

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE DE GROHMANN – TACNA**

Facultad de Ingeniería Civil, Arquitectura y Geotecnia

Escuela Profesional de Arquitectura

**TESIS**

**“CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA ADICTOS A  
LAS DROGAS ILEGALES, EN EL DISTRITO DE TACNA”**

**TOMO I**

Presentado por:

Bach. YORDAN SANTIAGO CONDORI OROZCO

Para optar el Título Profesional de:

**ARQUITECTO**

TACNA - PERÚ

2019

**JURADOS**



---

**ARQ. INES DEL CARMEN JIMENEZ GARCIA**  
Presidente



---

**ARQ. PEDRO LUCIO DAVALOS ZEVALLOS**  
Secretario



---

**ARQ. JUANA BEATRIZ VARGAS BERNUY**  
Vocal



---

**ARQ. ROSA LUZ GOMEZ MAYDANA**  
Director de Tesis

## **DEDICATORIA**

Primero le doy gracias a Dios por permitirme tener la fuerza para terminar mi carrera y llegar a este momento tan importante en mi vida.

A mis padres por su esfuerzo en concederme la oportunidad de estudiar y por su constante apoyo a lo largo de mi vida. A mis hermanos, parientes y amigos: por sus consejos, paciencia y toda la ayuda que me brindaron para concluir mis estudios.

A mis hijos por ser la razón de mí existir ellos me dan la fuerza de levantarme cada día para ser mejor persona.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iii
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.5 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.5.1. TERRITORIAL .....	5
1.5.2. ESPACIAL.....	6
1.6 OBJETIVO .....	6
1.6.1. OBJETIVO GENERAL .....	6
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
1.7 FORMULACION DE HIPÓTESIS.....	7
1.8. VARIABLES E INDICADORES .....	7
1.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	7
1.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE .....	8
1.9. METODOLOGÍA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .....	8

1.9.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.9.2. DISEÑO DE INVESTIGACION .....	9
1.9.3. POBLACIÓN .....	9
1.9.4. INSTRUMENTOS .....	9
1.9.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	11
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....	11
2.1.1. PRIMER REFERENTE: LOCAL.....	11
2.1.2. SEGUNDO REFERENTE: NACIONAL .....	13
2.1.3. TERCER REFERENTE: INTERNACIONAL.....	15
2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS.....	17
2.2.1. HISTORIA DE LAS ADICCIONES Y DROGAS .....	17
2.3. BASE TEÓRICA DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	18
2.3.1. CENTROS DE REHABILITACIÓN .....	18
2.3.2. TIPOS DE TRATAMIENTOS DE UN CENTROS DE .....	20
2.3.3. REHABILITACIÓN .....	23
2.3.4. COMUNIDAD TERAPÉUTICA .....	29
2.3.5. MODALIDAD DE ATENCIÓN TIPO: “COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL PERÚ” .....	43
2.4. BASE TEÓRICA SOBRE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	44
2.4.1. ADICCIÓN.....	45

2.4.2. DROGAS ILEGALES .....	47
2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES .....	53
CAPÍTULO III. MARCO CONTEXTUAL.....	58
3.1. ANÁLISIS DE CASOS SIMILARES O PROYECTOS CONFIABLES.....	58
3.1.1. PRIMER REFERENTE: NACIONAL .....	58
3.1.2. SEGUNDO REFERENTE: INTERNACIONAL .....	63
3.1.3. TERCER REFERENTE: INTERNACIONAL “CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH”.....	67
3.2. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL REFERIDO A LA VARIABLE INDEPENDIENTE MATERIA DE LA INVESTIGACIÓN: “CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN” .....	71
3.2.1. ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE ADICCIONES A LAS DROGAS EN TACNA .....	71
3.3. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL REFERIDO A LA VARIABLE DEPENDIENTE MATERIA DE LA INVESTIGACIÓN: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL PERÚ.....	77
3.3.1. MAGNITUD Y COMPOSICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL PERÚ .....	78

3.3.2. DEMANDA DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE DROGAS .....	79
3.3.3. ATENCIÓN EN ADICCIONES CADES – HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE .....	81
3.4. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DEL LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO .....	81
3.4.1. ASPECTO FÍSICO ESPACIAL.....	81
3.4.2. VIALIDAD.....	96
3.4.3. INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS.....	99
3.4.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICO NATURALES .....	100
CAPÍTULO IV. MARCO NORMATIVO.....	104
4.1. ANTECEDENTES NORMATIVOS.....	104
4.1.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ.....	104
4.1.2. REGLAMENTO DE LA LEY N° 29765 .....	104
4.1.3. NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 0021-MINSA/DGSPV.01 CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	105
4.1.4. REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES .....	106
CAPÍTULO V. PROPUESTA.....	107
5.1. CONSIDERACIONES PARA PARA LA PROPUESTA .....	107
5.1.1. CONDICIONANTES.....	107
5.1.2. DETERMINANTES .....	108

5.1.3. PREMISAS DE DISEÑO .....	109
5.2. PROGRAMACIÓN .....	116
5.2.1. PROGRAMACIÓN CUANTITATIVA .....	116
5.2.2. DIAGRAMA DE CORRELACIONES .....	121
5.2.3. ORGANIGRAMAS. ....	127
5.3. CONCEPTUALIZACIÓN Y PARTIDO.....	132
5.3.1. CONCEPTO.....	132
5.3.2. PARTIDO .....	132
5.4. ZONIFICACIÓN .....	134
5.5. SISTEMATIZACIÓN O ESTRUCTURACIÓN.....	135
5.5.1. SISTEMA FORMAL .....	135
5.5.2. SISTEMA DE ESPACIOS ABIERTOS .....	136
5.5.3. SISTEMA FUNCIONAL.....	137
5.5.4. SISTEMA DE MOVIMIENTOS .....	138
5.5.5. SISTEMA DE ACTIVIDADES.....	139
5.6. ANÁLISIS DEL USUARIO.....	140
5.6.1. POBLACIÓN EN GENERAL .....	140
5.6.2. POBLACIÓN ESPECÍFICA DE 12 AÑOS A MÁS.....	141
5.6.3. PREVALENCIA DE VIDA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN EL PERÚ .....	141

5.6.4. EDAD PROMEDIO DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES .....	143
5.6.5. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ADICTOS EN EL PERÚ	143
5.6.6. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ADICTOS EN EL DISTRITO DE TACNA. ....	145
5.6.7. POBLACIÓN DEMANDANTE DEL SERVICIO. ....	146
5.6.8. PERFIL DEL PACIENTE.....	149
5.6.9. TIPO DE USUARIO .....	150
5.7. ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO (Ver Anexo Tomo II) .....	154
5.8. PROYECTO ARQUITECTÓNICO (Ver Anexo Tomo II) .....	154
5.9. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO .....	155
5.9.1 Memoria Descriptiva .....	155
5.10. CONCLUSIONES .....	159
5.11. RECOMENDACIONES .....	160
5.12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
5.13. ANEXOS .....	163

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Fases del Tratamiento de las Adicciones.....	60
Tabla 2.	Número de pacientes registrados en RIDET según.... tipo de institución.	80
Tabla 3.	Sistema edilicio.....	95
Tabla 4.	Programación Consultorios.....	115
Tabla 5.	Programación Administración.....	116
Tabla 6.	Programación SUM.....	116
Tabla 7.	Programación Comedor.....	117
Tabla 8.	Programación Zona de Residencia.....	117
Tabla 9.	Programación Zona de Servicios Generales.....	118
Tabla 10.	Programación Zona de rehabilitación Mental y Física..	118
Tabla 11.	Programación Zona de Talleres Ocupacionales y Reeducación.....	119
Tabla 12.	Cuadro Resumen de Áreas:.....	119
Tabla 13.	INEI - Censos Nacionales 2017: XI de Población y VI de Vivienda.....	139
Tabla 14.	Tabla de población general de INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda....	140
Tabla 15.	Prevalencia de vida de drogas legales e ilegales en el Perú.....	141

Tabla 16.	Edad promedio de inicio de consumo de drogas legales e ilegales en el Perú.....	142
Tabla 17.	Estimación de adictos en el Perú.....	143
Tabla 18.	Estimación de adictos en el Distrito de Tacna.....	144
Tabla 19.	Estimación de Adictos a las Drogas Cocainicas.....	145
Tabla 20.	Población demandante del servicio.....	146
Tabla 21.	Población Demandante del Servicio.....	147

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Centro de Rehabilitación de Ñaña.....	58
Figura 2. Ubicación de Laguna de Vida.....	63
Figura 3. Servicios de Laguna de Vida.....	66
Figura 4. Vistas Satelital Centro de Rehabilitación – SISTER MARGARET SMITH.....	69
Figura 5. Organigrama del Centro de Rehabilitación – SISTER MARGARET SMITH.....	69
Figura 6. Centro Programación de Centro de Rehabilitación – SISTER MARGARET SMITH.....	70
Figura 7. Vista Exterior del Centro de Rehabilitación – SISTER MARGARET SMITH.....	70
Figura 8. Vista Exterior Nuevo Amanecer.....	72
Figura 9. Vista Interior Nuevo Amanecer.....	72
Figura 10. Vista Interna de Nuevo Amanecer en Capacitación.....	73
Figura 11. Vista Interior del Centro REMAR.....	74
Figura 12. Vista Exterior de Atención ambulatoria y de día para consumidores y dependientes a sustancias Psicoactivas.....	75

Figura 13. Vista exterior de Atención ambulatoria y de día para consumidores y dependientes a sustancias Psicoactivas.....	76
Figura 14. Estructura Porcentual del costo por tipo de SPA ..	78
Figura 15. Ubicación Terreno N°01.....	83
Figura 16. Ubicación Terreno N°02.....	84
Figura 17. Evaluación de alternativa de selección del Terreno.....	87
Figura 18. Zonificación del Terreno.....	89
Figura 19. Topografía del Terreno.....	90
Figura 20. Usos de suelo del Terreno.....	92
Figura 21. Equipamiento Cercanos al Terreno.....	93
Figura 22. Sistema Vial Colindante al Terreno.....	96
Figura 23. Sección Vial a la Prolongación Av. Santa Cruz.....	97
Figura 24. Prolongación Av. Santa Cruz.....	97
Figura 25. Infraestructura de Servicios Existentes.....	98
Figura 26. Gráfico de Temperatura de Tacna.....	99
Figura 27. Gráfico de Precipitaciones en Tacna.....	100
Figura 28. Gráfico de Puesta de sol en Tacna.....	100
Figura 29. Gráfico de Vientos en Tacna.....	101
Figura 30. Entorno inmediato al Terreno .....	106



Figura 51. Organigrama de Zona de Talleres	
Ocupacionales .....	130
Figura 52. Conceptualización.....	131
Figura 53. Partido Arquitectónico.....	132
Figura 54. Zonificación.....	133
Figura 55. Sistema Formal.....	134
Figura 56. Sistema de Espacios Abiertos.....	135
Figura 57. Sistema Funcional.....	136
Figura 58. Sistema de Movimientos .....	137
Figura 59. Sistema de Actividades.....	138
Figura 60. Porcentaje de personas atendidas según tipo de tratamiento recomendado.....	146
Figura 61. Plano de Ubicación.....	155

## **RESUMEN**

El presente proyecto de investigación de un “Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna”, busca mejorar las condiciones de vida del adicto a las drogas ilegales, a través de asistencia médica, psicológica, capacitación laboral y la reinserción a la sociedad.

De acuerdo a la investigación descriptiva realizada de cada equipamiento que alberga al paciente adicto en el Distrito de Tacna, se concluye que son equipamientos improvisados en su infraestructura sin pensar en el usuario de acuerdo a sus necesidades, no solucionando su rehabilitación y reinserción en la sociedad.

De acuerdo al proyecto de investigación del Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna, será la solución del problema planteado, que permitirá satisfacer la demanda de infraestructura, asistencia integral y la reinserción a la sociedad del paciente.

## **ABSTRACT**

The present research project of a "Center for treatment and rehabilitation for addicts to illegal drugs in the District of Tacna", seeks to improve the living conditions of the addict of illegal drugs, through medical, psychological, occupational training and the reintegration into society.

According to the descriptive research conducted on each equipment that houses the addicted patient in the Tacna district, it is concluded that they are improvised equipment in their infrastructure without thinking about the user according to their needs, not solving their rehabilitation and reintegration into society.

According to the research project of the treatment and rehabilitation center for addicts to illegal drugs in the district of Tacna, it will be the solution to the problem, which will meet the demand for infrastructure, comprehensive assistance and reintegration into the patient's society.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ha estado presente en todas las épocas y culturas, existiendo un notable crecimiento del consumo de estas, puesto que en la actualidad hay más cantidad y facilidad para conseguirlas, las drogas están presentes en la sociedad a nivel nacional e internacional.

En el distrito de Tacna en los últimos años se ha concebido un incremento de la adicción y consumo de las drogas ilegales, en todos los estratos sociales, por lo que fue una motivación para elaborar el presente proyecto de investigación, con el objetivo de plantear un diseño arquitectónico de un “Centro de Tratamiento y Rehabilitación de adictos a las drogas ilegales”, que permitirá la rehabilitación física, psicológica y con un oficio vocacional, para su reinserción del paciente adicto a la sociedad de Tacna.

## **CAPÍTULO I. EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Perú las comunidades indígenas utilizaban la coca, ayahuasca, en actos religiosos y como medicamento. Con el pasar del tiempo las drogas dejaron de tener ese vínculo sagrado y pasaron a tener otras motivaciones como el evadirse de una realidad que resulta dolorosa, en la actualidad existen gran variedad de drogas y la edad de inicio de consumo de droga es cada vez más temprana.

A pesar que a nivel nacional, regional y local se realizan diferentes campañas o programas de prevención contra los distintos tipos de adicciones, el índice de personas que caen en los vicios de la droga se ha incrementado preocupantemente en la región de Tacna estando en los primeros lugares en el consumo de drogas en el Perú. (El problema de las drogas en el Perú - 2015)

De acuerdo al Centro de Atención Ambulatoria y de Día para Consumidores y Dependientes de Sustancias Psicoactivas (CADES) - Tacna, el número de atenciones a personas en su mayoría adolescentes y jóvenes con problemas de adicción se ha elevado significativamente a diferencia de años anteriores.

Se precisa que el número de pacientes por consumo de drogas, generalmente por marihuana, se elevó a un 60% en relación a años anteriores, cuyos protagonistas principalmente son jóvenes cuyas edades oscilan entre 17 a 25 años.

De esta manera, el problema de adicción se origina principalmente por el mal uso del tiempo libre y la poca supervisión e interés de los padres respecto a las actividades que realizan sus hijos.

Los centros de atención en Tacna, la mayoría carece de personal idóneo, equipos y locales adecuados para atender a este tipo de pacientes. En ciertos casos improvisan casas o predios que fungen de centros de atención, y operan sin autorización municipal ni del Ministerio de Salud; es decir, con plena informalidad e ilegalidad y ponen en riesgo la seguridad de los pacientes.

Esta problemática social genera la necesidad de plantear una solución mediante un diseño arquitectónico que cumpla con las exigencias que permitan garantizar un servicio de calidad que contribuya a una real rehabilitación y reinserción del paciente.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto anteriormente se realiza la siguiente interrogante:

¿De qué manera el diseño arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación contribuirá a mejorar las condiciones de vida de los adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación se desarrollará en el Distrito de Tacna, en donde se ha podido determinar que no existe un centro de tratamiento y rehabilitación de adictos a las drogas, que contribuya a una adecuada rehabilitación y reinserción a la sociedad.

Por tanto, se justifica por las siguientes razones:

- a) En lo social:** por que toda persona tiene derecho a tener el mejor nivel de salud posible. El estado con la Ley N<sup>a</sup> 29765 “Regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para dependientes, que opera bajo la modalidad de comunidades terapéuticas”, garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de salud adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con un trabajo en conjunto con sus familias para una inclusión del paciente.
- b) En lo económico:** porque al rehabilitar a los pacientes drogodependientes, las personas gozarán de una adecuada

salud, estas podrán reinsertarse en el ámbito laboral, mejorando sus condiciones de vida.

#### **1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación será limitada debido a que no existe la información estadística necesaria actualizada, por lo que la información tomada en la tesis será las más próximas.

- El tipo, calidad y la cantidad de datos en la información, debido a que no hay una información específica sobre nuestro tema de investigación, por lo que se realizaran encuestas para analizar y diagnosticar de acuerdo a la información recabada.
- A nivel distrital en Tacna, no existe antecedentes de un estudio referido al Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales, lo que conlleva a un mayor esfuerzo para la recopilación de información.
- El financiamiento económico para el desarrollo total del proyecto de investigación.

