

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL, ARQUITECTURA Y GEOTECNIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TESIS

**"CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN PARA DEPENDIENTE
A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN LA
CIUDAD DE TACNA"**

TOMO I

Presentado por:

Bach. MAIRA ZENAIDA QUISPE VICENTE

Para optar el Título de:

ARQUITECTA

TACNA – PERÚ

2016

JURADOS



ARQ. INÉS DEL CARMEN JIMÉNEZ GARCÍA
Presidenta



ARQ. JAIME TOMÁS PINTO DELGADO
Secretario



ARQ. MARCELA HAYDEE LAZO LA TORRE
Vocal



ARQ. EDUARDO NELSON RAMAL PESANTES
Director de Tesis

DEDICATORIA:

“A mis padres, por su apoyo, paciencia e incentivarme a dar lo mejor de mí siempre.”

“A mis docentes por haber contribuido a mi formación profesional, por haber sido mis guías en el aprendizaje.”

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1 Problema General.....	6
1.2.2 Problemas Específicos	7
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	9
1.4.1 Alcances	9
1.4.2 Limitaciones.....	10
1.5 OBJETIVOS.....	10
1.5.1 Objetivo General.....	11
1.5.2 Objetivos Específicos	11
1.6 HIPÓTESIS.....	12

1.7	VARIABLES E INDICADORES.....	12
	1.7.1 Variables.....	12
	1.7.2 Indicadores	13
1.8	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	14
1.9	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15
	1.9.1 Tipo de investigación	15
	1.9.2 Diseño de la investigación	15
1.10	INSTRUMENTOS	16
1.11	TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN	17
1.12	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	18
1.13	ESQUEMA METODOLÓGICO	19
	CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	20
2.1	ANTECEDENTES.....	20
	2.1.1 Primera aparición de los alucinógenos	20
2.2	BASES TEÓRICAS.....	22
	2.2.1 Teorizaciones conceptuales	22
2.3	MARCO CONCEPTUAL	29

2.3.1	El diseño y su influencia en la mejora de pacientes	29
2.3.2	Características de ubicación.....	31
2.3.3	Tipologías del edificio	33
2.3.4	Estructura, servicios y materialidad	34
2.3.5	Principales causas de las adicciones	35
2.3.6	Trastornos relacionados con consumo de sustancias	37
2.3.7	Clasificación de tratamientos de los Centros de Recuperación.....	38
2.3.8	Modelo de tratamiento	39
2.3.9	Modalidad “Comunidad Terapéutica”.....	40
2.3.10	Tipos de Comunidades Terapéuticas	42
2.4	REFERENTES ARQUITECTÓNICOS	43
2.4.1	Referentes Nacionales	43
2.4.2	Referentes arquitectónicos internacionales	51
2.5	DEFINICIONES Y TÉRMINOS	59
2.6	NORMATIVIDAD QUE POSIBILITA A LA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA.....	64
2.7	NORMATIVIDAD PARA EL DISEÑO ARQUITECTÓNICO	68

2.7.1 Reglamento Nacional de Edificaciones	68
CAPÍTULO III MARCO REAL	69
3.1 ANTECEDENTES.....	69
3.1.1 Análisis situacional de la población dependiente	69
3.1.2 Comparativo entre Abuso y Dependencia	75
3.1.3 Demanda de tratamiento por abuso de drogas.....	76
3.1.4 Características socio demográficas de los pacientes	77
3.1.5 Consumo de sustancias psicoactivas por la que demanda tratamiento	80
3.1.6 Tipo de tratamiento recomendado	83
3.1.7 Abuso y dependencia de sustancias.....	84
3.1.8 Síntomas de dependencia a drogas	86
3.1.9 Atención en adicciones CADES – Hospital Hipólito Unanue	87
CAPÍTULO IV PROPUESTA ARQUITECTÓNICA	89
4.1 ESQUEMA METODOLÓGICO DEL DISEÑO ARQUITECTÓNICO	89
4.2 ELECCIÓN DEL TERRENO	90
4.2.1 Criterios para la selección del área específica.....	91

4.2.2	Criterios de elección de terreno	91
4.3	DESCRIPCIÓN DEL TERRENO	93
4.4	DEL MEDIO FÍSICO ESPACIAL.....	94
4.4.1	Uso de suelo.....	94
4.4.2	Equipamiento del área de estudio	94
4.4.3	Vías de acceso	96
4.4.4	Sistema de infraestructura de servicios	100
4.5	MEDIO FÍSICO NATURAL	102
4.5.1	Forma del terreno	102
4.5.2	Topografía	103
4.5.3	Clima	104
4.6	ANÁLISIS DEL USUARIO	106
4.7	PROGRAMACIÓN ARQUITECTÓNICA.....	117
4.8	DIAGRAMA FUNCIONALES	131
4.8.1	Matriz General de Interrelación.....	131
4.8.2	Organigrama de Funciones	135
4.9	DESARROLLO DEL PROYECTO	140
4.9.1	Concepto	140

4.9.2 Partido	143
4.9.3 Zonificación (ver lámina 01).....	144
4.9.4 Estructuración (ver lámina 02).....	144
4.9.5 Geometrización (ver lámina 03).....	144
4.10 SISTEMATIZACIÓN	144
4.10.1 Sistema de actividades (ver lámina 04)	144
4.10.2 Sistema de movimientos (ver lámina 05)	144
4.10.3 Sistema de espacios abiertos (ver lámina 06)	144
4.10.4 Sistema edilicio (ver lámina 07)	144
4.10.5 Sistema de infraestructura (ver lámina 08,09)	144
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	145
5.1 CONCLUSIONES:	145
5.2 RECOMENDACIONES:.....	146
BIBLIOGRAFÍA	148

RESUMEN

La adicción es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido de manera multidisciplinaria. Actualmente en el Perú esta enfermedad está atacando principalmente a los jóvenes y según las estadísticas el consumo de drogas a nivel nacional se ha incrementado en los últimos años. Las instalaciones que cuenta la ciudad de Tacna para atender a estos enfermos, revelan la poca importancia que se le ha dado al tema, puesto que se trataría de instalaciones que no fueron diseñados para esta función y son insuficientes para el alto porcentaje de casos de drogadicción, esto lleva a la necesidad de darle una solución arquitectónica adecuada a este problema; con una infraestructura que aloje a profesionales eficientes para poder brindar un tratamiento adecuado.

ABSTRACT

Addiction is a multifactorial disease that affects the individual physically, mentally and socially, so the patient should be treated in a multidisciplinary way. Currently in Peru this disease is mainly targeting young people and according to statistics drug use nationwide has increased in recent years. The facilities available to the city of Tacna to care for these patients, reveal how little importance has been given to the subject, since it would be facilities that were not designed for this function and are insufficient for the high percentage of cases of drug addiction, this leads to the need to give an architectural adequate solution to this problem; an infrastructure that hosts efficient professionals to provide adequate treatment.

INTRODUCCIÓN

Un informe de la OMS reveló que Perú es el sexto consumidor de alcohol en América Latina, siendo jóvenes de 14 y 25 años los más propensos a caer en dichas adicciones, en el año 2014 se calculó la suma de 75 mil alcohólicos de entre 14 y 25 años en todo el Perú según datos de Cedro; los niños y jóvenes que formarán la fuerza productiva del Perú, están siendo clara y conscientemente expuestos al consumo de drogas tanto legales como ilegales.

La libertad, desinformación, tolerancia y consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas en la familia, son factores predisponentes al consumo por parte de los jóvenes.

En la actualidad se ha demostrado y catalogado a las adicciones como una enfermedad de tipo genético hereditario, afectando la salud física y mental de los que padecen esta enfermedad, además de tener graves repercusiones dentro de la sociedad.

Los centros que actualmente existen en el Perú, sólo 47 de unos 300 centros de rehabilitación para personas con adicciones son

formales y cumplen con los requerimientos médicos establecidos para la atención, el “Centro Fuente de agua Viva” de Tacna es el único centro reconocido y certificado por la Asociación de Comunidades Terapéuticas, la cual se desarrolla en una vivienda reacondicionada para albergar a 30 usuarios.

Por ser una enfermedad multifactorial que debe tratarse de manera multidisciplinaria, esto lleva a la necesidad de darle una solución arquitectónica adecuada a este problema; con la infraestructura necesaria y adecuada que aloje a profesionales certificados en el tema para poder brindar un tratamiento adecuado, en espacios agradables, seguros y que cumplan con todos los requisitos necesarios para cada una de las modalidades terapéuticas que conforman el tratamiento de un adicto dentro de un Centro de Atención y Rehabilitación para Adictos a Sustancias Psicoactivas.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La enfermedad de la adicción es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido de manera multidisciplinaria.

En el Perú el consumo de sustancias psicoactivas se observa desde temprana edad en los colegios, siendo los colegios de varones y mixtos los mayores consumidores en alcohol y tabaco, y en colegios de mujeres el consumo de drogas médicas. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol y tabaco se ubica en los 13,3 años. En las drogas ilegales, la edad promedio de inicio oscila entre los 12 y 14,3 años. El éxtasis registra una edad promedio de inicio similar a las de la marihuana, PBC y cocaína. Las drogas médicas registran edades promedios de inicio menores que las que registran el alcohol, el tabaco, la marihuana y las sustancias cocaínicas.

Según el “IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria”, de CEDRO; la ciudad de Tacna a nivel nacional ocupa el 1° lugar con 7,9% en consumo de drogas ilegales, el 2° lugar con 4,4% en consumo de drogas médicas, y el 5° lugar con 30,2 % en consumo de drogas legales, cifras altas del promedio nacional.

El número de centros y la calidad de los servicios e instalaciones que presentan para atender a enfermos adictos a sustancias psicoactivas en la ciudad de Tacna, revelan la poca importancia que se le ha dado al tema.

Existen en la ciudad de Tacna 11 instituciones que brindan atención a casos de adicciones:

- 4 Bajo la modalidad de Comunidades Terapéuticas, solo una está certificada por la Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas (la cual es de exclusividad para varones).
- 1 Comunidad Cristiana (REMAR).
- 6 Grupos de Alcohólicos Anónimos; dichas instituciones funcionan en locales y viviendas adaptadas o readecuadas para brindar los servicios de un centro de tratamiento y rehabilitación

sin contar con las instalaciones adecuadas y óptimas para tratar este tipo de enfermedad.

El número de centros son insuficientes para el alto porcentaje de casos de adicción que se registra actualmente según CEDRO, por lo que las personas que desean rehabilitarse deben recurrir a los hospitales (Centros de atención ambulatoria y de día para consumidores y dependientes de sustancias psicoactivas – CADES), los cuales no ofrecen un tipo de servicio de internamiento y reinserción social, o a centros de rehabilitación privados y/o en el extranjero, las que les brindan ayuda gratuitamente, pero tampoco cuentan con las instalaciones e infraestructura adecuada o están enfocadas hacia una religión específica y a quienes no se apeguen a sus creencias no pueden continuar su tratamiento y su rehabilitación o algunas veces no son aceptados.

Esto lleva a la necesidad de darle una solución arquitectónica adecuada a este problema; con una infraestructura que aloje a médicos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas y terapeutas certificados para poder brindar un tratamiento adecuado, así como una recuperación y reinserción a estas personas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La actual situación económica en la que vivimos, niega a la mayoría de la población con problemas de adicción y dependencia a sustancias psicoactivas, su posibilidad de acceder a un tratamiento de rehabilitación, así mismo la sociedad le niega la posibilidad de integrarse a ella por el hecho de no estar en condiciones normales física y psicológica.

Considerando necesario implementar un centro de rehabilitación, con el fin de brindar una infraestructura adecuada para desarrollar actividades de servicio médico preventivo, tratamiento físico - terapéutico y desarrollo vocacional y ocupacional, para que puedan encontrar así la realización personal, a la vez una reinserción a la sociedad sin temor a rechazos, y mejorar así su calidad de vida.

1.2.1 Problema General

“¿De qué manera el Centro de Atención y Rehabilitación mejorará la calidad de vida de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna?”

1.2.2 Problemas Específicos

- a) ¿De qué manera el Centro de Atención y Rehabilitación, en su imagen y entorno, fortalecerá los núcleos familiares de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna?
- b) ¿De qué manera el Centro de Atención y Rehabilitación, con sus servicios e infraestructura, permitirá la rehabilitación y reinserción social de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna?
- c) ¿De qué manera el Centro de Atención y Rehabilitación, con una estructuración espacial arquitectónica adecuada permitirá un desenvolvimiento óptimo de las comunidades terapéuticas conformadas por personas con dependencia a sustancias psicoactivas y sus familias, en la ciudad de Tacna?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- a)** Tacna como ciudad fronteriza es una ruta de salida y entrada para la droga hacia Chile y Argentina facilitando la adquisición de drogas ilegales, así también los bajos precios de las bebidas alcohólicas hacen de Tacna una ciudad vulnerable a su consumo, es por ello que en estadísticas nacionales lleva la cabecera en el consumo de sustancias adictivas, significando un gran impacto de inseguridad ciudadana, aumentando los cuadros delincuenciales, progresivo crecimiento de las bandas y barrios callejeros y sus correspondientes disputas, perturbando la tranquilidad ciudadana.
- b)** La importancia de tratar estos trastornos relacionados con el abuso de sustancias en Tacna, nace de los problemas que estos acarrearán ya sean sociales, familiares, de salud, físicos o psicológicos; en la sociedad según un estudio dirigido a jóvenes de 12 a 17 años, se determinó que el consumo de drogas y alcohol se inicia a una edad más temprana se estableció que el consumo se iniciaba a los 13 años y medio.
- c)** Dentro de las 4 instituciones que brindan atención a casos de adicciones bajo la modalidad de “Comunidades Terapéuticas”, solo una está certificada por la Asociación de Comunidades

Terapéuticas Peruanas, pero no cuenta con las instalaciones adecuadas para su funcionamiento.

- d) Al contribuir con la erradicación del consumo de sustancias psicoactivas mejorara los esquemas de una convivencia pacífica de los pobladores de nuestra región, mejorará la calidad de vida de la población y por tanto su seguridad, salud y progreso equitativo, con justicia social.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances

El alcance de la presente investigación, presenta un ámbito de atención Regional. Ofrecerá un servicio de calidad a los sectores aledaños y a las provincias de la región de Tacna. Bajo un financiamiento estatal en convenio con entidades privadas (ONG), rentabilidad en su servicio y mejoramiento de condiciones de vida de la población dependiente a sustancias psicoactivas de la ciudad de Tacna.

De igual manera servirá como un referente para investigaciones futuras centros de rehabilitación para

dependientes o personas con drogadicción no solo a nivel regional sino también a nivel nacional.

1.4.2 Limitaciones

El presente trabajo de investigación viene considerando las siguientes limitaciones:

- a) Sobre respuestas arquitectónicas y modelos de centros de rehabilitación para adictos son escasas en el Perú y Latino América; siendo poco documentadas a nivel nacional e internacional.
- b) Los registros de la población femenina mayores de edad con dependencia a sustancias psicoactivas es escasa, a diferencia del registro de varones; debido al sistema social machista y cultural en el que vivimos en el Perú. Según CEDRO la diferencia de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria es por cada 10 hombres que consumen alcohol, hay 9 mujeres que también lo hacen.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General:

“Diseñar un Centro de Atención y Rehabilitación con la infraestructura adecuada que permita reducir el número de casos con dependencia a sustancias psicoactivas en varones, en la ciudad de Tacna”

1.5.2 Objetivos Específicos:

- a) Diseñar un Centro de Atención y Rehabilitación, que cuente con una imagen y entorno, que permita fortalecer los núcleos familiares de las personas dependientes a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna.
- b) Diseñar un Centro de Atención y Rehabilitación, que cuente con servicios e infraestructura, que permita la rehabilitación y reinserción social óptima de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna.
- c) Diseñar un Centro de Atención y Rehabilitación, que cuente con una estructuración espacial arquitectónica donde se desenvuelva óptimamente las Comunidades Terapéuticas conformadas por personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna.

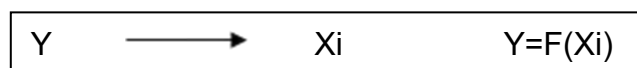
1.6 HIPÓTESIS

“El Centro de Atención y Rehabilitación, contará con una adecuada infraestructura, y permitirá mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna.”

1.7 VARIABLES E INDICADORES

1.7.1 Variables:

Identificación de variables



a) Variable independiente

x: Centro de Atención y Rehabilitación con infraestructura adecuada.

b) Variable dependiente

y: Mejorar la calidad de vida de las personas dependientes a sustancias psicoactivas.

1.7.2 Indicadores:

a) Indicadores de la variable independiente

“Centro de Atención y Rehabilitación”

X1: Imagen y contexto urbano.

X2: Servicios e infraestructura.

X3: Estructuración espacial arquitectónica.

b) Indicadores de la variable dependiente

“Mejorar la calidad de vida de personas con dependencia a sustancias psicoactivas”

Y1: Núcleos familiares.

Y2: Rehabilitación y reinserción social.

Y3: Comunidades Terapéuticas.

1.8 MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Centro de Atención y Rehabilitación para dependientes a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna.	¿De qué manera el Centro de Atención y Rehabilitación mejorará la calidad de vida de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna?	"Diseñar un Centro de Atención y Rehabilitación con la infraestructura adecuada que permita reducir el número de casos con dependencias a sustancias psicoactivas en varones, en la ciudad de Tacna"	El Centro de Atención y Rehabilitación contará con una adecuada infraestructura, y permitirá mejorar la calidad de vida de las personas con dependencias a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Tacna.	V.I. Diseño del Centro de Atención y Rehabilitación para personas dependientes de sustancias psicoactivas.	Imagen y contexto urbano	Análisis de sitio, terreno, topografía, orientación, perfil urbano, zonificación,
				V.D. Mejorar la calidad de vida de las personas con dependencias a sustancias psicoactivas	Servicios e infraestructura	Sistema de servicios, accesibilidad, entorno inmediato y mediato
					Núcleos familiares	Encuestas poblacional
					Rehabilitación y reinserción social	Entrevistas
					Comunidades Terapéuticas	Registros nacionales y regionales

1.9 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1 Tipo de investigación

El presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación aplicada en cuanto al nivel de conocimiento que se desea alcanzar.

1.9.2 Diseño de la investigación

a) Según el nivel de la investigación:

Estudio Descriptivo: Puesto al nivel de estudio se determina que la investigación será de nivel descriptivo, puesto que estos tienen como objetivo establecer como es y como se manifiesta un determinado fenómeno que atrae la atención de tal manera que se limita a identificar sus características o propiedades en un momento determinado, sin que el investigador tenga acceso a controlar o manipular a conveniencia las variables en estudio, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. No se ocupa de la verificación de hipótesis, sino de la descripción de hechos a partir de un criterio teórico.

b) Según el tipo de investigación:

Investigación Aplicada: Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última; esto queda aclarado si nos percatamos de que toda investigación aplicada requiere de un marco teórico. Sin embargo, en una investigación empírica, lo que le interesa al investigador, primordialmente, son las consecuencias prácticas.

Si una investigación involucra problemas tanto teóricos como prácticos, recibe el nombre de mixta. En realidad, un gran número de investigaciones participa de la naturaleza de las investigaciones básicas y de las aplicadas.

1.10 INSTRUMENTOS

Los instrumentos registrales a emplearse para obtener respuestas referentes a la investigación serán:

Materiales:

a) Instrumento utilizados

- Ficha de campo.
- Diario.
- Plano urbano de la ciudad de Tacna.
- Cámara fotográfica.

b) Para la observación directa

- Plan de observación.
- Encuestas.
- Entrevistas.
- Registros.

1.11 TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

a) Recopilación de datos:

La documentación recopilada será de diferentes tipos: literal, gráfica y estadística. La misma que será recogida: en bibliotecas, municipios, libros, revistas, periódicos, internet, entre otras.

b) Investigación de campo:

Para el caso utilizaremos cuestionarios, para generar nuestra investigación.

1.12 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

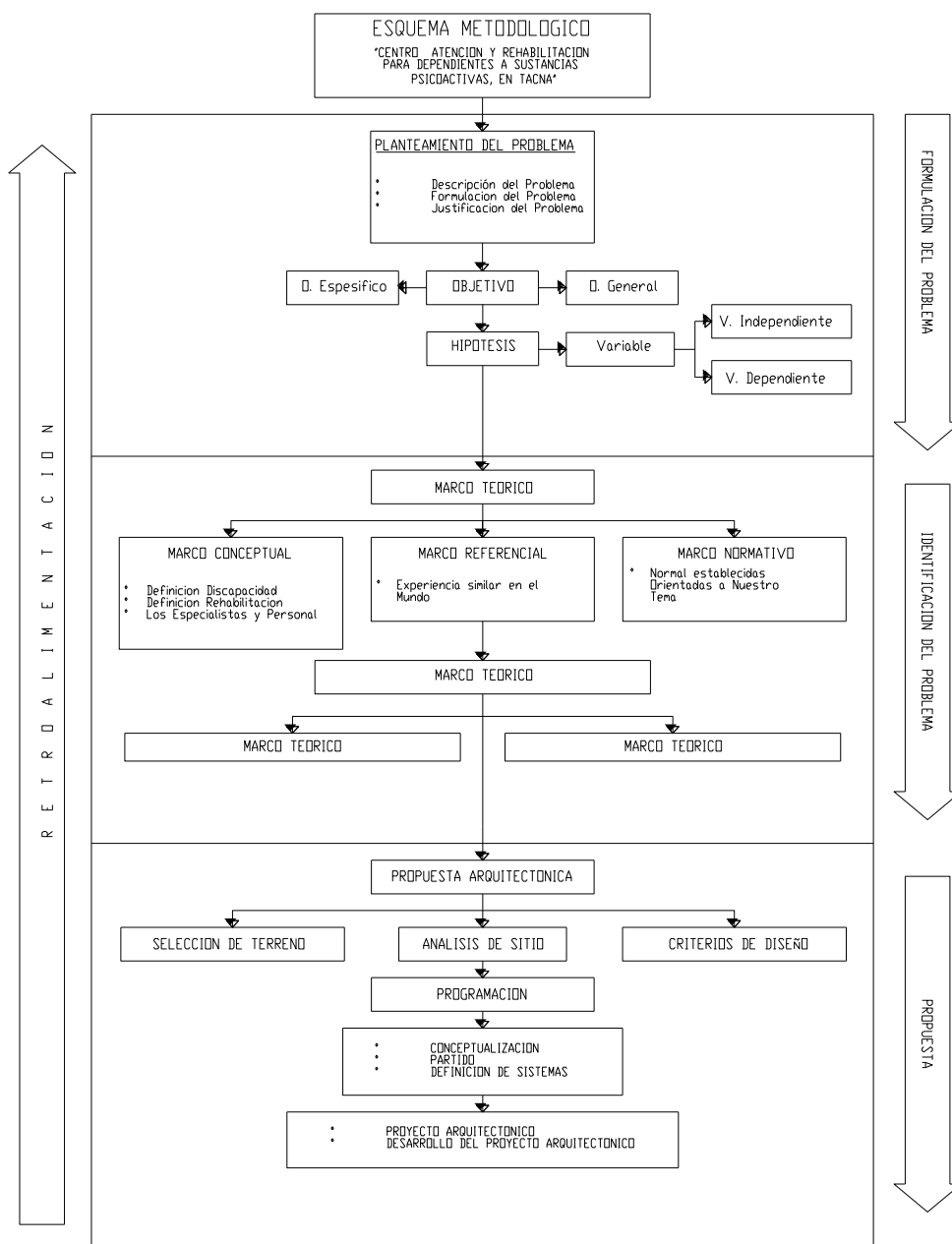
a) Clasificación de datos

Se realiza el conocimiento de la realidad mediante la observación directa de las manifestaciones y expresiones socio cultural, clasificándolas por cada zona de estudio:

- Clasificación de datos
- Descripción y análisis estadístico
- Procesamiento de análisis de datos

Estas consistirán en describir las características generales de la zona, e implicara una serie de medidas estadísticas, que permitirán obtener una primera impresión exacta del aspecto que presentan los datos.

