tiene como principal carencia la existencia de una infraestructura óptima, adecuada, a través del cual se pueda mejorar la calidad de vida del enfermo alcohólico.

Tercera:

El diseño del anteproyecto se fundamenta en las acciones sanitarias de prevención, tratamiento y rehabilitación según las normas, leyes de la Constitución Política y Ministerio de Salud del Perú. Que contribuirá con la sociedad tacneña.

Cuarta:

Respecto a los acabados se propone colores desestresantes que den al paciente la satisfacción de estar en un lugar agradable y tranquilo, a su vez se plantea espacios para jardinería pasiva y activa logrando un mayor confort en la estadía del paciente.

Quinta:

El diseño del anteproyecto pretende aportar en su configuración un mejor confort para los usuarios y su familia, en todo el proceso de tratamiento o apoyo de terapias psicológicas, acciones de gestión y coordinación, incorporando a la persona afectada a una vida familiar y social deseable.

Sexta:

Finalmente podemos decir que el equipamiento propuesto tiene como principal finalidad la "prevención y recuperación del paciente dependiente al alcoholismo".

RECOMENDACIONES

Primera:

Es importante conocer diferentes normativas para la ejecución de estudios referidos a Centros de Rehabilitación Integral Especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo.

Segunda:

Se debe tomar en cuenta que las personas con enfermedades de alcoholismo son personas rechazadas por sus familiares y la sociedad, lo cual origina que estas personas vivan en la calle y tengan ansiedad a seguir bebiendo, generando un mal ejemplo a nuestra sociedad, se recomienda a las autoridades y a la población asumir conciencia en la creación de espacios o equipamientos para la prevención y recuperación de personas dependientes del alcohol.

Tercera:

Que se promueva la difusión de la presente propuesta, a instituciones interesadas, a fin de facilitar el acceso a la información requerida.

BIBLIOGRAFÍA

- A-Cero Blog. (28 de Marzo de 2014). Segunda Fase del montaje de la Fundación Recal, por A-cero Tech. Obtenido de <https://es.paperblog.com/segunda-fase-del-montaje-de-la-fundacion-recal-por-a-cero-tech-2510442/>
- Andenes Visión y vida. (2019). andenes centro de tratamiento en Perú. Obtenido de <https://andenes.org/>
- Altamirano, L. (2007). *Centro de rehabilitación para adolescentes alcohólicos*. (Tesis) Universidad Técnica de Oruro. <https://es.scribd.com/document/217988881/Centro-de-Rehabilitacion-Para-Adolecentes-Alcoholicos>
- Alvar Aalto, H. (1982). Humanización de la Arquitectura. <https://www.arquitecture.com/cgi-bin/v2arts.cgi?folio=193>
- Anicama, J., Mayorga, E., & Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19, 7–27. [http://venumperu.com/psicoactiva 19/Psicoactiva 19 p7_28.pdf](http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7_28.pdf)
- Aragón, J. I. (2002). *Psicología ambiental*. Madrid: Pirámide.
- Argandoña, A., Fontrodona, J., & García Lombardía, P. (2009). *Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España*. Madrid.
- Aroca, E. (2015). *Estudio y diseño de un centro especializado en tratamiento de adicciones a mayores, Babahoyo 2014* (Tesis) Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/12169>
- Bates V. (2018). "Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design for health (Abingdon, England)*, 2(1), 5–19. <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1436304>

- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. En Santiago de Compostela Galicia.
- Borja, B. (2012). *Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Dependencias y Adicciones. La arquitectura y la conducta humana* (Tesis) Universidad San Francisco de Quito
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2397/1/106180.pdf>
- Brik, E. (2012). *Convivir con el alcoholismo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Buning, E., Gorgulho, M., Melcop, A. G., & PAT. (2004). *Alcohol y Reducción del Daño*. Montevideo.
- Burton, A. (2014) "Jardines que cuidan de nosotros", en www.thelancet.com/neurology, Vol. 13, mayo de 2014. 447-448.
- Camposeco, A. (2012). *Del Alcoholismo a sus Emociones; Cuando los elefantes rosas comienzan a volar*. México: Javier Vergara.
- Carreras, A. (2007). *Consumo y adicción a benzodiazepinas en usuarios de programas de metadona*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid.
- CEDRO (2016). *Prevención de drogas y conductas de riesgo*.
<https://www.cedro.org.pe/lineas-de-accion/>
- Centro de Estudios Constitucionales. (2015). *Compendio Normativo (Constitución Política del Perú, Código Procesal Penal, Ley Orgánica Tribunal Constitucional y Reglamento Normativo tribunal Constitucional)*, Lima.
- Cibeira, J. B. (2009). *Bioética y Rehabilitación*. Buenos Aires: El Ateneo Argentina.

- Conlledo, F. (2005). Centro de tratamiento y rehabilitación para drogadictos. (Tesis) Universidad Rafael Landívar, Guatemala. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/lote01/Conlledo-Juan.pdf>
- Czajkowski, J. (1993). La evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica. <https://es.scribd.com/document/272676105/EVOLUCION-DE-LOS-EDIFICIOS-HOSPITALARIOS-docx>
- Czajkowski, J. D. (2000). *Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica.* http://jdczajko.tripod.com/publicaciones/aadah93/evolucion_tipos_hospitalarios.htm#
- Equipo Técnico PAT- PDU 2014-2023. (2015). Plan de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Tacna 2014 - 2023. Obtenido de <https://www.miciudad.pe/wp-content/uploads/PLAN-DESARROLLO-URBANO-PROVINCIAL-TACNA.pdf>
- Equipo Técnico Plan Urbano de Calana. (2010). 2009 - 2018 (págs. 1-80). Tacna.
- Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades-Villa, R., & García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. *Papeles Del Psicólogo*, 28(1), 2–10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2244434>
- Guerra de Andrade, A., & James, A. (2011). El alcohol y sus consecuencias: Un enfoque multiconceptual. Brasilia: Manole.
- Guerro Rojas , E. A. (s.f.). Uso metodológico en la enseñanza del Diseño . Guatemala: Editorial San Pablo Primera Edición.

- INEI. (1993 y 2007). Plan de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Tacna 2014 - 2023. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=PLAN+DE+DESARROLLO+URBANO+DE+LA+CIUDAD+dE+tacna+2014+-+2023&oq=PLAN+DE+DESARROLLO+URBANO+DE+LA+CIUDAD+dE+tacna+2014+-+2023&aqs=chrome..69i57j0i546j0i546i649j0i546j69i60j69i61.166153j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- INEI. (2017). Compendio Estadístico Tacna 2017. Tacna, PERÚ: INEI. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1508/libro.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), D.R. (2015). *Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México*.
- Klingemann, H., & l'Europe, O. mondiale de la S. B. régional de. (n.d.). (2001). *L' alcool et ses consequences sociales: dimension oubliee / par Harald Klingemann*. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108555>
- Kranzler, H. R., & Soyka, M. (2018). Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*, 320(8), 815–824. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11406>
- La Organización Panamericana de la Salud. (2010). “El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas”. En *El alcohol: Un producto de consumo no ordinario* (pág. 40). Washington.

- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. (28 de Agosto de 2012). Resolución Ministerial N° 184-2012-VIVIENDA. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/23447/RM-184-2012-VIVIENDA.pdf?v=1530743613>
- Minsa. (4 de Junio de 2012). Reglamento de la Ley N° 29765,. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=ley+n.o+29765+y+su+reglamento&oq=Ley+N.%C2%BA+29765&aqs=chrome.1.69i57j33i10i160l2.3437j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Navichoque, Y. (2012). *Centro de rehabilitación para alcohólicos Jalapa*. (Tesis). Universidad de San Carlos de Guatemala. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_3111.pdf
- Organización Mundial de Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo centro de publicaciones Pº del Prado 18. 28014 Madrid.
- Pablo, K. (2013). *Centro de rehabilitación de adicciones “Tlanemani”*. (Tesis) Universidad Nacional Autónoma de México. https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000706556
- Pascual, F., Martos, A. R., Freixa, F., & Torres, M. A. (2014). Historia del tratamiento del alcoholismo, Madrid.
- Pedrero Pérez, E., Fernández Hermida, J., Casete Fernández, L., Bermejo González, P., Secades Villa, R., & Tomás Gradol, V. (2008). Guia clínica en intervenciones psicologicas en adicciones. En *Guia clínica en*

- intervenciones psicológicas en adicciones* (págs. 45-46; 54; 76-85; 87).
Barcelona: Socidrogalcohol.
- Peruano, D. e. (24 de Junio de 2012). Ley 29889, ley que modifica el artículo 11 de la ley 26842. págs. 1-4.
- Quispe, M. (2015). Centro de atención y rehabilitación para dependiente a sustancias psicoactivas en la ciudad de Tacna .(Tesis) Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2828>
- Rodríguez, A. (2009). *La comunidad terapéutica. Espacios físicos como facilitadores del proceso terapéutico, Sartenejas -1009.* (Tesis) Universidad Simón Bolívar.
- Roth, E. (2000). Psicología ambiental: interfase entre conducta y naturaleza. *Revista Ciencia y Cultura*, 8, 63–78.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232000000200007
- Sahabi, S. (2019). *From poorhouse to modern hospital.* <https://moirai.nu/The-evolution-of-the-hospital>
- Sánchez, L. (2005). *Los adolescentes y el alcohol.* Castilla de León: Junta Castillo de León.
https://issuu.com/menendez_galvez/docs/adolescentes_alcohol
- Sanoff, H. (2016). *Programación y participación en el diseño arquitectónico.* Cataluña: Ediciones UPC.
- Serrano Arellano, J., Magos Ramírez, S., Dávila Núñez, M., & Trejo Torres, Z. (2016). Estudios de psicología ambiental en hospital general de Huichapan. *Revista de Investigación y Desarrollo*, 52-59.

- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Sociodrogalcohol) (2000). Programa Alfíl: Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo: manual para educadores y terapeutas. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=1015
- Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: An integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31(2), 155–174. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00460.x>
- Stokols, D., Altman, I., Manual de psicología ambiental. John Wiley & Sons, Nueva York, 1987.
- Valdez, J. (2010). *Centro de rehabilitación de individuos adictos y/o dependientes "Nicky Cruz"* . (Tesis) Universidad de San Carlos de Guatemala. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_2668.pdf
- Zimmermann, M. (2010). *Psicología Ambiental, Calidad de Vida y Desarrollo Sostenible*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Zohby, A. (2021). *Therapeutic Architecture: Role of Architecture in Healing Process*. <https://www.re-thinkingthefuture.com/rtf-fresh-perspectives/a597-therapeutic-architecture-role-of-architecture-in-healing-process/>
- Zumthor, P. (2006). *Atmósferas*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

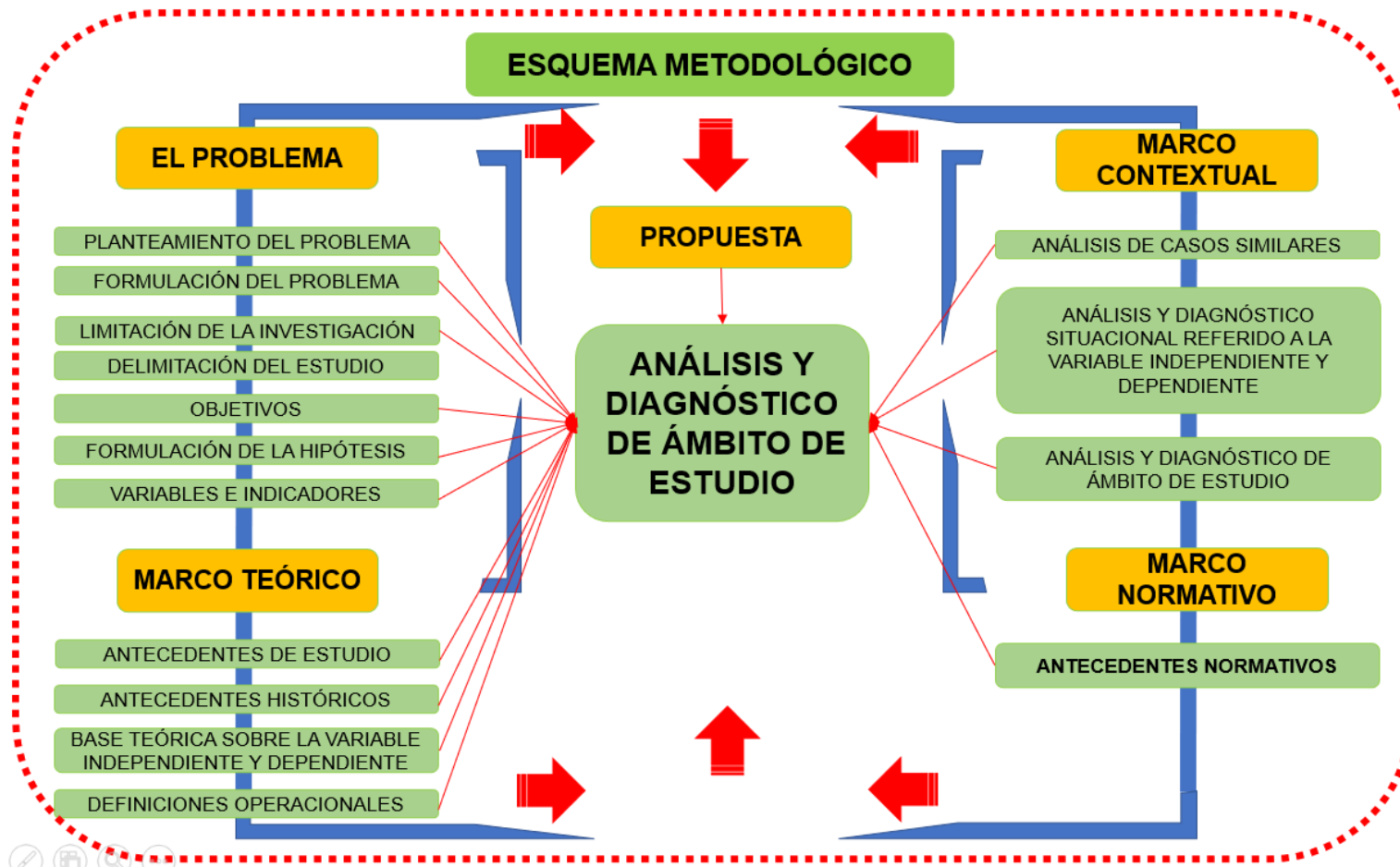
ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia y esquema metodológico

Diseño de un centro de rehabilitación integral especializado para la prevención y recuperación pacientes dependientes al alcoholismo de la provincia de Tacna - 2017”