#### **1.5 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.5.1. TERRITORIAL**

El proyecto de investigación se encuentra ubicado en la Avenida Santa Cruz S/N, del Distrito, Provincia y Región de

Tacna, el terreno establecido está dentro de un área de mayor extensión de Titularidad del Estado Peruano representado por el Gobierno Regional de Tacna en la partida matriz N° 11011238.

El proyecto de investigación se emplazará en parte del terreno matriz.

#### **1.5.2. ESPACIAL**

La delimitación espacial está dada por toda la población del distrito de Tacna.

### **1.6 OBJETIVO**

#### **1.6.1. OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un diseño arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna.

#### **1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar un análisis y diagnóstico de la situación que presenta la infraestructura destinada de los centros de tratamiento y rehabilitación para adictos a las drogas ilegales, en el distrito de Tacna.

- Elaborar un análisis y diagnóstico de la situación que presenta la atención a adictos a las drogas ilegales, en el distrito de Tacna.
- Identificar y seleccionar el terreno para elaborar el análisis y diagnóstico estableciendo las condicionantes y determinantes para el centro de tratamiento y rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el distrito de Tacna.
- Diseño del proyecto arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el distrito de Tacna, creando espacios interiores que lleguen a generar una relación entre el usuario y la arquitectura, permitiendo que esta forme parte de la terapia de rehabilitación.

## **1.7 FORMULACION DE HIPÓTESIS**

El diseño arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación, contribuirá a mejorar las condiciones de vida de los adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna.

## **1.8. VARIABLES E INDICADORES**

### **1.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.**

“Centro de Tratamiento y Rehabilitación”

#### **1.8.1.1. Indicadores de la variable independiente.**

- Programación de ambientes
- Requerimiento de áreas
- Partido arquitectónico
- Zonificación

#### **1.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

“Adictos a las drogas ilegales”

#### **1.8.2.1. Indicadores de la variable dependiente.**

- Problemas Endógenos y exógenos
- Tipos de droga
- Tratamiento de la adicción

### **1.9. METODOLOGÍA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.9.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de la investigación que se utilizará es la DESCRIPTIVA APLICATIVA, ya que me permitirá encaminar y recopilar información de diferentes centros de rehabilitación de personas con adicción a las drogas, para analizar y elaborar un diagnóstico, para buscar la solución del problema mediante la propuesta arquitectónica.

### **1.9.2. DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño de la investigación será DESCRIPTIVO, ya que permitirá definir las características o elementos que tipifiquen el ámbito estudiado, para llegar a una propuesta.

### **1.9.3. POBLACIÓN**

La propuesta arquitectónica a proyectarse es a nivel del Distrito de Tacna, la cual se basará en la información recopilada por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informático (INEI), el Distrito de Tacna cuenta con una población de 92 972 habitantes y la tasa de crecimiento anual en el año 2017 es de 1.0%. (Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017)

#### **1.9.3.1. POBLACIÓN.**

De acuerdo a los datos e información recopilada, el Distrito de Tacna cuenta con un aproximado de 967 adictos a drogas ilegales que representa el 1.04% de la población total.

### **1.9.4. INSTRUMENTOS**

Instrumentos Utilizados para la investigación como:

Fichas para campo, encuestas, Plan Urbano de la Ciudad, Fotografías.

## **1.9.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.9.5.1. EN GABINETE**

Se recopiló toda la información como modelos referentes, información normativa, libros virtuales, para su posterior análisis, que nos permita probar la hipótesis planteada en esta investigación.

### **1.9.5.2. EN CAMPO**

Se recopiló información del municipio de la jurisdicción, información de los modelos referentes en Tacna, fichas de campo.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

En el análisis de la tesis propuesta se han encontrado, antecedentes de Tesis en otras Universidades como las siguientes:

#### **2.1.1. PRIMER REFERENTE: LOCAL**

**Tesis:** Centro de Tratamiento y Rehabilitación Sostenible para mejorar la calidad de vida de los individuos con adicciones a sustancias psicoactivas en Tacna.

**Tacna – Perú, 2017**

**Autor:** Bach. Olmedo Condori Constancio

Bach. Yony Nelson Rivera Ajalli

De acuerdo a su trabajo de investigación el Tesista concluye lo siguiente:

- El diseño del proyecto arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación Sostenible mejorará la calidad de vida de individuos con adicciones a sustancias psicoactivas en Tacna, porque brinda una alternativa de solución ante una problemática específica.
- El análisis basado en el estudio de las necesidades, normas vigentes, estándares de calidad de diseño

arquitectónico y sostenibilidad, ha permitido elaborar un proyecto accesible, flexible y adecuado para la recuperación de individuos con dependencia a sustancias psicoactivas en un entorno urbano rural. Que en su conjunto contribuirá en la recuperación integral, desarrollo personal, desempeño laboral y reinserción a la sociedad del adicto a través de rehabilitación mental, física, talleres educativos y talleres ocupacionales.

- El análisis y estudio de las infraestructuras que brindan atención de tratamiento y rehabilitación de adictos, nos ha permitido elaborar una programación cualitativa y cuantitativa que brinden las condiciones mínimas de confort y funcionalidad para la desintoxicación, recuperación, tratamiento, rehabilitación y reinserción social del individuo.
- La creación de recorridos y espacios de estar, esparcimiento, socialización y zonas recreativas activas y pasivas interrelacionados, contribuirá a mejorar los niveles de estrés y la pronta recuperación de las personas con adicciones, además la naturaleza como

ente rehabilitador generará espacios de tranquilidad, paz mental y seguridad para el paciente durante su estadía.

### **2.1.2. SEGUNDO REFERENTE: NACIONAL**

**Tesis:** Centro de Rehabilitación e Inserción Social por abuso de drogas en el Callao.

Callao – Perú, 2017

**Autor:** Bach. Arq. Luis Fernando de las Casas Albarracín

De acuerdo a su trabajo de investigación el Tesista concluye lo siguiente:

- El problema de la drogadicción en el Callao no solo radica en el gran índice de consumo y micro-comercialización, sino también en la gran cantidad de centros informales y la falta de una infraestructura adecuada para poder tratar a estas personas. A lo largo de todo el proceso de investigación y diseño no solo se buscó poder abarcar una gran parte de la población que necesita este tipo de tratamiento, sino que este proyecto pueda brindar espacios de calidad donde se puedan dar terapias médicas y ocupacionales necesarias para la rehabilitación e inserción de estos usuarios a la sociedad.

- Asimismo, la seguridad de los internos y la segmentación de usuarios por niveles asumió un rol importante, definiendo así los paquetes funcionales y logrando marcar circulaciones independientes para los usuarios en tratamiento. De esta manera, la arquitectura cumple una función de “proteger” en los pisos superiores a los pacientes internos, mientras que en los pisos intermedios se dan terapias para los ambulatorios, y en los pisos inferiores se dan actividades comerciales y administrativas.
- Finalmente, el proyecto se ubica en una zona donde prima el carácter de barrio. Se propuso generar un zócalo comercial en el frente del Jr. Olaya y la peatonalización de este, permitiendo una continuidad de carácter comercial en el jirón. Esto a su vez ayuda a que los peatones tengan una percepción más de comercio que de centro de rehabilitación, y esto, así como la creación de espacios públicos y actividades complementarias a las que se dan dentro del contexto, logra que el proyecto se integre de manera exitosa para la aceptación de los vecinos.

### **2.1.3. TERCER REFERENTE: INTERNACIONAL**

**Tesis:** “Centro de Integración Juvenil “Por un Coyoacán sin Drogas”

Delegación Coyoacán - México 2016

**Autor:** Bach Arq. Arturo Durán Hernández

El Centro de Integración Juvenil es un espacio arquitectónico que a través de tres áreas acotadas permitirá la realización de diversas actividades:

**- El área de consulta externa:**

Aquí se dará el primer acercamiento al paciente y la evaluación para determinar el tipo y tiempo del tratamiento.

El diseño del espacio, la integración con el exterior es esencial para generar un ambiente de libertad, iluminado y con movimiento, evitando los espacios largos, que dificultan la comunicación entre el vestíbulo y la zona a visitar.

Dividido en zona administrativa y de consulta con áreas de espera, se logrará un espacio de armonía, comfortable para intervalos de espera cortos y medianos; colores blancos en pisos y techos dan color, mientras que el contraste se consigue con algunos muros y elementos de mobiliario.

- **Área de consulta interna:**

Aquí se realizará el tratamiento a los pacientes en dos zonas, una para los de nuevo ingreso y otra para el tratamiento avanzado.

Crear el espacio significa diferenciar estos tipos de tratamientos y ubicarlos dentro del mismo edificio e incluso la misma zonificación. En el primer ingreso debe tenerse un mejor control de los pacientes, mientras que, en tratamientos avanzados, el tránsito deberá realizarse con mayor libertad.

Este espacio de residencia se encuentra sobre un área común, donde los acabados en cristal crean una apariencia dinámica para un espacio de recreación y estudio, fundamentales en el tratamiento.

- **Área de urgencias:**

Esta zona del Centro de Integración brindará atención a pacientes en estado de crisis y/o urgencia en casos relativos a drogadicción y alcoholismo, atendiendo pequeñas heridas que no requieran un tratamiento especializado.

El objetivo primordial era evitar el aislamiento de esta área dentro del proyecto, ya que requiere la intervención de personal del centro.

Colores monocromáticos en pisos y techos junto a accesorios dando toques de color, junto con iluminación y grandes entradas gracias a una fachada en cristal, homologan la apariencia del edificio con la vista de las otras secciones del centro de integración.

## **2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS**

### **2.2.1. HISTORIA DE LAS ADICCIONES Y DROGAS**

El uso de diversas drogas tiene una historia ancestral y su conocimiento se documenta ya en escritos romanos y griegos. La mayor parte se empleó tanto para producir efectos de bienestar como para el tratamiento de las enfermedades. El desarrollo de técnicas modernas en la elaboración o en procesos de refinamiento llevó a la industrialización de variados compuestos y a su consumo masivo por el ser humano.

#### **○ EN EL PERÚ**

Los incas e incluso sus antecesores empleaban las hojas de la coca como analgésico y energizante de uso cotidiano en las tareas agrícolas. Además de asignarle fines mágico-religiosos en sus fiestas y celebraciones, costumbre que se mantiene incluso hasta nuestros días.

Sea por placer, con fines médicos o recreativos, para hacer frente a los problemas o para intentar regular sus estados emocionales, el hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos diversos, preparados en diversas formas. Hoy estos productos son definidos como drogas, muchas de ellas tienen poder adictivo. Han sido muchas las sustancias empleadas con este propósito; sin embargo, las más difundidas son el alcohol, la cafeína, el tabaco, la marihuana, los derivados de la cocaína y los opiáceos, como la heroína (El problema de las drogas en el Perú 2015 – CEDRO).

### **2.3. BASE TEÓRICA DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.**

#### **“CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN”**

##### **2.3.1. CENTROS DE REHABILITACIÓN**

Un centro de rehabilitación pretende el restablecimiento de una persona convirtiéndolo en un ser útil para la sociedad. Por lo tanto, un centro de rehabilitación es un lugar en el que las personas con problemas de adicción pueden encontrar un camino para salir del problema, dado a que estas personas se aíslan de la sociedad por una variedad de razones; una de ellas la adicción que los deteriora. Un centro de rehabilitación

ofrece un sistema de apoyo para ayudar a restaurar a la persona a su lugar en la sociedad.

Los centros de rehabilitación de adicciones proporcionan programas tanto para pacientes internos como externos, siendo una parte importante del tratamiento de los adictos.

Según Mack (2003), para cualquier persona que ha sufrido el problema del consumo de drogas, es indispensable una rehabilitación física y mental. El objetivo de la rehabilitación es permitir el crecimiento personal y el desarrollo de una personalidad autónoma y franca, que pueda vivir contenta y satisfecha sin droga y que sea capaz de reintegrarse y reinsertarse socialmente.

#### **a) TRATAMIENTOS**

Existen tres grandes tratamientos diferentes que complementan además de los centros de rehabilitación de acuerdo a Slaikea (1996) son:

- **Ambulatorios:** Estos tratamientos son para adolescentes y adultos debiendo concurrir pocas veces a la semana dividiéndose en: Grupo terapéutico, Grupo Multifamiliar y Grupo de proyecto de fin de semana.

- **Centros de día:** Pacientes son divididos en grupo debiendo llegar al centro en la semana. Allí reciben un apoyo terapéutico, realizando diferentes actividades, desde talleres hasta charlas.
- **Grupo de autoayuda:** Son los casos que no pueden o no quieren ingresar en los otros grupos. Van pocas veces por semana y generalmente son dirigidos por operadores que fueron adictos, bajo el control de los especialistas del centro.

### **2.3.2. TIPOS DE TRATAMIENTOS DE UN CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA ADICCIONES**

De acuerdo con Mack (2003), los tratamientos de un centro de rehabilitación para adicciones son de tres tipos:

#### **a) TRATAMIENTO MÉDICO - PSQUIÁTRICO (FARMACOTERAPIAS)**

Inicialmente es necesaria la evaluación médica para detectar cualquier enfermedad que pudiera complicar o destacar síntomas de una lesión por el síndrome de abstinencia o es un estado de delirio de un síndrome cerebral orgánico agudo, que puede estar asociado a la abstinencia. Pueden producirse pesadillas, alucinaciones.

El objetivo es proteger y estabilizar la integridad del paciente, las 24 horas del día, mediante ambientes que generen la rehabilitación física y mental con áreas de esparcimiento que logre la paz y tranquilidad del adicto.

Los medicamentos son prescritos por médicos, teniendo en cuenta la magnitud del daño mental, la salud en general del paciente, su edad, alimentación, etc. A lo largo del tratamiento se realizan controles farmacológicos, mediante los cuales se observa la evolución del paciente y en consecuencia se cambian y adecuan las cantidades, la toma e incluso las propias medicaciones. El médico, junto al paciente, se encarga de que las dosis sean las apropiadas, así como de que el tratamiento no se extienda más allá de lo necesario.

#### **b) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (PSICOTERAPIAS)**

Los métodos de tratamiento de salud mental (daño producido por el consumo de estupefacientes), se dirigen a reducir los diferentes síntomas de los trastornos mentales, mejorar el funcionamiento personal y social, corregir las distorsiones del pensamiento, crear mecanismos de autodefensa y ampliar actitudes y conductas que mejoren

la calidad de vida de las personas. Existen investigaciones que demuestran los tratamientos donde combinan el farmacológico y psicológico, aumentan la eficacia de ambos tratamientos y disminuyen la duración y el riesgo de recaídas (Mack, 2003).

Existen diferentes formas y tipos de psicoterapia de acuerdo a Mack, (2003):

- **Psicoterapia individual:** en la que el paciente y el terapeuta trabajan por solucionar los problemas que preocupan al paciente.
- **Psicoterapia familiar:** que implica a toda la familia en el tratamiento. La intervención a menudo se realiza con grupo familiar completo o bien con algunos de sus integrantes, se dirigen a resolver los problemas de la familia y/o uno de sus miembros.
- **Terapia de grupo:** en la que uno o varios terapeutas trabajan con un grupo de personas involucradas en el mismo problema.

### **c) TRATAMIENTO SOCIAL (GRUPOS DE APOYO)**

La psicoterapia se realiza a través de una serie de entrevistas entre la persona con problemas y un

psicoterapeuta que le ayudará a hablar, definir y resolver de forma más adaptativa los problemas que le preocupan.

El tipo de tratamiento empleado en cada caso se estudia y decide individualmente en función de criterios profesionales y de las necesidades e intereses de la persona. Es un tratamiento integral y eficaz, para obtener los mejores resultados y prevenir recaídas futuras.

### **2.3.3. REHABILITACIÓN**

#### **a) TERAPIAS**

Las terapias son los espacios de tratamiento, que sirven como guías para reconstruir los vínculos rotos por la adicción. Además, surgen diferentes aptitudes que los internos pueden tener.

##### **○ PSICOLÓGICA**

Es el enfoque principal de los centros al momento de ofrecer ayuda a los adictos. Si bien es cierto que la ayuda que puede brindar un profesional para entender o descubrir cualquier problema es importante, como se mencionó anteriormente, los vínculos son lo más importante para volver a un estado de sobriedad. Entonces, se puede traducir como el espacio íntimo, en

el que se puedan expresar pensamientos o solucionar problemas.

En el caso del proyecto, este tipo de terapia está propuesto como un espacio de conversación, ya sea el paciente solo, en grupo, pareja, familia o infantil. Las sesiones tienen un espacio dentro de todas las actividades, pero no es el central. La participación de esta rama es constante durante todas las etapas de rehabilitación.

- **HABITAR**

El habitar se refiere a una cotidianidad, por lo que una cuestión como la de tender una cama, limpiar o arreglar un espacio son responsabilidades que acompañan a los internos desde su ingreso.