1.13 ESQUEMA METODOLÓGICO



CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

2.1.1 Primera aparición de los alucinógenos

“La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, se han encontrado evidencias del uso de bebidas alcohólicas desde hace alrededor de 4000 años antes de Cristo, se cree que el primer producto en fermentarse fue el “agua miel” de algunas plantas, este proceso de destilación y fermentación fue conocido por varios pueblos como los árabes que son considerados los inventores, además lo conocían griegos, chinos, egipcios, romanos, hebreos entre otros, se puede decir que los problemas que el alcohol produce en la sociedad se han presentado desde que los seres humanos vivimos en sociedad.

En la antigüedad tanto en las civilizaciones griega y romana como en los nativos americanos, asociaban a las bebidas alcohólicas con la religión, y su conocimiento era atribuido a un Dios, así que se utilizaba sobre todo en ceremonias religiosas,

y en muchas civilizaciones de América se prohibía su uso fuera de ellas, por personas que no estuvieran asociadas al culto religioso, ya que conocían de los efectos que estas bebidas causaban en las personas. Se conoce a demás que en la América precolombina los nativos utilizaban más de 30 diferentes especies de plantas alucinógenas, que junto con secreciones animales, entre otras sustancias, eran utilizadas con fines religiosos, rituales, terapéuticos e incluso de caza, a diferencia de las civilizaciones europeas que únicamente conocían 10 variedades, se cree que este gran conocimiento de alucinógenos en América se debía a la existencia de chamanes que las usaban constantemente en ritos de todo tipo entre los que estaba la comunicación con sus dioses”.¹

“Uno de los narcóticos más antiguos de América, específicamente de Mesoamérica es el “peyote” que fue representado en tumbas de las civilizaciones antiguas de esta región hace alrededor de 100 A.C. Así mismo se cree que la “Sophora” extraída del grano del mescal, fue el primer narcótico usado en América”.²

¹ Velasco Fernández R. (1992). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas.

² Furst, P. (1980). *Los Alucinógenos y la Cultura, Edición Español*, México. Fondo de Cultura Económica.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Teorizaciones conceptuales

“Centro Rehabilitación y Atención para dependientes”

a) Actualidad legal:

Para nuestra estructuración legal peruana, El artículo 11° del Reglamento de la Ley N° 29765, ley que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de “Comunidades Terapéuticas”, define a esta como:

- 1.- “Un centro de atención de salud para personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias, que se establecen en ambientes residenciales debidamente estructurados, en un marco ético y moral bien definido, y operan en un clima altamente afectivo como un modelo adecuado de tratamiento alternativo, bajo cualquier forma societaria o asociativa establecida en nuestra legislación, cuya finalidad es la rehabilitación y

reinserción en la sociedad de la persona dependiente a sustancias psicoactivas.”³

2.- Esta definición viene a estructurar nuestra matriz de consistencia, sin embargo es importante extraer aportes conceptuales o teóricos de otras realidades para instrumentar en nuestra realidad.

b) Rasgos esenciales de la modalidad de la Comunidad Terapéutica.

El autor del artículo (D. Comas) comenta: La metodología de la Comunidad Terapéutica se caracteriza por una serie de rasgos y componentes, entre los que ha seleccionado los más relevantes o significativos, siguiendo en esquema propuesto por Maxwell Jones (Jones, 1963; Jones, 1968 y Jones, 1976) y con las aportaciones de los últimos años, del siguiente modo:

1.- Una Comunidad Terapéutica⁴ es un centro residencial, en el que se permanece la mayor parte o

³ Artículo 11º del Reglamento de la Ley Nº 29765, ley Que Regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes.

⁴ Fundación Atenas Grupo Gid. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. España. Repromas.

todo el día (aunque siempre se pernocta ya que “se reside” en la misma) y donde los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Hay centros en los que se requiere un cierto aislamiento para evitar la irrupción de acciones o prácticas disruptivas, pero en general la propia metodología prevé diversas formas de “participación progresiva en la sociedad externa”. Sin embargo el equipo profesional no reside en el Centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del equipo técnico presentes en el centro. La presencia continua del equipo, no tiene por finalidad “controlar a los residentes”, sino que forma parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua (es decir las 24 horas del día) debe realizar dicho equipo técnico.

2.- La permanencia en el centro tiene una duración determinada, definida de antemano con criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre con un límite temporal máximo. En general se considera que los periodos de estancia

demasiado largos son contraproducentes y reflejan la falta de eficacia metodológica, por lo que en los últimos decenios la disminución de la duración de los programas (manteniendo unos mínimos) se considera un criterio de calidad. Ciertos dispositivos (por ejemplo centros de menores u otro tipo de internamientos obligatorios) implican un tiempo de estancia obligatorio, en ocasiones muy prologado, lo que obliga a reforzar los vínculos sociales de los internos, por ejemplo mediante programas educativos o de otra naturaleza en instituciones externas.

3.- La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los residentes a construir de forma racional un proyecto de vida

alternativo fuera de la Comunidad, desde el cual tales problemas puedan minimizarse, evitarse o controlarse.

“Erradicación de la dependencia a sustancias psicoactivas”

“En la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la dependencia se describe como la continua preocupación conductual, cognitiva y emocional por el consumo de drogas.

La búsqueda de droga domina la rutina diaria, así como los pensamientos, sentimientos y contactos sociales relacionados con el consumo de drogas” (De León, G. 2004, p. 69)

Estas perspectivas definen el abuso de sustancias con un criterio distinto al paradigma médico preponderante en esa época que considera a las adicciones como una enfermedad.

“La adicción no es una enfermedad, como no lo es tampoco la fiebre, sino que es más bien un síntoma de un malestar subyacente” (Kooyman, M.1996 pág. 27).”

“La drogadicción es una enfermedad compleja, caracterizada por el deseo vehemente, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable de drogas, que persisten a pesar

de las consecuencias extremadamente negativas. Muchas personas no se dan cuenta de que la adicción es una enfermedad del cerebro. Si bien el camino a la drogadicción comienza con el acto de consumir la droga, con el tiempo la habilidad de la persona para poder tomar la decisión de no consumirla queda comprometido, y la búsqueda y el consumo de la droga se vuelven compulsivos.

Esta conducta es en gran parte el resultado de los efectos que tiene la exposición prolongada a la droga en el funcionamiento del cerebro. La adicción afecta diversos circuitos del cerebro, entre ellos, los relacionados con la gratificación y la motivación, el aprendizaje y la memoria, y el control sobre las inhibiciones que afectan el comportamiento. Algunas personas son más vulnerables que otras a volverse adictas, según su estructura genética, edad de exposición inicial a las drogas, otras influencias ambientales y la interacción de todos estos factores. (NIDA, 2010, pág. 5)”⁵

“Tratamiento, rehabilitación y reinserción social”

⁵ Chiosso, F.G. (2010) *Reflexiones sobre el modelo de rehabilitación en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias*. Buenos Aires, Argentina. Taurus.

“Concebimos al tratamiento como el conjunto de modalidades específicas (por ejemplo farmacoterapia, psicoterapias, terapia del comportamiento) tendentes a eliminar los síntomas específicos y comportamientos problemáticos; en tanto que la rehabilitación implica una intervención más duradera, dirigida hacia un aprendizaje permanente de capacidades y mecanismos nuevos de superación. (Camacho Ramírez, págs. 7-8)

“El concepto de recuperación supera la idea del logro o mantenimiento de la abstinencia e incluye una dimensión vinculada a la reinserción de la persona en la sociedad, que se plantea en términos de rehabilitación y habilitación. La rehabilitación supone un sujeto que ha tenido una pertenencia y participación social, que porta habilidades laborales y/educativas, vínculos familiares y comunitarios, que fueron deteriorados por el consumo de sustancias. “Para ellos, recuperación significa rehabilitación, reaprendizaje o restablecimiento de su capacidad de mantener una vida

positiva, y para recobrar la salud física y emocional.” (De León, 2004:98)”⁶

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 El diseño y su influencia en la mejora de pacientes

El efecto del ambiente en el comportamiento humano, es un tema que ha sido enfatizado por los psicólogos ambientalistas. Al momento de proyectar instituciones para la recuperación de pacientes con problemas psiquiátricos uno de los principales problemas es aplacar el sentimiento de separación y aislamiento de la sociedad y el entorno familiar; para esto se realizan estudios en los hospitales para relacionar los efectos del ambiente en la recuperación de pacientes.

Fiset señala dos estudios, uno hecho en Pennsylvania donde se demuestra que la vista desde la ventana de los cuartos de hospitalización influye en la recuperación, y otro en Canadá en un hospital remodelado y ampliado donde las enfermeras reportaron que los pacientes ubicados en el edificio nuevo, que contiene patios internos espaciosos y con tratamiento

⁶ Chiosso, F.G. (2010). *Reflexiones sobre el modelo de rehabilitación en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias*. Buenos Aires, Argentina. Taurus.

paisajístico, estaban usando 40% menos cantidad de analgésicos y píldoras para dormir, y se están recuperando más rápidamente que los pacientes ubicados en el viejo hospital.

Otro estudio del arquitecto Guffanti proyectista del Instituto Europeo de Oncología, se enfoca en la investigación de los aspectos de humanización de la estructura hospitalaria, representada en algunos de los siguientes conceptos:

- Eliminación del dramatismo del volumen construido, a través del tratamiento de fachadas e incorporación de patios y corredores alrededor, así como una ubicación en un área suburbana, rodeada de campos y mucha vegetación, lo cual se aprovecha para la vista desde el interior y para realizar una construcción de baja altura.

Se ha demostrado además que el 95% de los pacientes, empleados y familiares obtienen beneficios terapéuticos de los jardines y espacios abiertos.

Los pacientes cuyas habitaciones poseen vistas de paisaje natural muestran una mejoría notable con respecto a quienes

poseen vista a otros edificios, necesitando incluso menos medicamentos.

El estrés provocado por la desorientación dentro del hospital produce un incremento en la presión arterial, fatiga, dolores de cabeza y el sentimiento de desamparo.

2.3.2 Características de ubicación

La mejor ubicación para la implantación de un proyecto con características de salud de este tipo, es una zona cercana a poblaciones, pero ubicada en lugares no densamente poblados, y con una comunicación adecuada, tanto vehicular como de centrales telefónicas, y servicios básicos. Además se debería tener en cuenta los siguientes parámetros para el desarrollo o planteamiento de los mismos:

1. La superficie de ocupación, generalmente está determinada por la proyección de la planta baja. Esta variable es producto de:
 - a) El número de departamentos que se precisa situar en planta baja debido a la necesidad de acceso directo desde el exterior; otros departamentos funcionalmente conectados con este grupo; departamentos para los

que se prefiere un emplazamiento en planta baja, debido a que tienen un gran potencial de crecimiento.

b) Las necesidades de construcción en fases. Cuanto más escalonada esté la construcción en pequeñas fases, mayor será la superficie de solar ocupada por edificios de una o dos plantas.

2. Aparcamiento. La relación de espacios de aparcamiento se debe realizar de acuerdo al estudio de demanda que tendrá este espacio de salud, ya que existe diferencias entre los tipos de centros dedicados a la salud, por ejemplo la necesidad de aparcamientos de un hospital, el cual recibe una gran cantidad de personas de manera continua, será mucho mayor, a la que requerirá un centro de rehabilitación, el cual no tendrá una afluencia constante de personas.
3. Calles. Para servir a todos los departamentos que requieran acceso desde el exterior y para permitir que los equipos de defensa contra incendios puedan alcanzar todos los puntos del edificio.
4. Distancias entre los edificios: Los edificios deben guardar determinadas separaciones para minimizar riesgos de

incendio, así como permitir la necesaria iluminación y ventilación.⁷

2.3.3 Tipologías del edificio

Por lo general los edificios representan establecimientos de gran magnitud que dan cabida a un gran número de funciones las que deben estar inteligentemente relacionadas para proporcionar así un desarrollo eficaz en el funcionamiento interno del mismo:

1. Posibilidad de crecimiento y cambio como respuesta a futuras necesidades.
2. Relaciones entre departamentos que tengan funciones vinculadas estrechamente, y rutas de circulación eficaces, tanto para las personas como para los suministros.
3. Seguridad en lo relativo a control de incendios y humos, y en lo relacionado con la evacuación de los pacientes.
4. Economía en los gastos de instalación y de mantenimiento; facilidad y rapidez de construcción.
5. Posibilidad de construir en fases viables.

⁷ Edward D. (1992), Gestión del Proyecto en Arquitectura, Barcelona, España. Ediciones Gustavo Gili.

6. El comportamiento del ambiente físico interior resultante de la interrelación forma del edificio - diseño tecnológico.
7. Respuesta a las relaciones físicas entre el edificio y la comunidad a la que sirve, en cuanto a criterios estéticos y de situación.⁸

2.3.4 Estructura, servicios y materialidad

El fin de todo proyecto debe ser, reducir al mínimo las limitaciones físicas de crecimiento futuro, por lo que la forma del edificio, debe tener sus extremos libres y extensibles; a nivel de detalle, las técnicas de proyecto y diseño deben permitir la posibilidad de cambios interiores y redistribuciones de las dependencias.

Para esto además es importante comprender dos características básicas a tomar en cuenta según el uso.

Estructuras: La estructura física sustentante envejece despacio y su sustitución lleva consigo una inversión masiva, por lo que por regla general se considera aconsejable proyectar la estructura para una vida útil de cien años, como mínimo, pero, no debe adaptarse con demasiada rigidez a un modelo de

⁸ Edward D. (1992), Gestión del Proyecto en Arquitectura, Barcelona, España. Ediciones Gustavo Gili.

trabajo ni integrarse firmemente a otros elementos de la edificación que tengan grados diferentes de inutilización.

Servicios: Los servicios de calefacción, iluminación y ventilación requieren un

Cambio cada veinte años aproximadamente, dado que cambian las dependencias o los regímenes de los departamentos, y que el propio sistema se deteriora con el tiempo. Por consiguiente, lo ideal es que los servicios sean registrables a lo largo de todo su recorrido sin causar daños importantes al edificio.

Materiales: Los materiales más utilizados para la construcción de este tipo de estructura son, la mampostería y el hormigón armado debido a su facilidad de construcción, así como a su versatilidad al momento de la realización de cambios en estructuras.

2.3.5 Principales causas de las adicciones

2.3.5.1 Factores internos

- La somática y psíquico: Se relaciona con la insatisfacción física que desencadena un problema de autoimagen o autoestima, que influye en la

sensibilidad de las personas ante el consumo de drogas o alcohol.

- El Rol: Se da en individuos con dificultad para establecer su identidad ya sea personal o colectiva dentro de la sociedad.
- Insatisfacción de necesidades: Toda necesidad no satisfecha produce una frustración, lo que puede desencadenar una evasión de la realidad, y una manera fácil de instalarse en este mundo irreal es por medio del efecto de las drogas.
- Inferioridad y superioridad del yo: El potencial disminuido de cualquiera de los sectores de la personalidad ya sea físico social o cultural ocasiona en los individuos esa necesidad de llenar o aumentar ese espacio.
- La aventura o curiosidad: Estas dos características de todo ser humano pueden tomar una connotación diferente cuando la personalidad de un individuo es inestable, por lo que ésta es una de las causas principales del consumo en adolescentes ya que en

esta etapa su personalidad se encuentra en formación.

2.3.5.2 Factores externos

- Injusticia social: Las drogas funcionan en estos casos como un escape a la realidad, al hambre y a su entorno.
- La familia: Un ambiente familiar inadecuado en el que el consumo de drogas es un hecho común.
- La relación con el entorno: Un individuo relacionado con un entorno en el que el consumo se ve de manera común es más propenso a adquirir adicciones.
- La presión social: Sobre todo en las personas más jóvenes la presión social que ejerce el deseo de integrarse, puede llevar a las personas a consumir.

2.3.6 Trastornos relacionados con consumo de sustancias

Incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Las sustancias a

tratar se agrupan en 11 clases, algunas de las cuales comparten propiedades: el alcohol comparte propiedades con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; la cocaína comparte propiedades con las anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar.⁹

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo o dependencia de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación).

2.3.7 Clasificación de tratamientos de los Centros de Recuperación

Los Centros de Atención en Drogadicción pueden ser privados o públicos dentro de ellos existen centros de atención ambulatoria o residencial y contarán con condiciones específicas para su habilitación:

- Tratamiento Ambulatorio. Son todos aquellos Centros que desarrollan su Modelo o Enfoque de Atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno a sus usuarios

⁹ López I. A., Juan J. & Valdés M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Masson.

- Tratamiento Residencial. Son todos aquellos Centros que brindan como parte de su Modelo o Enfoque de Atención alojamiento nocturno a sus usuarios.

Un mismo Centro de Atención en Drogadicción podrá ofrecer programas de tratamiento y rehabilitación bajo la modalidad residencial y Ambulatoria y, en tal sentido, será considerado como mixto, para los efectos de su registro y habilitación.

2.3.8 Modelo de tratamiento:

Las investigaciones relacionadas con los tratamientos para la adicción usualmente han clasificado a los programas en varios tipos o modalidades generales. Se continúan desarrollando y diversificando enfoques de tratamiento y programas individuales, y muchos programas que existen hoy en día no encajan bien dentro de las clasificaciones tradicionales de los tratamientos de la drogadicción.

Es así como definimos al modelo de tratamiento como el conjunto de orientaciones terapéuticas en las que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios.

Entre ellos se destacan:

- Comunidad Terapéutica (tradicional/renovada)
- 12 pasos (Alcohólicos Anónimos)
- Espiritual-Religioso (Grupos Teo terapéuticos)
- Médico-Clínico-Psiquiátrico
- Psicológico-Interdisciplinario
- Pedagógico Reeducativo (modelos explicativos de las dependencias – reeducando nuevos valores)
- Terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia.

2.3.9 Modalidad “Comunidad Terapéutica”:

En el Perú:

Existen varios centros de atención para personas dependientes a sustancias psicoactivas, que van desde un tratamiento ambulatorio, residencial y mixta, las cuales son administradas por entes privados; dichos centros no cuentan con las condiciones de habitabilidad necesarias para su adecuado funcionamiento, así mismo no cuentan con profesionales ni certificado de funcionamiento de ninguna entidad pública ni privada que garantice una adecuada rehabilitación.

Debido a la crecida población dependiente y a la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población, el Perú cuenta con el reglamento de la Ley N° 29765, ley que regula los establecimientos y ejercicio de los centros de atención para dependientes que operan bajo la modalidad de Comunidades Terapéuticas.

El Perú cuenta con 23 Centros certificados por la “Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú” (ACTP), si bien estos centros de atención son reconocidos por la ACTP, la construcción de su infraestructura no ha sido creada para esta función, sino que en su mayoría se trata de casas reacondicionadas cumpliendo las normativas de la Ley N° 29765 para su buen funcionamiento.

La siguiente tabla muestra la distribución de los 23 centros de atención distribuidos en el Perú.

Departamento	Niños	Niñas	Mujeres	Varones	Total
Lima	1	1	3	13	18
Tacna				1	1
San Martín				1	1
La Libertad				1	1
Loreto				1	1
Total de Comunidades Terapéuticas registradas en el Perú					23

Fuente: Asociación De Comunidades Terapéuticas En El Perú.

Podemos concluir que la mayor población servida para el tratamiento de dependencia y drogadicción es del género masculino, y se encuentra centralizado en la capital. Dejando al género femenino dependiente con pocas opción para su rehabilitación.

2.3.10 Tipos de Comunidades Terapéuticas:

Según la Ley N° 29765, las Comunidades Terapéuticas serán clasificadas por la autoridad de salud, que emita su autorización de funcionamiento, de acuerdo al tipo de prestación que brindan, en:

1. Comunidad Terapéutica Tipo I

Es un Centro de Atención de salud, donde se desarrollan actividades de tratamiento y rehabilitación de personas con dependencia a sustancias psicoactivas sin comorbilidad o con comorbilidad clínica y/o psiquiátrica leve.

2. Comunidad Terapéutica Tipo II

Es un Centro de Atención de salud donde se desarrollan actividades de tratamiento y rehabilitación de personas con dependencia a sustancias psicoactivas sin comorbilidad o con comorbilidad clínica y/o psiquiátrica

leve, moderada o severa que requieren una atención de salud de mayor complejidad y especialización.

2.4 REFERENTES ARQUITECTÓNICOS

Los referentes analizados a continuación fueron tomados como tales debido a su funcionamiento y no a su organización ni forma arquitectónica ya que su estructura no fue creada con la finalidad de utilizarse como centros de rehabilitación sino que fueron adaptados para esto:

2.4.1 Referentes Nacionales

- a) El Centro de Rehabilitación de Adicciones - Modelo Ñaña**
- Ubicación: Av. Balaguer s/n, altura Carretera Central Km. 19,5 Ñaña en Chosica, Lima.
 - Institución estatal dedicada al tratamiento y rehabilitación de las adicciones, es una dependencia del Hospital Hermilio Valdizán (HHV) - Ministerio de Salud - Perú. Fue creado en 1978 iniciando su funcionamiento el 18 de junio de 1979

- El CRÑ se constituyó como la primera y única, hasta la fecha, como Comunidad Terapéutica pública en el Perú, su marco conceptual está basado en la Terapia Conductual Cognitiva (se deriva de los principios experimentales del comportamiento y de la teoría del aprendizaje) y en el Modelo de Comunidad Terapéutica, cuenta con residencia para varones, y un servicio ambulatorio clínico para mujeres y niños.
- Es el centro de rehabilitación con mayor infraestructura en el Perú.



El Centro de Rehabilitación de Ñaña cuenta con una extensión de 2,1 ha. Ubicando toda la infraestructura hacia el lado frontal cerca del ingreso, con la Av. Balaguer como único acceso.



Foto 01: Centro de Rehabilitación de Adicciones - Modelo Ñaña

Servicios del Centro de Rehabilitación de Ñaña

En referencia del centro de Rehabilitación de Ñaña, Se ha estructurado las actividades organizadas bajo la modalidad de comunidades terapéutica de puertas abiertas y modificación de conducta (Reeducación), con participación integrada del personal profesional y no profesional, los pacientes y con el concurso directo y permanente de los familiares intra y extra mural.

Dicho programa comprende las siguientes actividades:

- ❖ Labor asistencial del equipo multidisciplinario.