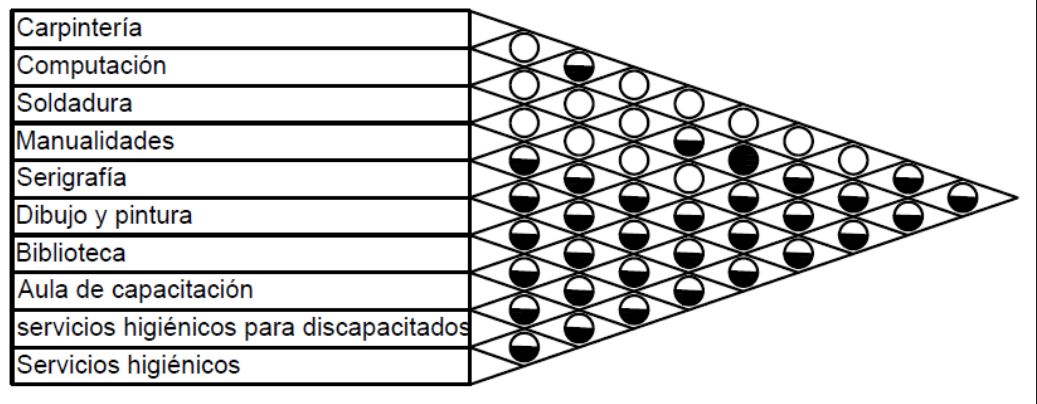
Problema	Objetivos	Hipótesis	Método	Variables	Indicadores
¿De qué manera un diseño de centro de rehabilitación integral especializado contribuirá a la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo de la provincia de Tacna?	Elaborar el diseño de un centro de rehabilitación integral especializado para la prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo de la provincia de Tacna	El diseño de un centro de rehabilitación integral especializado permitirá la prevención y recuperación pacientes dependientes al alcoholismo, en la provincia de Tacna.	Tipo: aplicada Población: habitantes de Tacna Muestra: estará dada por la parte seleccionada de la población de Tacna (INEI) (DEVIDA), (CADES), (CEDRO)	VI: Centro de rehabilitación integral especializado	Función espacial Normativa Terapia
			Diseño: Descriptivo: Nos permite conocer las actividades relacionadas a centros terapéuticos, -Analítica: basada en el análisis de hipótesis, conclusiones -Propositiva: formulación y desarrollo del proyecto arquitectónico siguiendo con la metodología estable	VD: Prevención y recuperación de pacientes dependientes al alcoholismo	Terapia integral: diagnóstico y equilibrio físico mental. -Calidad de vida: bienestar físico, material y social. -Reinserción social: Educativo, laboral y núcleos familiares