La fase de “convivencia” consiste en espacios, donde habitan dos o tres internos. La idea es que haya una interacción y aprendizaje mutuo.

La diferencia en la etapa de “reintegración” es que habitan cuatro a más internos. Se incrementa la interacción, ya que se debe llegar a acuerdos. Además,

se aprende a compartir con más personas, esto eleva el nivel de tolerancia en cada interno.

- **AGUA**

Este elemento está presente en todo el proyecto y aparece en diferentes formas para generar diferentes sensaciones, sin embargo, siempre es un factor de relajación.

Los chorros de agua son sinónimo de interacción. Si salen del piso, se pueden relacionar física o visualmente con las personas. Si es que el chorro cae de una ducha, la interacción es física y más íntima e igual provoca una sensación de calma. El riego da vida a la vegetación y la lluvia puede cambiar el ritmo de circulación de las personas.

Los espejos de agua producen una sensación de armonía cuando está inmóvil. El reflejo proyecta una imagen como espejo o un “sin fin”, se puede interpretar de diferentes maneras.

Una piscina permite sumergirse, liberar estrés y, de igual manera, generar una sensación de calma o relajar, dependiendo de la temperatura.

- **NATURALEZA**

La naturaleza puede servir como elemento visual, como refugio o barrera, purifica el aire.

La vegetación es necesaria de diferentes formas y en diferentes escalas. Por ejemplo, si un espacio necesita sombra, en lugar de una cubierta, se puede usar un árbol. La cubierta puede tapar a las personas del sol, pero el árbol deja pasar menos luz.

Las hojas y las flores tienen diferentes formas, algunos árboles son más frondosos que otros, unos tienen frutos.

Se puede plantar en solitario, en alineaciones o en bosques.

Se pueden marcar zonas con vegetación de diferentes colores o pueden servir de guía para circular o definir límites. Así mismo, la vegetación con espinas marca bordes, señalan que no hay paso. El aroma puede diferenciar espacios.

Las plantas que crecen en el agua cumplen el papel de filtro para limpiar el agua. Se puede plantar vegetación que sirve de alimento para personas o animales; después de un proceso, pueden ser alimento para otras plantas.

En este caso, todos estos elementos forman parte de la propuesta. Los adictos se internan en un espacio natural, que proporciona diferentes espacios, alimentos, etc., a cambio del cuidado que ellos deben darle al espacio que ocupan estos dos actores.

- **FÍSICA**

Así como hay personas que se desahogan levantando pesas, hay otras que lo hacen nadando, por eso, esta fase del proceso se divide en dos partes: activo y pasivo.

La idea en esta parte es generar interacción y liderazgo. Los internos que se destaquen en algo, pueden ayudar y dar ánimo a los que les cuesta más trabajo realizar alguna actividad. Por otro lado, la parte pasiva sirve para desestresarse o despejar la mente.

- **SENSORIAL**

En general, todas las etapas de la rehabilitación generan diferentes efectos en los sentidos de los adictos. No

obstante, para fomentar el vínculo entre los habitantes del centro, se establecen dos terapias que trabajan con los sentidos: cocina y música.

Dentro de la cocina, se usan los cinco sentidos dependiendo de la actividad que le toque desempeñar a cada interno. Hay encargados de preparar los alimentos, cosechar alimentos, servir la comida y todos son comensales.

La música como tal genera diferentes sensaciones en cada persona. Como tratamiento sirve para formar vínculos. Puede haber alguien que sepa tocar un instrumento que podría enseñar a otros. Debe aprender a comunicarse e interactuar para crear melodías o exponer alguna composición a los internos y terapeutas que se encuentran en otra terapia.

- **EXPRESIÓN**

El arte se usa como una forma para expresar sentimientos. Hay personas a las que les resulta más fácil representar un sentimiento en una pintura que con palabras. Esta terapia es una dinámica indispensable para

el desarrollo de la expresión como medio para facilitar la manifestación del residente.

Por otro lado, para el tratamiento infantil, se usa el arte de diferentes formas. Un niño puede representar sus ideas o sentimientos a través de un dibujo, construyendo algo o representándolo con muñecos, todo como juego. Cuando se busca restablecer el vínculo entre un interno y un niño, el juego puede servir como un método de tratamiento.

#### **2.3.4. COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

Según Juan Palacios H. (2003). Comunidad terapéutica

- **ORIGEN DEL MODELO**

El concepto nace en las primeras décadas del siglo veinte a partir de su trabajo con pacientes psiquiátricos crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton.

La institución llamada hospital psiquiátrico en su realidad operacional concreta de la época, tenía una influencia negativa, marcada y directa en la cronificación de sus pacientes y que la entrada de una persona a un hospital psiquiátrico significaba muchas veces su desaparecimiento de la sociedad. Además, se sumaba a este hecho un trato al paciente muchas veces carcelario por parte del personal.

En la Comunidad Terapéutica destaca el personal compuesto por profesionales y técnicos; pacientes y personal están emocionalmente implicados no solo en la curación sino también en la administración del recinto, siendo para ello imprescindible una libertad en la comunicación entre ellos, una flexibilidad que contrasta con los manicomios clásicos, construyendo así una cultura terapéutica que idealmente transformara el antiguo tratamiento coercitivo en un proceso educativo y de reaprendizaje social. El lugar de partida son sus propios pacientes y personal de sala del Hospital de Belmont donde rediseña una forma de trabajo basada en principios que son centrales en la vida de toda persona como son la democracia, la solidaridad, la participación, el respeto, la libertad de expresión, etc. Así se da origen al modelo Comunidad Terapéutica.

Durante las últimas décadas, dada la creciente demanda por tratamiento y ante la precaria respuesta de los gobiernos ante esta problemática, el modelo de comunidad terapéutica se ha consolidado prácticamente en todo el mundo. El desarrollo alcanzado y los resultados obtenidos a la fecha, sustentados en la sistematización y evaluación del modelo y su

metodología, hacen impensable la ejecución de Programas de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social sin el aporte y colaboración de las Comunidades Terapéuticas como centros de tratamiento altamente especializados.

- **DEFINICION OPERACIONAL**

Comunidad Terapéutica es un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación y/o restauración.

En la actualidad, en el área de la dependencia a drogas, muchos centros de tratamiento se autodenominan como Comunidades Terapéuticas, porque realizan algunas actividades grupales o trabajo con las familias, pero en rigor no adscriben al modelo de “comunidad” propiamente. En estas “comunidades”, la responsabilidad del cambio se asume y/o recae fundamentalmente en el equipo profesional jerarquizado (Psiquiatra, Médico, Psicólogo, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional; en ese orden), dejando de considerar o no valorando el aporte de otros miembros del equipo (Técnico en Rehabilitación, Operador Terapéutico, Tallerista, Monitor o Auxiliar Paramédico) o de cada uno de los usuarios

del programa independientemente de su nivel educacional o condición social; son los profesionales o la estructura organizativa de la institución la que toma las decisiones y el curso a seguir en la dinámica relacional del Centro Terapéutico.

Una tipificación a partir de las diferencias estructurales da los siguientes tipos de Centros de Tratamiento:

- **Comunidades Terapéuticas institucionales:** que se desarrollan de acuerdo a cánones del servicio de salud correspondiente y con una estructura de trabajo basada en jerarquías profesionales y técnicas.
- **Comunidades Terapéuticas no institucionales:** las que se desarrollan preferentemente con una fuerza de trabajo no profesional; técnicos en rehabilitación, operadores terapéuticos rehabilitados o re-educados, y respondiendo en su filosofía y orientación a las más variadas formas ideológicas, religiosas y experienciales.
- **Comunidades Terapéuticas no institucionales mixtas o modificadas:** donde se consideran los aportes de todos los miembros del equipo/personal sean éstos profesionales y/o técnicos, además de los usuarios. Es

un modelo flexible, enriquecido por el conocimiento y experiencia de cada uno de los participantes.

- **CONCEPTOS ESENCIALES DE TRABAJO EN EL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.**

Es necesario declarar que el modelo de comunidad terapéutica se sustenta en la práctica y guía de los llamados conceptos esenciales, sin la práctica de los cuales el modelo no puede existir.

- **Participación:** Las personas son autores activos protagonistas de su propio proceso de cambio. La participación es voluntaria, pero se insta a que todos sean parte activa y comprometida de la comunidad. Los grados de influencia que ejercen los residentes en su interior se encuentran directamente relacionados con la apertura y capacidad de escucha del equipo terapéutico; la experiencia señala que un alto grado de participación, empoderamiento y auto responsabilidad con sus procesos de cambio, tiende a profundizar los logros y a elevar los niveles de impacto y permanencia.
- **Compromiso y responsabilidad compartida:** Todos los participantes son los responsables de la vida

comunitaria y proveen opiniones y observaciones y se hacen responsables de ellas. Ello implica la co-construcción de un proyecto colectivo que tiende a alcanzar objetivos comunes a través de un camino también común.

- **Uso de roles modelos:** Cada participante es un modelo del proceso de cambio (ser un espejo en lo que ellos deciden y pueden cambiar), donde se aprecian las características positivas de los más avanzados y sobre todo, se observan las conductas de lo que no es adecuado (hay que) hacer, o de los modelos que no hay que seguir por las consecuencias que ello(s) conlleva.
- **Uso de normas y valores compartidos:** Reglas, normas sociales y reglamentos tienen como fin proteger la integridad física, emocional y psicológica de la Comunidad, y su implementación, cumplimiento y respeto es responsabilidad de todos.
- **Régimen de trabajo y de rutina diaria compartido:** Las actividades de la comunidad se realizan a través de un claro y definido sistema de rutinas y trabajos, como una forma de romper la forma desordenada de vida de

las personas dependientes. La consigna es volver a la rutina de la “normalidad”, con tiempos definidos de actividad, terapia y descanso. Toda actividad es comunitaria y compartida.

- **Relaciones sociales:** La presión social de los miembros de la comunidad es en sí una forma de presión y de control social, se vive del ejemplo y compromiso de cada uno de los miembros de la comunidad. Las relaciones que se gestan al interior de la comunidad crean y son la base de una futura red de apoyo externo. La generación de una identidad personal vinculada al consumo de drogas, el lenguaje, las costumbres y códigos de conducta, tendría su contraparte en el aspecto relacional propio de la C.T., aquello que le otorga su máximo sentido, el aspecto socio-comunitario.
- **Desarrollo por etapas o fases:** Aun cuando cada centro tiene un programa distinto, las fases o etapas de desarrollo y de crecimiento en la comunidad representan incrementos en el aprendizaje de la persona. Esta se moviliza en un sentido incremental de una fase a otra ganando conocimiento, experiencia y ajuste social. Cada

etapa es cualitativamente superior en cuanto incluye los alcances de la anterior y es condición sine qua non de la siguiente. Generalmente coronadas por un cierto rito, que señala y limita cada una. Las más significativas por supuesto serían las etapas de egreso de la Comunidad Terapéutica y el alta definitiva.

Como resultado de todos estos principios, las personas son capaces de modificar sus propias vidas : se valoran más, confían más en sí mismas y en el grupo, son capaces de hablar de sus experiencias dolorosas y reciben el apoyo de sus compañeros, aprenden a resolver conflictos, resuelven situaciones dolorosas y enfrentan crisis, son capaces de expresar sus emociones y aprenden a relacionarse de manera más directa y asertiva, asumen responsabilidades, se hacen cargo de sus respectivas vidas y desarrollan un nuevo estilo para ellas

- **CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE COMUNIDAD TERAPEUTICA**

Todas las Comunidades Terapéuticas tienen un Programa que define su quehacer y describe un conjunto de elementos que conforman un proceso cuyo objetivo es la rehabilitación

y la reinserción social. Aun cuando cada comunidad tenga un enfoque particular de abordaje de la problemática, existen ciertos derechos de los usuarios que como Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas nos vemos en la obligación de velar por su cumplimiento:

- Recibir tratamiento sin ser discriminadas por sexo, raza, nacionalidad, creencias religiosas, opiniones políticas, orientación sexual, condición de salud.
- Recibir tratamiento en un ambiente digno y libre de drogas y alcohol.
- Ser tratadas con dignidad y respeto por el personal del centro, así como por las otras personas en rehabilitación.
- Ser protegidas contra todo tipo de maltrato físico, psicológico y sexual.
- Tener acceso a atención médica oportuna en el caso de requerirla.
- Recibir información clara, veraz y completa acerca del programa terapéutico que efectuará, incluyendo las obligaciones que debe cumplir dentro del programa.

- Recibir información veraz y completa acerca de las normas del programa y las sanciones establecidas por faltas a dichas normas, desde su ingreso al programa.
- Recibir tratamiento sin ser obligadas a realizar labores que beneficien personalmente a los miembros del equipo técnico o a la comunidad.
- Pedir confidencialidad en cuanto a información sobre su persona, entregada en buena fe en actividades de la Comunidad
- Retirarse del programa, en cualquier momento, sin ser sometidas a presiones o maltrato físico o psicológico.

Los programas de las Comunidades Terapéuticas tienen además ciertos elementos comunes:

- **Perfil de Ingreso.**

Considerando que no todos los programas sirven a los distintos usuarios, se ha evidenciado cada vez con mayor urgencia la necesidad de realizar mejores diagnósticos y establecer criterios de ingreso más estrictos. De esta manera se asegura la adherencia a los programas y el posterior éxito terapéutico. También va

quedando de manifiesto la necesidad de crear programas cada vez más específicos, pues aún en la actualidad existe una tendencia a ingresar a las Comunidades Terapéuticas todos aquellos casos que no dan resultado en las otras instancias de la red de atención con un alto costo para el equipo terapéutico ya que no se obtienen los resultados esperados dando como resultado una mala evaluación del programa cuando en realidad la persona/usuario no era la indicada.

- **Tiempo de Duración.**

Por consiguiente, dependiendo siempre de los plazos estipulados por cada Programa, se considera como “alta” o “término de proceso” de una persona, el logro de los siguientes criterios evaluativos, los que coinciden en términos globales con los conceptos del “éxito” alcanzado:

- **Toma de conciencia de su realidad**

Apunta a que la persona haya internalizado y asumido conscientemente su propia responsabilidad en relación al consumo de drogas, dejando de lado

actitudes y conductas que tienden a culpar a terceros de su situación personal. Es decir, se hace responsable de sus conductas, y por ende, las modifica por convicción y conveniencia personal.

- **Autoconocimiento.**

Apunta al hecho imprescindible de que la persona haya sido capaz de conocer y reconocer sus fortalezas y debilidades, detectando además los factores facilitadores que favorecieron su consumo y posterior dependencia, con los consiguientes resultados para su vida personal y familiar.

- **Modificaciones Conductuales.**

Apunta al aspecto concreto de modificación de conductas aprehendidas y reforzadas durante el período de droga, fundamentalmente las que se mencionan a continuación.

- **Autoestima – auto confianza – confianza en sí mismo– mejor calidad de vida.**

Apunta a que la persona haya sido capaz de elevar considerablemente sus niveles de autoestima, mediante el conocimiento y reconocimiento de sus

potencialidades y capacidades latentes reales, lo que ciertamente debería redundar en el logro de altos niveles de auto confianza y seguridad personales. Del mismo modo, se espera que realicen el aprendizaje concreto de recuperar la confianza en los demás, sin sentirse a la defensiva o amenazado por éstos. Es decir, que se reconozca como individuo "existente" con su cuota propia y original para ofrecer a la sociedad, a su familia, etc. Dicho de otra manera, que sea capaz de mejorar su calidad de vida que le permita disfrutarla del modo más positivo y constructivo para sí y para los demás.

- **El equipo en la comunidad terapéutica.**

Lakoff (1978) escribió lo siguiente acerca de la posición de un ex-adicto miembro del equipo:

"El ex-adicto tiene mucho en común con un terapeuta. Suele ser listo e ingenioso y estar altamente motivado. Sus impulsos, que mediante la terapia han sido desviados de la conducta de drogarse, encuentran provechosas sublimaciones en la ayuda a los demás. Por dicha razón, el ex-adicto

puede, si recibe una preparación adecuada, convertirse en un para-profesional provechoso.

Teniendo en cuenta los requisitos de esta preparación, sería conveniente reseñar las deficiencias del terapeuta ex-adicto. No son suficientes doce o dieciocho meses de terapia para cambiar la profunda desconfianza que la sociedad desarrolla hacia la mayoría de las personas que han vivido en el mundo de la droga muchos años. Es frecuente un resentimiento respecto a la comunidad profesional, especialmente hacia los doctores y psiquiatras, los cuales no han sabido ayudarles del modo como lo han hecho con otras personas con otros tipos de problemas. Para cuando el ex-adicto se ha convertido en un miembro del equipo, ha aprendido a controlar adecuadamente sus impulsos, y aunque su resentimiento para con los profesionales se reprime rápidamente, sin embargo, sale con frecuencia a la superficie, a modo de resistencia pasiva a las sugerencias que se le hacen y por una tendencia a no consultar".