- ❖ Reunión de coordinación técnico-profesional.
- ❖ Evaluación de casos con el equipo terapéutico, personal auxiliar de enfermería y terapia ocupacional.
- ❖ Reunión de personal de carácter administrativo.
- ❖ Remotivación a través de:
 - Psicoterapia individual.
 - Terapia de grupo multimodal.
 - Terapia familia paralela.
 - Terapia multifamiliar.
- ❖ Asamblea de comunidad terapéutica con pacientes, familiares y el personal.
- ❖ Readaptación mediante actividades ocupacionales, orientación vocacional y formación laboral.
 - Selección y motivación de candidatos aptos para capacitaciones.
 - Facilitar el desarrollo de actividades para mantener la motivación y evitar el desánimo.
 - Valorar las disposiciones para el trabajo en tareas habituales.
 - Desarrollar y mantener habilidades potenciales.

- Desarrollar y mantener nuevas habilidades o destrezas.
- Organización y desarrollo de actividades que permiten el auto validamiento del paciente.
- ❖ Actividades domésticas del paciente en el servicio.
- ❖ Actividades en talleres de :
 - Carpintería.
 - Jardinería.
 - Mantenimiento
 - Coreoplastia y repujado de cuero.
 - Manualidades de tipo artesanal.
 - Huerto – vivero.
- ❖ Actividades artísticos culturales
 - Periódico mural.
 - Escultura
 - Títeres.
 - Música.
 - Lectura comentada.
 - Dibujo y pintura.
- ❖ Actividades recreacionales y deportivas
 - Gimnasia.

- Fulbito.
- Juegos de salón.
- Televisión.
- ❖ **Reeducación frente a los hábitos nocivos que llevan a/o son consecuencia del consumo de drogas**
 - Comportamiento frente al consumo de drogas.
 - Comportamiento en el tiempo libre.
 - Comportamiento social.
 - Comportamiento en el área laboral.
 - Comportamiento de auto organización y organización del medio ambiente.
 - Solución de problemas y toma de decisiones.
 - Discriminación y modificación de las concepciones y/o creencias irracionales

Basándonos en esta estructura de actividades se elaborará el cuadro de programación para nuestro proyecto.



Foto 02: aula de capacitación y charlas

b) Comunidad Terapéutica “Solidaridad Vida”

- Ubicación: Av. El Ejercito 359 Para Grande - Tacna
- Centro Privado de Atención para Dependientes a Sustancias Psicoactivas y otras Dependencias.
- Establecimiento: Asociación Comunidad Terapéutica Fuente de Agua Viva (casa de varones).
- Clasificación: Centros de Atención para dependientes a sustancias psicoactivas y otras dependencias.
- Tipo: Servicio médico de apoyo.
- Enfoque de comunidad terapéutica como modelo de abordaje para dependientes a sustancias psicoactivas así

como para otras personas que presentan comportamientos des adaptativos.

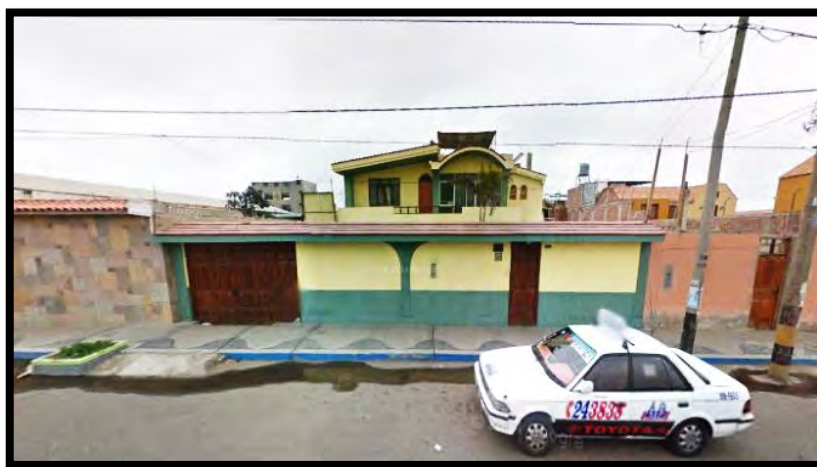


Foto 03: Comunidad Terapéutica “Solidaridad Vida”

c) Casa hogar Nuevo Amanecer

- Ubicación: Av. Jorge Chávez N° 2406 Alto Bolognesi
- La casa Hogar “Nuevo Amanecer” Tacna es una Asociación Civil sin fines de lucro. (casa de varones)
- especializada en brindar atención integral a personas con problemas de conducta y en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y de otras adicciones sociales.
- El servicio comprende: Rehumanización, Reeduación y Reinserción Social, mediante un tratamiento Físico,

Mental y Espiritual; ofreciendo un entorno de convivencia en régimen residencial.

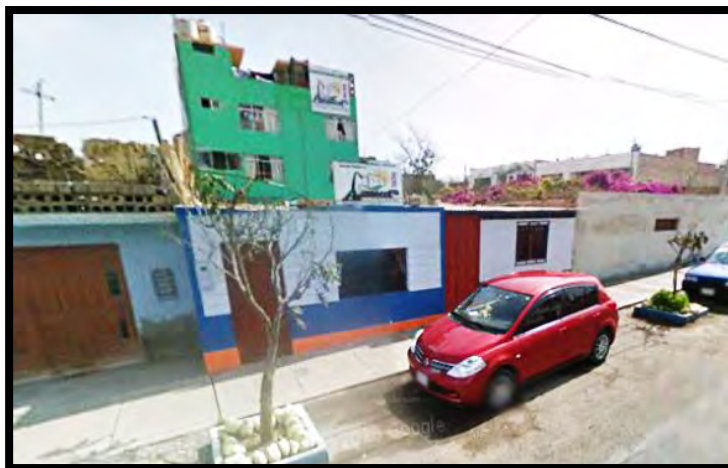


Foto 04: Casa Hogar Nuevo Amanecer



Foto 05: Sala de terapias

2.4.2 Referentes arquitectónicos internacionales

Dentro del ámbito internacional, los Centros de Rehabilitación referentes para el tema de estudio, al igual que en la realidad

de nuestro país, se trata de infraestructura adaptada para el funcionamiento de centros de rehabilitación.

a) Dejando Huella - Ecuador

- Ubicación: Angamarca – Valle de los Chillos, Quito – Ecuador
- Dejando Huella es un centro especializado en adicciones, en el que por medio de un tratamiento que consta de varias terapias, brinda servicios de rehabilitación a personas que padecen de adicciones, así como a sus familias.

a.1 Infraestructura del centro

Al funcionar en una casa readecuada para su funcionamiento como centro de rehabilitación, no cuenta con una adecuada distribución de espacios, todos los espacios rodean la piscina, mientras que las áreas para talleres y terapias se encuentran relegadas a un espacio cercano a la cocina.

Las oficinas tanto del personal médico, así como las administrativas están ubicadas al fondo de las instalaciones, cuando deberían estar más accesibles al

ingreso para que la circulación no sea tan larga, y las personas que visitan o trabajan en estas oficinas ya sea por información u otras actividades no deban atravesar las instalaciones para llegar hasta ellas.



Foto 06: Dejando Huella - Ecuador



Foto 07: Dejando Huella - Ecuador



Fotos 4 y 5: Salas de rehabilitación y terapias

Como se ve en el gráfico y las fotografías, este centro es un lugar con buena apariencia exterior pero su funcionalidad, no es eficiente pese a las adecuaciones realizadas, ya que esta estructura no fue diseñada para desempeñar esta función, lo que implica largos recorridos para llegar a las áreas de terapias, así como malas conexiones espaciales debido a la relación que presentan los mismos.

b) Camino de Esperanza - Ecuador

- Ubicación: Justo Coello S/N y Tulio Garzón (Tababela), Quito, Pichincha, Ecuador.
- Centro de Rehabilitación para alcoholismo y drogadicción

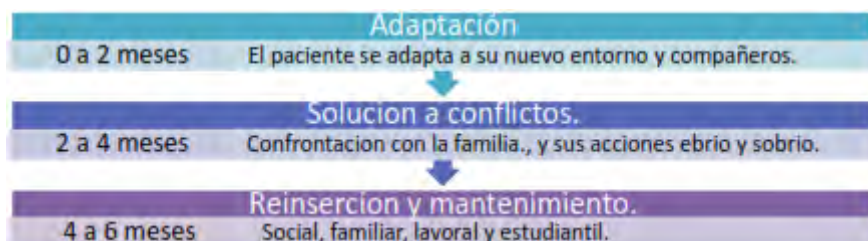


Foto 08: Camino De Esperanza - Ecuador



Foto 09: Capilla de Camino de Esperanza - Ecuador

Este centro trata problemas de alcoholismo y drogadicción mediante varias terapias en 3 etapas o pasos:



Este centro tiene capacidad para 12 internos, cada uno de los cuales comparte habitación con un compañero, los cuales conviven en 2 alas separadas según su rango de

edad, además las instalaciones cuentan con habitaciones para los médicos y el personal.

c) CITA (Centro de investigación y tratamiento de las adicciones) - España

- Ubicación: Se encuentra en un parque natural, en una finca colindante, a 40Km. de Barcelona – España.
- CITA cuenta con dos centros residenciales, CITA Comunidad Profesional o CITA Clínica.
- CITA Clínica y comunidad terapéutica, posee una infraestructura bien conectada y organizada pese al hecho de ser una adaptación, sin embargo el análisis de CITA como referente está basado sobre todo en la estructura de su programa de rehabilitación y su funcionamiento como centro.



Foto 10: Cita (Centro de Investigación y Tratamiento de las Adicciones) - España

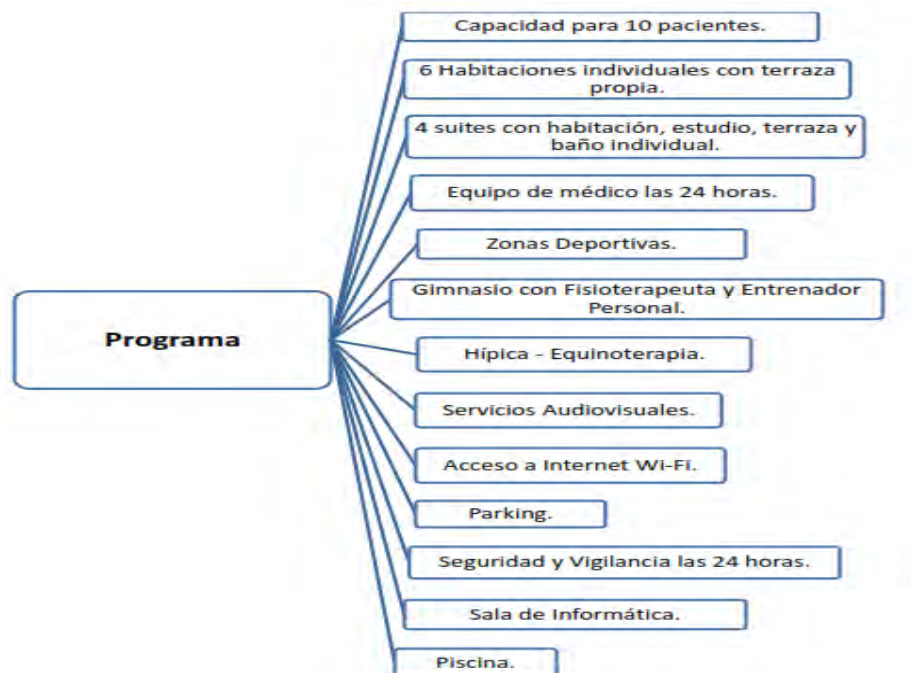


Foto 08: Salas de terapia



Foto 09: Salas De Espera

El centro ofrece 2 tipos de tratamientos en 2 diferentes espacios según las necesidades de los pacientes, lo que lo convierte en uno de los centros más completos en cuanto a tratamiento se refiere:



2.5 DEFINICIONES Y TÉRMINOS

- **Calidad de vida:** Es la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.
- **Consumo de sustancias psicoactivas:** Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan preferentemente sobre el sistema nervioso central.
- **Demanda de tratamiento:** Solicitud individual de atención ambulatoria o residencial con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas.
- **Desintoxicación:** Implica una limpieza de toxinas. Sin embargo, en personas con dependencia a una sustancia química, la desintoxicación se asocia usualmente con el

síndrome de abstinencia. Se intenta evitar la aparición de trastornos que aparecen cuando se interrumpe bruscamente el consumo de la droga, y evitar así, que esta sintomatología pueda representar un riesgo para la salud o un grave malestar para la persona.

- **Dependencia:** Estado psicopatológico de la persona, causado por la interacción con alguna sustancia (fármaco, alcohol, tabaco u otra sustancia psicoactiva), caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir dicha sustancia en forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación. Este estado psicopatológico, podría no ser generado por necesidad de consumo de sustancias psicoactivas sino por la necesidad imperiosa de realizar algunas conductas en exceso, aun cuando se experimenten consecuencias extremadamente negativas, como: los juegos, ver televisión, ver algún tipo de películas (pornografía), ingresar a internet, entre otras. A pesar que hay criterios específicos para las distintas formas de manifestación de la dependencia, como la dependencia de sustancias psicoactivas, al juego

patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además ésta, sea con o sin sustancia, genera los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

- **Estilo de vida:** Conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace o expresa y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, los pares, las autoridades y la comunidad e influida por los medios de comunicación.
- **Modalidad de tratamiento:** Para el registro se considerará aquella que prevalezca para el caso específico en el momento de la demanda de tratamiento (ambulatorio o residencial).
- **Rehabilitación de la persona con adicción:** Es el proceso por el cual la persona que presenta trastornos asociados con patología adictiva, alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.
- **Reinserción social:** Es el conjunto de acciones dirigidas a promover y lograr un mejor funcionamiento y desarrollo interpersonal, laboral y social en un individuo dependiente que

ha concluido un programa terapéutico o tiene un tiempo de abstinencia prolongado.

- **Sustancia psicoactiva:** Es la sustancia que actúa principalmente alterando el Sistema Nervioso Central y que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción, afectando los procesos mentales y el comportamiento, la percepción de la realidad y el nivel de atención/alerta, el tiempo de respuesta y la percepción del entorno. **Tolerancia** Una condición en la cual la persona no responde a la sustancia como antes, y requiere una dosis mayor para obtener el mismo efecto. **Tratamiento** Es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o reducción del consumo y de los daños ocasionados por las sustancias psicoactivas u otras conductas adictivas y generan un funcionamiento social, familiar y laboral adecuado. **Tratamiento de Intoxicación Aguda** Se refiere al tratamiento específico de los eventos psicopatológicos debidos a la ingestión exagerada de una sustancia psicoactiva. **Tratamiento de Síndrome de Abstinencia Aguda** Se refiere a la intervención terapéutica orientada a controlar los síntomas físicos y psíquicos que se presentan cuando hay abstinencia

absoluta o relativa de una droga después de un consumo reiterado, generalmente prolongado y en dosis exagerada.

Tratamiento de la Adicción Se refiere a todas aquellas actividades orientadas a la reducción del estado de dependencia de drogas u otras dependencias y de sus complicaciones, las cuales incluyen intervenciones médicas, psicológicas y socio familiares, orientadas al logro de una vida libre de la patología adictiva o en su defecto, a la reducción del daño asociado con ella. Incluye actividades tales como la inducción terapéutica o motivación al tratamiento; la evaluación diagnóstica, la prolongación de la abstinencia e incorporación de técnicas y estrategias para el logro de un estilo de vida saludable y el programa de seguimiento al culminar éste.

Tratamiento de la Comorbilidad Clínica Intervención médica para la patología orgánica concomitante a la patología adictiva.

Tratamiento de la Comorbilidad Psiquiátrica Atención de los trastornos psiquiátricos previos o derivados del consumo de drogas legales o ilegales.

Tratamiento de la Comorbilidad Psicosocial Manejo de las discapacidades o desajustes psicosociales asociados a la patología adictiva, en el plano familiar, laboral, educacional y comunitario. Usuario Es toda

aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el tratamiento de la patología adictiva.

2.6 NORMATIVIDAD QUE POSIBILITA A LA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

En el año 2011 se dictó una serie de normas legales relativas a la salud mental, en especial relacionadas a la atención y tratamiento de personas con dependencia a sustancias psicoactivas, así también la Constitución Política del Perú y la Ley Internacional de los Derechos Humanos entre otros, defiende las condiciones de vida de la humanidad así como los derechos a una atención de igualdad en la salud pública, Considerando:

a) Que la constitución política del Perú, dice:

Capítulo I:

Artículo 2° Derechos Fundamentales de la Persona

2. A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.

Capítulo II:

Artículo 7° Derechos a la salud, protección al discapacitado

Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Artículo 8°.- Represión al tráfico ilícito de drogas

El Estado combate y sanciona el tráfico ilícito de drogas. Asimismo, regula el uso de los tóxicos sociales.

Artículo 9°.- Política Nacional de Salud

El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10°.- Derecho a la Seguridad Social

El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11°.- Libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones

El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

- b) **Que la declaración universal de los derechos humanos, dispone, dice:**

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

- c) **Que, el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, dice:**

Artículo 12. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

- d) **Que el Reglamento de la Ley N° 29889, ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, dice:**

Título Primero

Capítulo I: Disposiciones Generales

Artículo 1 Objeto

El presente reglamento regula las disposiciones establecidas en la Ley N° 29889; Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene como objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención.

- e) **Que el Reglamento de la Ley N° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas, dice:**

Artículo 1º.- Objeto

El presente Reglamento, establece los requisitos y las normas para la organización y funcionamiento de los Centros de Atención para Dependientes que operan bajo la modalidad de

Comunidades Terapéuticas, en adelante: Comunidades Terapéuticas, orientadas a garantizar los derechos de los usuarios, la calidad de las prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación del cumplimiento del presente Reglamento.

2.7 NORMATIVIDAD PARA EL DISEÑO ARQUITECTÓNICO

2.7.1 Reglamento Nacional de Edificaciones

- a) Condiciones Generales de Diseño (Norma A.10)
- b) Oficinas (Norma A.080)
- c) Recreación y deportes (Norma A.100)
- d) Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas adultas (Norma A.120)
- e) Requisitos de seguridad (Norma A.130)

CAPÍTULO III MARCO REAL

3.1 ANTECEDENTES

3.1.1 Análisis situacional de la población dependiente

- **Estado actual en América Latina**

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las América Latina y el Caribe, las personas consumen una media de 8,4 litros de alcohol puro por año, lo que supone 2,2 litros más que el promedio mundial, ocupando el primer puesto Chile, con un consumo anual per cápita de 9,6 litros de alcohol puro, seguido de Argentina: 9,3 litros per cápita, Venezuela: 8,9 litros de alcohol per cápita, Paraguay (8,8 litros), Brasil (8,7), Perú (8,1), Panamá (8), Uruguay (7,6), Ecuador (7,2), México (7,2), República Dominicana (6,9), Colombia (6,2), Bolivia (5,9), Costa Rica (5,4), Cuba (5,2), Nicaragua (5), Honduras (4), Guatemala (3,8) y El Salvador (3,2). Ocupando el Perú un sexto lugar en América Latina.

- **Infraestructura para el tratamiento y la rehabilitación**

- Según el Organismo de los Estados Americanos – El problema de drogas en las Américas: Estudios Drogas y Salud Pública “En los países del Hemisferio existen importantes variaciones en la manera en que se organizan los servicios de salud mental. Dentro de los establecimientos que ofrecen el servicio se encuentran hospitales psiquiátricos, unidades ambulatorias de salud mental, hospitales de día, servicios psiquiátricos en hospitales generales, establecimientos residenciales y centros de atención diurna. La información disponible sobre este rubro es escasa. En varios países del Caribe, debido al reducido tamaño de sus poblaciones, no existen hospitales psiquiátricos.
- En América del Sur, se cuenta con hospitales que sirven como residencias más que como centros asistenciales. La atención hospitalaria de psiquiatría se ofrece también mediante camas psiquiátricas en hospitales generales. Este es el caso de algunos países del Caribe, como Dominica y San Cristóbal y Nieves. Los hogares y residencias comunitarias son parte de la oferta asistencial. La información sobre esta modalidad, sin embargo, es

escasa. Hay países, por ejemplo, Ecuador, Perú, Uruguay y Bolivia, que no informan de ella al reportar los resultados de la aplicación del instrumento de evaluación de servicios de salud mental,

- En los países que informan sobre estas modalidades de atención, las instituciones cumplen un importante papel en la organización de los servicios. Respecto de los centros de atención diurna, en los países de la región se observan dos modalidades: una orientada a la atención curativa y otra a la rehabilitación. El rol de las ONG es muy relevante, pues en muchos casos son los prestadores más importantes, e incluso únicos, de servicios de rehabilitación.
- En Brasil y Chile esta modalidad de atención se ha estado expandiendo, con plazas que alcanzan a 2,1 por 100.000 habitantes en Brasil y a 5,0 por 100 000 en Chile. En este último país, del total de hogares y residencias protegidas, 65% son administradas por ONG y 22% por familiares. En el caso de Paraguay, la totalidad de las plazas (1,1 por 100 000 habitantes) son administradas por una entidad religiosa.

- En resumen, los recursos humanos y de infraestructura disponibles para atención a personas con problemas de abuso de sustancias en particular— son claramente insuficientes. Este desbalance entre necesidad y oferta asistencial se traduce en importantes brechas en el tratamiento de los pacientes con trastornos por uso de sustancias, como ocurre en Brasil y Chile, cuya brecha alcanza a 53,3 y 84,6%, respectivamente. Y en toda la región, las brechas serían mayores aun si todas las personas que necesitan tratamiento lo demandaran.”¹⁰

- **El Perú y el consumo de drogas:**
 - “Es importante señalar que Perú, consume 8,1 litros per cápita de alcohol puro al año, y ocupa el sexto lugar en Latinoamérica, siendo la cerveza la principal bebida.”
 - “La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) registró un aumento de 100% en el consumo de marihuana en Cusco y Tacna, mientras que el consumo de pasta básica de cocaína (PBC) se

¹⁰ Organismo de los Estados Americanos. (2006). *El problema de drogas en las Américas: Estudios drogas y salud pública*. México. Trillas.

incrementó en más de 100% en Ancash, Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Tacna.

- “El 28 de enero del 2015 se incendió el centro de rehabilitación Cristo es amor, en San Juan de Lurigancho, dejando un saldo final de 29 internos fallecidos. Mientras tanto, 14 personas murieron el 5 de mayo tras el siniestro en el establecimiento para adictos al alcohol y las drogas, Sagrado Corazón de Jesús, ubicado en Chosica.”
- “Aunque no hay cifras exactas, se estima que 200 mil personas, en el Perú, son adictas a las drogas. “Según datos de DEVIDA, hay unos **60 mil adictos a drogas cocaínicas** (PBC, clorhidrato de cocaína y ‘crack’). En cuanto a marihuana, se calcula 100 mil y 30 mil de adictos a drogas sintéticas”, indicó Milton Rojas, psicólogo de Cedro.
- Sin embargo, no más del 40% logra superar su adicción, tras un tratamiento en un establecimiento con psiquiatras y psicólogos.
- El doctor **Yuri Cutipé**, jefe de la Dirección de Salud Mental del Minsa, dijo que también influye ‘la atención puesta en el paciente y el apoyo familiar’.