Fuente: Elaboración propia



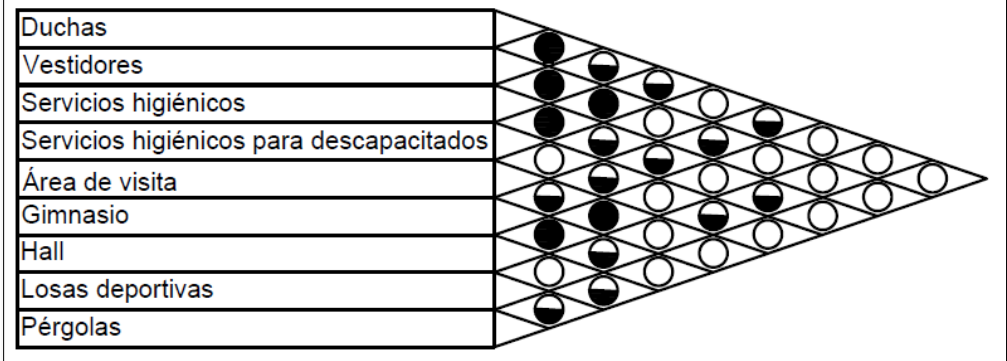
Fuente: Elaboración propia

CAPACITACIÓN Y OCUPACIONALES

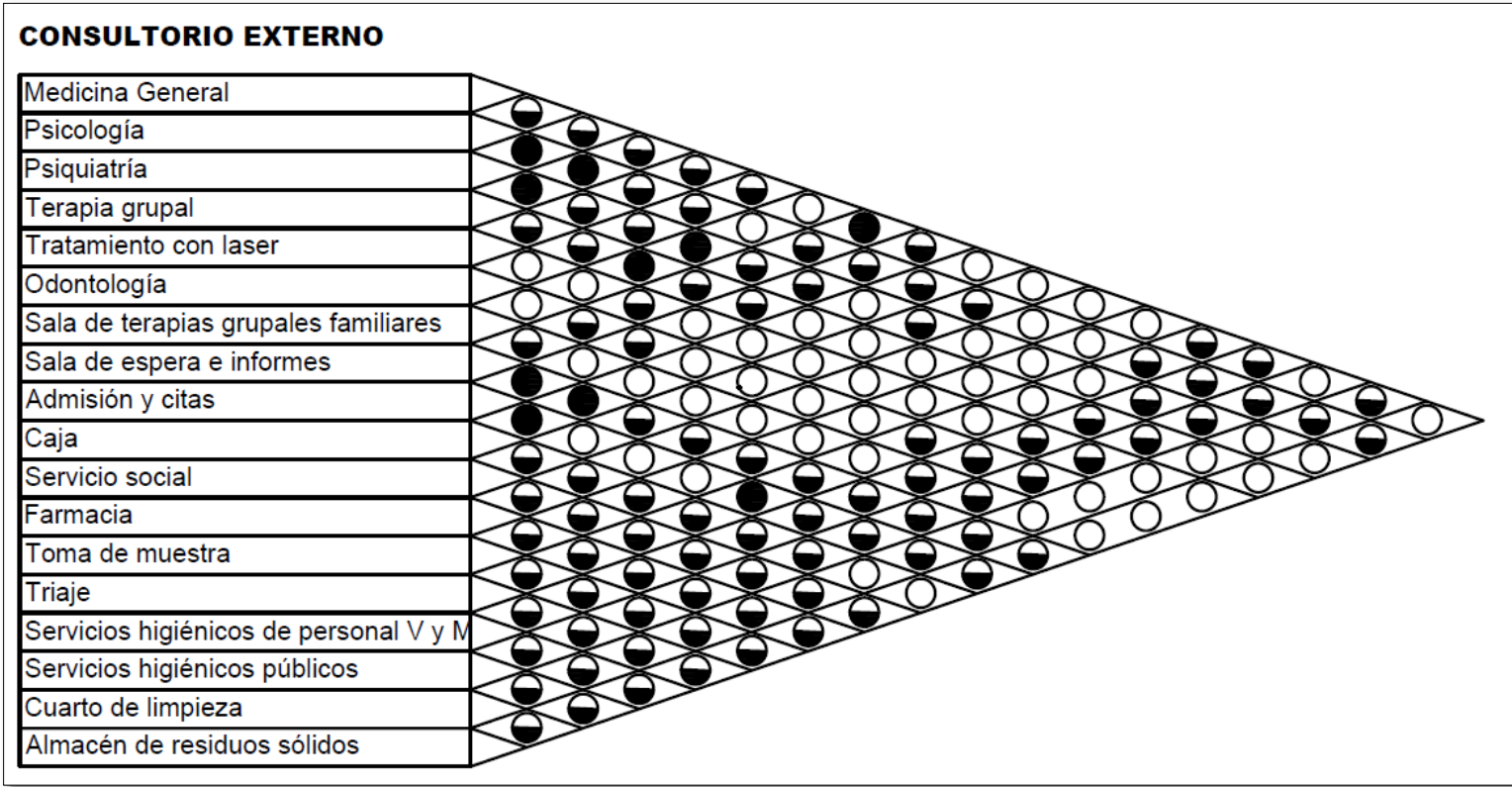


Fuente: Elaboración propia

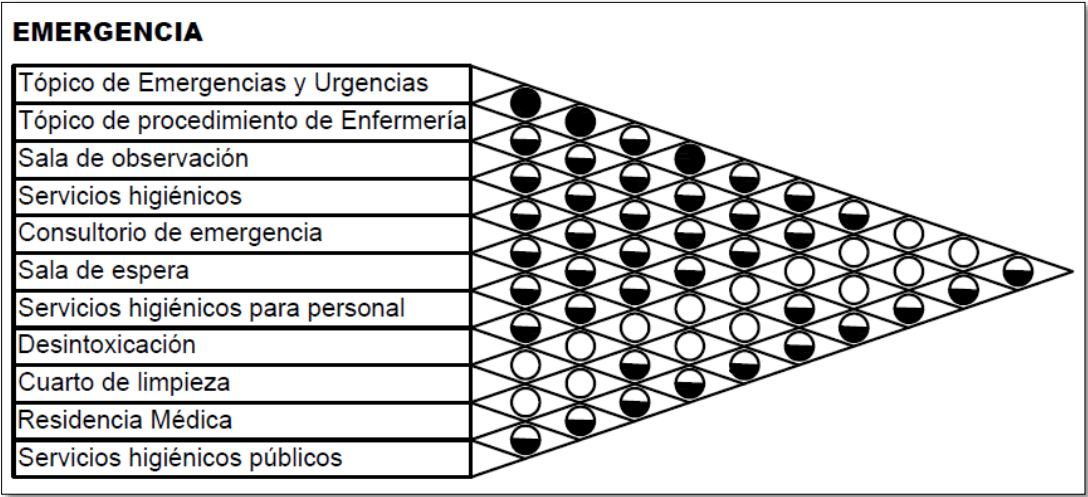
REHABILITACIÓN FÍSICA Y RECREATIVA



Fuente: Elaboración propia

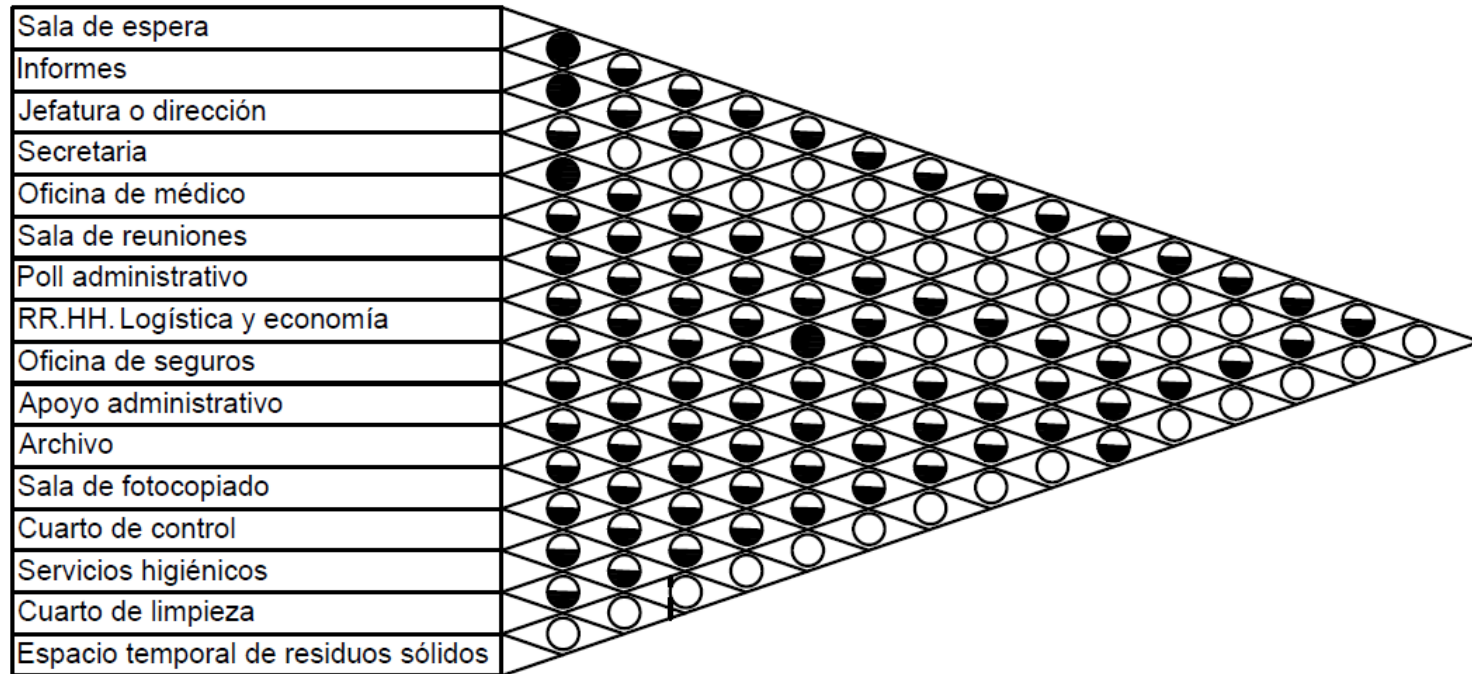


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

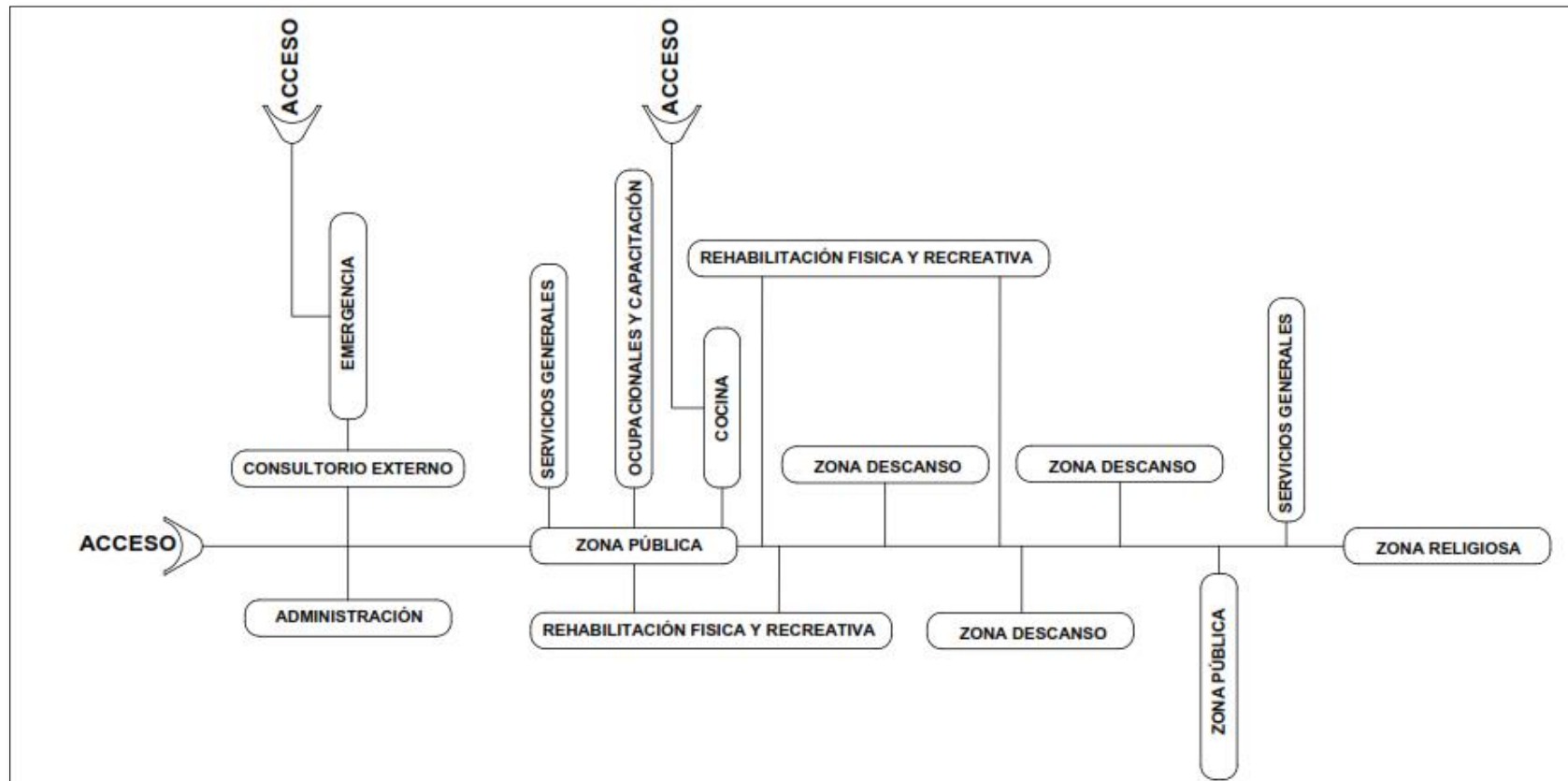
ADMINISTRACIÓN