A partir de la experiencia acumulada se ha observado la necesidad de contar con equipos terapéuticos calificados en las temáticas drogas, pero formados en el modelo de comunidad terapéutica.

#### **2.3.5. MODALIDAD DE ATENCIÓN TIPO: “COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL PERÚ”**

Según Reglamento de Ley N°29765.

Modalidad de Atención para personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias, que se establece en ambientes residenciales debidamente estructurados, en un marco ético y moral bien definido, y operen 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.

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:

- **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. En los casos de comorbilidad clínica y/o psiquiátrica leves solamente podrán internarse los usuarios con tratamiento y control establecido por médico tratante para esa comorbilidad.

- **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. En los casos de comorbilidad clínica solamente podrán internarse los usuarios con tratamiento establecido por médico tratante para esa comorbilidad.

## **2.4. BASE TEÓRICA SOBRE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

### **“ADICTOS A LAS DROGAS ILEGALES”**

### **2.4.1. ADICCIÓN**

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2008) adicción es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona.

#### **2.4.1.1. PRINCIPALES CAUSAS DE LAS ADICCIONES**

Desde el punto de vista psicosocial conviene analizar las causas desde dos orígenes básicos: endógenos y exógenos.

- **ENDÓGENOS** (Serrano, J. N. ,1995)

**La propuesta somática:** 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.

**La propuesta del 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.

- **EXÓGENOS** (Serrano, J. N. ,1995)

**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 integrarse, puede llevar a las personas a consumir.

#### **2.4.2. DROGAS ILEGALES**

Las drogas ilegales o ilícitas son aquellas sustancias, cuyo consumo está prohibido por ley. Las personas involucradas en

su comercialización ingresan en el ámbito delictivo y son perseguidas por las fuerzas del orden. Sin embargo, el uso de sustancias ilegales, como es el caso de la marihuana, se ha extendido a tal punto en el país que existen hoy movimientos que promueven su legalización.

En ese sentido, se emplea el término droga ilegal o ilícita al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal (El Problema de las drogas en el Perú - 2015).

- **CANNABIS**

De acuerdo a (Pérez, 2003) el nombre habitual de esta droga es marihuana. El principal de los compuestos psicoactivos de la planta es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). La marihuana tiene una química compleja que consiste en más de 400 sustancias conocidas, 60 de las cuales son cannabinoides. Al fumarse la marihuana se descompone la explicación de su acción sobre el organismo, especialmente en lo que concierne a los efectos tóxicos a largo plazo.

**Los efectos psicológicos son:**

- Relajación
- Desinhibición
- Hilaridad
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo
- Somnolencia
- Alteraciones sensoriales Dificultad en el ejercicio de funciones complejas como: expresarse con claridad, memoria inmediata, capacidades de concentración, proceso de aprendizaje.

**Los efectos fisiológicos son:**

- Aumento de apetito
- Sequedad de la boca
- Ojos brillantes y enrojecimiento
- Taquicardia
- Sudoración
- Somnolencia
- Descoordinación de movimientos

○ **COCAÍNA**

Según Pérez (2003), la cocaína es una droga psicoestimulante, consumida generalmente por inhalación. Su fácil absorción hace que llegue

rápidamente al cerebro, produciendo efectos que se manifiestan a los pocos minutos de haber sido consumido.

**Los efectos psicológicos son:**

- Euforia
- Aumento de la sociabilidad
- Aceleración mental
- Hiperactividad
- Deseo sexual aumentado

**Los efectos fisiológicos son:**

- Disminución de la fatiga
- Reducción del sueño
- Inhibición del apetito
- Aumento de la presión arterial

○ **ANFETAMINA**

Es una droga psicoestimulante producida sintéticamente en laboratorios químicos. En su mayoría, el origen de este tipo de sustancia es medicinal, pero, por sus propiedades altamente adictivas, los médicos las han dejado de prescribir.

**Sus efectos psicológicos las más frecuentes son:**

- Agitación

- Euforia
- Sensación de autoestima aumentada
- Verborrea
- Alerta y vigilancia constante
- Agresividad

**Los efectos fisiológicos son:**

- Falta de apetito
- Taquicardia
- Insomnio
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Incremento de la tensión arterial
- Contracción de la mandíbula.

○ **OPIÁCEOS**

Son drogas que surgen del opio, savia que exuda de las semillas de la adormidera y contiene varios ingredientes psicoactivos. Los más conocidos en la actualidad son la morfina y la codeína. Otras drogas que están compuestas de igual manera se denominan como opiáceas.

En la actualidad la heroína es la más utilizada dentro de esta familia. La heroína fue sintetizada a finales del siglo

XIX por la industria Bayer, en busca de un fármaco que tuviera la capacidad analgésica de la morfina, pero sin su potencia adictiva. Esta droga se utilizó inicialmente como terapia frente a la morfina, aunque este uso pronto se abandonó al no obtener los resultados deseados.

**Sus efectos psicológicos las más frecuentes son:**

- Alteraciones de la personalidad
- Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria
- Trastorno de ansiedad y depresión
- Dependencia psicológica, que hace que la vida del consumidor gire obsesivamente en torno a la sustancia

**Los efectos fisiológicos son:**

- Analgesia: Falta de sensibilidad al dolor
- En los primeros consumos se da la náusea y vómitos
- Inhibición del apetito

○ **ALUCINÓGENOS**

Son drogas capaces de producir alucinaciones o cambios en el proceso de la percepción. El más común de los alucinógenos es la marihuana cuyo ingrediente activo es el tetrahidrocannabinol (THC). Dos de los alucinógenos

más potentes son la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) conocido comúnmente como ácido y la fenciclidina (PCP). “Ambas drogas afectan la operación cerebral del neurotransmisor denominado serotonina, lo cual provoca una alteración de la actividad de las células cerebrales y de la percepción” Jacob, (Pinel, 2009).

## **2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES**

Según (Ley N°29765)

- **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 irreprímible 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.

La dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que indicamos a continuación, y

durante un período continuado de 12 meses. Estos síntomas son los siguientes:

- **Tolerancia**, definida por cualquier de los siguientes ítems:
  - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- **Abstinencia**, definida por cualquier de los siguientes ítems:
  - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
  - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo

de la sustancia (por ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

- **COMORBILIDAD MÉDICA**

Presencia simultánea de una enfermedad médica con el diagnóstico de dependencia o adicción, cuya simultaneidad empeora el pronóstico clínico.

- **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.

- **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.

- **PROGRAMA TERAPÉUTICO**

Conjunto de actividades que permiten brindar una atención terapéutica integral a los usuarios de las Comunidades Terapéuticas. Dichas actividades pueden adecuarse y adaptarse a las necesidades de los usuarios.

- **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.

- **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 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.

## CAPÍTULO III. MARCO CONTEXTUAL

### 3.1. ANÁLISIS DE CASOS SIMILARES O PROYECTOS CONFIABLES.

#### 3.1.1. PRIMER REFERENTE: NACIONAL

##### “Centro de Rehabilitación de Ñaña”

Ubicado en la av. Balaguer s/n altura Carretera Central km. 9.5  
Ñaña en Chosica - Lima.



*Figura 1. Centro de Rehabilitación de Ñaña.  
Fuente: Google Earth 2018*

El Centro de Rehabilitación de Ñaña (CRÑ) es una Institución estatal dedicada al tratamiento y rehabilitación de las adicciones. Es una dependencia del Hospital Hermilio Valdizán (HHV) -Ministerio de Salud – Perú.

Está basado en un nuevo modelo de terapia conductual cognitiva y la teoría del aprendizaje, es el éxito del tratamiento empleado desde el 2010 a mérito de sus constantes innovaciones que le ha llevado reconocimientos tanto nacional como internacional, con el Premio “Buenas Practicas 2010”, por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, cuenta con residencia para varones y mujeres para la atención mediante internamiento o de forma ambulatoria.

**a. EVALUACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO:**

- **Evaluación:** Se determina las condiciones físicas, psicológicas, familiares y sociales del paciente que llega a la institución y se define el plan más adecuado de tratamiento, existen dos opciones, mediante el internamiento y/o hospitalización o de forma ambulatoria.
- **Tratamiento:** Es indispensable la asistencia voluntaria, y asistir sobrio a las actividades asignadas.
- **Programa ambulatorio:** El tratamiento ambulatorio permite a los pacientes permanecer en su entorno familiar, laboral y social. Es un enfoque menos perturbador pues alienta un menor número de cambios en la vida del paciente. Se recomienda en los siguientes casos:

- No hay necesidad de una rigurosa supervisión médica en el proceso de desintoxicación.
- El paciente no es consumidor compulsivo de grandes cantidades de drogas.
- El sujeto es capaz de asistir a las sesiones de tratamiento y lograr la abstinencia inicial.
- No hay evidencia de desórdenes psicológicos y/o psiquiátricos severos.
- No hay riesgo de comportamiento suicida o violento.
- **Internamiento:** El objetivo del tratamiento bajo modalidad de internamiento es la evaluación y rehabilitación de pacientes cuyos patrones de abuso no pueden ser controlados en tratamientos ambulatorios debido al grado de deterioro físico alcanzado o a los riesgos que corren las personas del entorno.
  - Dependencia física a sustancias adictivas tales como PBC.
  - Dependencia a varias sustancias (policonsumo).
  - Síntomas psiquiátricos severos.
  - Condiciones médicas coexistentes.

- Desajustes significativos en el funcionamiento psicosocial.
- Consumo intermitente pero destructivo.
- Fuerte resistencia al tratamiento.
- Fracaso en el tratamiento ambulatorio.

La hospitalización mínima es de 45 días en el que el paciente se desintoxicara y recibe medicamentos para luego complementarlo con el programa ambulatorio por 9 meses.

**Tabla 1.** *Fases del Tratamiento de las Adicciones*

Fase	Tratamiento con internamiento	Tratamiento ambulatorio
Etapa I	<p><b>Evaluación</b></p> <p>Esta fase inicial se relaciona con la estabilización de los problemas médicos y el tratamiento de desintoxicación. Evaluación psicológica del paciente y su familia.</p>	<p><b>Abstinencia Inicial</b></p> <p>Los primeros 30-60 días de tratamiento se orientan hacia lograr la inmediata y total abstinencia de todas las drogas que alteran el ánimo del paciente. La familia cumple un rol de control sobre el individuo.</p>
Etapa II	<p><b>Rehabilitación</b></p> <p>El paciente participa en un programa que incluye técnicas individuales y grupales incluyendo grupos de autoayuda, talleres de relajación y otros. El sujeto aprende nuevas estrategias de</p>	<p><b>Prevención de las recaídas</b></p> <p>Esta etapa empieza una vez lograda la abstinencia inicial y dura aproximadamente de 6 a 12 meses. Las metas principales de esta fase son ayudar a los pacientes a evitar los factores de riesgo más comunes y</p>

	comportamiento que favorecen la posibilidad de una vida libre de drogas.	predecibles y desarrollar un estilo de vida libre de drogas.
Etapa III	Planificación del seguimiento Se busca consolidar los logros conseguidos durante la rehabilitación y aplicar en la vida real las estrategias y actitudes adquiridas en el ambiente terapéutico. Se establecen reuniones de seguimiento y apoyo al paciente.	Consolidación Esta fase suele empezar después del primer año de recuperación. El tratamiento puede incluir terapia individual, grupal o grupos de autoayuda. Se pretende la reinserción social del sujeto prescindiendo gradualmente del apoyo terapéutico.

*Fuente: Elaboración Propia*

## **b. TERAPIA Y EVALUACIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ÑAÑA:**

Las modalidades de terapia más utilizadas son:

- **Terapia farmacológica:** El propósito inicial del tratamiento es lograr la desintoxicación del paciente, eliminar sus síntomas agudos y alejarlo temporalmente del consumo, predisponiéndolo para el inicio de alguna modalidad de terapia psicológica.
- **Terapia cognitivo-conductual:** Se utilizan los avances de la psicología cognitiva y las técnicas de modificación del comportamiento con el propósito de habitar al

paciente a adquirir control sobre sus manifestaciones comportamentales, fisiológicas, cognitivas y emocionales.

### **3.1.2. SEGUNDO REFERENTE: INTERNACIONAL**

#### **“CENTRO DE REHABILITACIÓN - LAGUNA DE VIDA”**

Ubicado en el Camino de la Laguna de Santa María del Oro s/n, 63865 Santa María del Oro Nayarit, JALISCO – MÉXICO.



*Figura 2. Ubicación de Laguna de Vida  
Fuente: Google Earth 2018*

Centro de rehabilitación de la drogo dependencia tenemos como objetivo eliminar de forma segura todas las toxinas de tu cuerpo y prepararlo para tratar la adicción. Durante el proceso los centros de rehabilitación de drogas y desintoxicación, se pueden experimentar los efectos de abstinencia a medida que tu mente y cuerpo se reajustan a estar sin drogas.

## **a. PLAN DE TRATAMIENTO**

### **o Etapa I Admisión**

En la admisión a tratamiento maneja modelo de atención:

- Valoración del caso.
- Integración de la familia.
- Diagnóstico integral.
- Atención personalizada.

### **o Etapa II Desintoxicación**

El paciente permanece bajo cuidados médicos las 24 horas del día, supervisado por especialistas en medicina adictiva. Incluye:

- Valoración.
- Diagnóstico Multiaxial.
- Desintoxicación.
- Laboratoriales.
- Alimentación Balanceada.

### **o Etapa III Programa personalizado**

Diseñamos un plan de Tratamiento Personalizado en base al conocimiento del historial personal y su situación actual. El paciente tendrá una participación

activa en diferentes actividades como son: Evaluaciones psicológicas, Pláticas médicas educativas, Terapia individual, Terapia grupal, Talleres, Kayak-terapia, SUP-terapia (Stand Up Paddle), Conferencias, Actividades deportivas.

- **Etapa IV Terapia familiar**

Paciente y familia se reúnen en nuestro Programa Familiar; en donde trabajamos gran parte del daño causado por la enfermedad, compartiendo experiencias, sentimientos y emociones con la confianza y seguridad de que todo será manejado con absoluto profesionalismo y estricta confidencialidad.

- **Etapa V Cuidado continuo**

Desarrollamos un plan intensivo de Cuidado Continuo, proporcionando las herramientas para una recuperación sólida, facilitando la transición del entorno intensivo en Clínica Laguna de Vida a la vida diaria. Contribuyendo así al bienestar del paciente y su familia.

## **b. SERVICIOS**

### **○ Programa de Post-Terapia**

En Clínica Laguna de Vida nuestros ex-pacientes continúan asistiendo semanalmente, a nuestras instalaciones a recibir el apoyo terapéutico y la guía necesaria para alcanzar y mantener la sobriedad.



*Figura 3. Servicios de Laguna de Vida  
Fuente: <http://lagunadevida.com/servicios/>*

### **○ Programa de Reforzamiento**

El paciente se integra a nuestra comunidad terapéutica, estructurada con actividades diarias que le ayudan a identificar y realizar los cambios necesarios que lo mantengan en el camino de la recuperación y la sobriedad.

- **Programa de Recaídas**

Conscientes que la Adicción es una enfermedad incurable, ofrecemos un Programa en el que el paciente podrá trabajar situaciones y eventos ignorados o no atendidos y que han sido un detonante para su consumo.

- **Programa de Codependencia**

Programa personalizado, que conduce al paciente al conocimiento, la aceptación y recuperación de su enfermedad, motivándole a buscar la necesidad de cambio; así como promover una re-estructuración de la dinámica familiar.

### **3.1.3. TERCER REFERENTE: INTERNACIONAL “CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH”**

Ubicado en la Ciudad de Thunder Bay en Ontario – Canadá, al borde del lago Superior.

Fue premiado por ser uno de los pocos centros de eco amigables. El edificio que conforma el centro de tratamiento de adicciones consta de 2 plantas de la cuales se dividen en el área residencial de hospital y servicios ambulatorios para la comunidad. El área residencial que consta con 10 camas

para los jóvenes menores de 18 y dos zonas de residentes adultos con 15 camas cada uno. Los dos sectores contienen habitaciones privadas, comedor, sala de estar y cocina. Patios al aire libre aumentan el vínculo natural terapéutica para el espacio verde que rodea la vez que proporciona privacidad y seguridad a la clientela. El área de servicios ambulatorios consiste en oficinas individuales para asesoramiento, salas de grupo y espacio sagrado / espiritual, así como áreas de apoyo de la administración.

- **TERRENO**

El terreno no presenta una topografía compleja, ya que se consta de pendientes muy suaves y de una sección plana, Asimismo, se sitúa en un ambiente muy natural, con extensas áreas verdes y alturas de edificaciones bajas.