- A nivel estatal, solo tres hospitales ('Hermilio Valdizán' (centro de rehabilitación de Ñaña), 'Larco Herrera' y el Instituto Nacional de Salud Mental) se especializan en atención de drogodependientes y tienen internamiento”.
- “Solo 47 de unos 300 centros de rehabilitación para personas con adicciones existentes en el país son formales y cumplen con los requerimientos médicos establecidos para la atención, informaron hoy representantes del Ministerio de Salud (Minsa)”.
- El Gobierno aprobó este año 2015, el reglamento de la Ley N° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas (anexo 01) en todo el país. Ello con el objetivo de garantizar los derechos y deberes de los usuarios y la calidad del tratamiento.
- La norma contiene cuatro títulos referidos a las disposiciones generales, información sobre las comunidades terapéuticas como su definición, población objetivo, tipos, actividades e historia clínica, entre otros;

temas de verificación sanitaria y finalmente infracciones y sanciones.

3.1.2 Comparativo entre Abuso y Dependencia:

Abuso de Sustancias*	Dependencia de Sustancias*
<p>1. Uso recurrente de la sustancia, con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas.</p> <p>2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso.</p> <p>3. Problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de sustancias.</p> <p>4. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales, provocados o exacerbados por la sustancia.</p>	<p>1. Tolerancia.</p> <p>2. Privación.</p> <p>3. Uso de la sustancia en una cantidad mayor o por un período mayor de tiempo.</p> <p>4. Deseo persistente o esfuerzos inútiles para detener o controlar el uso de la sustancia.</p> <p>5. Emplear gran cantidad de tiempo en actividades para obtener la sustancia, usarla o recuperarse de sus efectos.</p> <p>6. Reducción de actividades laborales, sociales y recreacionales por el uso de la sustancia.</p> <p>7. Uso de la sustancia a pesar del conocimiento de las consecuencias (físicas o psíquicas).</p>
<p>* DSM IV, 1994. Se debe cumplir un criterio o más, en un período de 12 meses, sin haber reunido los criterios de dependencia.</p>	<p>* DMS IV, 1994. Se deben cumplir 3 criterios a lo menos, en un período de 12 meses).</p>

3.1.3 Demanda de tratamiento por abuso de drogas

La “Red de Información de Demanda de Tratamiento” (RIDET), describe las características sociodemográficas y el perfil del consumo de las personas que demandan tratamiento por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en centros y servicios públicos y privados especializados en tratamiento ambulatorio, de día, y residencial en el Perú. Es una metodología que ha sido desarrollada por especialistas en adicciones de centros de servicios públicos y privados especializados del Ministerio de Salud, Esalud, Comunidades Terapéuticas, y del Instituto Nacional Penitenciario que cuentan con centros de tratamiento.

El siguiente reporte incluye información del número de pacientes atendidos en el año 2005 fue de 544 , y 597 pacientes en el año 2007; Los datos mostrados corresponden solamente a las instituciones participantes de la red, ubicadas en Lima (8), Callao (1), Huancayo (1), Tacna (1), Trujillo (1) y Pucallpa (1)

Número de instituciones que participan en la RIDET

Tipo de institución	Año de tratamiento		
	2005	2006	2007
Comunidad terapéutica	5	5	5
Cades	4	4	3
Centro penitenciario	2	2	0
Servicios en hospitales	0	1	2
Total	11	12	10

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

Número de pacientes registrados en la RIDET según tipo de institución

Tipo de institución	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Comunidad terapéutica	233	42,8	223	32,7	212	35,5
Cades	277	50,9	398	58,3	286	47,9
Centro penitenciario	34	6,3	32	4,7	0	0
Servicios en hospitales	0	0	30	4,4	99	16,6
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

3.1.4 Características socio demográficas de los pacientes

El análisis de las variables demográficas de los pacientes que buscaron tratamiento, nos muestra que el 80% es una población masculina, también que es

prevalentemente joven, aproximadamente alrededor de la tercera parte tiene entre 20 a 29 años de edad y poco más del 20% tiene entre 30 y 39 años.

En cuanto al nivel de instrucción de los pacientes, durante los tres años, el nivel de educación predominante es la educación secundaria, con cerca del 50% del total, seguidamente figuran aquellos pacientes con nivel universitario.

La mayoría de pacientes (entre el 60% y 65%) son solteros y alrededor del 15% están casados.

Sexo de los pacientes que demandan tratamiento

Sexo	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Hombre	489	89,9	582	85,2	511	85,6
Mujer	55	10,1	101	14,8	86	14,4
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

Edad de los pacientes que demandan tratamiento

Grupos de edad	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
13 a 19	92	16,9	141	20,7	85	14,2
20 a 29	177	32,5	248	36,4	208	34,8

30 a 39	120	22,1	143	21	147	24,6
40 a 49	102	18,8	100	14,7	86	14,4
50 a 59	43	7,9	40	5,9	53	8,9
60 a más	10	1,8	10	1,5	18	3
Total	544	100	682	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

Nivel de instrucción máximo alcanzado por los pacientes que demandan tratamiento

Nivel de instrucción	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	2	0,4	3	0,4	2	0,3
Primaria	38	7	32	4,7	45	7,5
Secundaria	263	48,3	338	49,5	277	46,4
Técnica	116	21,3	125	18,3	101	16,9
Universitaria	122	22,4	181	26,5	164	27,5
Post grado	3	0,6	4	0,6	6	1
Otro	0	0	0	0	2	0,3
TOTAL	544	100	683	100	597	99,9

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

Estado civil de los pacientes que demandan tratamiento

Estado civil	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	354	65,1	428	62,7	366	61,3
Casado	76	14	106	15,5	93	15,6
Conviviente	57	10,5	83	12,2	87	14,6
Separado	42	7,7	46	6,7	24	4
Viudo/ divorciado	15	2,8	20	2,9	27	4,5
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

Respecto a la situación laboral en el momento de la demanda de tratamiento, el porcentaje de la población de pacientes desempleados para el año 2005 fue de 41,7%, y durante los años 2006 y 2007 alrededor de la tercera parte. El porcentaje de pacientes que tuvieron trabajos eventuales se estima alrededor de la cuarta parte.

Nivel de instrucción máximo alcanzado por los pacientes que demandan tratamiento

Año de tratamiento						
instrucción	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	2	0,4	3	0,4	2	0,3
Primaria	38	7	32	4,7	45	7,5
Secundaria	263	48,3	338	49,5	277	46,4
Técnica	116	21,3	125	18,3	101	16,9
Universitaria	122	22,4	181	26,5	164	27,5
Post grado	3	0,6	4	0,6	6	1
Otro	0	0	0	0	2	0,3
TOTAL	544	100	683	100	597	99,9

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

3.1.5 Consumo de sustancias psicoactivas por la que demanda tratamiento

Entre los años 2005 a 2007, la demanda de tratamiento por sustancias legales reportó un incremento en las

instituciones participantes, siendo que en el año 2005 el 28,7% de los casos fueron referidos a este grupo de sustancias, y para el año 2007 el porcentaje se incrementó a 43,7% de pacientes. Entre las sustancias con mayor incidencia está el alcohol, porcentaje que representa casi la totalidad de las legales, y que mostró una gran presencia en los reportes consignados en el año 2007 (41,7% de los ingresados).

De los pacientes que mayormente reportaron - de las sustancias ilegales- fueron: en el año 2005: 71,3%; año 2006: 68,7% y año 2007: 56,3%.

De este grupo la pasta básica de cocaína es la droga ilegal con mayor incidencia en los pacientes, 24,8% durante el año 2005, y 18,8% en el año 2007.

Seguidamente, la demanda por consumo de marihuana, está llegando a cerca de la cuarta parte de los pacientes en el año 2005. El clorhidrato de cocaína es la siguiente sustancia que exhibe porcentajes representativos, teniendo una presencia en el 14,6% de los pacientes que reportaron en el año 2007.

Cabe mencionar que el uso de benzodiazepinas presenta porcentajes menores al 1% pero que de igual modo es importante destacarlo entre las sustancias por las que se solicita ayuda

Distribución del número de pacientes que demandan tratamiento por grupo de sustancia

	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Sustancias legales	156	28,7	214	31,3	261	43,7
Sustancias ilegales	388	71,3	469	68,7	336	56,3
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

Distribución del número de pacientes que demandan tratamiento por tipo de sustancia

Sustancia	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Sustancias legales						
Nicotina	2	0,4	10	1,5	12	2
Alcohol	154	28,3	204	29,9	249	41,7
Sustancias ilegales						
Pasta básica de cocaína	135	24,8	160	23,4	112	18,8
Marihuana	117	21,5	160	23,4	107	17,9
Cocaína (clorhidrato)	99	18,2	113	16,5	87	14,6
Mixto: Pasta básica de cocaína + marihuana	18	3,3	13	1,9	5	0,8
Inhalantes	7	1,3	14	2	11	1,8
Crack	4	0,7	2	0,3	2	0,3

Benzodiacepinas	4	0,7	5	0,7	5	0,8
Heroína	1	0,2	0	0	0	0
Anfetaminas sin especificar	1	0,2	0	0	1	0,2
Otros hipnóticos y sedantes	1	0,2	0	0	1	0,2
Floripondio	1	0,2	0	0	0	0
Hojas de coca	0	0	0	0	1	0,2
MDMA Éxtasis	0	0	0	0	2	0,3
Anorexígenos	0	0	1	0,1	0	0
Ketamina	0	0	1	0,1	2	0,3
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

3.1.6 Tipo de tratamiento recomendado

Existe un mayor número de pacientes que demanda ayuda por criterio diagnóstico de dependencia (entre 81,6% y 87,9%) que de abuso (entre 12,1 y 18,4%). De los pacientes que buscaron tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas, durante los años 2005 y el 2006, más de una cuarta parte de ellos indicaron como sustancia principal el alcohol. Durante el año 2007 el reporte de dependencia a esta sustancia alcanzó el 41,5%. En este mismo rubro la pasta básica de cocaína es la segunda sustancia que ha tenido más demanda de tratamiento. En el caso de la demanda de sustancias psicoactivas por abuso, se aprecia que la proporción de pacientes fue

mayor por alcohol, llegando a más del 40% en los años 2006 y 2007

Distribución del número de pacientes que demandan Tratamiento según diagnóstico

Diagnóstico según CIE10	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Abuso	72	13,2	126	18,4	72	12,1
Dependencia	472	86,8	557	81,6	525	87,9
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD

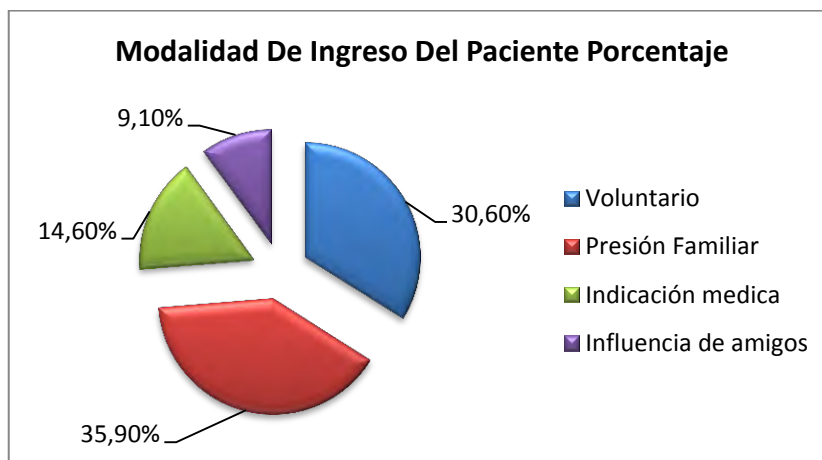
3.1.7 Abuso y dependencia de sustancias

El tipo de tratamiento recomendado por el personal asistencial fue residencial durante los años 2005 y 2007 con alrededor del 45% de las recomendaciones. En el año 2006 el tratamiento más aconsejado fue de tipo ambulatorio (36,3%). En el caso de las sustancias legales el tratamiento más sugerido en los años 2006 y 2007 fue el ambulatorio (40,7% y 48,7% respectivamente), mientras que en las sustancias ilegales fue el tratamiento residencial.

Distribución del número de pacientes que demandan Tratamiento según tipo de tratamiento recomendado

	Año de tratamiento					
	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Sustancias legales						
Ambulatorio	33	21,2	87	40,7	127	48,7
Semi-residencial	47	30,1	63	29,4	44	16,9
Residencial	76	48,7	64	29,9	90	34,5
Sustancias ilegales						
Ambulatorio	70	18	161	34,3	80	23,8
Semi-residencial	146	37,6	141	30,1	66	19,6
Residencial	172	44,3	167	35,6	190	56,5
Total						
Ambulatorio	103	18,9	248	36,3	207	34,7
Semi-residencial	193	35,5	204	29,9	110	18,4
Residencial	248	45,6	231	33,8	280	46,9
Total	544	100	683	100	597	100

Fuente: RIDET – OPD
Elaborado por OPD



Fuente: observatorio Peruano de Drogas, DEVIDA

3.1.8 Síntomas de dependencia a drogas

Presencia de síntomas de dependencia alcohólica según variables de género

CARACTERÍSTICAS	Necesidad de tomar bebidas alcohólicas por las mañanas			
	No, nunca	Si, algunas veces	Sí, siempre	Sin Información
Total	95,3	4,1	0,2	0,5
Masculino	95,3	4,8	0,1	0,4
Femenino	94,7	3,4	0,2	0,5

Fuente: CEDRO (2011), Epidemiología de drogas en la población urbana Peruana 2010- Encuesta de Hogares.

Elaboración: propia

El gráfico anterior muestra información sobre posibles signos de dependencia alcohólica entre la población Peruana. Para esto se empleó el indicador referido a la necesidad de consumir bebidas alcohólicas al despertar por las mañanas, que evidenciaría ya señales de un síndrome de abstinencia. Al respecto se aprecia que el 4,1% de la población reconoció haber tenido esta señal algunas veces y el 0,2% siempre; apareciendo como grupos en algún nivel de adicción al alcohol.

Presencia de síntomas de dependencia a la nicotina según variables de género

CARACTERISTICAS	Necesidad de fumar por las mañanas			
	No, nunca	Si, algunas veces	Sí, siempre	Sin Información
Sexo				
Masculino	90,4	7,8	0,7	1,1
Femenino	91,1	6,6	0,6	1,6

Fuente: CEDRO (2011), Epidemiología de drogas en la población urbana Peruana 2010- Encuesta de Hogares.

Elaboración: propia

Uno de cada diez fumadores aparentemente posee uno de los síntomas que podría advertir sobre una situación de dependencia o adicción a la nicotina, siendo en los hombres (7,8%) ligeramente mayor que en las mujeres (6,6%), la necesidad de fumar por las mañanas.

3.1.9 Atención en adicciones CADES – Hospital Hipólito Unanue

Atenciones en adicciones según etapas de vida CADES HHUT enero a agosto 2008 Región de salud Tacna

CAUSAS	CADES ENERO-AGOSTO 2008 SEGÚN SEXO														
	0-9			10-19			20-59			60 a mas			TOTAL		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT.	M	F	TOT.
Alcoholismo			-	25	2	27	19	8	27	1		1	45	10	55
Opiaceos			-			-			-			-	-	-	-
Cannabino ides			-	19	3	22	23	7	30			-	42	10	52
Sedantes e Hinopticos			-	7	4	11	5	8	13			-	12	12	24
P.B.C.			-	47	38	85	39	37	76	1		1	87	75	162
Estimuanes y cafeina			-	9	7	16	24	9	33	2	1	3	35	17	52

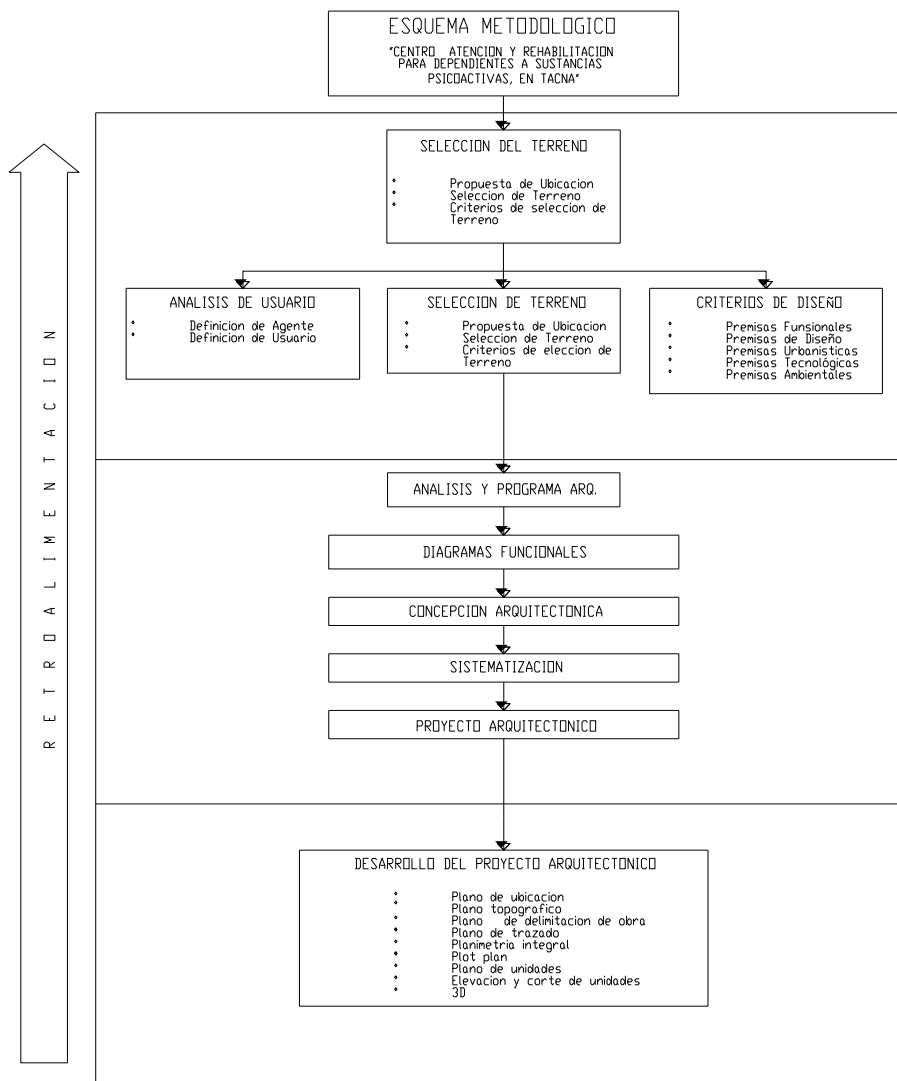
Alucinogenos			-	21	3	24	26	2	28			-	47	5	52
Tabaquismo			-	3	2	5	4	3	7	1		1	8	5	13
Disolventes volátiles	1		1	6	-	6			-			-	7	-	7
Múltiples drogas	3		3	14	11	25	12	10	22			-	29	21	50
Total	4	-	4	151	70	221	152	84	236	5	1	6	312	155	467

Fuente: CADES – Hospital Hipólito Hunanue

En el departamento de Tacna existe una población de 467 usuarios, de los cuales se observa que el 50% de pacientes son mujeres, y la droga más consumida por ambos sexos es el P.B.C

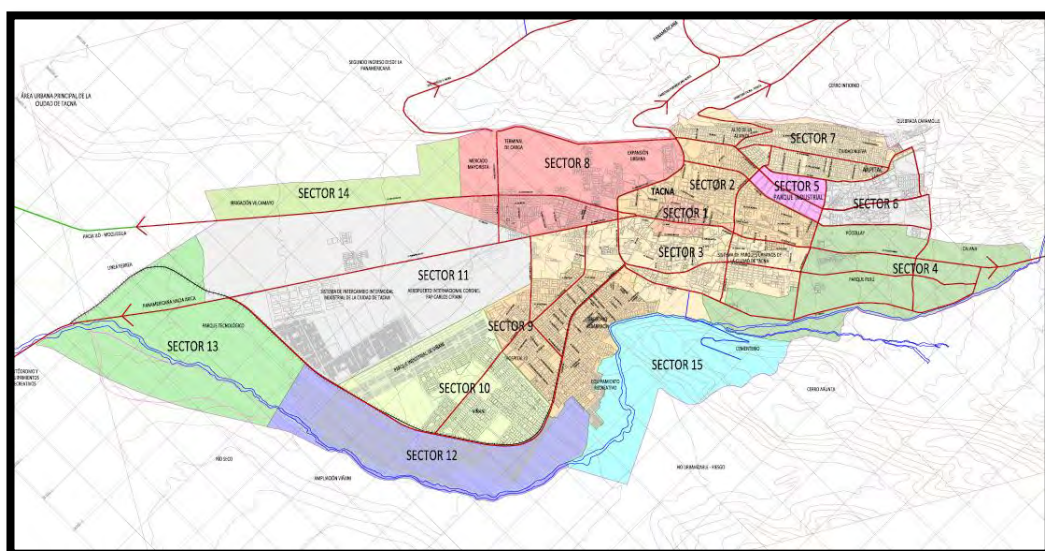
CAPÍTULO IV PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

4.1 ESQUEMA METODOLÓGICO DEL DISEÑO ARQUITECTÓNICO



4.2 ELECCIÓN DEL TERRENO

Sabiendo que el centro de rehabilitación deberá ubicarse en la ciudad de Tacna, se establece el sector para su ubicación, el cual deberá contar con las condiciones que permita el buen funcionamiento de la propuesta arquitectónica, para esto el sector deberá ubicarse en la periferia de la ciudad de Tacna, para evitar el bullicio y la contaminación transporte, así también deberá contar con fácil acceso al transporte público, debido al tratamiento ambulatorio y de reinserción que se brindara en el Centro De Atención Y Rehabilitación Para Dependientes A Sustancias Psicoactivas.



Sectorización de la ciudad de Tacna
Fuente: Plan de Desarrollo Urbano de la Ciudad de Tacna 2014-2023

El terreno se ubicará en el sector con denominación 3-Bolognesi Sur, dentro de ella apreciamos barrios residenciales, y un total de 138 islas rústicas que van desde las 5 000 m² a 20 000 m²., teniendo como uso predominante residencial / agrícola, el sector cuenta con vías articuladoras las cuales nos permite movilizarnos rápidamente por los distritos de la ciudad de Tacna.

4.2.1 Criterios para la selección del área específica

El terreno deberá contar con un área aproximada de 2 ha; debido que no se cuenta con una normatividad que regule el área total, se considera como referente al modelo Centro de Rehabilitación de Ñaña – Chosica, Lima; el cual cuenta con un área de 2,1 ha.

4.2.2 Criterios de elección de terreno:

- a) Accesibilidad: la accesibilidad al terreno deberá ser directa, deberá contar por lo menos con un frente de bajo tránsito vehicular y peatonal, para la ubicación del ingreso de pacientes, esto por motivos de privacidad al usuario.