Fuente: Elaboración propia

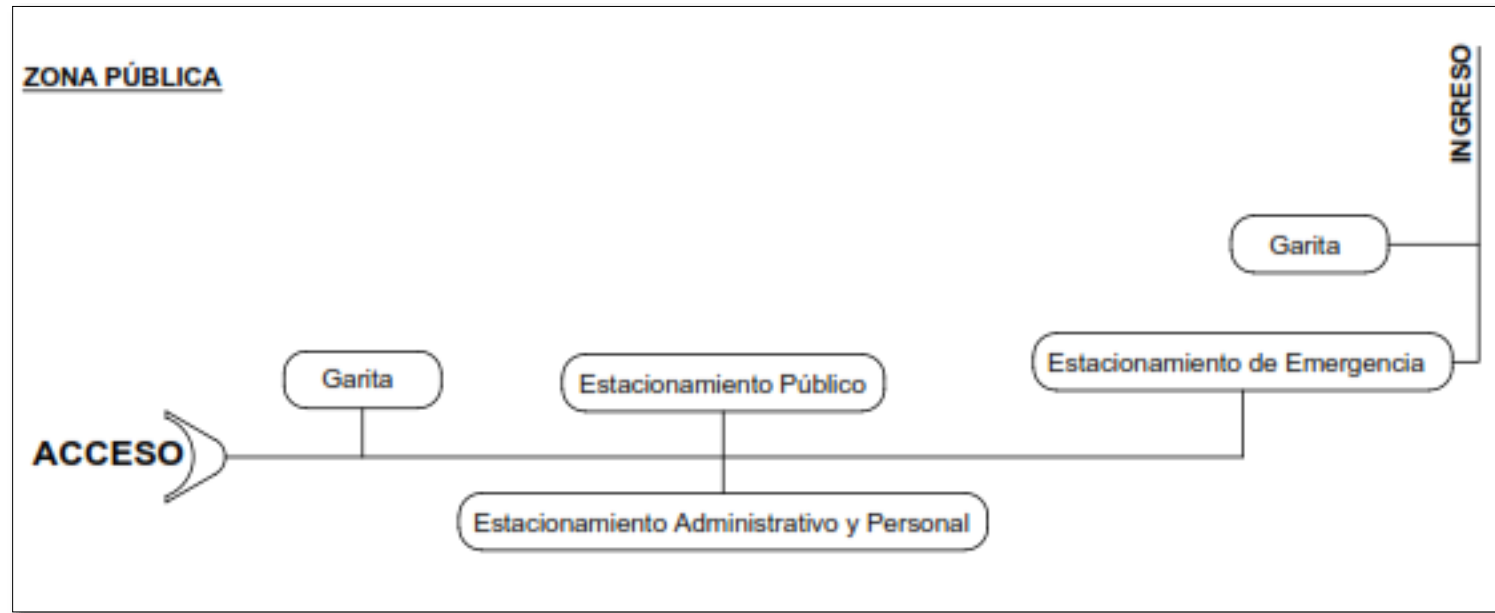
DIAGRAMA DE FUNCIONAMIENTO: “DISEÑO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADO PARA LA PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES AL ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE TACNA – 2017”.

Diagrama de funcionamiento general



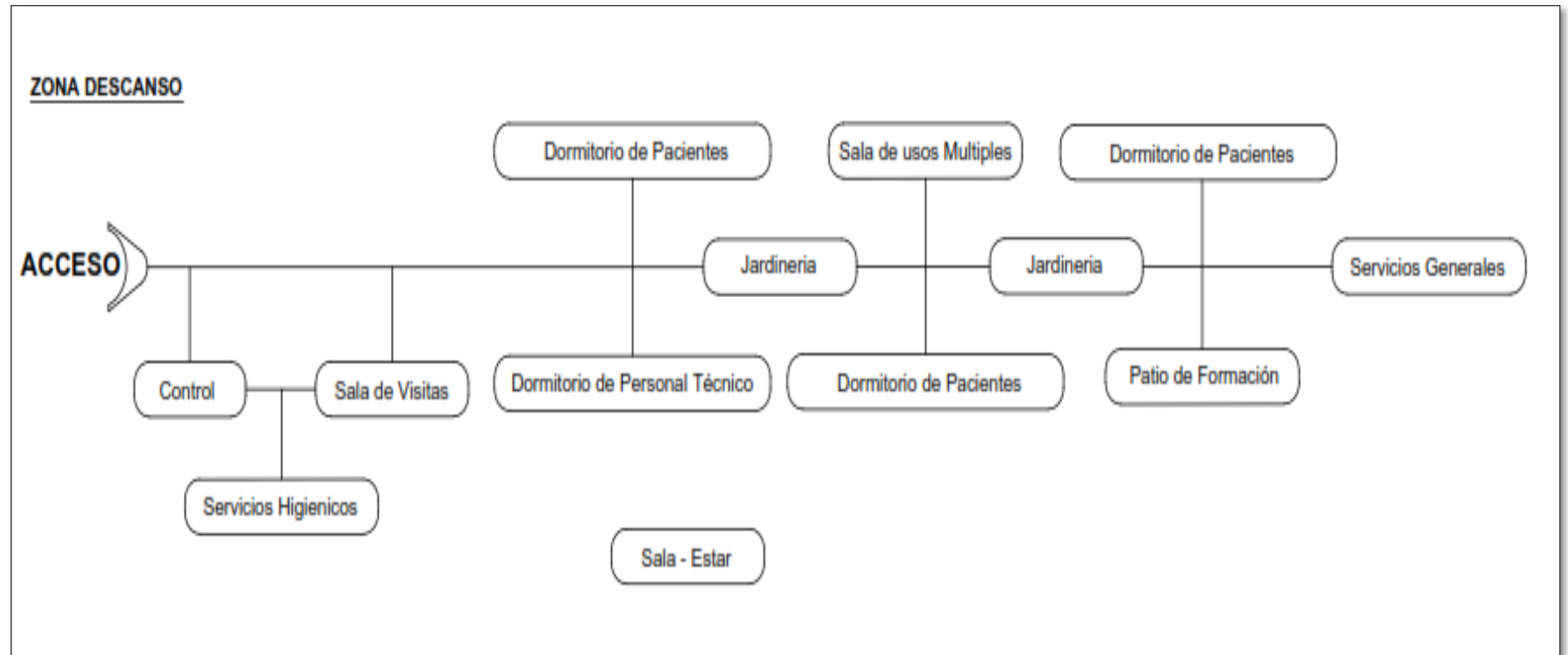
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de zona pública