4

. VISTA SATELITAL CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH

Fuente: Google Earth 2018



Figura 5. ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH

- **ASPECTOS FUNCIONALES**

El recorrido es bastante legible, lo cual es indispensable para el usuario, quien debe poder comprender instantáneamente cada espacio.

- **PROGRAMA ARQUITECTÓNICO**

1. RECEPCIÓN	13. ARCHIVO TERAPIA	25. SALA DE DESINTOXICACIÓN
2. INFORMES	14. ÁREA DE SANEAMIENTO	26. TERAPIA ESPECIAL PARA MUJER
3. COUNTER	15. TERAPIAS GRUPALES Y FAMILIARES	27. SALA DE TERAPIAS DE ESTRÉS
4. ÁREA DE ESPERA	16. SERVICIOS HIGIÉNICOS	28. SALA DE ASESORÍA
5. SECRETARÍA DE DIRECCIÓN	17. GIMNASIO	29. INGRESO ÁREA HABITACIONES
6. DIRECCIÓN	18. CAMERINOS	30. ESTUDIO
7. OFICINA	19. SALA PREVIA	31. ESTUDIO
8. ARCHIVO	20. ALMACÉN	32. SALA DE ESTAR
9. ÁREA COMÚN DE ADMINISTRACIÓN	21. PATIO	33. HABITACIONES JÓVENES
10. SERVICIOS HIGIÉNICOS ADMIN.	22. SALA DE TERAPIA PSIQUIATRÍA	34. TALLERES
11. PASILLO DE RECUPERACIÓN	23. SALA DE TERAPIA PSICOLOGÍA	35. PATIO INTERNO
12. DEPÓSITO	24. SERVICIOS HIGIÉNICOS TERAPIA	36. SANTUARIO

*Figura 6. PROGRAMACIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH*

*Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH*

Este proyecto está diseñado especialmente para atender y ayudar a personas con problemas en el abuso de sustancias tóxicas. Estos usuarios son jóvenes y adultos, los cuales son atendidos y ayudados por los usuarios de servicio, que son los médicos, administradores y ayudantes de servicio que brindan su ayuda en todo momento. Además, existen talleres, jornadas y programas dictados por médicos especialistas que sirven de ayuda al paciente.



*Figura 7. VISTA EXTERIOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN*

*Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN – SISTER MARGARET SMITH*

### **3.2. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL REFERIDO A LA VARIABLE INDEPENDIENTE MATERIA DE LA INVESTIGACIÓN: “CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN”**

#### **3.2.1. ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE ADICCIONES A LAS DROGAS EN TACNA**

En Tacna solo existen legalmente tres centros de rehabilitación, Nuevo Amanecer, Centro Remar y Centro de Atención Ambulatoria y de Día para Consumidores y Dependientes de Sustancias Psicoactivas (CADES), que aproximadamente albergan a 150 adictos a más. Así lo comunico la defensoría del Pueblo solicitando más de estos centros de rehabilitación. Diario La República (26 feb. 2012)

##### **a. NUEVO AMANECER**

- **Ubicación:** Urbanización Los Claveles, P.J. Carlos Wiese Mz. R2 Lote 28, Distrito Gregorio Albarracín.
- **Descripción:** Es una asociación civil sin fines de lucro, que ayuda a personas que ayudan con problemas de adicción de drogas y el alcohol.

- **Servicios:** Comprende un departamento médico especializado y capacitado en el tratamiento de adicciones, además cuenta con el servicio de psicoterapeutas capacitados para el desarrollo de actividades quienes aplican el sistema cognitivo conductual, terapias de motivación personal.
- **Población servida:** la cantidad de usuarios promedio atendidos por año es de 30 a 35 personas.



*Figura 8. VISTA EXTERIOR DEL CENTRO NUEVO AMANECER  
Fuente: Google Earth 2019*



*Figura 9. VISTA INTERNA DEL CENTRO NUEVO AMANECER*  
*Fuente: Pagina Web de la casa Hogar "Nuevo Amanecer"*



*Figura 10. VISTA INTERNA DEL CENTRO NUEVO AMANECER*  
*Fuente: Pagina Web de la casa Hogar "Nuevo Amanecer"*

#### **b. CENTRO REMAR Asociación Benéfica**

- **Ubicación:** Asoc. de Vivienda Franja de Equipamiento Mz. H - Lt.10. del Distrito Gregorio Albarracín.
- **Descripción:** Es una ONG sin fines de lucro cuyo objetivo es ayudar a las personas a superar sus adicciones, buscando insertar a las personas

desfavorecidas, como personas sometidas a tratamiento de desintoxicación de alcohol o estupefacientes.

- **Servicios:** Brinda un tratamiento rehabilitación y terapia espiritual, contando con un equipo profesional entre médico, psicólogo, técnicos y personal auxiliar.
- **Población servida:** la cantidad de pacientes promedio atendidos por año es de 30 a 35 personas.



*Figura 11. VISTA DEL CENTRO "REMAR"*  
*Fuente: Pagina Web de "Remar"*

**c. CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE DÍA PARA CONSUMIDORES Y DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CADES):**

- **Ubicación:** Interior de Hospital Hipólito Unanue – Pabellón H.

- **Descripción:** brinda tratamiento a personas adictas a las drogas. El funcionamiento del centro fue posible gracias al convenio suscrito entre el hospital y el Programa de Prevención del Consumo de Drogas y de Rehabilitación de Tóxicos de Devida, que financia la Cooperación Técnica Belga.

- **Servicios:** solo brinda el tratamiento ambulatorio a personas con adicción ya sea drogas, alcohol o ludopatía.

El tratamiento y posterior 'recuperación' de un paciente con algún tipo de adicción demanda un tiempo de casi un año, por lo que se tiene un control a largo plazo constante para evitar reincidencia.

- **Población servida:** la cantidad de pacientes promedio atendidos es de 70 a 80 personas.



*Figura 12. VISTA EXTERIOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE DÍA PARA CONSUMIDORES Y DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS – PUERTA 1*

*Fuente: Ministerio de Salud- Cades Tacna 2018*



*Figura 13. VISTA EXTERIOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE DÍA PARA CONSUMIDORES Y DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS – PUERTA 2*

*Fuente: Ministerio de Salud- Cades Tacna 2018*

### **3.3. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL REFERIDO A LA VARIABLE DEPENDIENTE MATERIA DE LA INVESTIGACIÓN: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL PERÚ.**

El costo social del abuso en el consumo de drogas no solamente está vinculado a los costos de rehabilitación del adicto, sino que también está asociado a otros factores, como la violencia doméstica, a la delincuencia causada por el efecto y por la necesidad que siente el adicto de procurarse drogas. También es necesario tomar en cuenta que la adicción afecta al núcleo de la familia destruyéndola o debilitándolo. Por eso es importante saber los costos que tienen que asumir las familias o la sociedad como consecuencia del tratamiento de enfermedades causadas por el abuso de drogas. En el Perú no se han cuantificado los daños colaterales al interior de las familias y de la sociedad derivados del consumo de drogas.

Adicionalmente, el Informe Anual sobre Drogas, 2007 (DEVIDA-OPD), indica que el consumo de drogas es uno de los grandes problemas críticos de seguridad ciudadana con tendencia creciente en el Perú, que a su vez se traduce en todo un fenómeno socio económico que debe ser controlado.

Por ello, con el planteamiento del proyecto arquitectónico se logrará una atención integral al adicto, para desarrollar su reinserción con la sociedad.

### **3.3.1. MAGNITUD Y COMPOSICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL PERÚ**

El costo de la problemática de las drogas en el Perú fue estimado en 444.7 millones de US\$ anuales, lo que corresponde a cerca de US\$ 16 dólares per cápita. De este costo anual corresponden al alcohol 245.4 millones de US\$ o 8.7 US\$ per cápita, a drogas ilegales 192.3 millones de US\$ o 6.8 US\$ per cápita y al tabaco 7 millones de US\$ con 0.2US\$ per cápita.

Como se muestra en el siguiente gráfico se diferencia las drogas ilegales del alcohol y tabaco. El consumo de alcohol representa el 55.2% del costo nacional, lo que evidencia que esta droga legal es superior al resto de sustancias y hace referencia a mayores porcentajes de los diferentes componentes del gasto total.

Mientras que el costo del consumo de drogas representa el 43.2% y el costo del consumo de tabaco representa el 1.6%. En este último caso sólo se ha considerado las

atenciones realizados en el primer nivel de atención (consultas), pero no se ha dimensionado los gastos en salud de las consecuencias al largo plazo del tabaco.



Figura 14. Estructura porcentual del costo por tipo de SPA

Fuente: Estudio del Impacto Social y Económico de Drogas en el Perú

Como se observa en el cuadro anterior, el costo atribuible al consumo de drogas legales e ilegales está compuesto en un 57.4% por costos laborales o de productividad perdida, un 23.8% por costos gubernamentales directos, un 7,5% por costos de daños a la propiedad y un 11.3% por costos en atención en salud.

Observatorio Peruano de Drogas (OPD) – 2010.

### 3.3.2 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, ESSALUD, 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).

**Tabla 2.** *Número de pacientes registrados en RIDET según tipo de institución*

Tipo de institución	Año de tratamiento		
	2005	2006	2007
Comunidad terapéutica	233	223	212
Cades	277	398	286
Centro penitenciario	34	32	0
Servicios en hospitales	0	30	99
Total	544	683	597

*Fuente: RIDET (Red de Información de Demanda de Tratamiento) - OPD  
(Observatorio Peruano de Drogas)*

### **3.3.3. ATENCIÓN EN ADICCIONES CADES – HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE**

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 la pasta básica de cocaína.

## **3.4. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DEL LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO**

### **3.4.1. ASPECTO FÍSICO ESPACIAL**

#### **3.4.1.1. UBICACIÓN Y LOCALIZACIÓN**

El Distrito de Tacna se encuentra ubicado al extremo sur del Perú, es uno de los 11 distritos de la provincia de Tacna, ubicada en el departamento de Tacna, con las coordenadas geográficas

18°01'03" latitud sur y 70°15'03" latitud oeste, a una altitud de 562 m.s.n.m.

**Ubicación política:**

Región: Tacna

Provincia: Tacna

Distrito: Tacna

**Límites:**

Norte: con el Distrito de Pachía y Calientes

Sur: con el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa

Este: con el Distrito de Ciudad Nueva

Oeste: con el Cerro Intiorko

Superficie: 2407.18 km<sup>2</sup>

Población: 92 972 hab. (Censos Nacionales 2017)

**3.4.1.1.1. SECTOR DE INTERVENCIÓN**

El área a intervenir se encuentra en el Distrito de Tacna, de acuerdo a las características cuenta con una zona céntrica y una zona de Expansión Urbana, dividiéndose en dos subsectores visibles, dentro de las cual se dan las actividades de tipo urbanas y agrícolas.

## **ALTERNATIVAS DE LOCALIZACIÓN**

Se ha analizado dos tipos de terrenos diferentes con dimensiones diferentes y características similares, se encuentran ubicadas en el Distrito de Tacna, y los analizaremos a continuación:

- **Terreno N°01**

Terreno ubicado en el Sector Magollo, Distrito de Tacna, al margen izquierdo de la Av. Litoral, Propiedad del Gobierno Regional e Inscrito en Registros Públicos con la Partida Electrónica N° 05119132, cuenta con una pendiente aproximada de 2%. Con una Extensión de 2.0 has. aproximadamente y un frente de 109 ml. con un solo acceso principal Por medio de la Av. Litoral.



*Figura 15. Ubicación de Terreno N°01*  
*Fuente: Elaboración Propia*

○ **Terreno N°02**

Se encuentra Ubicado en el Distrito de Tacna, al margen izquierdo de la Prolongación de la Av. Ejército, la morfología del terreno es de forma regular y tiene una pendiente de 1.6%, el tipo de suelo es el de zona agrícola, de clima templado. Con Propiedad del Estado representado por el Gobierno Regional (P. E. 11011238). Cuenta con una extensión de 1.9 has. y 1 frente principal por la Prolongación de la Av. Santa Cruz.



Figura 16. Ubicación de Terreno N°02  
Fuente: Elaboración Propia

#### 3.4.1.1.2. CRITERIO PARA SELECCIÓN DE LA MEJOR ALTERNATIVA

Para la mejor selección del terreno deberá contar con un área aproximada de 2 has., tomada como referentes el área de los terrenos de los modelos referentes

#### CRITERIOS DE ELECCIÓN

- A. **Accesibilidad:** Fácil acceso, próximo a las áreas urbanas y a la vida cotidiana, próximo a las áreas verdes de recreación.

- B. Terrenos Cedidos y otorgados:** Las entidades locales propietarias de terrenos de la Municipalidad y Gobiernos Locales, podrán asignar terrenos al ministerio de Salud.
- C. Servicios Básicos:** La ubicación del terreno deberá tener agua, desagüe y energía eléctrica como mínimo, así como debe tener disponibilidad a internet, teléfono y alumbrado público.
- D. Transporte:** La ubicación del terreno deberá tener acceso como transporte público y privado.
- E. Proximidad a equipamientos:** Deberá tener una relación con los equipamientos existentes del entorno del terreno.
- F. Medios Climáticos:** El terreno debe tener un emplazamiento que permita

tener características óptimas de  
asoleamiento y ventilación.

**G. Zonificación:** La zonificación del  
terreno seleccionado deberá ser  
compatible con los usos de suelo que  
estén en el Entorno inmediato.

## EVALUACIÓN DE ALTERNATIVA DE SELECCIÓN DEL TERRENO

CRITERIOS DE ELECCIÓN	TERRENO 1	TERRENO 2	CALIFICACIÓN
A. ACCESIBILIDAD	NO PRESENTA ACCESO DIRECTO, A LAS ÁREAS URBANAS	SI PRESENTA ACCESO DIRECTO AL ÁREA URBANA PRÓXIMO.	5
B. TERRENOS CEDIDOS Y OTORGADOS.	PROPIEDAD DEL ESTADO REPRESENTADO POR EL GOBIERNO REGIONAL FICHA 6859 (P. E. 0519192)	PROPIEDAD DEL ESTADO REPRESENTADO POR EL GOBIERNO REGIONAL (P. E. 1010238)	5
C. SERVICIOS BÁSICOS	NO PRESENTA SERVICIOS BÁSICOS.	SI PRESENTA SERVICIOS, BÁSICOS DE AGUA, LUZ Y DESAGÜE, ADEMÁS DE SISTEMA DE COMUNICACIONES Y ALUMBRADO PÚBLICO.	5
D. TRANSPORTE	SOLO PRESENTA ACCESO DE TRANSPORTE INTERPROVINCIAL POR LA AV. COSTANERA.	SI PRESENTA ACCESO A TRANSPORTE PÚBLICO CERCANO A LOS EQUIPAMIENTO PRÓXIMOS AL TERRENO.	4
E. PROXIMIDAD A EQUIPAMIENTOS	SI PRESENTA LA DISPOSICIÓN DE ASOLEAMIENTO Y VENTILACIÓN ADECUADOS.	SI PRESENTA PROXIMIDAD AL ASILO DE ANCIANOS DOBRES O DE ESCASOS RECURSOS Y MAESTRO.	5
F. MEDIOS CLIMÁTICOS	SI PRESENTA LA DISPOSICIÓN DE ASOLEAMIENTO Y VENTILACIÓN ADECUADOS.	SI PRESENTA LA DISPOSICIÓN DE ASOLEAMIENTO Y VENTILACIÓN ADECUADOS.	5
G. ZONIFICACIÓN	NO PRESENTAN UNA ZONIFICACIÓN ADECUADA, SIENDO ZONA AGRÍCOLA.	SI PRESENTA UNA ZONIFICACIÓN ADECUADA, SIENDO ZONA RESIDENCIAL R-4 Y R-6	5
	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>34</b>
	<b>TOTAL</b>		<b>19</b>

**CONCLUSIÓN:**  
 EN EL GRÁFICO MOSTRADO PRESENTA UNA CLASIFICACIÓN PONDERADA PARA LA SELECCIÓN DEL TERRENO N°1 Y N°2, CON CLASIFICACIÓN RESPECTIVA, TENIENDO 15 PUNTOS: EXCELENTE, 4 PUNTOS: BIEN, 3 PUNTOS: REGULAR, 2 PUNTOS: INSUFICIENTE, 1 PUNTO: MALO; CONCLUYENDO QUE EN TERRENO N°2 TIENE 34 PUNTOS QUE INDICA MAYOR PUNTAJE SIENDO EL TERRENO APTO.