- b) Transporte: deberá contar con transporte público y privado que permita la entrada y salida de la zona donde se ubicará el terreno.
- c) Proximidad a equipamientos: deberá mantener una articulación con los equipamientos existentes y que estos sean compatibles con la edificación, en este caso, si hablamos de un centro de atención y tratamiento con características de salud mental; los centros recreativos son una buena elección para el desestres y despeje mental de los pacientes, y los centros educativos superior podrán generar estudios de investigación en el área de la psicología.
- d) Factibilidad:
- Servicios: deberá tener puntos cercanos de conexión de agua, alcantarillado y electricidad.
 - Zonificación: La zonificación del terreno deberá ser compatible con los usos de suelo para vivienda, talleres, agrícola, equipamiento recreacional, educación y salud.

- e) Imagen: su imagen y entorno deberá contar con áreas verdes que armonicen las visuales, con una masa edilicia adyacente menor o igual a los dos niveles.
- f) Geología: su capacidad portante deberá estar a corte a las normativas de salud; El terreno no deberá contener material de relleno y tener una pendiente nula o moderada.

4.3 DESCRIPCIÓN DEL TERRENO

El Sector las Vilcas es una área urbano - rural, en el que se encuentran construcciones de vivienda con material noble, además de grandes extensiones de terreno de uso agrícola.

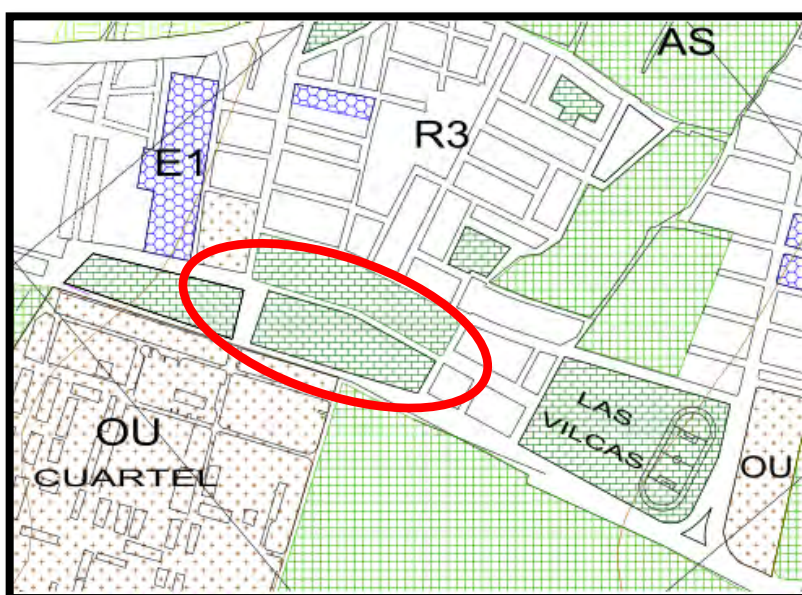


Calle 01 o Calle Victor Maúrtua

4.4 DEL MEDIO FÍSICO ESPACIAL

4.4.1 Uso de suelo

El terreno cuenta con un uso de suelos tipo RE (recreación)



Fuente: Plan Director de Tacna 2004 - 2010

4.4.2 Equipamiento del área de estudio

Dentro de un radio de 700 metros podemos ubicar:

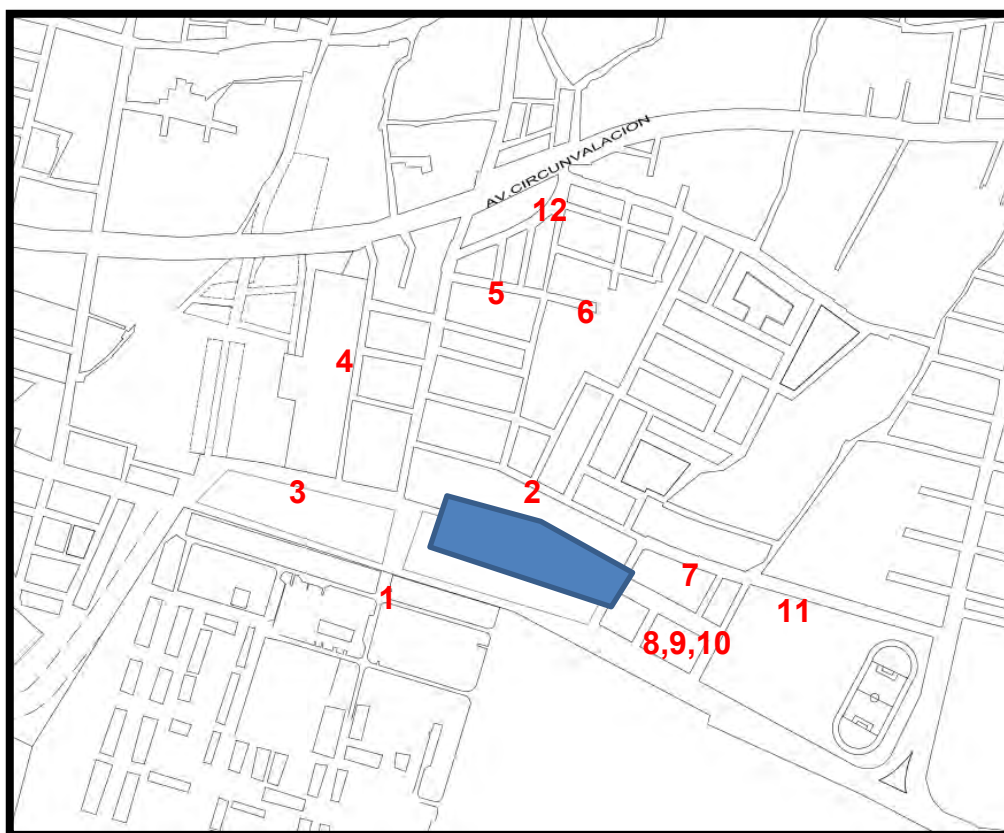
a) Entorno Inmediato:

- 1.- Cuartel Tarapacá
- 2.- Parque Multideportivo Skatepark
- 3.- Reservorio de Agua – EPS

b) Entorno Mediato:

- 4.- Centro Educativo Corazón de María

- 5.- Centro Educativo Dr. Modesto Montesinos Zamalloa
- 6.- Centro Educativo Inicial Jesús María
- 7.- Las Arenas Sauna - Gym – Spa
- 8.- Piscina Olímpica Temperada “Gino Chiarella Rossi”
- 9.- Complejo Deportivo las Vilcas
- 10.- Complejo Deportivo Videna
- 11.- Hogar Santo Domingo Savio (INABIF)
- 12.- Plaza Jesús María



Ubicación de los Equipamientos



Piscina Olímpica Temperada "Gino Chiarella Rossi"

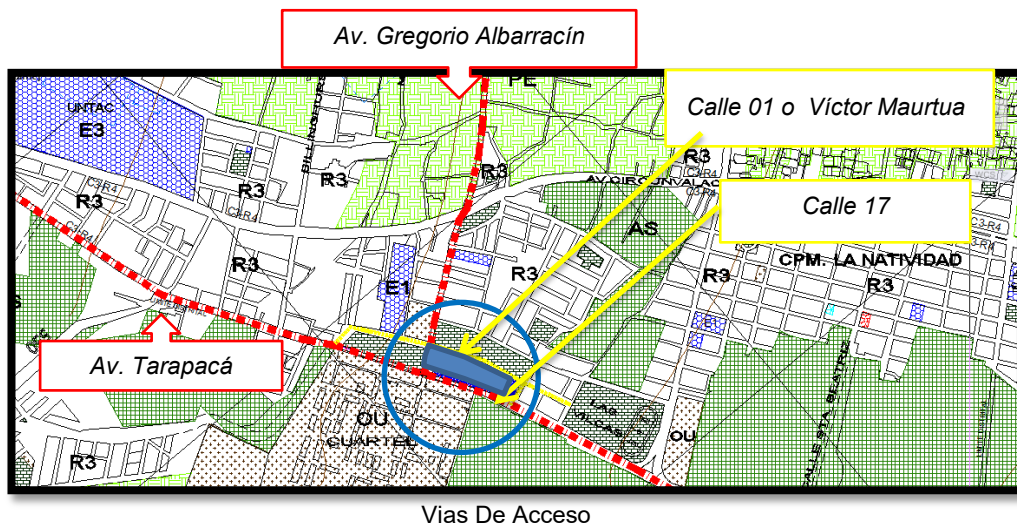


Parque Multideportivo Skatepark

4.4.3 Vías de acceso

El terreno colinda con cuatro vías, de las cuales se tiene dos avenidas principales arteriales, que por su grado de articulación, conexión, magnitud y jerarquía en el sistema vial urbano interrelacionan los grandes sectores de la ciudad entre

sí; y dos vías locales, en la que transitan vehículos livianos, ocasionalmente pesados



a) **Vías Arteriales:**

Avenida Tarapacá, la cual en dirección sur se conecta de forma directa la Avenida Panamericana sur, y al norte se conecta en forma indirecta con la Avenida Celestino Vargas, su flujo vehicular en el sector es media baja, y corresponde a vehículos de transporte privado liviano.



Avenida Tarapacá

Avenida Gregorio Albarracín, la cual permite al terreno comunicarse directamente con el centro urbano de la ciudad de Tacna, su flujo vehicular en el sector es media, corresponde a vehículos de transporte público y privado, siendo este último el de mayor afluencia.

RESID



Avenida Gregorio Albarracín

b) Vías locales:

Calle 17, calle de carácter local, se conecta a la Av. Tarapacá, su flujo vehicular corresponde a transporte público y privado, y delimita al terreno de la zona residencial.



Calle 17

Calle 01 o Calle Victor Maúrtua, calle de carácter local, se conecta con la Av. Gregorio Albarracín, su flujo vehicular corresponde a transporte público y privado, esta calle delimita el terreno con terrenos destinados a otros usos y zona de recreación.



Calle 01 o Calle Victor Maúrtua

4.4.4 Sistema de infraestructura de servicios

El sector donde se ubica el terreno se encuentra consolidado.

Cuenta todos los servicios básicos a su disponibilidad como

son:

Servicio	Existencia
Agua Potable	Si
Alcantarillado	Si
Luz Eléctrica	Si
Línea Telefónica	Si
Vías Pavimentada	Si
Aceras	Si



Fuente: Catastro geo-referenciado EPS TACNA
Tacna wgs-84 red alcantarillado 2014



Fuente: catastro geo-referenciado EPS TACNA
Tacna wgs-84 red agua 2014



Cableado eléctrico, alumbrado y telefónico

4.5 MEDIO FÍSICO NATURAL

4.5.1 Forma del terreno

El terreno es de forma irregular y se emplaza manteniendo la Avenida Tarapacá como frente principal, cuenta con todos sus frentes libres, con un área de 18 000,30 m² (1,8 ha) y un perímetro 639,66 ml.

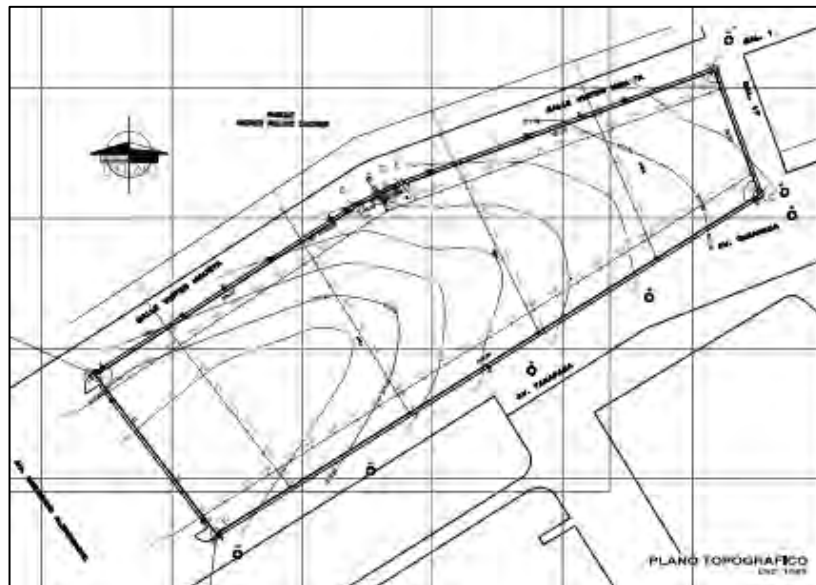
Linderos y colindantes:

- Por el frente: Con la Avenida Tarapacá, en línea recta de un tramo de 246,06 m.
- Por el lado derecho: Con la Calle 17, en línea recta de un tramo de 50,57 m.
- Por el lado izquierdo: Con la Avenida Gregorio Albarracín, en línea recta de un tramo con 76,53 m.

- Por el fondo: Con la Calle 01 o Calle Victor Maúrtua, en línea recta con 5 tramos de: 118,72 m; 10,05 m; 4,94 m; 4,87 m y 127,92 m.

4.5.2 Topografía

El terreno posee una superficie plana con una pendiente mínima de 1,2%, el cual presenta las condiciones adecuadas para albergar una construcción de este tipo.



Elaboración Propia

CUADRO DE COORDENADAS

VERT	LADO	RUMBO	DISTANCIA	AZIMUT	ANG.INT	NORTE	ESTE
A	A-B	N 57°04'40" E	118.718	57°04'40"	85°37'29"	8'006,989.656	369,020.628
B	B-C	N 62°00'50" E	10.052	62°00'50"	175°03'50"	8'007,054.179	369,120.281
C	C-D	N 65°03'08" E	4.939	65°03'08"	176°57'42"	8'007,058.896	369,129.157
D	D-E	N 67°10'09" E	4.874	67°10'09"	177°52'60"	8'007,060.979	369,133.636
E	E-F	N 69°55'17" E	127.918	69°55'17"	177°14'51"	8'007,062.870	369,138.128
F	F-G	S 20°02'23" E	50.568	159°57'37"	89°57'40"	8'007,106.786	369,258.272
G	G-H	S 57°58'08" W	246.058	237°58'08"	101°59'30"	8'007,059.279	369,275.600
H	H-A	N 37°17'51" W	76.531	322°42'09"	95°15'59"	8'006,928.775	369,067.002

Elaboración Propia

4.5.3 Clima

La zona de estudio, por su ubicación geográfica dentro de la zona climática subtropical presenta características propias de un clima templado cálido, las lluvias son insignificantes e irregulares en años normales; existen alta nubosidad; y se perciben dos estaciones bien contrastantes: el verano (diciembre – marzo) y el invierno (julio – septiembre) mientras que el otoño y primavera son estaciones intermedias.

- Asoleamiento: En época de verano las horas de sol incrementan (diciembre, enero, febrero y marzo), llegando a ser 240 horas mensuales de sol (8h/d) y durante el resto del año solo son 105 horas mensuales de sol (3/5 h/d).
- Temperatura: Las temperaturas medias alcanzan la máxima de 27,2°C en verano (Febrero) y la mínima de 9,5°C en invierno (Julio), tal como lo señalan los registros de la Estación Climática Jorge Basadre – Tacna en el año 2000.
- Humedad: Los valores más altos de humedad del aire se registran durante los meses de junio, julio y agosto, es

decir durante la estación del invierno, oscilando entre 81 % (Calana), 80% (J. Basadre).

- Precipitaciones: Las precipitaciones pluviales son mínimas e irregulares variando de finas garúas en la Costa durante el invierno hasta máximas de 80 mm en verano (años excepcionales por el fenómeno El Niño).

En el ámbito de la ciudad de Tacna, las precipitaciones totales anuales en el período 1995 - 2000 alcanzaron máximos valores de 80,8 mm (año 1997) y 51 mm (año 2000) en la Estación Jorge Basadre - Tacna.

La Estación de Calana por su cercanía a las pampas superáridas presenta características de un microclima extremo árido, dado que registra para el período 1966 – 1971, precipitaciones totales de 11,7 mm, con valores oscilantes entre los 12,1 mm (año 1993) y 13,8 mm (año 1995).

4.6 ANÁLISIS DEL USUARIO

Población general

Población urbana tacneña de 12 años a más

DEPARTAMENTO TACNA	TOTAL	URBANA	
		HOMBRES	MUJERES
EDADES			
12 años (018)	5 238	2 716	2 522
13 años (019)	5 169	2 589	2 580
14 años (020)	5 131	2 586	2 545
De 15 a 19 años (021)	26 367	13 266	13 101
De 20 a 24 años (027)	26 586	13 025	13 561
De 25 a 29 años (033)	25 654	12 208	13 446
De 30 a 34 años (039)	22 858	10 798	12 060
De 35 a 39 años (045)	20 959	10 021	10 938
De 40 a 44 años (051)	17 862	8 882	8 980
De 45 a 49 años (057)	13 926	6 892	7 034
De 50 a 54 años (063)	11 421	5 825	5 596
De 55 a 59 años (069)	8 474	4 308	4 166
De 60 a 64 años (075)	6 322	3 187	3 135
De 65 y más años (081)	12 546	6 211	6 335

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

DEPARTAMENTO TACNA	TOTAL	POBLACIÓN URBANA	
		HOMBRES	MUJERES
Población general residente de 12 años - +	195 375	97 039	98 336

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Elaboración: propia

Para el análisis de usuario, se recopiló la información de la población tacneña urbana de todo el departamento; la cual presenta mayor incidencia en consumo de drogas.

Población específica demandante tacneña

POBLACIÓN	%	TOTAL	POBLACIÓN URBANA			
			%	HOM.	%	MUJ.
Población general residente 12 años - a mas	100	208 513	100	102 514	100	105 999
Población con síntomas de dependiente a la nicotina	0,65	1 354	0,70	718	0,60	636
Población con síntomas de dependiente al alcohol	0,15	315	0,10	103	0,20	212
Promedio de población específica con síntomas de dependencia a drogas:	0,4	834	0,4	410	0,4	424

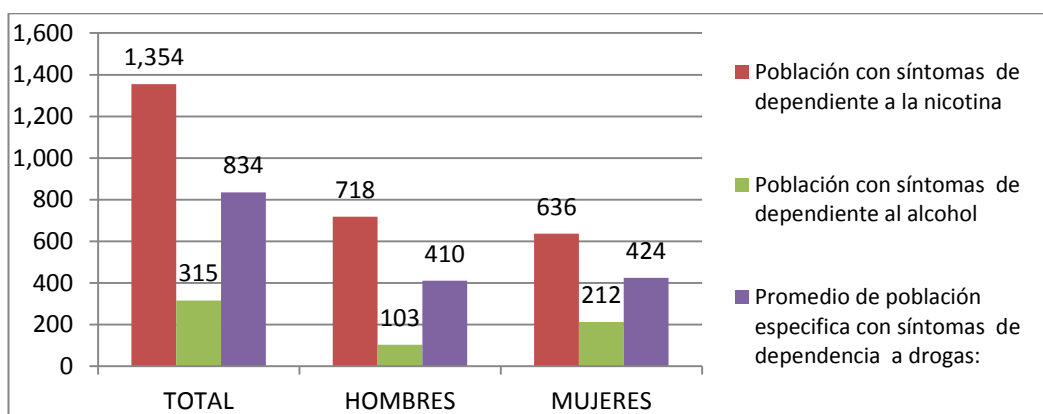
Fuente: CEDRO (2011), Epidemiología de drogas en la población urbana Peruana 2010- Encuesta de Hogares.

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Elaboración: propia

La población específica estará considerada por el promedio de habitantes con síntomas de dependencia a las drogas; que muestran necesidad de su consumo de drogas por las mañanas.

Población con síntomas de dependencia



En el grafico anterior observamos que el promedio de hombres y mujeres con síntomas de dependencia a drogas varía en 14 personas.

Población tacneña atendida en centros de rehabilitación de Tacna

ASOCIACION CIVIL NUEVO AMANECER (GRUPO VARONES)	DATOS DE POBLACIÓN HISTÓRICOS			PROMEDIO
	2013	2014	2015	
Número de usuarios promedio atendidos al año	28	34	32	31

Elaboración: propia

COMUNIDAD TERAPÉUTICA SOLIDARIDAD Y VIDA (CERTIFICADA POR LA ACT – GRUPO VARONES)	DATOS DE POBLACIÓN HISTÓRICOS			PROMEDIO
	2013	2014	2015	
Número de usuarios promedio atendidos al año	25	31	28	28

Elaboración: propia

ASOCIACION CIVIL CLAMOR EN EL BARRIO (GRUPO VARONES)	DATOS DE POBLACIÓN HISTÓRICOS		PROMEDIO
	2014	2015	
Número de usuarios promedio atendidos al año	16	19	18

Elaboración: propia

CADES (CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA Y DE DIA – DAMAS/VARONES)	DATOS DE POBLACIÓN HISTÓRICOS			PROMEDIO
	2011	2012	2013	
Número de usuarios promedio atendidos al año	76	77	57	70

Elaboración: propia

MINSA (DAMAS/VARONES)	DATOS DE POBLACIÓN HISTÓRICOS			PROMEDIO
	2008	2009	2010	
NUMERO DE USUARIOS PROMEDIO	210	584	173	322

Fuente: Inf. Mensual –HIS salud mental OITE-RST

Elaboración: propia

Los datos recopilados en campo nos da la población servida por año en los centros e instituciones públicas y privadas existentes en el departamento de Tacna, haciendo un total de 77 pacientes atendidos bajo modalidad de comunidad terapéutica (privados) con tratamiento residencial y semi residencial, y 392 pacientes atendidos

en instituciones públicas bajo modalidad de residencia, semi residencia y ambulatoria; haciendo un total de 469 pacientes promedios atendidos en cada año.

Para el caso de los centros de rehabilitación con modalidad de comunidad terapéutica, el número de camas no abastece a la población demandante, por la que recurren a tratamientos ambulatorios en las instituciones públicas.

“Los problemas de abuso o dependencia a sustancias, en algunos casos, requieren tratamientos más complejos requiriendo un mayor nivel de resolución de los servicios, No siempre es suficiente el tratamiento ambulatorio, por lo que la indicación de los especialistas puede estar orientada a un tratamiento en internamiento o de tipo residencial. La oferta del sector salud para estos casos aún sigue siendo escasa, contando apenas con 169 camas destinadas a exclusividad para el tratamiento de pacientes adictos y solo 10 de ellas destinadas a atender casos de mujeres adictas. Estas camas se encuentran en su totalidad en la ciudad de Lima en las unidades especializadas de los 3 establecimientos de nivel III del MINSA.”

Población demandante y servida

Población demandante (PD)

POBLACION	%	TOTAL POR AÑO
Población general residente 12 años - a mas	100	208,513
Población con síntomas de dependiente a la nicotina	0,65	1,354
Población con síntomas de dependiente al alcohol	0,15	315
PROMEDIO DE POBLACIÓN ESPECIFICA CON SÍNTOMAS DE DEPENDENCIA A DROGAS:	0,4	834

Elaboración: propia

Población demandante servida (PS)

CENTRO DE REHABILITACION	N° DE PACIENTES ATENDIDOS POR AÑO
Asociación civil Nuevo Amanecer (grupo varones)	31
Comunidad terapéutica Solidaridad Y Vida (certificada por la ACT – grupo varones)	28
Asociación civil Clamor En El Barrio (grupo varones)	12
CADES	70
MINSA (damas/varones)	322
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	469

Elaboración: propia

Población demandante no servida

POBLACION	N° DE PACIENTES
Población Demandante (PD)	834
Población Servida (PS)	469
POBLACIÓN NO SERVIDA (PD-PS)	365

Elaboración: propia

Un aproximado de población demandante no servida en Tacna es de 365 pacientes por año, el motivo, la falta de información sobre los daños y tratamientos sobre adicciones, adicionando el déficit de

centros de atención en óptimas condiciones que brinden los servicios requeridos por los pacientes.