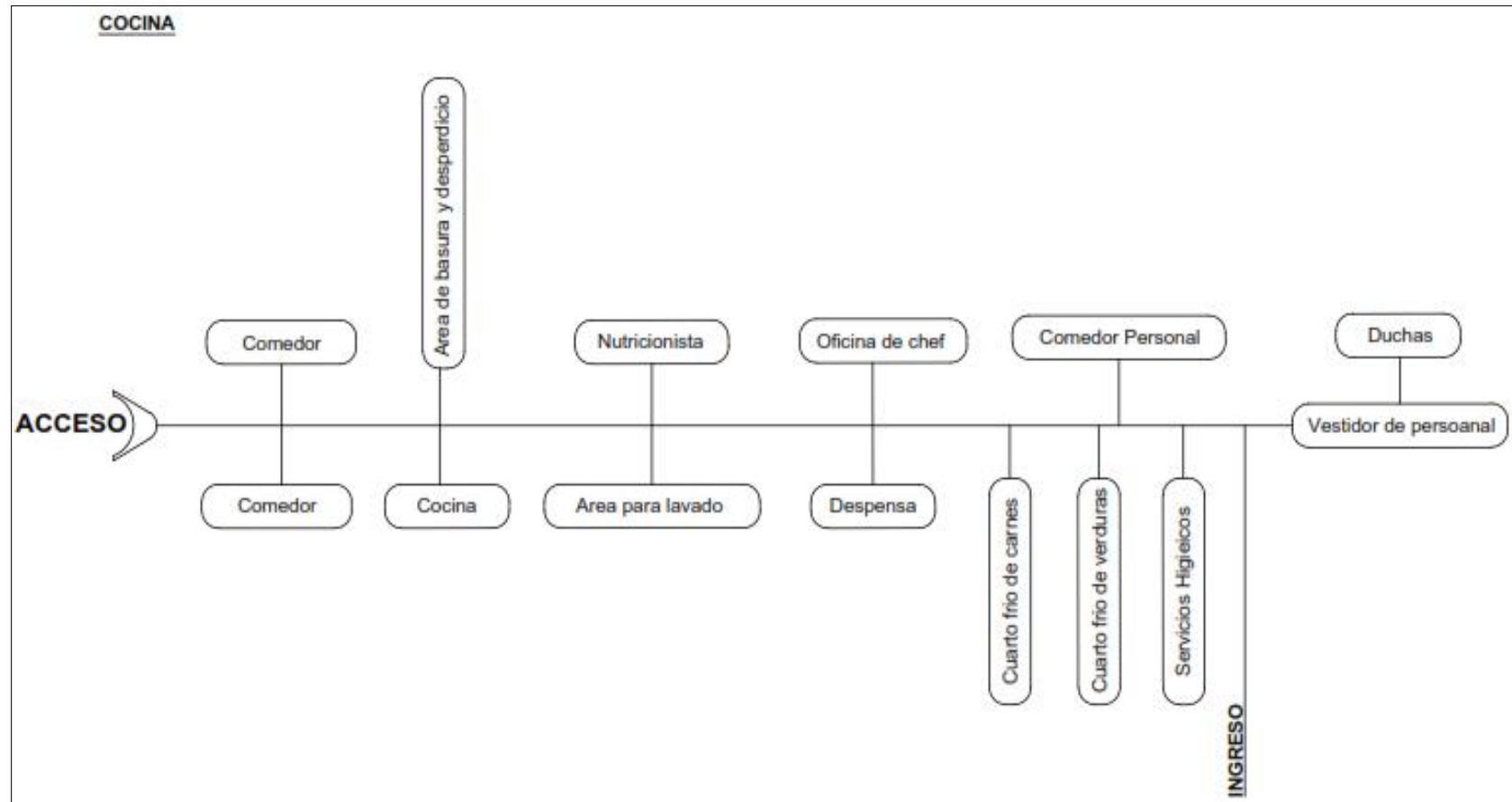
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de zona descanso



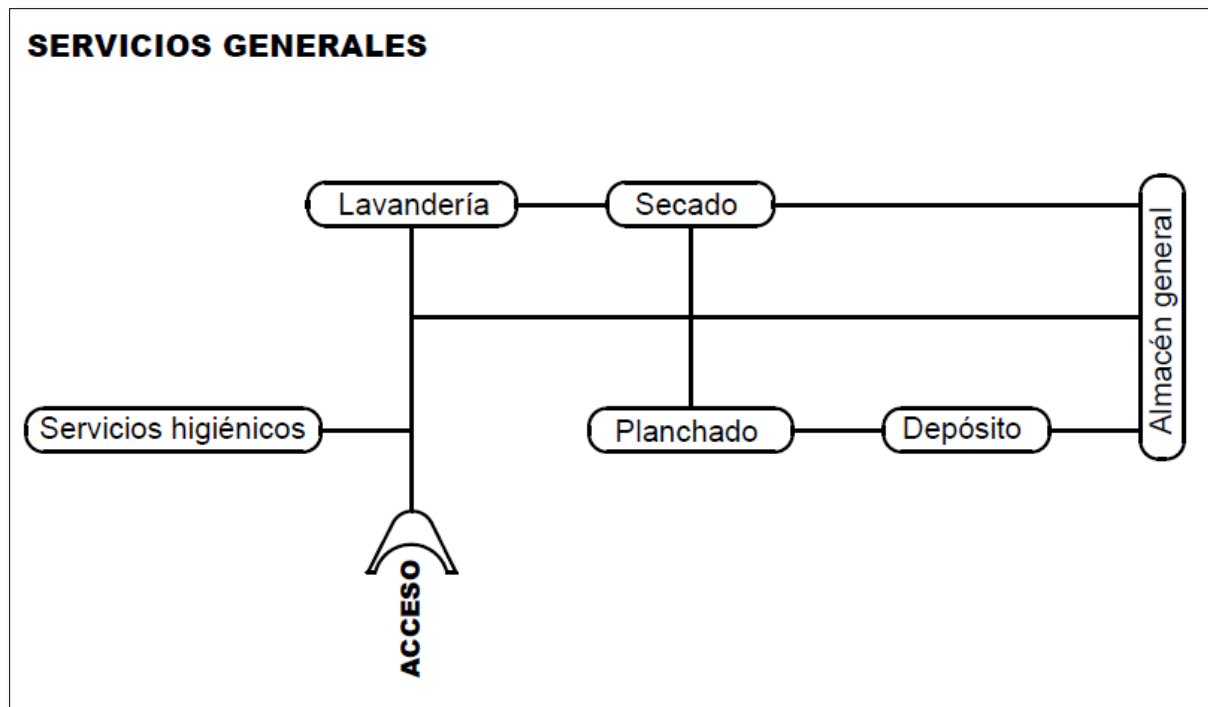
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de zona de cocina



Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de zona de cocina



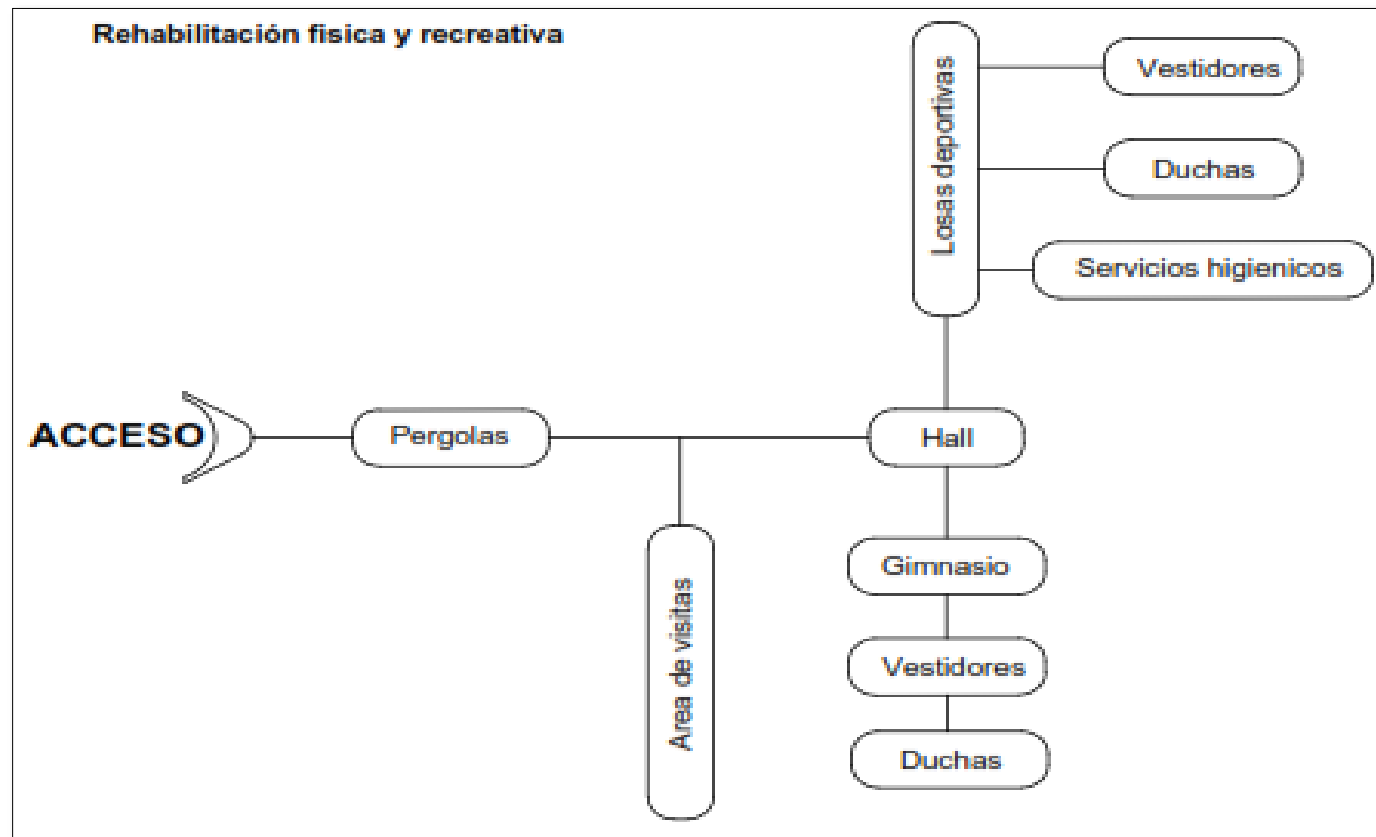
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento Ocupacional



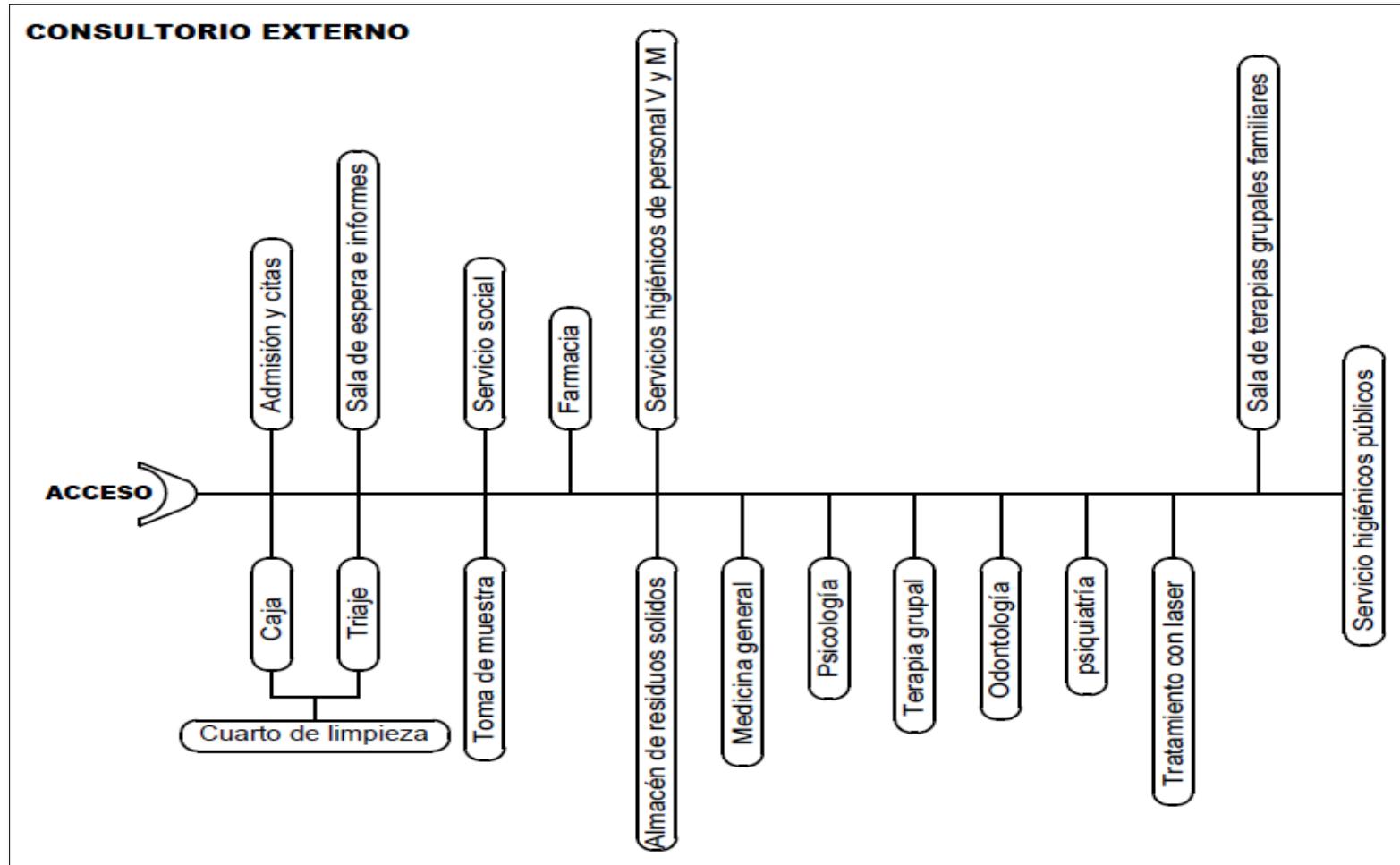
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de Rehabilitación Física y Recreativa