**LEYENDA:**  
 5: EXCELENTE  
 4: BIEN  
 3: REGULAR  
 2: INSUFICIENTE  
 1: MALO

Figura 17. Evaluación de alternativas de selección del terreno.  
 Fuente: Elaboración Propia

#### **3.4.1.1.3. LOCALIZACIÓN DETERMINADA**

El terreno seleccionado es el N°02 presenta las mejores condiciones: terreno del estado peruano, disponibilidad de servicios básicos, accesibilidad y localización, orientación y ventilación, tamaño y proporción. El cual se encuentra en el Distrito de Tacna dentro de la zona urbana rural, es de naturaleza agrícola actualmente y para la ejecución del proyecto será saneado y cuenta con una Zonificación Urbana R6 de acuerdo al Plan de Desarrollo Urbano vigente.



Figura 18. Zonificación del terreno

Fuente: PLAN DE DESARROLLO URBANO - ZONIFICACIÓN 2015-2025

#### 3.4.1.1.4. UBICACIÓN ESPECÍFICA DEL TERRENO

El área a intervenir es el terreno N°2, que cuenta con una extensión de 1.9 has. aproximadamente del terreno matriz sector Catastral 39, se encuentra ubicado en el Distrito de Tacna, Av. Santa Cruz s/n, frente a la Asociación de Vivienda Villa Belén, con proximidad a la Av. Ejército, dentro de la zona de expansión urbana Sector Catastral 39.

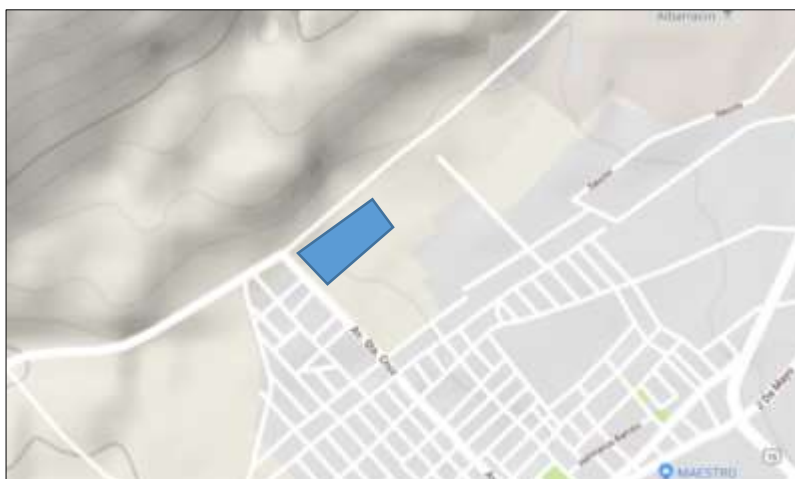
COLINDANCIAS:

- FRENTE: en línea recta de 116.48 ml, con la Av. Santa Cruz.

- FONDO: En línea recta 85.99 ml., con el terreno rustico propiedad de terceros.
- DERECHA: En línea recta 184.09ml con el terreno rustico propiedad de terceros.
- IZQUIERDA: En línea recta 190.57 ml con el terreno rustico propiedad del estado peruano.

#### 3.4.1.2. TOPOGRAFÍA

La topografía es mínima de sur a norte, con un 1.5%, ya que físicamente es un terreno plano, pero presenta pequeños desmontes, Se observa en el grafico las siguientes. Curvas de nivel.



*Figura 19. Topografía del terreno*  
*Fuente: Relieve y topografía- Google Earth 2018*

### **3.4.1.3. ESTRUCTURA URBANA**

La estructura urbana de la Ciudad de Tacna, se encuentra configurada en 5 Distritos, destacando el caso del Distrito de Tacna con el 54.3% del área urbana actual.

El terreno está emplazado en el Distrito de Tacna, en la zona urbana - rural dentro del distrito. Según el Plan de Desarrollo Urbano tiene una Zonificación R6, actualmente terreno desocupado.

Con un área de 1.88 ha. y perímetro de 576.18 ml.

En esta área se predomina el Uso de Suelo de Residencia R4 y R6, y también otros usos como: educación, recreación y agrícolas.

#### **A) USOS DE SUELOS Y ZONIFICACIÓN**

En el distrito de Tacna se localizan diversos tipos de usos de suelo, entre los que se distingue el agrícola, residencial, comercial, institucional, de educación, salud, recreación, vías y otros.

El terreno en específico, donde se pretende plantear la propuesta arquitectónica se encuentra en zona de Área de expansión urbana

(suelo urbanizable) a corto plazo.



Figura 20. Usos de Suelos del terreno  
 Fuente: Plan Urbano de Desarrollo Urbano 2015-2025

## B) EQUIPAMIENTO

- **Equipamiento Recreativo**

En lo que respecta a la recreación pasiva (plaza y parques), si bien no existen mayores demandas de áreas para estos fines, por encontrarse, el distrito rodeado por áreas

cultivadas, es necesario prever el tratamiento paisajístico de las áreas existentes que contribuya a resaltar el entorno urbano del distrito de Tacna.

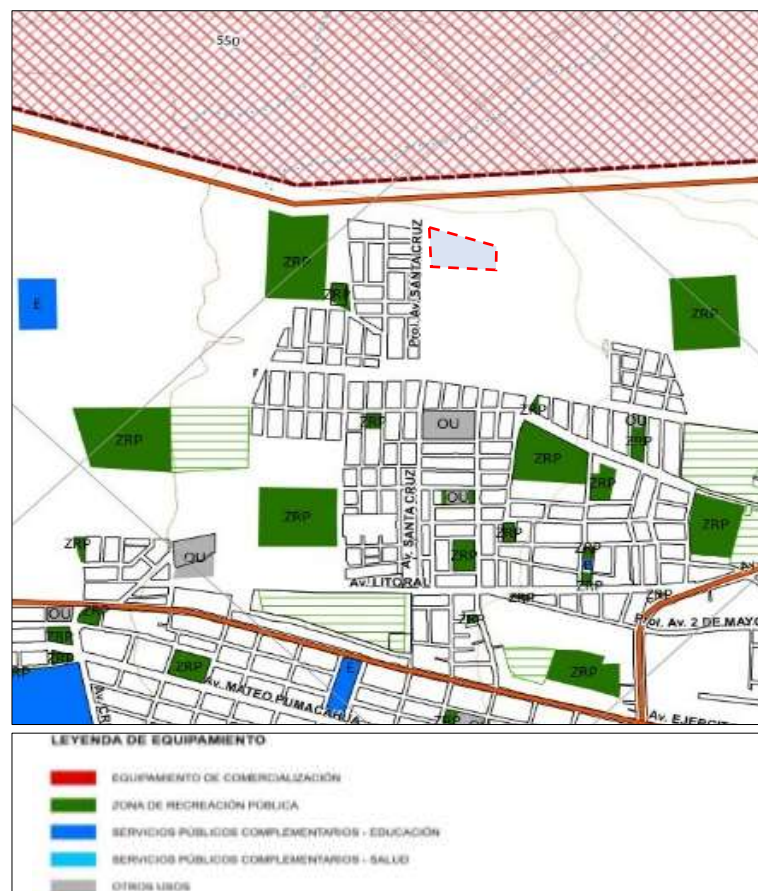


Figura 21. Equipamientos cercanos al terreno  
Fuente: Plan Urbano de Desarrollo Urbano 2015-2025

- **Equipamiento Comercio**

Centro comercial “Maestro”, ubicado en la prolongación 2 de mayo s/n a 1000 metros del proyecto de investigación, equipamiento cuya función es atender la demanda de materiales y accesorios para la construcción.

- **Equipamiento Otros Usos**

La “Congregación de las Hermanitas de los Pobres está al servicio de los Ancianos pobres o de escasos recursos”, Ubicado en la Avenida Santa Cruz N° 1250 a 400 metros del proyecto de investigación, equipamiento cuya función es alojar a ancianos de bajos recursos.

### **C) SISTEMA EDILICIO**

- ALTURA DE EDIFICACION

No existe una variación en las alturas de las edificaciones. Predomina el área urbana con una imagen urbana de tipo horizontal.

- ESTADO DE EDIFICACION Y MATERIAL PREDOMINANTE.

Presenta edificaciones de 1 y 2 niveles destinadas en su mayoría a uso residencial; así mismo es evidente el manejo del ladrillo y el concreto como principal sistema constructivo.

**Tabla 3.** *Sistema edilicio*

NIVELES DE EDIFICACION			
1° NIVEL	2° NIVEL	3° NIVEL	4° NIVEL
72%	16%	8%	2%

MATERIALES DE CONSTRUCCION USADOS			
LADRILLO	BLOQUETA DE CONCRETO	ADOBE	OTROS
82%	12%	3%	2%

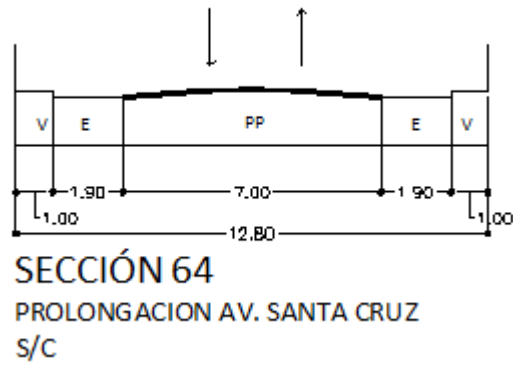
*Fuente: Elaboración Propia*

### 3.4.2. VIALIDAD

#### 3.4.2.1. INFRAESTRUCTURA VIAL

El terreno colinda con 01 vía Urbana Arterial de acceso ya consolidado como es la Prolongación Avenida Santa Cruz.





*Figura 23. Sección vial de la Prolongación Av. Santa Cruz*  
*Fuente: Plan Urbano de Desarrollo Urbano 2015-2025*



*Figura 24. Prolongación Av. Santa Cruz*  
*Fuente: Google Earth*

### **3.4.2.2. TRANSPORTE**

La accesibilidad por medio de transporte público, está organizado por la empresa de transporte “Ruta A” y “Ruta 200”, con vehículos motorizados (tipo combi), que brinda el servicio desde el mercado de Tacna al terreno propuesto.

### 3.4.3. INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS

El lugar donde se emplaza el terreno cuenta con todos los servicios, colinda por el frente con la prolongación de la Avenida Santa Cruz, vía consolidada:

- Agua Potable
- Alcantarillado
- Luz Eléctrica
- Línea Telefónica
- Vía Pavimentada



*Figura 25. Infraestructura de servicios existente*  
*Fuente: Google Earth 2018*

### 3.4.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICO NATURALES

#### 3.4.4.1. CLIMA

- **Clima**

El clima que se registra en la zona de estudio es semi-cálido y sin precipitaciones, según SENAHMI se tiene las siguientes características climatológicas:

- **Temperatura:**

- Invierno: día/noche 18/11°C
- Verano: día/noche 27/18°C



Figura 26. Gráfico de temperatura en Tacna

Fuente: SENAHMI 2018

- **Precipitación:** Su carácter árido, debido a la escasa precipitación que se registra en esta zona tiene un

promedio total anual de 9,8 mm durante el invierno se registra las precipitaciones más altas.



Figura 27. Gráfico de precipitaciones mensual en Tacna  
Fuente: SENAEMI 2018

- **Sol:** La duración del día en Tacna varía durante el año. En 2018, el día más corto es el 21 de junio, con 11 horas y 3 minutos de luz natural; el día más largo es el 21 de diciembre, con 13 horas y 13 minutos de luz natural.

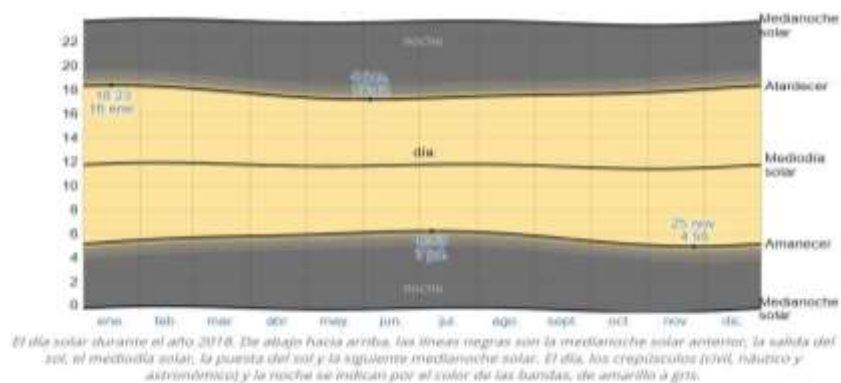


Figura 28. Gráfico de puesta de sol en Tacna  
Fuente: SENAEMI 2018

- **Vientos:** Vientos predominantes en verano van de sur a norte y en el resto del año va de suroeste a noreste con una velocidad de 0.2 a 0.5 m/s.



Imagen 29. Gráfico de Vientos en Tacna  
Fuente: SENAHMI 2018

- **Humedad:** la humedad relativa se encuentra en un promedio anual de 75%, aumentado en temporada de invierno y presentándose neblina.

### 3.4.4.2. GEOLOGÍA Y GEOTECNIA

La zona de estudio presenta un suelo compuesto de grava bien graduada, por ende, su amplificación sísmica es baja.

Con una capacidad portante que determina la resistencia del terreno, es de 2 a 3 Kg/cm<sup>2</sup> en gran parte del mismo.

#### **3.5.4.5. ECOSISTEMA**

El entorno a la zona de estudio por ser una zona de expansión urbana y ser una zona urbana rural, se aprecian plantas de hoja caduca y perenne.

Se observa una abundante vegetación y los árboles predominantes en la zona: Eucalipto, Molle, Vilcas, y algunos arbustos entre otros. También se aprecian ficus en la Prolongación Av. Santa Cruz.

## **CAPÍTULO IV. MARCO NORMATIVO**

### **4.1. ANTECEDENTES NORMATIVOS.**

#### **4.1.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ**

De acuerdo a la Constitución Política del Perú en su Artículo 2°, se respalda 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, en el Artículo 7° Todos tenemos derecho a la protección de nuestra salud, la del medio familiar y la de la comunidad.

Como Estado en su Artículo 10°, toda persona tiene derecho a la seguridad social y su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

El Estado en su Artículo 11° nos garantiza el libre acceso a prestaciones de salud a través de entidades públicas, privadas o mixtas.

#### **4.1.2. REGLAMENTO DE LA LEY N° 29765**

Regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas, orientadas a garantizar los derechos de los usuarios, la calidad de las prestaciones, así

como los mecanismos para verificación y control y su evaluación del presente reglamento.

#### **4.1.3. NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 0021-MINSA/DGSPV.01**

##### **CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

El Ministerio de Salud, en el marco de los Lineamientos de Política de Salud, promueve la organización de la oferta de los servicios en torno al Modelo de Atención Integral de Salud de la persona, familia y comunidad, facilitando el acceso oportuno y adecuado principalmente de las poblaciones más vulnerables.

Por tal motivo, la Dirección General de Salud de las personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, ha elaborado el documento Técnico Normativo para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, siendo los siguientes:

- Puesto de Salud, categorizado como (I1)
- Puesto de Salud con Médico, categorizado como (I2)
- Centro de Salud sin internamiento, categorizado (I3)
- Centro de Salud con internamiento, categorizado (I4)
- Hospital I, Categorizado como (II-1)
- Hospital II, Categorizado como (II-2)

- Hospital III, Categorizado como (III-1)
- Instituto Especializado, Categorizado como (III-2)

#### **4.1.4. REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES**

Tiene por objeto normar los criterios y requisitos mínimos para el Diseño y Ejecución de las Habilitaciones Urbanas y las Edificaciones, permitiendo de esta manera una mejor ejecución de los Planes Urbanos.

De donde se desprende las Normas Técnicas que se consideraron para el desarrollo del presente proyecto, siendo las siguientes:

- Norma G. 010 Consideraciones Básicas.
- Norma G. 030 Derechos y Responsabilidades.
- Norma G. 040 Definiciones.
- Norma A. 010 Condiciones Generales de Diseño.
- Norma A. 040 Educación.
- Norma A. 050 Salud.
- Norma A. 080 Oficinas.
- Norma A. 100 Recreación y Deportes.
- Norma A. 120 Accesibilidad para personas con Discapacidad.

## CAPÍTULO V. PROPUESTA

### 5.1. CONSIDERACIONES PARA PARA LA PROPUESTA

#### 5.1.1. CONDICIONANTES

- El área de intervención se encuentra inmersa en una zona de Área de expansión urbana (suelo urbanizable) a corto plano de suelo, colindando con zonas residenciales como las habilitaciones urbanas Villa Belén y áreas agrícolas.
- El terreno de estudio se encuentra colindante por el Frente con la Av. Santa Cruz que es una arteria vial secundaria ya consolidada.
- El área de estudio se encuentra inmerso en un área agrícola (actualmente) y con predios en construcción.