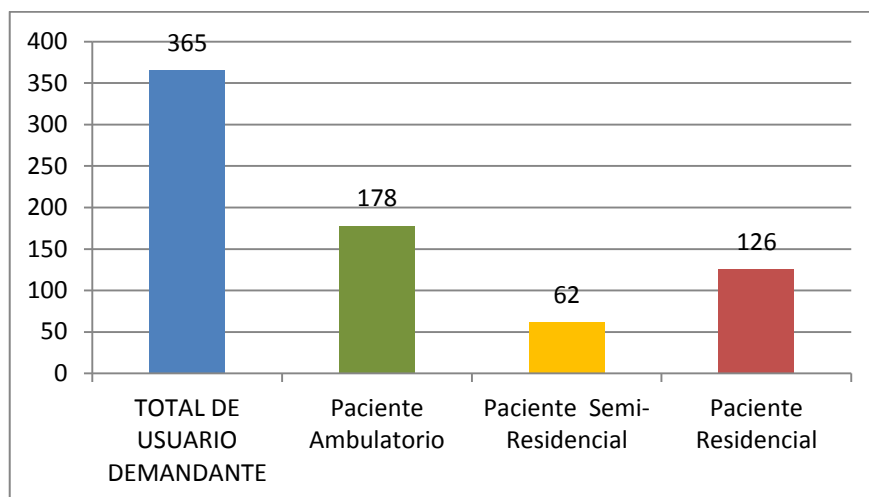
Distribución de número de pacientes que demandan un tipo de tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	%	N° DE PACIENTES DEMANDANTE NO SERVIDA
		100
Tratamiento Ambulatorio	48,7	178
Tratamiento Semi-Residencial (vigilancia en casa)	16,9	62
Tratamiento Residencial (internamiento)	34,4	126

Fuente: RIDET: Análisis de resultados 2005-2007 – OPD

Elaboración: propia

Para la distribución de pacientes demandantes no servidas, en los tres tipos de tratamiento; se consideró datos del Observatorio Peruano de Drogas (RIDET) una Red de Información de demanda y tratamiento de pacientes dependientes a sustancias Psicoactivas, que cuenta con una relación de instituciones privadas y públicas seleccionadas a nivel nacional (incluye CADES- Hospital Hipólito Unanue de Tacna).



Tipo de usuario:

Según sus actividades está comprendido por:

- ✓ Usuario paciente: Población con problemas de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas demandante no servida.
- ✓ Usuario Personal técnico capacitado: que brindan el servicio administrativos, médico, psiquiátrico y de rehabilitación para la población a servir, de la ciudad de Tacna
- ✓ Usuario flotante: Familiares cercanos a la población a servir y población tacneña en general.

Usuario paciente: se refiere al usuario del estudio, conformado por la población demandante sin servir, conformado por un total de 365 personas; según sus necesidades presenta dos tipos:

- ✓ Usuario paciente ambulatorio: conformado por los pacientes que buscan un tratamiento ambulatorio y semi-residencial (vigilancia en casa), y está conformado por el 65,6 % de la población demandante sin servicios, con características de abuso e inicios de dependencia por drogas, con un total de 240 personas, desde los 12 años a más; de ambos géneros.
- ✓ Usuario paciente residente: conformado por los pacientes que buscan un tratamiento intensivo de internamiento, con características de dependencia; conformado por el 34,4% de la población demandante sin servicios, 126 pacientes desde las edades de 18 años a más, de sexo masculino.

Usuario Técnico profesional: Se refiere al usuario capacitado que brinda los servicios administrativos y médicos en el centro, conformado por 54 profesionales, según sus actividades y necesidades, que el centro requiere, se identifican dos tipos:

- ✓ Usuario Técnico Profesional Ambulatorio: conformado por el personal administrativo, médicos y docentes de talleres, capacitación y reeducación. Hacen un total de 46 trabajadores dentro del centro distribuido en las siguientes áreas:
Área Administrativa (11 profesionales)

- 1 director
- 1 secretaria
- 2 asistentes de trabajo social
- 1 administrador
- 2 contadores
- 2 asistentes en planificación y programación
- 2 guardián (por turnos día/noche)

Área de rehabilitación física y mental (16 profesionales)

- 2 psiquiatras
- 2 psicólogos
- 2 terapeutas
- 6 docentes en talleres ocupacionales
- 1 instructor de gimnasia - terapia física.
- 2 docentes en capacitación y reeducación profesional, ética y moral.
- 1 encargado de biblioteca y sala de computo

Área médica y de servicios (19 profesionales)

- 1 laboratorista.
- 1 asistente en laboratorio.
- 1 farmacéutico.
- 2 Técnico en informes y admisión.

- 2 Enfermeras para tóxico y triaje.
 - 1 médico en medicina general.
 - 1 médico odontólogo.
 - 1 médico en toxicología.
 - 1 médico en cardiología.
 - 1 médico en gastro enterología.
 - 2 enfermeras en emergencia básica.
 - 1 nutricionista.
 - 1 chef.
 - 3 encargados supervisores de limpieza.
- ✓ Usuario Técnico Profesional Residente: conformado por un grupo de enfermeras especializadas en tratamientos de rehabilitación en drogas; con un total de 8 usuarios, distribuidos en las siguientes áreas:
- Área residencial (4 profesionales)
- 4 enfermeros

Usuario flotante: Se refiere a la población tacneña que visita el centro con un flujo eventual, según las actividades que realizan presentan dos tipos:

- ✓ Usuarios familiares: Conformado por los familiares cercanos al usuario paciente, su flujo es eventual, aproximadamente hasta

tres veces por semana, su actividad en el centro es de participación en terapias familiares de apoyo a los pacientes residentes.

- ✓ Usuarios visitantes: Conformado por la población tacneña, de todas las edades, clase social, género y profesión, que participa en las actividades de capacitación, charlas y eventos relacionados al no consumo de drogas, actividades de promoción que instituciones públicas y privadas realizan de manera periódica en colegios y otras instituciones.

4.7 PROGRAMACIÓN ARQUITECTÓNICA

a) Módulo de consulta externa

Mód.	Item	Espacio	Cant.	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
MÓDULO CONSULTA EXTERNA	1	Informes y Admisión	1	-mesón de despacho	1	3	3	7,4	2,22	9,62
				- archivadores	2	1	2			
				- sillas	2	1,2	2,4			
	2	Archivo médico	1	- escalera	1	1,2	1,2	9,6	2,88	12,48
				- estantes	7	1,2	8,4			
	3	Farmacia	1	- mesa de atención	1	2	2	15,8	4,74	20,54
				- sillas	1	1,2	1,2			
				- estantes	8	1,2	9,6			
				- armarios II	2	1,5	3			
	4	Laboratorio	1	escritorio	1	3	3	15,2	4,56	19,76
				- sillas	3	1,2	3,6			
				- armarios II	2	2,5	5			
				- archivadores	2	1,8	3,6			
	5	Análisis y muestras	1	- mesón de laboratorio	2	5	10	19,1	5,73	24,83
				- bancas	3	1,2	3,6			
				- armarios II	1	1,5	1,5			
				- estantes	2	2	4			
	6	Tópico - Triaje	1	- escritorios III	1	2,2	2,2	16	4,8	20,8
				- sillas	3	1,2	3,6			
				- camilla fija	1	3	3			
			- armarios	1	2,2	2,2				
			- biombo	1	1,8	1,8				
			- mesa rodante	1	1,2	1,2				
			- mesón de trabajo y grifo	1	2	2				

7	Medicina General	1	- escritorios III	1	2,2	2,2	16,4	4,92	21,32
			- sillas	3	1,2	3,6			
			- camilla fija	1	3	3			
			- armarios	1	2,2	2,2			
			- biombo	1	1,8	1,8			
			- mesa rodante	1	1,2	1,2			
			- 1/2 ss.hh.	1	2,4	2,4			
8	Toxicología	1	- escritorios III	1	2,2	2,2	16,4	4,92	21,32
			- sillas	3	1,2	3,6			
			- camilla fija	1	3	3			
			- armarios	1	2,2	2,2			
			- biombo	1	1,8	1,8			
			- mesa rodante	1	1,2	1,2			
			- 1/2 ss.hh.	1	2,4	2,4			
9	Gastroenterología	1	- escritorios III	1	2,2	2,2	16,4	4,92	21,32
			- sillas	3	1,2	3,6			
			- camilla fija	1	3	3			
			- armarios	1	2,2	2,2			
			- biombo	1	1,8	1,8			
			- mesa rodante	1	1,2	1,2			
			- 1/2 ss.hh.	1	2,4	2,4			
10	Cardiología	1	- escritorios III	1	2,2	2,2	16,4	4,92	21,32
			- sillas	3	1,2	3,6			
			- camilla fija	1	3	3			
			- armarios	1	2,2	2,2			
			- biombo	1	1,8	1,8			
			- mesa rodante	1	1,2	1,2			
			- 1/2 ss.hh.	1	2,4	2,4			
11	Odontología	1	- escritorios III	1	2,2	2,2	16,4	4,92	21,32
			- sillas	3	1,2	3,6			
			- camilla fija	1	3	3			

			- armarios	1	2,2	2,2			
			- biombo	1	1,8	1,8			
			- mesa rodante	1	1,2	1,2			
			- 1/2 ss.hh.	1	2,4	2,4			
12	Sala de observación y recuperación	1	- camilla fija	3	3	9	45,2	13,56	58,76
			- biombo	3	2	6	Considerar 7,2 m2 por cama , total 21,6 m2		
			- mesa rodante	3	1	3			
			- sillas de ruedas	3	1,8	5,4			
			- ss.hh.	1	4,8	4,8			
			- aseo	1	6	6			
			- Deposito	1	6	6			
			- pasillo	1	5	5			
13	espera consulta externa	1	- módulos de 3 sillas- 50 personas (1c/10p)	14	7,7	107,8	107,8	32,34	140,14
14	Pasillo de espera de triaje y tóxico	1	- módulos de 3 sillas- 1.20 m2 /per.	5	7,7	38,5	38,5	11,55	50,05
15	Baños damas	1	- módulo	1	2,2	2,2	6,2	1,86	8,06
			- lavamanos	2	1,5	3			
			- tachos	2	0,5	1			
16	Baños varones	1	- módulo	1	2,2	2,2	6,7	2,01	8,71
			- lavamanos	2	1,5	3			
			- tachos	1	0,5	0,5			
			- urinario	2	0,5	1			
17	Depósito de aseo	1	- estantes	3	1,2	3,6	3,6	1,08	4,68
18	Baño para discapacitados	1	- inodoro con agarraderas	1	2	2	4	1,2	5,2
			- lavamanos	1	1,5	1,5			
			- tachos	1	0,5	0,5			
19	Sala de estar - comedor	1	- mesón de trabajo +	1	7	7	29,8	8,94	38,74

			lavadero						
			- juego de comedor 4 sillas	1	6	6			
			- sillas de comedor	4	1,2	4,8			
			- juego de muebles	1	9	9			
			- mesa de revistas	1	3	3			
20	Dormitorio de res. Médico	4	- cama de plaza y media	1	3	3	34,8	10,44	45,24
			- velador	1	1,2	1,2			
			- closet	1	2	2			
			- ss.hh. Completo + ducha	1	2,5	2,5			
21	Pasillo médico	1							114
	Total								688,21

b) Módulo administrativo

Mód.	Item	Espacio	Cant.	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
MÓDULO ADMINISTRATIVO	1	Sala de Espera	1	- mesa de revistas	2	2,50	5,00	17,80	5,34	23,14
				- juego de muebles	2	6,40	12,80			
	2	Dirección	1	- escritorios	1	3,00	3,00	15,20	4,56	19,76
				- sillas	4	1,20	4,80			
				- archivadores	2	1,20	2,40			
				- armarios III	2	2,50	5,00			
	3	Secretaría	1	- escritorios	1	3,00	3,00	7,70	2,31	10,01
				- módulo para computador	1	1,20	1,20			
				- sillas	1	1,10	1,10			
				- archivadores	2	1,20	2,40			

4	Archivo de secretaria	1	- archivadores	6	1,20	7,20	7,20	2,16	9,36
5	Trabajo Social	1	- escritorios	2	3,00	6,00	35,80	10,74	46,54
			- sillas	10	1,50	15,00			
			- archivadores	4	1,20	4,80			
			- armarios III	4	2,50	10,00			
6	Administración y contabilidad	1	- escritorios	3	3,00	9,00	36,00	10,80	46,80
			- sillas	12	1,50	18,00			
			- archivadores	3	1,00	3,00			
			- armarios II	3	1,00	3,00			
			- estantes	3	1,00	3,00			
7	Archivo general	1	- archivadores	7	1,20	8,40	18,40	5,52	23,92
			- escalera	1	1,00	1,00			
			- estantes	9	1,00	9,00			
8	Planeación y Programación	1	- escritorios	2	3,00	6,00	26,40	7,92	34,32
			- sillas	10	1,20	12,00			
			- archivadores	4	1,20	4,80			
			- armarios II	3	1,20	3,60			
9	Archivo de planificación	2	- estantes	4	1,00	4,00	8,00	2,40	10,40
10	Sala de Reuniones	1	- mesa de reuniones	1	7,00	7,00	40,60	12,18	52,78
			- sillas	8	1,20	9,60			
			- maceteros	2	1,00	2,00			
			- armarios III	3	2,50	7,50			
			- mesa de revistas	3	2,50	7,50			
			- juego de muebles	1	7,00	7,00			
11	Kitchenette y Fotocopias	1	- mesón de cocineta	1	3,50	3,50	14,80	4,44	19,24
			- sillas	2	1,20	2,40			
			- mesón para equipos	1	3,50	3,50			

			- estantes	3	1,80	5,40			
12	Baños damas	1	- modulo	1	2,2	2,20	6,20	1,86	8,06
			- lavamanos	2	1,50	3,00			
			- tachos	2	0,50	1,00			
13	Baños varones	1	- modulo	1	2,2	2,20	6,70	2,01	8,71
			- lavamanos	2	1,50	3,00			
			- tachos	1	0,50	0,50			
			- urinario	2	0,50	1,00			
14	Depósito de aseo	1	- estantes	4	1,00	4,00	4,00	1,20	5,20
15	Baño para discapacitados	1	- inodoro con agarraderas	1	2,00	2,00	4,00	1,20	5,20
			- lavamanos	1	1,50	1,50			
			- tachos	1	0,50	0,50			
16	Pasillo	1							37,00
	Total								360,44

c) Módulo de capacitación y reeducación

Mód.	Item	Espacio	Cant.	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
MODULO DE CAPACITACION	1	Biblioteca	1	- mesa de atención	1	3	3	97,1	29,13	126,23
				- mesas de lectura	5	3,5	17,5			
				- sillas	27	1,2	32,4			
				- estantes de libros	27	1,2	32,4			
				- módulos para computador	6	1,8	10,8			
				- mesa para fotocopador	1	1	1			
	2	Aula de capacitación	2	- sillas	24	1	24	88,8	26,64	115,44
				- escritorios	12	1,7	20,4			

3	Baños damas	1	- modulo	4	1,5	6	13,3	3,99	17,29
			- lavamanos	4	1,2	4,8			
			- tachos	5	0,5	2,5			
4	Baños varones	1	- modulo	2	1,5	3	13,5	4,05	17,55
			- lavamanos	4	1,2	4,8			
			- tachos	5	0,5	2,5			
			- urinario	2	1,6	3,2			
5	Depósito de aseo	1	- estantes	5	1,2	6	6	1,8	7,8
6	Baño para discapacitados	1	- inodoro con agarraderas	1	2,5	2,5	5,3	1,59	6,89
			- lavamanos	1	2	2			
			- tachos	1	0,8	0,8			
7	Pasillos								25
	Total								316,2

d) Módulo de rehabilitación mental

Mód.	Item	Espacio	Cant .	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
MÓDULO DE REHABILITACION MENTAL	1	Sala de espera Varones	1	- mesa de revistas	3	2,90	8,70	35,10	10,53	45,63
				- juego de muebles	3	8,80	26,40			
	2	Sala Terapias Grupales Familiares de Varones	1	- escritorios	12	1,75	21,00	49,80	14,94	64,74
				- sillas	24	1,20	28,80			
	3	Consultorio de Psicología Varones	1	- escritorios	1	2,20	2,20	12,55	3,77	16,32
				- sillas	3	1,20	3,60			
				- armarios II	1	1,75	1,75			
				- mesita	1	1,00	1,00			
				- sillón	1	2,00	2,00			
				- diván	1	2,00	2,00			

	4	Consultorio de Psiquiatría Varones	1	- escritorios	1	2,20	2,20	12,55	3,77	16,32
				- sillas	3	1,20	3,60			
				- armarios II	1	1,75	1,75			
				- mesita	1	1,00	1,00			
				- sillón	1	2,00	2,00			
				- diván	1	2,00	2,00			
	5	Consultorio de Terapeuta Varones	1	- escritorios	1	2,20	2,20	12,55	3,77	16,32
				- sillas	3	1,20	3,60			
				- armarios II	1	1,75	1,75			
				- mesita	1	1,00	1,00			
				- sillón	1	2,00	2,00			
				- diván	1	2,00	2,00			
	6	Sala de terapia Familiar Varones	1	- sillas	9	2,60	23,40	30,60	9,18	39,78
				- armarios II	4	1,80	7,20			
	7	Archivo psiquiátrico Varones	1	- escalera	1	1,20	1,20	13,20	3,96	17,16
				- estantes	6	1,20	7,20			
				- archivadores	3	1,60	4,80			
	8	Sala de Visitas	1	- juego de muebles	1	24,00	24,00	24,00	7,20	31,20
		Pasillos								106,85
	Total								354,31	

e) Módulo residencial de varones

Mód.	Item	Espacio	Cant.	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
DE RESID ENCIA	1	Dormitorio técnico res.	1	- camas	2	3	6	19	5,7	24,7

			- velador	4	1	4			
			- mesa de comedor	1	2	2			
			- sillas	4	1	4			
			- mesón	1	1	1			
			- baño	1	2	2			
2	Control	1	- mesón	1	3	3	4,2	1,26	5,46
			- silla	1	1,2	1,2			
3	Dep. aseo	1	- estantes	3	1	3	3	0,9	3,9
4	Recepción espera	1	- juego de mueble	1	7,5	7,5	7,5	2,25	9,75
5	Sala de estar y tv	1	- mesa de revistas	2	2,5	5	31,2	9,36	40,56
			- juego de muebles	2	12	24			
			- mesa de tv	1	2,2	2,2			
6	Dormitorio varones	6	- camas	4	3	12	32,6	9,78	42,38
			- velador	4	2,1	8,4			
			- ropero empotrado	1	4,2	4,2			
			- baños completo	1	8	8			
7	Patio de servicios	1	- mesón de lavado	2	16	32	32	9,6	41,6
8	Pasillos y circulación	1							100
	Total								268,35
	Dos módulos, total								536,70

f) Módulo de servicios generales

Mód.	Item	Espacio	Cant .	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
MÓDULO DE SERVICIOS GENERALES	1	Secado y planchado	1	- cestos de ropa	3	1,50	4,50	28,70	8,61	37,31
				- mesón con grifos	1	3,20	3,20			
				- secadora de ropa	2	4,00	8,00			
				- closet	1	4,00	4,00			

			- planchadores	2	2,50	5,00			
			- estantes	2	2,00	4,00			
2	Deposito	1	- estantes	4	1,00	4,00	4,00	1,20	5,20
3	Lavandería	1	- Lavadora de ropa	3	4,20	12,60	17,10	5,13	22,23
			- estantes	2	1,25	2,50			
			- cestos de ropa	1	1,50	2,00			
4	Baños y Duchas/dama s	1	- modulo duchas	2	2,00	4,00	12,10	3,63	15,73
			- lavamanos	2	1,50	3,00			
			- módulo de inodoros	2	1,80	3,60			
			- tachos	3	0,5	1,50			
5	Baños y Duchas/varon es	1	- modulo duchas	2	2,00	4,00	12,10	3,63	15,73
			- lavamanos	2	1,50	3,00			
			- módulo de inodoros	2	1,80	3,60			
			- tachos	3	0,5	1,50			
6	Comedor para empleados	1	- mesas de comedor	1	7,50	7,50	14,70	4,41	19,11
			- sillas	6	1,20	7,20			
7	Cocina	1	- mesones de trabajo	2	4,50	9,00	53,00	15,90	68,90
			- moledora	1	3,00	3,00			
			- horno	1	3,00	3,00			
			- hervidora	1	3,00	3,00			
			- mesón central con cocina	1	11,00	11,00			
			- mesón con grifos	2	6,00	12,00			
			- balanza	1	3,00	3,00			
			- carrito de platos	1	3,00	3,00			
			- estantes	2	3,00	6,00			
8	Despensa	1	- estantes	3	1,60	4,80	4,80	1,44	6,24
9	Cámara frigorífica	1	- estantes	2	1,30	2,60	2,60	0,78	3,38

		carnes								
10		Cámara frigorífica verduras	1	- estantes	2	1,30	2,60	2,60	0,78	3,38
11		Servicio de Alimentos	1	- estantes	2	2,50	5,00	6,60	1,98	8,58
				- carrito de platos	1	1,60	1,60			
12		Comedor principal	1	- mesas de comedor	35	1,10	38,50	154,15	46,25	200,40
				- sillas	140	0,80	112,00			
				- barra de alimentos	1	3,65	3,65			
13		Oficina de chef	1	- escritorios	1	2,50	2,50	8,10	2,43	10,53
				- sillas	3	1,20	3,60			
				- archivadores	2	1,00	2,00			
14		Oficina Nutricionista	1	- escritorios III	1	2,20	2,20	11,80	3,54	15,34
				- sillas	3	1,20	3,60			
				- camilla fija	1	2,00	2,00			
				- armarios	1	1,80	1,80			
				- biombo	1	1,20	1,20			
				- mesa rodante	1	1,00	1,00			
15		depósito de aseo	1	- estantes	2	1,20	2,40	3,40	1,02	4,42
				- utensilios de limpieza	1	1,00	1,00			
16		depósito para basura	1	- depósitos de basura	3	1,10	3,30	3,30	0,99	4,29
17		pasillo	1	- casilleros						25,00
				- pasillo						
		Total								465,77

g) Módulo de talleres ocupacionales

Mód.	Item	Espacio	Cant.	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
ULO DE TALLE	1	Taller de músico-	1	- sillas	10	1,5	15	32	9,6	41,6

	terapia								
			- armarios II	2	2,5	5			
			- estantes	3	3	9			
			- piano	1	3	3			
2	Taller de Arte y artesanía	1	- mesa de trabajo	2	6	12	53,2	15,96	69,16
			- mesón de trabajo	1	6,2	6,2			
			- bancas	20	1,15	23			
			- armarios II	2	2,5	5			
			- mesón de trabajo y grifo	1	5	5			
			- closet	1	2	2			
3	Taller de costura y confección	1	- escritorio	1	2	2	51,2	15,36	66,56
			- mesas de costura	8	2	16			
			- remalladora	2	1,5	3			
			- sillas	11	1,2	13,2			
			- mesón de trabajo y grifo	1	5	5			
			- closet	1	2	2			
			- armarios II	4	2,5	10			
5	Taller de Carpintería	1	- escritorio	1	2	2	57,4	17,22	74,62
			- mesas de trabajo	8	2,2	17,6			
			- bancas	8	1,2	9,6			
			- sillas	1	1,2	1,2			
			- mesón central de trabajo	1	12,5	12,5			
			- mesón de trabajo y grifo	1	8,5	8,5			
			- deposito	1	6	6			
6	Taller de herrería y soldadura	1	- escritorio	1	2	2	57,4	17,22	74,62