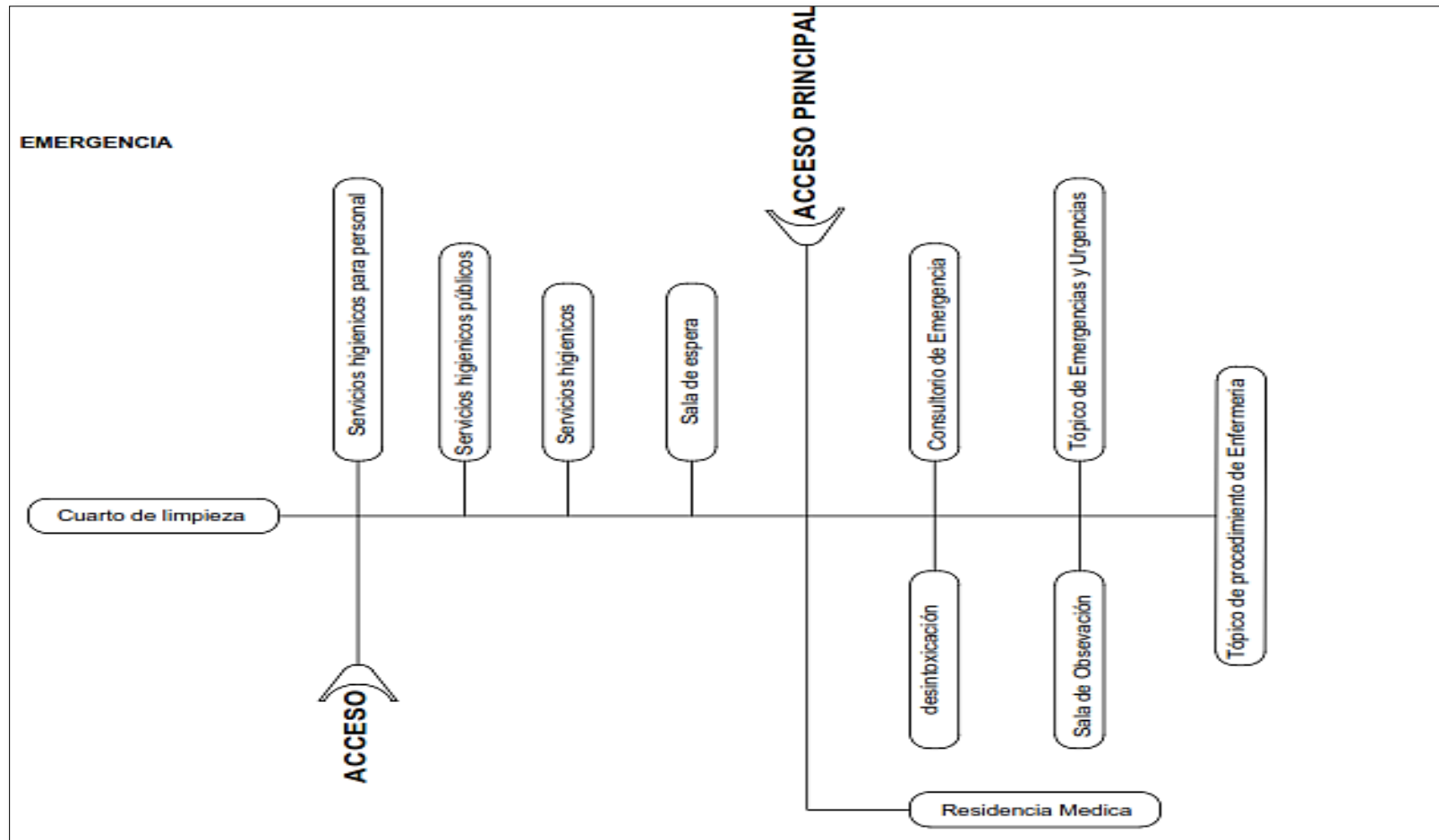
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de Consultorio Externo



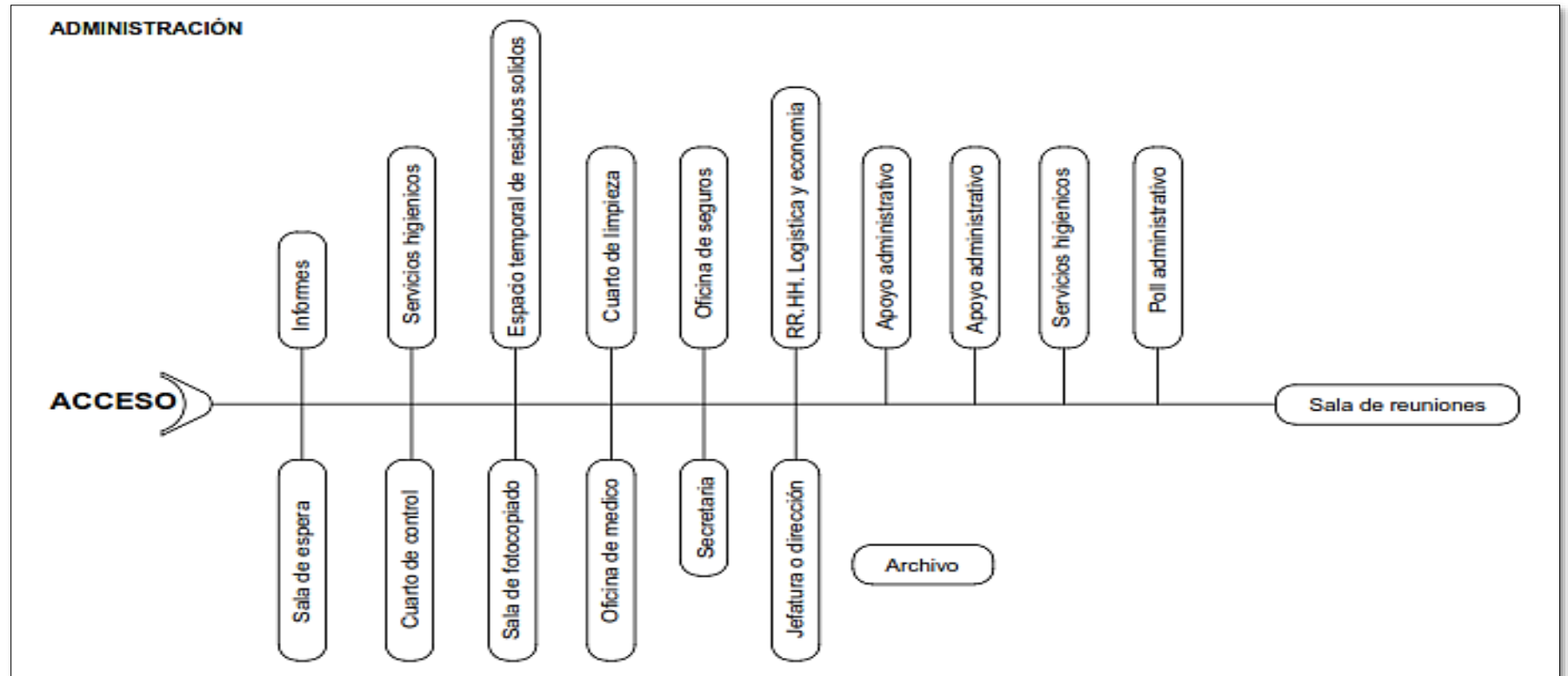
Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de Emergencia



Fuente: Elaboración propia

Diagrama de funcionamiento de Administración



Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Galería de imágenes (Fotos 3D)

FOTO 01

Vista aérea laterales de la propuesta arquitectónica.



Fuente: Elaboración propia

FOTO 2

Vista del estacionamiento y parte frontal de la edificación.



Fuente: Elaboración propia

FOTO 3

Vista posterior aérea de la propuesta.



Fuente: Elaboración propia

FOTO 4

Vista frontal área de la propuesta.



Fuente: Elaboración propia