Figura 30. Entorno inmediato al Terreno  
Fuente: Google Earth – Elaboración Propia

- El aspecto de clima, sol, viento y humedad que existe en el área de intervención.
- Existe un regular flujo de transporte público (Ruta “A” y Ruta “200”) y privado.

### 5.1.2. DETERMINANTES

- Proponer una Arquitectura que pueda adaptarse a las proyecciones futuras de ampliación.



31. VISTA SATELITAL CENTRO DE REHABILITACIÓN- SISTER MARGARET SMITH

Fuente: Google Earth 2018

- Proponer tecnologías constructivas de acuerdo a las condiciones ambientales y climatológicas de la zona.
- Proponer una intervención vial-paisajista en la vía proyectada que colinda con el terreno de estudio, teniendo más accesos a nuestra área de estudio.

### **5.1.3. PREMISAS DE DISEÑO**

Se refieren a los rasgos elementales que tendrá la forma de la propuesta arquitectónica, estos criterios son adquiridos mediante el análisis y la investigación.

Estas están clasificadas en: Ambientales, funcionales, tecnologías y morfológicas.

- **PREMISAS AMBIENTALES**

Son las que se establecen por medio del estudio de las características ambientales del lugar (clima, asoleamiento, viento, temperatura, humedad, etc.,) y proporciona un criterio organizador a los elementos naturales que intervendrán en el diseño del proyecto y así poder darle una correcta solución en cuanto a orientación, ventilación, iluminación, etc.

Las premisas ambientales para el proyecto son:



Figura 32. Premisas ambientales  
Fuente: Elaboración Propia

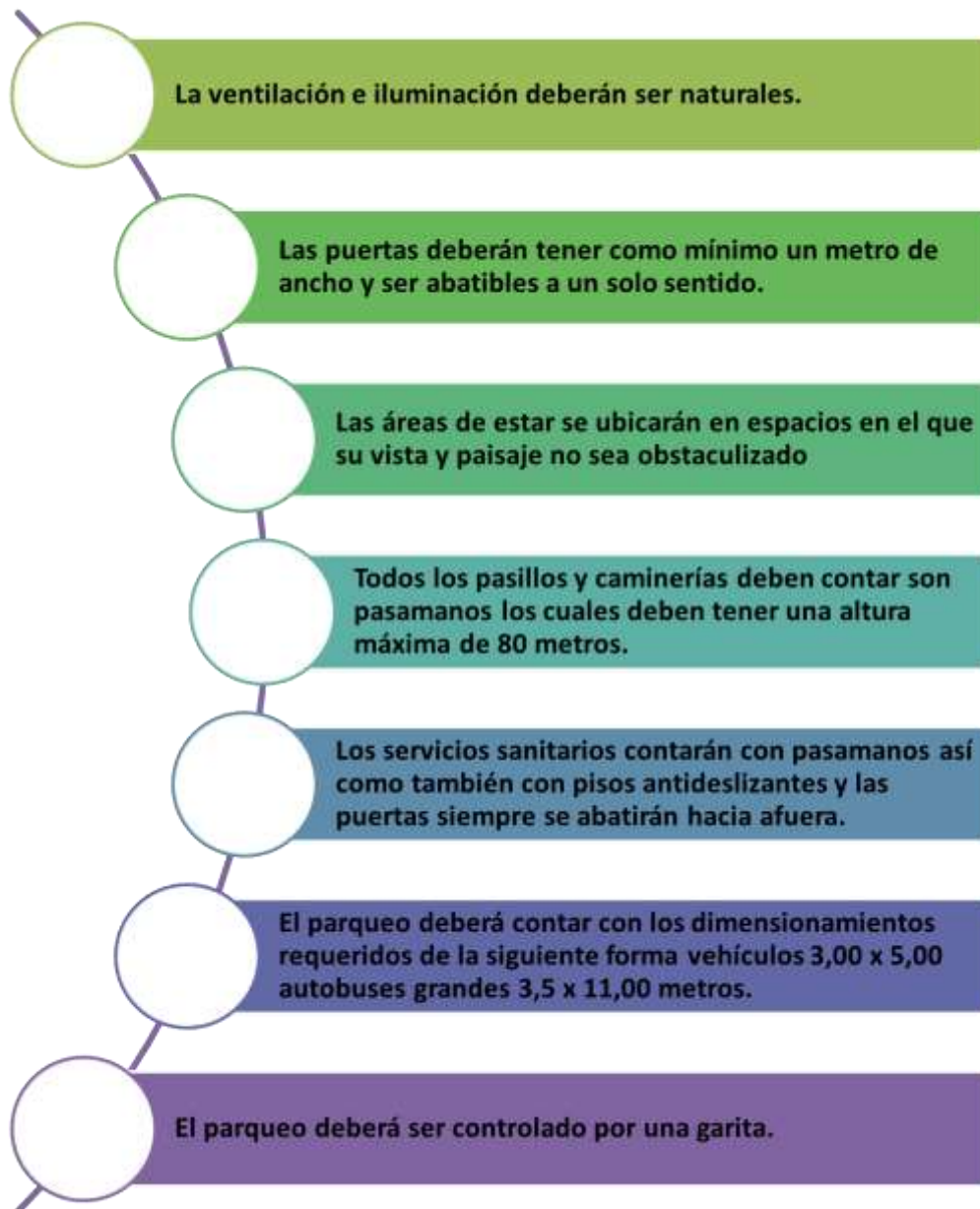
## • PREMISAS FUNCIONALES

Mediante estas premisas se define la relación que existe entre el espacio y la necesidad que busca satisfacer, así como la correcta interrelación entre los distintos ambientes, para que sea un proyecto funcional. Para

lograr esto se toma en cuenta: circulaciones, tanto peatonales como vehiculares, vestíbulos, pasillos, etc.

Las premisas funcionales para el proyecto son:





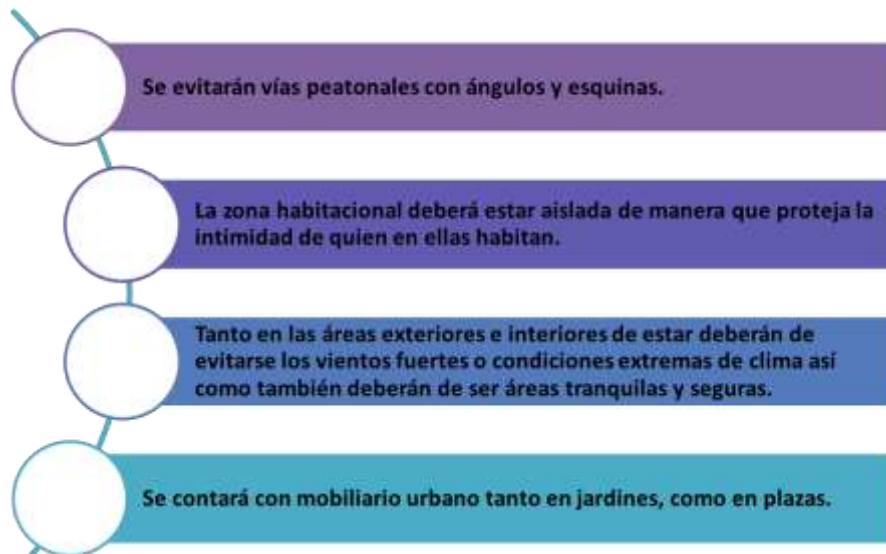


Figura 33. Premisas Funcionales

Fuente: Elaboración Propia

- **PREMISAS TECNOLÓGICAS**

Estas premisas definen los materiales y la tecnología que serán empleados en el proyecto, la cual debe de integrarse a la tipología constructiva del entorno, en este caso predomina la construcción con ladrillos y bloquetas de concreto, usando el sistema constructivo de albañilería confinada.

Las premisas tecnológicas para el proyecto son:



Figura 34. Premisas Tecnológicas  
Fuente: Elaboración Propia

- **PREMISAS MORFOLÓGICAS**

Se refieren a los rasgos elementales que tendrá la forma de la propuesta arquitectónica. La función y la forma deben de ir ligadas, siempre teniendo en cuenta la integración.

Las premisas morfológicas para el proyecto son:



Figura 35. Premisas Morfológicas  
Fuente: Elaboración Propia

## 5.2. PROGRAMACIÓN

### 5.2.1. PROGRAMACIÓN CUANTITATIVA

#### A. PROGRAMACIÓN ZONA DE CONSULTORIOS.

**Tabla 4.** Programación Consultorios

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL	
ZONA DE CONSULTA EXTERNA	RECEPCIÓN	VESTÍBULO PRINCIPAL	ingreso y orientación	1	200,00	200,00	
	CONTROL	INFORMES Y ADMISIÓN	orientación y citas	1	32,00	32,00	
		ARCHIVO Y HISTORIA	almacenamiento de documentos	1	20,50	20,50	
		CUARTO DE LIMPIEZA	limpieza	1	7,00	7,00	
		TRIAJE	toma de datos	1	18,55	18,55	
		CONSULTORIOS	MEDICINA GENERAL + SS.HH.	atención	1	28,00	28,00
	ODONTOLOGÍA + SS.HH.		atención	1	28,00	28,00	
	TOXICOLOGÍA + SS.HH.		atención	1	28,00	28,00	
	GASTROENTEROLOGÍA + SS.HH.		atención	1	28,00	28,00	
	CARDIOLOGÍA + SS.HH.		atención	1	28,00	28,00	
	KITCHENETTE DEL ESTAR MED.		cocinar	1	5,80	5,80	
	SALA DE ESTAR MÉDICO		descanso	1	21,00	21,00	
	SS.HH. DAMAS		aseo y limpieza personal	1	14,00	14,00	
	SS.HH. VARONES		aseo y limpieza personal	1	14,00	14,00	
	SALA DE ESPERA		descanso	2	30,00	60,00	
	PASILLO MÉDICO			1	131,00	131,00	
	CORREDOR			1	60,00	60,00	
	FARMACIA		AREA DE ATENCIÓN	atención e indicaciones	1	7,50	7,50
		VESTUARIO	cambiar y vestuario	1	6,20	6,20	
		AREA DE PREPARACIÓN	preparación	1	5,00	5,00	
		ALMACÉN DE MEDICAMENTOS	almacén de medicamentos	1	10,50	10,50	
	<b>AREA SUB TOTAL</b>						<b>711,05</b>
	<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>213,31</b>
	<b>AREA TOTAL</b>						<b>924,36</b>

Fuente: Elaboración Propia

## B. PROGRAMACIÓN ZONA ADMINISTRATIVA.

**Tabla 5. Programación Administración**

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL
ZONA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRACIÓN	SECRETARIA Y RECEPCIÓN	moniterio del personal	1	12,00	12,00
		DIRECCIÓN GENERAL	moniterio del personal	1	14,00	14,00
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	moniterio del personal	1	14,00	14,00
		DIRECCIÓN MÉDICA	moniterio del personal	1	16,00	16,00
	OTRAS ÁREAS	SALA DE REUNIONES	coordinacion e informacion	1	25,00	25,00
		ESTAR PERSONAL	estar	1	8,00	8,00
		KITCHENETT	preparado y coccion	1	6,50	6,50
		SS.HH. DAMAS	aseo y limpieza personal	1	8,00	8,00
		SS.HH. VARONES	aseo y limpieza personal	1	8,00	8,00
		HALL		1	13,00	13,00
	<b>ÁREA SUB TOTAL</b>					
<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>35,43</b>
<b>ÁREA TOTAL</b>						<b>157,93</b>

Fuente: Elaboración Propia

## C. PROGRAMACIÓN ZONA COMPLEMENTARIA -SUM.

**Tabla 6. Programación SUM**

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL
ZONA COMPLEMENTARIA	SUM	ÁREA DE ESPECTÁCULOS	percepción	1	160,00	160,00
		ESCENARIO	percepción	1	19,00	19,00
		HALL	recepción	1	19,00	19,00
		DEPÓSITO DAMAS	aseo y limpieza personal	1	4,00	4,00
		DEPÓSITO VARONES	aseo y limpieza personal	1	4,00	4,00
		SS.HH. DAMAS PÚBLICO	fisiológica	1	9,00	9,00
		SS.HH. VARONES PÚBLICO	fisiológica	1	9,00	9,00
		SS.HH. DISCAPACITADOS	fisiológica	1	2,50	2,50
		<b>ÁREA SUB TOTAL</b>				
<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>93,02</b>
<b>ÁREA TOTAL</b>						<b>319,52</b>

Fuente: Elaboración Propia

## D. PROGRAMACIÓN ZONA COMPLEMENTARIA –COMEDOR

**Tabla 7.** Programación Comedor

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL
ZONA COMPLEMENTARIA	COMEDOR	ÁREA DE COMENSALES	alimentación	1	164,00	164,00
		HALL		1	3,00	3,00
		SS.HH. VARONES	aseo y limpieza personal	1	7,00	7,00
		SS.HH. DAMAS	aseo y limpieza personal	1	7,00	7,00
		SS.HH. DISCAPACITADO	aseo y limpieza personal	1	2,60	2,60
		ATENCIÓN	recepción y atención	1	7,00	7,00
		CUARTO DE LIMPIEZA		1	2,00	2,00
		COCINA	preparado y cocción	1	34,00	34,00
		RECEPCIÓN DE PRODUCTOS	balanceo de alim.	1	4,00	4,00
		CÁMARA Y ANTE CÁMARA	conservar	1	4,00	4,00
		ALMACÉN	almacén de alimentos	1	4,00	4,00
<b>ÁREA SUB TOTAL</b>						<b>238,60</b>
<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>101,40</b>
<b>ÁREA TOTAL</b>						<b>340,00</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

## E. PROGRAMACIÓN ZONA DE RESIDENCIA

**Tabla 8.** Programación Zona de Residencia

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL
ZONA DE RESIDENCIA	CONTROL		atención y control	3	21,66	65,00
	ESTAR		control	2	27,50	55,00
	SS.HH.		aseo y limpieza personal	2	27,51	55,00
	DORMITORIO POR PABELLONES		descanso y aseo	2	82,50	165,00
	DORMITORIO TRIPLE +SS.HH.		descanso y aseo	10	42,78	427,84
<b>ÁREA SUB TOTAL</b>						<b>767,84</b>
<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>329,16</b>
<b>ÁREA TOTAL</b>						<b>1097,20</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

## F. PROGRAMACIÓN ZONA SERVICIOS GENERALES

**Tabla 9.** Programación Zona de Servicios Generales

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL		
ZONA DE SERVICIOS GENERALES	ÁREA DE MANTENIMIENTO	ZONA DE MANTENIMIENTO	mantenimiento	1	60,00	60,00		
		LAVADO Y CENTRIFUGADO	lavar	1	30,00	30,00		
		SECADO, PLANCHADO Y DOBLADO	planchado	1	30,00	30,00		
		HALL	circulación	1	14,00	14,00		
		SS.HH. VARONES	fisiológica	1	10,00	10,00		
		SS.HH. DAMAS	fisiológica	1	10,00	10,00		
		GRUPO ELECTRÓGENO	mantenimiento	1	12,50	12,50		
		EQUIPOS MECÁNICOS	mantenimiento	1	12,50	12,51		
		DEPÓSITO JARDINERÍA	almacenar	1	12,50	12,52		
		DEPÓSITO	almacenar	1	12,50	12,53		
		CUARTO DE MANTENIMIENTO	mantenimiento	1	12,00	12,00		
		<b>ÁREA SUB TOTAL</b>						<b>217,00</b>
		<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>93,60</b>
<b>ÁREA TOTAL</b>						<b>310,60</b>		

Fuente: Elaboración Propia

## G. PROGRAMACIÓN ZONA DE REHABILITACIÓN MENTAL Y FÍSICA

**Tabla 10.** Programación Zona de rehabilitación Mental y Física

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL		
ZONA DE REHABILITACIÓN MENTAL Y FÍSICA	REHABILITACIÓN MENTAL	ATENCIÓN Y CONTROL	recepción y control	2	95,98	191,96		
		CONSULTORIO TERAPISTA	atención	1	23,00	23,00		
		CONSULTORIO PSICOLOGÍA	atención	1	23,00	23,00		
		CONSULTORIO PSIQUIATRÍA	atención	1	23,00	23,00		
		SALA DE TERAPIA FAMILIAR	diálogo y convivencia	1	23,00	23,00		
		SALA DE TERAPIA GRUPAL	diálogo y convivencia	1	45,00	45,00		
		SS.HH. DAMAS	aseo y limpieza personal	1	21,00	21,00		
		SS.HH. VARONES	aseo y limpieza personal	1	21,00	21,00		
		SALA DE ESPERA A PISCINA	dirigir y control	1	36,00	36,00		
		PASILLO		1	110,00	110,00		
		ATENCIÓN Y CONTROL A PISCINA	diálogo y información	1	36,00	36,00		
		REHABILITACIÓN FÍSICA	SALÓN DE JUEGOS	descansar	1	62,00	62,00	
			GIMNASIO		1	91,00	91,00	
	SS.HH. DAMAS		aseo y limpieza personal	1	12,50	12,50		
	SS.HH. VARONES		aseo y limpieza personal	1	12,50	12,50		
	SS.HH. DISCAPACITADOS		rehabilitación	1	5,70	5,70		
	<b>ÁREA SUB TOTAL</b>						<b>736,66</b>	
	<b>CIRCULACIÓN Y MUROS 30%</b>						<b>220,99</b>	
	<b>ÁREA TOTAL</b>						<b>957,65</b>	