			- mesas de trabajo	8	2,2	17,6			
			- bancas	8	1,2	9,6			
			- sillas	1	1,2	1,2			
			- mesón central de trabajo	1	12,5	12,5			
			- mesón de trabajo y grifo	1	8,5	8,5			
			- deposito	1	6	6			
7	Baños damas	1	- modulo	3	1,5	4,5	10,1	3,03	13,13
			- lavamanos	3	1,2	3,6			
			- tachos	4	0,5	2			
8	Baños varones	1	- modulo	3	1,2	3,6	10,6	3,18	13,78
			- lavamanos	3	1	3			
			- tachos	4	0,5	2			
			- urinario	2	1	2			
9	Deposito general y de aseo	1	- estantes	8	1,85	14,8	14,8	4,44	19,24
10	Baño para discapacitados	1	- inodoro con agarraderas	1	1,8	1,8	3,5	1,05	4,55
			- lavamanos	1	1,2	1,2			
			- tachos	1	0,5	0,5			
11	Pasillo								3,82
	Total								381,08

h) Módulo de rehabilitación física

Mód.	Item	Espacio	Cant.	Mobiliario	Cant.	Medidas Antro. y Ergo. (m2)	Área útil (m2)	Sub Total (m2)	30% de muros y circulación	Total (m2)
MODULO DE REHABILITACION FISICA	1	Duchas, Vestidores/damas	1	- modulo duchas	3	1,8	5,4	7,7	2,31	10,01
				- tachos	1	0,5	0,5			

			- bancas	1	1,8	1,8			
2	Duchas, Vestidores/varones	1	- modulo duchas	3	1,8	5,4	7,7	2,31	10,01
			- tachos	1	0,5	0,5			
			- bancas	1	1,8	1,8			
3	Baños damas	1	- modulo	2	1,2	2,4	5,1	1,53	6,63
			- tachos	2	0,5	1			
			- banca	1	1,7	1,7			
4	Baños varones	1	- modulo	2	1,2	2,4	5,1	1,53	6,63
			- tachos	2	0,5	1			
			- urinario	2	0,85	1,7			
5	Deposito general y de aseo	1	- estantes	3	2,1	6,3	6,3	1,89	8,19
6	Baño para discapacitados	1	- inodoro con agarraderas	1	3	3	6,2	1,86	8,06
			- lavamanos	1	2,2	2,2			
			- tachos	1	1	1			
7	Hall	1	- casilleros	1	5	5	5	1,5	6,5
8	Gimnasio y sala de maquinas	1	- personas	20	2	40	80,4	24,12	104,52
			- casilleros	2	2,5	5			
			- estantes	2	2	4			
			- correderas mecánicas	3	2,6	7,8			
			- maquinas focalizadas	2	2,8	5,6			
			- spinning	6	3	18			
9	Salon de juegos	1	mesas deping pong	2	13	26	62	18,6	80,6
			mesas de fulbito	2	12	24			
			mesas de ajedres	2	6	12			
	sala de visitas		juego de muebles	1	24	24	24	7,2	31,2
10	pasillo								89,4
	Total								361,75

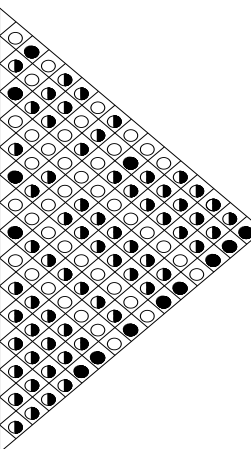
a. Módulo de consulta externa

1	Informes y Admision
2	Archivo médico
3	Farmacia
4	Laboratorio
5	Analisis y muestras
6	Topico - Triaje
7	Medicina General
8	Toxicología
9	Gastroenterología
10	Cardiología
11	Odontología
12	ss.hh. y deposito de sala de ob. y recup.
13	Sala de observacion y recuperación
14	pasillo de espera de consultorios
15	pasillo de espera de triaje y topico
16	Baños damas
17	Baños varones
18	Deposito de aseo
19	Baño para discapacitados
20	Sala de estar - comedor
21	Dorm. de res. Médico
22	Pasillo médico



b. Módulo administrativo

1	Sala de Espera
2	Dirección
3	Secretaria
4	Archivo de secretaria
5	Trabajo Social
6	Administracion y contabilidad
7	Archivo general
8	Planeación y Programación
9	Archivo de planificacion
10	Sala de Reuniones
11	Kitchenet y Fotocopias
12	Baños damas
13	Baños varones
14	Deposito de aseo
15	Baño para discapacitados
16	Pasillo



c. Módulo de capacitación y reeducación

1	Biblioteca	
2	Aula de capacitacion 01 (grupo familiar)	●
3	Aula de capacitacion 02 (grupo varones)	●
4	Baños damas	●
5	Baños varones	●
6	Deposito de aseo	●
7	Baño para discapacitados	●
8	Pasillos	●

d. Módulo de rehabilitación mental

1	Sala de espera Varones	●
2	Sala Terapias Grupales Familiares de Varones	●
3	Consultorio de Psicología Varones	●
4	Consultorio de Psiquiatría Varones	●
5	Consultorio de Terapista Varones	●
6	Sala de terapia Familiar Varones	●
7	Archivo psiquiatrico Varones	●
8	Sala de visitas	●
9	Pasillos	●

e. Módulo de residencia varones

1	Dorm. tecnico res.	●
2	Control	●
3	Dep. aseo	●
4	Recepcion espera	●
5	Sala de estar y tv	●
6	Dorm.01	●
7	Dorm.02	●
8	Dorm.03	●
9	Dorm.04	●
10	Dorm.05	●
11	Dorm.06	●
12	Patio de servicios	●
13	Pasillos y circulacion	●

f. Módulo de servicios generales

1	Secado y planchado	
2	Deposito	●
3	Lavanderia	○
4	Baños y Duchas/damas	●
5	Baños y Duchas/varones	○
6	Comedor para empleados	○
7	Cocina	○
8	Despensa	●
9	Camara frigorífica carnes	○
10	Camara frigorífica verduras	○
11	Servicio de Alimentos	○
12	Comedor principal	○
13	Oficina de chef	○
14	Oficina de nutricionista	○
15	deposito de aseo	○
16	deposito para basura	○
17	pasillo	○

g. Módulo de talleres ocupacionales

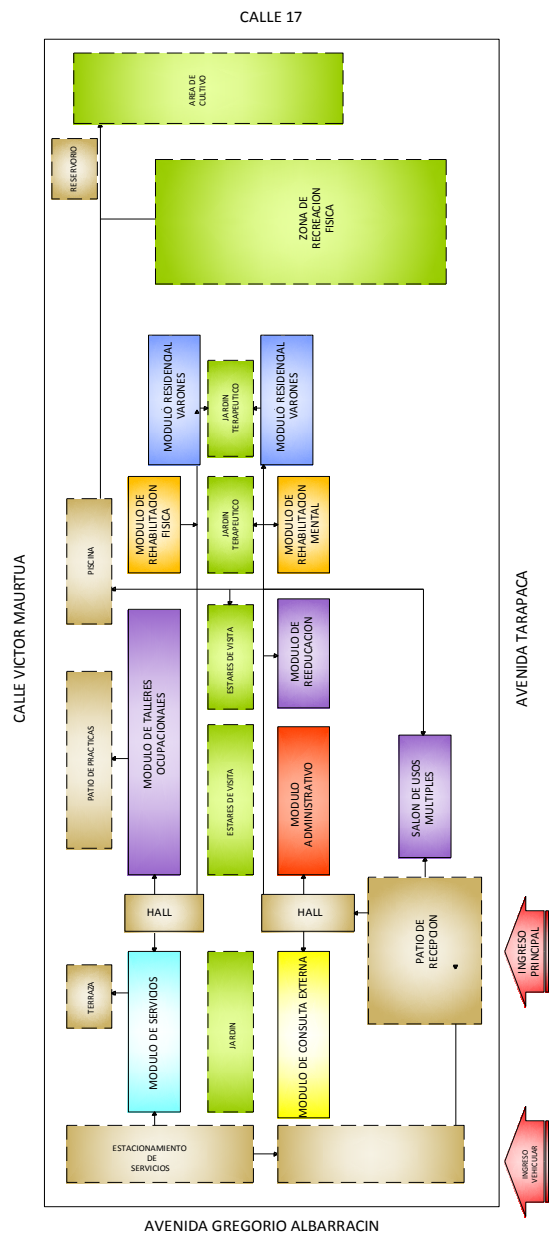
1	Taller de músico-terapia	
2	Taller de Arte y artesanía	
3	Taller de costura y confeccion	
4	Taller de Carpinteria	
5	Taller de herreria y soldadura	
6	Baños damas	○
7	Baños varones	○
8	Deposito general y de aseo	○
9	Baño para discapacitados	○
10	Pasillo	○

h. Módulo de rehabilitación física

1	Salon de juegos	
2	Baños y vestidores damas	○
3	Baños y vestidores varones	○
4	Deposito general y de aseo	○
5	Baño para discapacitados	○
6	Hall	○
7	Gimnasio y sala de maquinas	○

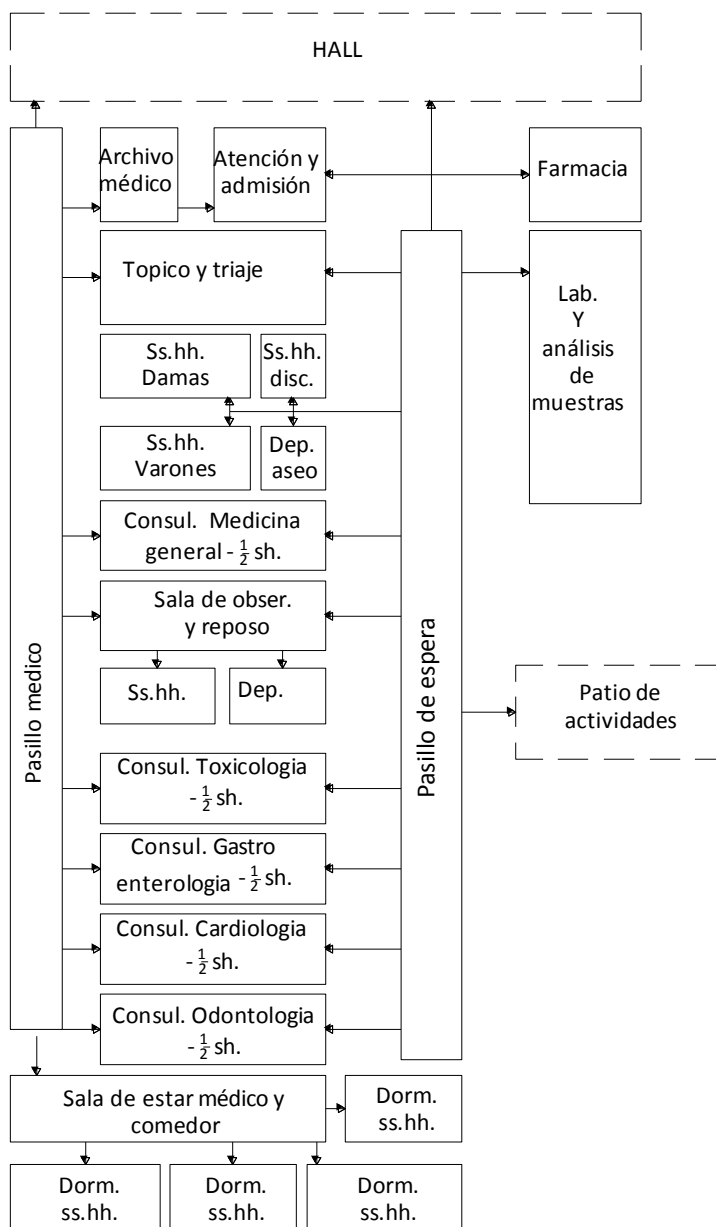
4.8.2 Organigrama de Funciones

Organigrama general del conjunto

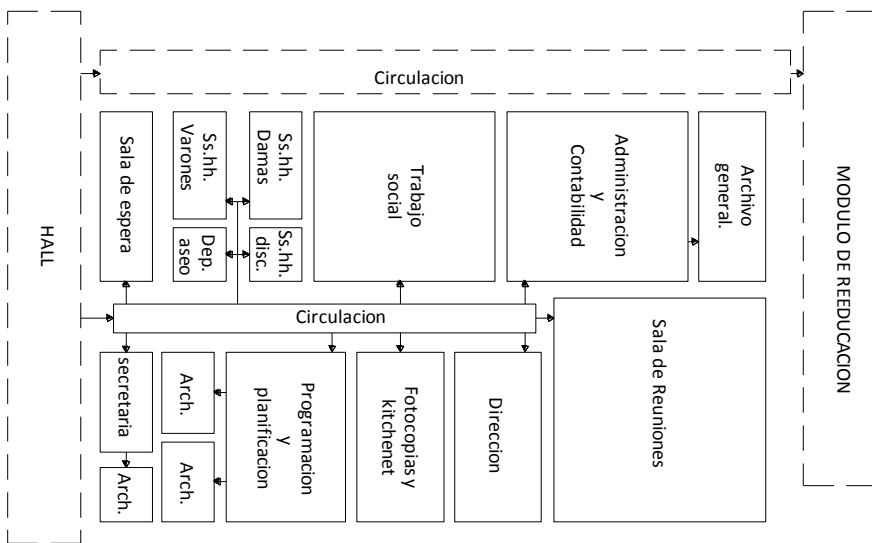


Organigrama por módulos

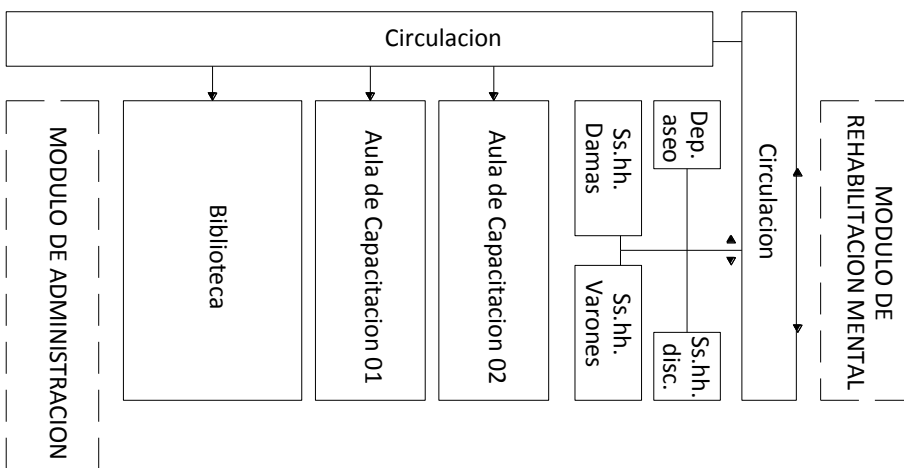
a.- Módulo de consulta externa:



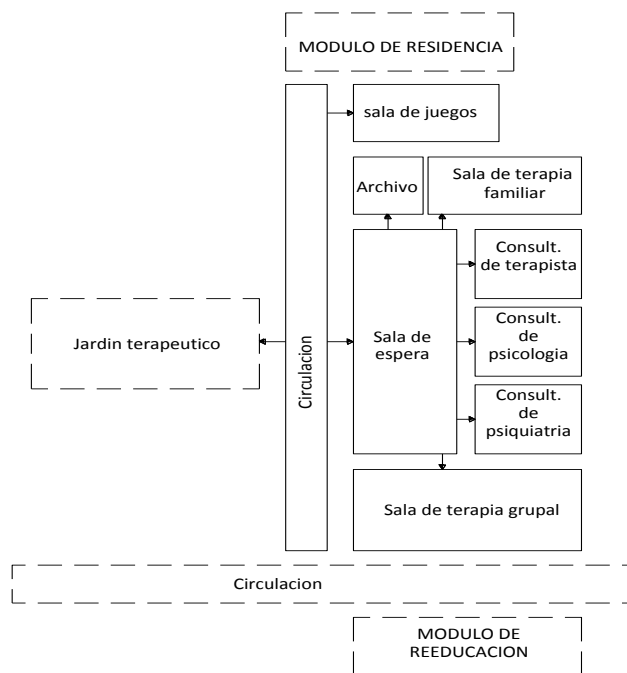
b.- Módulo de administración:



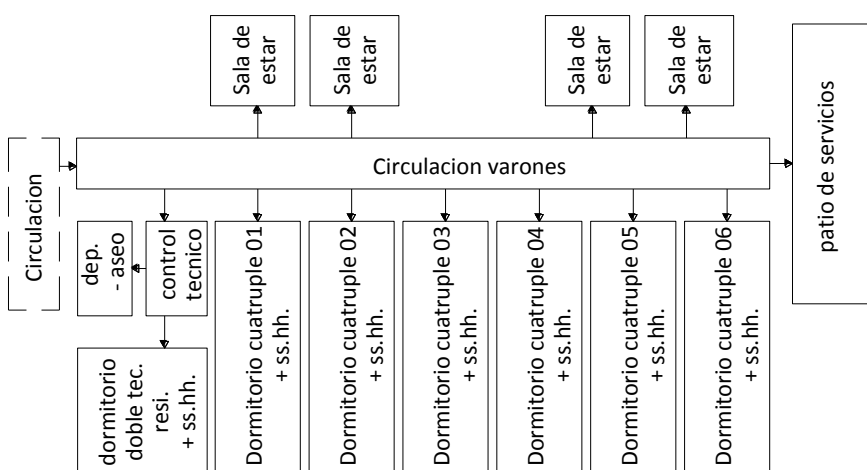
c.- Módulo de capacitación y reeducación:



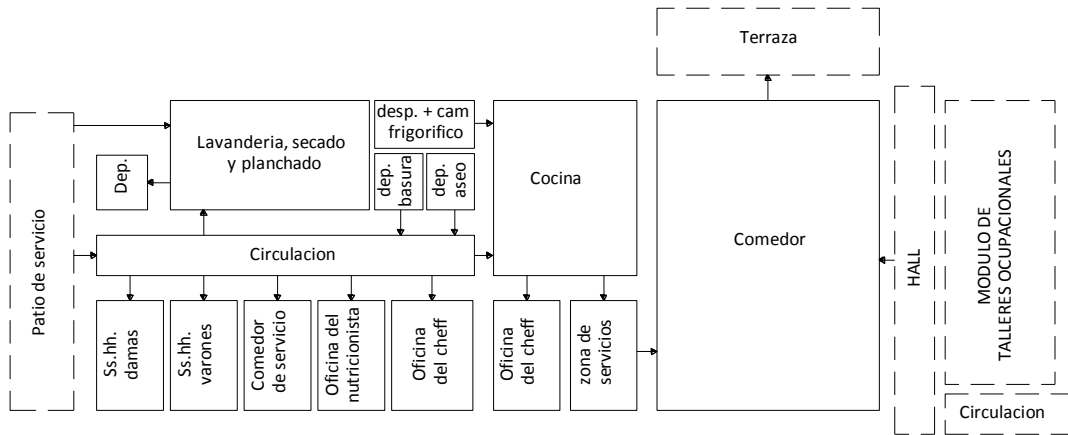
d.- Módulo de rehabilitación mental:



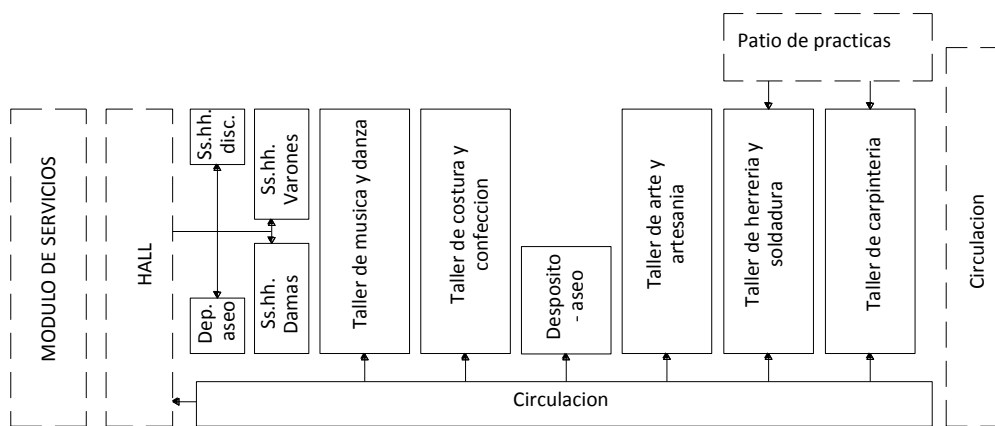
e.- Módulo residencial:



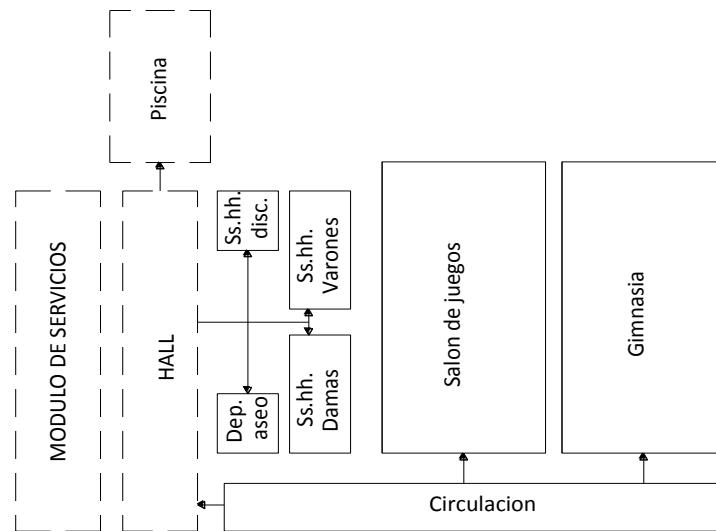
f.- Módulo de servicios:



g.- Módulo de talleres ocupacionales:



f.- Módulo de terapia física:



4.9 DESARROLLO DEL PROYECTO

4.9.1 Concepto

Para el diseño del centro se buscó un concepto concordante con la temática a tratarse, ya que la conceptualización es el eje generador del diseño del proyecto, y en el que funcionaran los diferentes espacios programados.

“La Dualidad”

“La dualidad permite diferenciar cosas, personas, emociones, ideas y formas. La dualidad es un efecto de la mente, ya que la

mente atribuye adjetivos, características, debido a su capacidad de clasificar según las formas y cualidades que apreciamos por medio de los sentidos. Atribuye, otorga, da. Por eso se les dice "atributos", se refiere a lo atribuido, a lo dado. Lo que le agregamos a algo para referirnos a ello es un atributo."

Es así, que el diseño del centro está basado en la dualidad existente en la vida familiar de los pacientes y su relación con la adicción, ya que presentan diferentes conductas en esos dos ámbitos de su vida, pudiendo ser una persona dócil y amable en su vida familiar, laboral y social, o agresivo y dominante cuando se encuentra bajo los efectos de una sustancia, pudiendo incluso desarrollar patología dual, esto nos lleva a un diseño en el cual, se muestre en su configuración formal un entrelazamiento de los bloques. Lo cual simboliza el largo proceso que deben seguir para su recuperación.

A lo largo de la historia esta dualidad ha sido representada por varias culturas alrededor del mundo, "el bien y el mal" se entrelazan en una continuidad de tiempo infinito generando un tránsito permanente de los individuos por estas dos conductas



Línea de tiempo con y sin drogas

El concepto del Centro de atención y rehabilitación para personas con dependencia a sustancias psicoactivas, trata sobre una dualidad, unificando en un todo el resultado del mismo, haciendo comparaciones de las necesidades del paciente en las dos etapas que presenta según su entorno.

El Centro de atención y rehabilitación se desarrolla como dos entes en crecimiento, totalmente diferentes entre sí, pero a su vez, se complementan por la función que estos llevan.

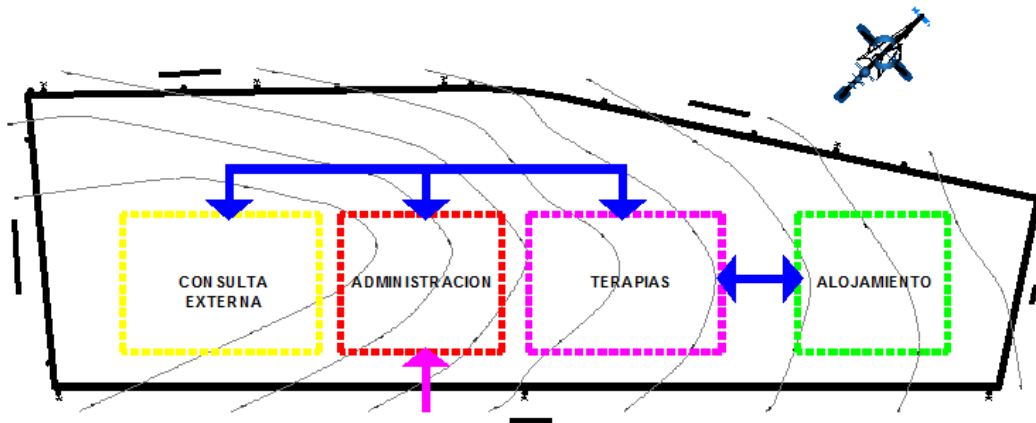
En tal caso, tendremos dos volúmenes generales, de diferentes características y diferente forma.

4.9.2 Partido

Esto nos lleva por medio de la investigación realizada a establecer los ejes de diseño básicos para el tratamiento del paciente.



Partiendo de estos principios, se establecieron cuatro bloques principales que contendrán los ejes de diseño, relacionando los espacios de manera coherente para generar un recorrido entre los bloques sin interferir en su función.



4.9.3 Zonificación (ver lámina 01)

4.9.4 Estructuración (ver lámina 02)

4.9.5 Geometrización (ver lámina 03)

4.10 SISTEMATIZACIÓN

4.10.1 Sistema de actividades (ver lámina 04)

4.10.2 Sistema de movimientos (ver lámina 05)

4.10.3 Sistema de espacios abiertos (ver lámina 06)

4.10.4 Sistema edilicio (ver lámina 07)

4.10.5 Sistema de infraestructura (ver lámina 08,09)

ZONIFICACIÓN

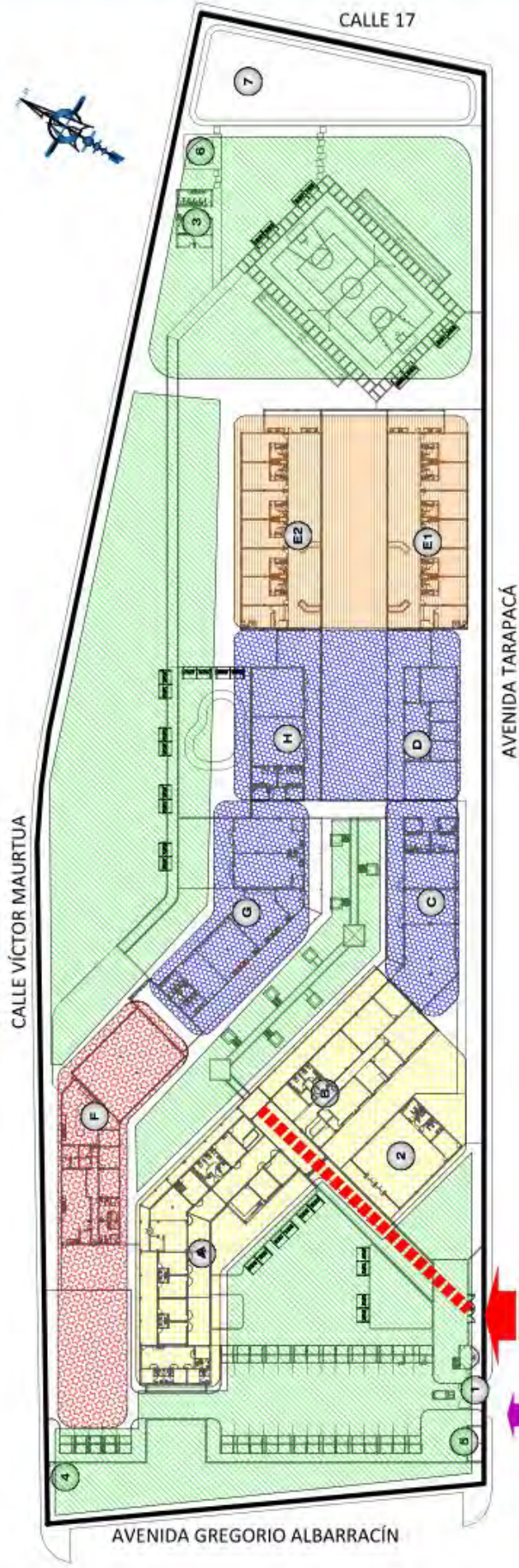


LÁMINA N° **01**

LEYENDA

PÚBLICA	DE SERVICIO
SEMI PÚBLICA	DE ESPACIOS ABIERTOS
PRIVADA	EJE PRINCIPAL DE CIRCULACIÓN

LEYENDA • ZONAS COMPLEMENTARIAS

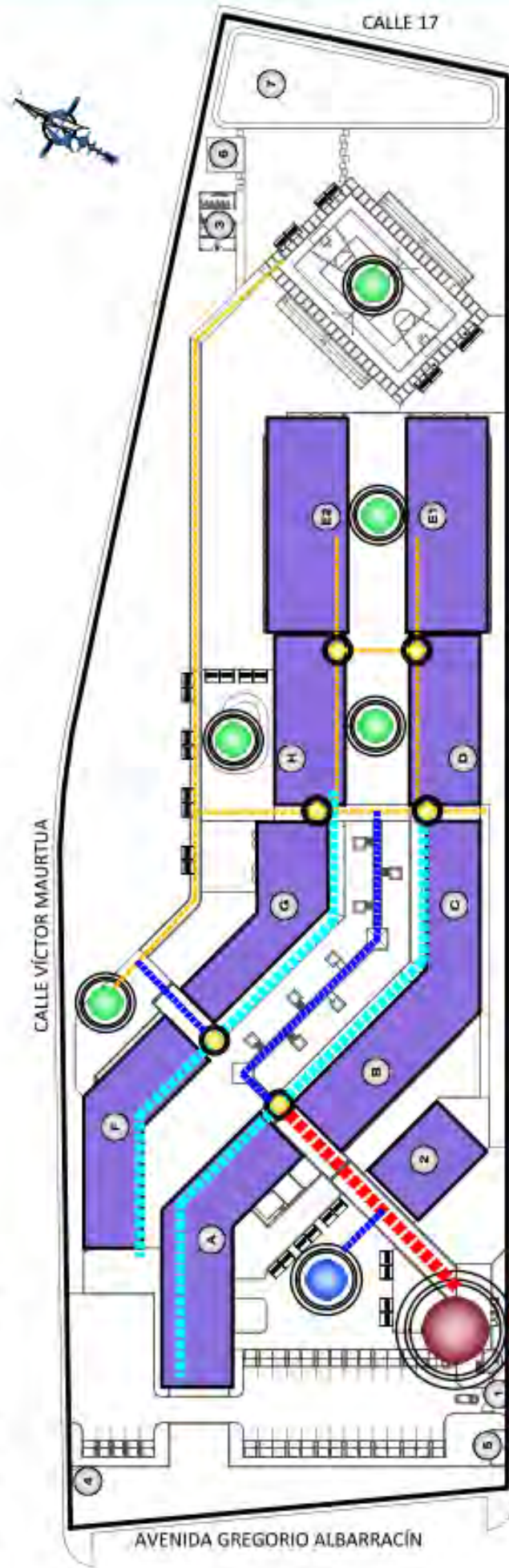
CONTROL DE INGRESO	DEPÓSITOS DE BASURA
SALÓN DE USOS MÚLTIPLES	CISTERNA + RESERVOIRO
SS.HH.	DE CULTIVO
CUARTO DE MÁQUINAS	

LEYENDA • MÓDULOS

MÓDULO DE CONSULTA EXTERNA	MÓDULO RESIDENCIAL VARIACIONES
MÓDULO ADMINISTRATIVO	MÓDULO DE SERVICIOS
MÓDULO DE REEDUCACIÓN	MÓDULO DE TALLERES OCUPACIONALES
MÓDULO DE REHABILITACIÓN MENTAL	MÓDULO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

INGRESO VEHICULAR
 INGRESO PRINCIPAL

ESTRUCTURACIÓN



<p>LEYENDA • MÓDULOS</p> <p>A) MÓDULO DE CONSULTA EXTERNA B) MÓDULO ADMINISTRATIVO C) MÓDULO DE REPRODUCCIÓN D) MÓDULO DE REVISIÓN / FUNCIÓN MIXTA E) MÓDULO RESERVENCIAL VARNDES F) MÓDULO RESERVENCIAL VARNDES G) MÓDULO DE SERVICIOS H) MÓDULO DE TALLERES OPERACIONALES I) MÓDULO DE REVISIÓN / FUNCIÓN MIXTA</p>		<p>LEYENDA • ZONAS COMPLEMENTARIAS</p> <p>1) CONTROL DE INGRESO 2) SALÓN DE USOS MULTIFUNCIONALES 3) SUSHI 4) CUARTO DE MÁQUINAS 5) DEPÓSITOS DE BASURA 6) CISTERNA + RESERVENCIO 7) DE CULTIVO</p>		<p>LEYENDA</p> <p>CAJERÍAS F.F. INTERRUPTOR 1° ORDEN 2° ORDEN 3° ORDEN</p> <p>MASA EDUCATIVA NUCLEO ORG. PRIMARIO NUCLEO ORG. SECUNDARIO</p> <p>MÓDULOS ACTIVIDADES EXTERNAS</p>		<p>LÁMINA N°</p> <p>02</p>
--	--	--	--	--	--	----------------------------

INGRESO VEHICULAR
 INGRESO PRINCIPAL

AVENIDA GREGORIO ALBARRACÍN

AVENIDA TARAPACÁ

CALLE VÍCTOR MAURTUA

CALLE 17

GEOMETRIZACIÓN

CALLE VÍCTOR MAURTUA

CALLE 17

AVENIDA TARAPACÁ

AVENIDA GREGORIO ALBARRACÍN



LEYENDA



	TRAMPA ORTOGONAL A 90°
	TRAMPA ORTOGONAL A 45°

LÁMINA N°
03

 INGRESO PRINCIPAL

 INGRESO VEHICULAR



SISTEMA DE ACTIVIDADES

CALLE VÍCTOR MAURTUA

CALLE 17



AVENIDA TARAPACÁ

AVENIDA GREGORIO ALBARRACÍN

LEYENDA

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|---------------------------|---|--------------------------------|
|  | DE CONSULTA MÉDICA EXTERNA |  | RESIDENCIAL |  | DE EXPOSICIONES AUDIO VISUALES |
|  | DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL |  | DE SERVICIOS |  | DE EXHIBICIÓN Y VENTA |
|  | DE RESEGUICIÓN |  | DE TALLERES OCUPACIONALES |  | AGROPECUARIO |
|  | DE REHABILITACIÓN MENTAL |  | DE REHABILITACIÓN FÍSICA |  | |
| | |  | |  | |
| | |  | |  | |
| | |  | |  | |
| | |  | | | |
| | |  | | | |
| | |  | | | |
| | |  | | | |
| | |  | | | |
| | |  | | | |

LÁMINA N°

04

SISTEMA DE MOVIMIENTOS



- LEYENDA • MÓDULOS**
- (A) MÓDULO DE CONSULTA EXTERNA
 - (B) MÓDULO ADMINISTRATIVO
 - (C) MÓDULO DE REEDIFICACIÓN
 - (D) MÓDULO DE REHABILITACION MERITA
 - (E) MÓDULO RESIDENCIAL VARIOS
 - (F) MÓDULO RESIDENCIAL VARIOS
 - (G) MÓDULO DE SERVICIOS
 - (H) MÓDULO DE TALLERES OPERACIONALES

- LEYENDA • ZONAS COMPLEMENTARIAS**
- (1) CONTROL DE INGRESO
 - (2) SALÓN DE USOS MULTIPLES
 - (3) BICHL
 - (4) CUARTO DE MAQUINAS
 - (5) DEPÓSITOS DE BASURA
 - (6) CUBIERTA Y RESERVOIRIO
 - (7) DE ISULATIVO

- LEYENDA**
- (línea roja) circulación de personas
 - (línea verde) circulación de autos y motos
 - (línea azul) circulación de bicicletas
 - (línea naranja) circulación de personas
 - (línea morada) circulación de personas
 - (línea amarilla) circulación de personas

SISTEMA ESPACIOS ABIERTOS

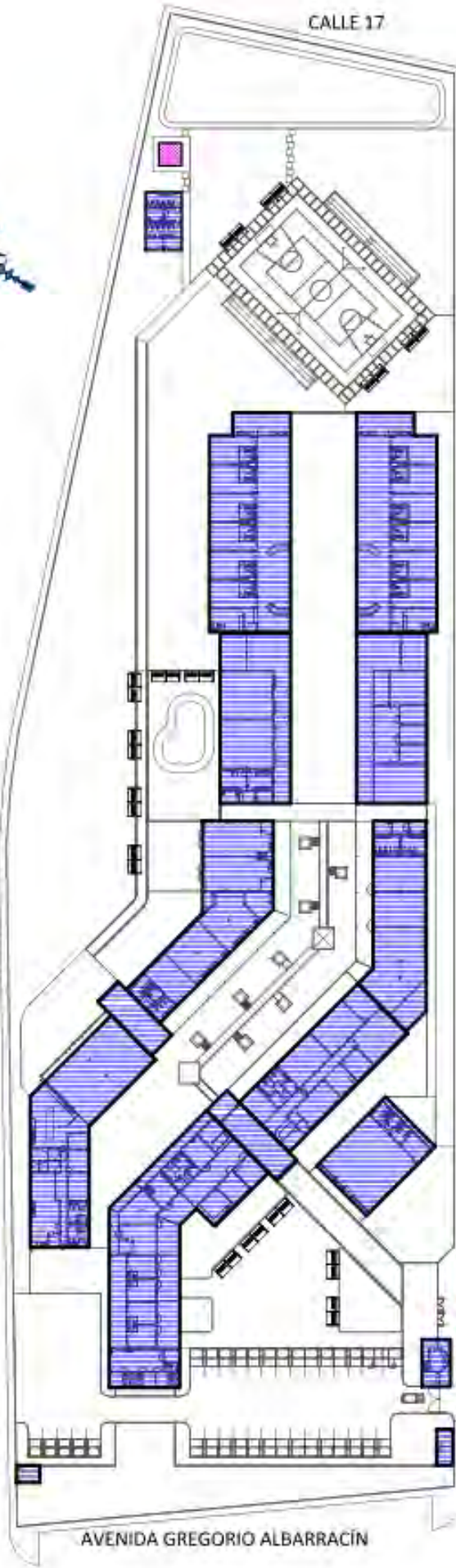


LEYENDA

<p>ESPACIOS ABIERTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° ORDEN 2° ORDEN 3° ORDEN 	<ul style="list-style-type: none"> ESPACIO RECINTO ESPACIO CANAL 	<ul style="list-style-type: none"> 1 ESPACIO PÚBLICO 2 ESPACIO SEMI PÚBLICO 3 ESPACIO PRIVADO 4 ESPACIO DE SERVIDOR
---	--	---

SISTEMA EDIFICIO

CALLE VÍCTOR MAURTUA



AVENIDA GREGORIO ALBARRACÍN

AVENIDA TARAPACÁ

CALLE 17

LEYENDA

	01 NIVEL MODULAR
	02 NIVEL MODULAR

SISTEMA DE INFRAESTRUCTURA - SERV. AGUA Y ALCANTARILLADO



CALLE VÍCTOR MAURTUA

VIENE RED DE AGUA

CALLE 17

AVENIDA TARAPACÁ

VA RED DE DESAGÜE

VA RED DE DESAGÜE

AVENIDA GREGORIO ALBARRACÍN

LEYENDA

- RED DE ALCANTARILLADO
- RED DE AGUA POTABLE
- RED DE INGRESO A SERVICIOS

LÁMINA N°

08

SISTEMA DE INFRAESTRUCTURA - ELECTRICIDAD



CALLE VÍCTOR MAURTUA



LLIGA RED DE LLUJ

AVENIDA GREGORIO ALBARRACÍN

CALLE 17

AVENIDA TARAFACÁ

LEYENDA

- RED DE ALIMENTACIÓN
- PUNTO DE TORNILLOS DE DISTRIBUCIÓN
- CUANTO DE MÓDULO

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

PRIMERA: Se logró generar una propuesta arquitectónica a nivel de anteproyecto que ayuda a mejorar la calidad de vida de la persona dependiente a sustancias psicoactivas y su integración a la sociedad.

SEGUNDA: Se ha realizado una propuesta arquitectónica que cumple con los estándares de calidad, de esta manera también, se ha logrado optimizar los espacios funcionalmente para el desenvolvimiento de los usuarios.

TERCERA: El proyecto aprovecha la forma del terreno para generar espacios de uso externo, interno y mixto, diferenciados para las actividades a desarrollar en cada uno.

CUARTA: Así como se creara una relación entre los pacientes, el centro y la comunidad por medio de una serie de espacios abiertos y

jardines, brindara a los usuarios la posibilidad de uso para relajación, esparcimiento, espacios de terapia y meditación

QUINTA: El análisis del marco conceptual así como el marco referencial fueron de gran utilidad para establecer las necesidades y características de los usuarios adictos, y así poder generar el programa arquitectónico, con la ayuda los hechos arquitectónicos referenciales en Perú.

5.2 RECOMENDACIONES:

- 1.-Para el diseño arquitectónico de un proyecto es necesario iniciar con un análisis del tema, conociendo a fondo de que se trata cada uno de los subtemas del mismo, lo cual nos da una pauta referencial que nos permite ampliar nuestras alternativas de diseño.
- 2.-El análisis de referentes diversos como los nacionales nos permite comprender la realidad del medio en el que vivimos y dentro del que implantaremos el proyecto, mientras que los referentes internacionales, nos permiten tener una idea de espacialidad y de materialidad funcional más amplia.

- 3.-Es importante además conocer el entorno y analizar cada una de las características del mismo para conocer la mejor manera de implantación, causando así el menor impacto posible en la zona.
- 4.-Además se debe crear proyectos con una base sólida fundamentada en el estudio de cada característica, la conceptualización, y las necesidades del grupo social que hará uso del proyecto para crear una arquitectura coherente, funcional y claramente enfocada al usuario.

BIBLIOGRAFÍA:

- Castro De La Mata M.D. y Zavaleta A. (2001). *Monografía de investigación del centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas – Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001 encuesta en hogares –CEDRO.* Lima, Perú. Editorial Grafica AVANFIT.
- Chiosso, F.G. (2010). *Reflexiones sobre el modelo de rehabilitación en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias.* Buenos Aires, Argentina. Taurus.
- CEDRO. (2014). *El problema de las drogas en el Perú 2014 - Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas.* Lima, Perú. Editorial Grafica AVANFIT.
- DEVIDA. (2006). *Información sobre drogas estadísticas en el Perú. Observatorio Peruano de Drogas.* Lima, Perú. Punto y Grafía S.A.C.
- DEVIDA. (2012). *Informe Ejecutivo IV: Estudio nacional prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.* Lima, Perú. Punto y Grafía S.A.C.
- DEVIDA. (2011). *Informe Ejecutivo III: Estudio nacional prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2009.* Lima, Perú. Punto y Grafía S.A.C.

- DEVIDA. (2007). *Informe Ejecutivo II: Estudio nacional prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2007*. Lima, Perú. Servicios Gráficos S.R.L.
- DEVIDA. (2005). *Informe Regional I: Estudio nacional prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005*. Lima, Perú. Editorial Grafica AVANFIT.
- DEVIDA. (2005). *Memoria programa de prevención del consumo de drogas y rehabilitación de toxicómanos – Fase II*. RIDET. Lima, Perú. Punto y Grafía S.A.C.
- DEVIDA. (2007). *Análisis de resultados de la red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas 2005-2007*. Lima, Perú. Punto y Grafía S.A.C.
- Dra. Luna, M. (2009). *Análisis de la situación de salud mental por etapas de vida en la región de salud Tacna - Estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz*. Tacna, Perú. Dirección Regional de la Salud Tacna.
- Edward D. (1992), *Gestión del Proyecto en Arquitectura*, Barcelona, España. Ediciones Gustavo Gili.
- Fundación Atenas Grupo Gid. (2010). *La Metodología de la Comunidad Terapéutica*. España. Repromas.

- Furst, P. (1980). *Los Alucinógenos y la Cultura, Edición Español*, México. Fondo de Cultura Económica.
- Insulsa, J. M. (2007). *El problema de drogas en las américas: Capitulo 2 Estudios drogas y salud*. Washington. Organismo de los Estados Americanos.
- López I. A., Juan J. & Valdés M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. Masson.
- Naciones unidas - Oficina contra la Droga y delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación*. Guía práctica de planificación. México. Trillas.
- Organismo de los Estados Americanos. (2006). *El problema de drogas en las Américas: Estudios drogas y salud pública*. México. Trillas.
- Serrano, N. (1995). *El fenómeno psicosocial de las drogas*. Ecuador. Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Velasco F. R. (1992). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México. Trillas.