Fuente: Elaboración Propia

## H. PROGRAMACIÓN ZONA DE TALLERES OCUPACIONALES Y REEDUCACIÓN.

**Tabla 11.** Programación Zona de Talleres Ocupacionales y Reeducción

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ACTIVIDAD	N°	ÁREA UNITARIA	ÁREA PARCIAL
ZONA DE REEDUCACION Y TALLERES	TALLERES	SS.HH. DAMAS	aseo y limpieza personal	1	12,50	12,50
		SS.HH. VARONES	aseo y limpieza personal	1	12,50	12,50
		SS.HH. DISCAPACITADOS	aseo y limpieza personal	1	5,70	5,70
		AULAS TEÓRICAS	educación	2	61,00	122,00
		AULAS TALLERES	educación	3	50,00	150,00
		HALL		1	95,98	95,98
		BIBLIOTECA	estudiar, leer	1	150,00	150,00
		PASILLO		1	110,00	110,00
ÁREA SUB TOTAL						658,68
CIRCULACIÓN Y MUROS 30%						197,60
ÁREA TOTAL						856,28

Fuente: Elaboración Propia

## I. CUADRO RESUMEN DE ÁREAS

**Tabla 12.** Cuadro Resumen de Áreas:

ITEM	ZONA	ÁREA (CIRCULACIÓN Y MUROS 30%)
1	ZONA DE CONSULTORIOS	924,36
2	ZONA ADMINISTRATIVA	157,93
3	ZONA COMPLEMENTARIA - SUM	319,52
4	ZONA COMPLEMENTARIA - COMEDOR	340,00
5	ZONA DE RESIDENCIA	1 097,20
6	ZONA DE SERVICIOS GENERALES	310,60
7	ZONA DE REHABILITACIÓN MENTAL Y FÍSICA	957,65
8	ZONA DE TALLERES OCUPACIONALES Y REEDUCACIÓN	856,28
<b>AREA TOTAL CONSTRUIDO</b>		<b>4 562,25</b>

Fuente: Elaboración Propia

## 5.2.2. DIAGRAMA DE CORRELACIONES

### a. DIAGRAMA DE ZONA DE CONSULTORIOS

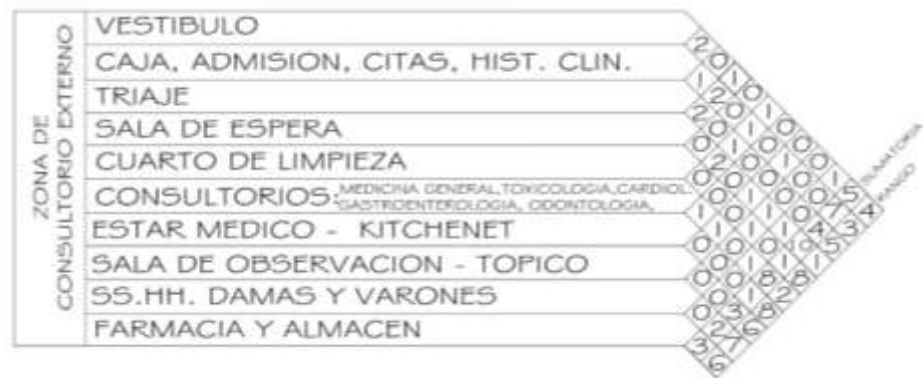


Figura 36. Diagramas de Consultorios  
Fuente: Elaboración Propia



#### RANGO

#### AMBIENTE

- R1: Sala de espera.
- R2: Consultorios.
- R3: Caja, admisión, citas, historias clínicas.
- R4: Vestíbulo.
- R5: Triage.
- R6: Sala de observación, Tópico, Farmacia y almacén
- R7: SS.HH. Damas y Varones.
- R8: Estar médico – kitchenet y cuarto de Limpieza.



<b>RANGO</b>	<b>AMBIENTE</b>
R1:	Cocina.
R2:	Comedor, barra de atención.
R3:	Cámara, antecámara, recepción de productos Almacén y patio de servicio.
R4:	Cuarto de limpieza, SS.HH. Damas, Varones y discapacitados.

**d. DIAGRAMA DE ZONA DE RESIDENCIA**



Figura 39. Diagramas de Zona de Residencia  
Fuente: Elaboración Propia

<b>PONDERACION</b>	
○	RELACION NECESARIA
◁	RELACION DESTABILE
○	RELACION INEXISTENTE

<b>RANGO</b>	<b>AMBIENTE</b>
R1:	Control del paciente.
R2:	Pabellón de dormitorios, dormitorios triples y Sala estar.
R3:	SS.HH. completos.
R4:	Depósito de aseo.

**e. DIAGRAMA DE ZONA COMPLEMENTARIA –SUM**

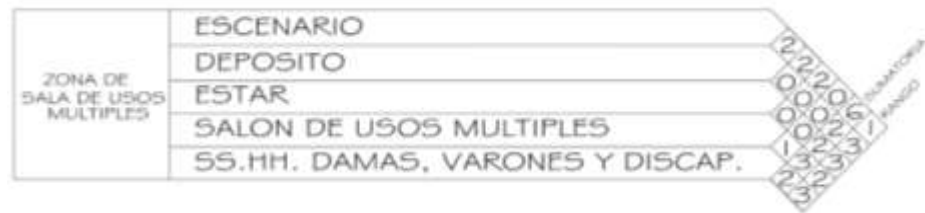


Figura 40. Diagramas de SUM  
Fuente: Elaboración Propia



<b>RANGO</b>	<b>AMBIENTE</b>
R1:	Escenario.
R2:	Salón de usos múltiples.
R3:	Depósito, estar, SS.HH. damas, varones y discapacitados.

**f. DIAGRAMA DE ZONA DE SERVICIOS GENERALES.**

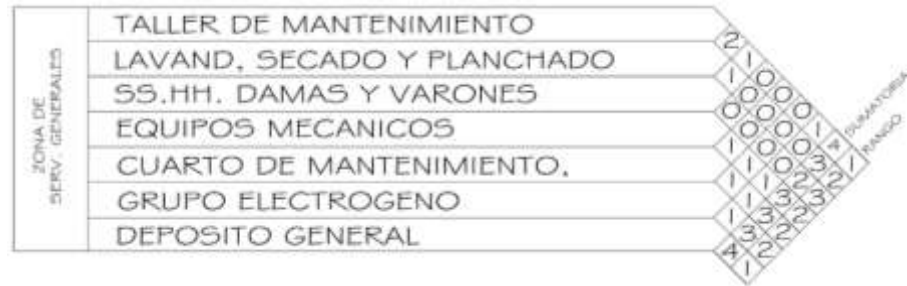


Figura 41. Diagramas de Zona Servicios Generales  
Fuente: Elaboración Propia



- | RANGO | AMBIENTE   |
|-------|--|
| R1:   | Taller de mantenimiento.   |
| R2:   | Lavandería, secado y planchado<br>Equipo mecánico, cuarto de mantenimiento<br>Grupo electrógeno. |
| R3:   | Depósito general.  |

**g. DIAGRAMA DE ZONA DE REHABILITACIÓN MENTAL Y FÍSICA.**

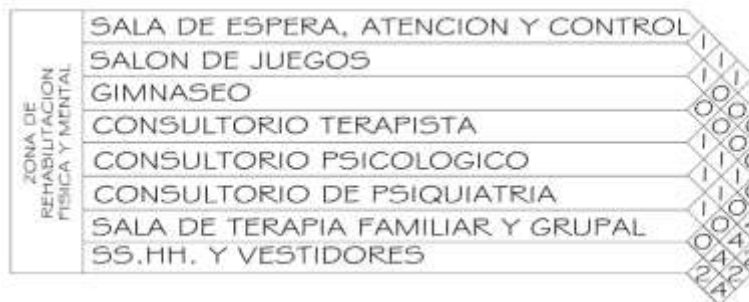


Figura 42. Diagramas de Zona de Rehabilitación Mental y Física  
Fuente: Elaboración Propia



<b>RANGO</b>	<b>AMBIENTE</b>
R1:	Sala de espera, atención y control.
R2:	Consultorio terapeuta Consultorio psicológico Consultorio de psiquiatría Sala de terapia familiar y grupal
R3:	Gimnasio.
R4:	SS.HH. y vestidores.

**h. DIAGRAMA DE ZONA DE TALLERES OCUPACIONALES Y REEDUCACIÓN.**

**Grafico N°15.** Diagrama de Talleres Ocupacionales y Reeducción.

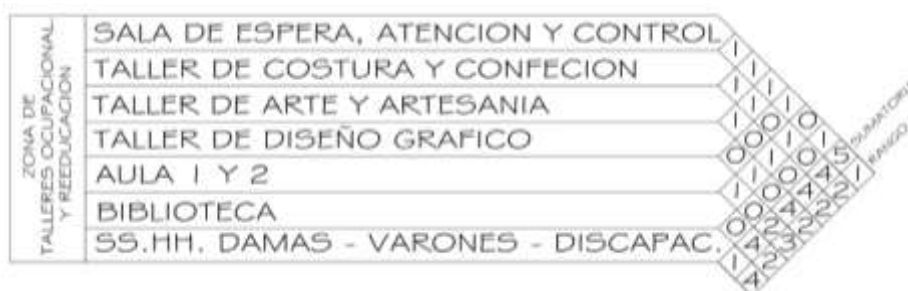


Figura 43. Diagramas de Talleres Ocupacionales  
Fuente: Elaboración Propia

PONDERACION	
2	RELACION NECESARIA
1	RELACION DESEABLE
0	RELACION INEXISTENTE

<b>RANGO</b>	<b>AMBIENTE</b>
R1:	Sala de espera, atención y control.
R2:	Taller de costura y confección. Taller de arte y artesanía. Taller de diseño gráfico. Biblioteca.
R3:	Aula 1 y 2.
R4:	SS.HH. damas, varones y discapacitados

### 5.2.3. ORGANIGRAMAS.

#### a. ORGANIGRAMA ZONA DE CONSULTORIOS

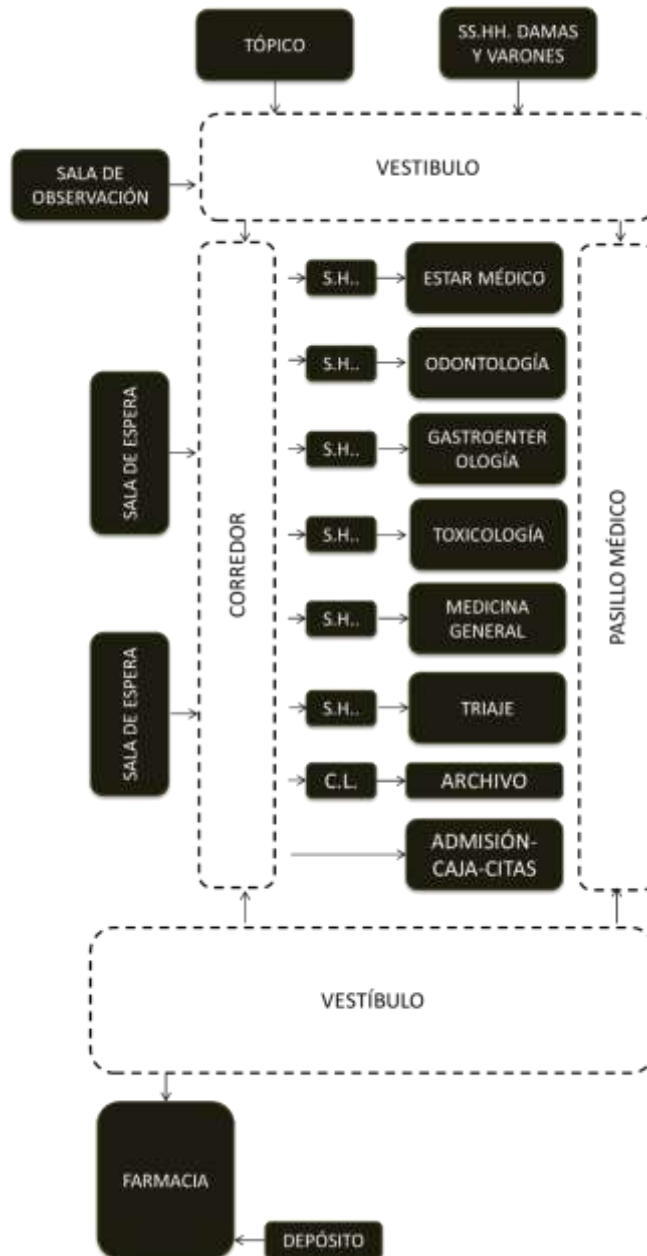
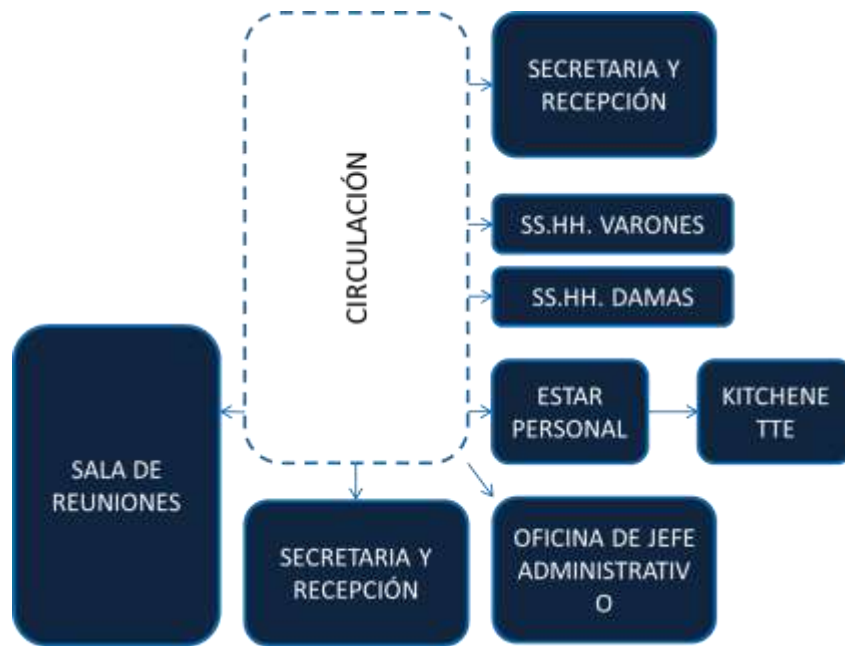


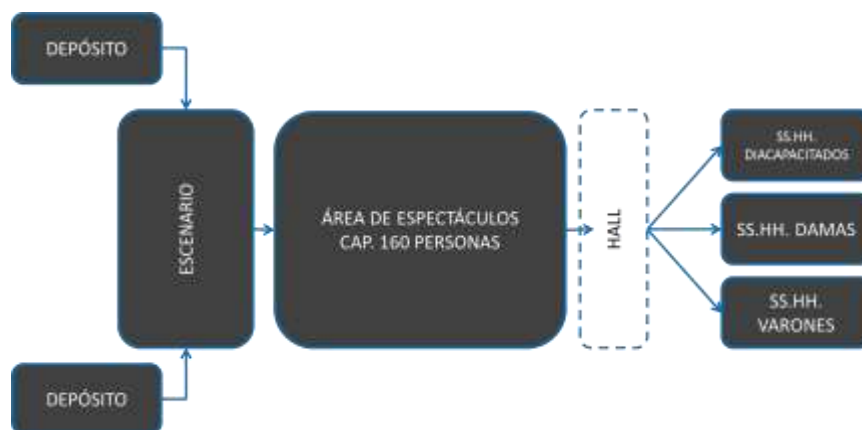
Figura 44. Organigrama Zona de Consultorios  
Fuente: Elaboración Propia

**b. ORGANIGRAMA ZONA ADMINISTRATIVA.**



*Figura 45. Organigrama Zona Administrativa  
Fuente: Elaboración Propia*

**c. ORGANIGRAMA ZONA DE SUM.**



*Figura 46. Organigrama Zona de SUM  
Fuente: Elaboración Propia*

**d. ORGANIGRAMA ZONA DE COMEDOR.**

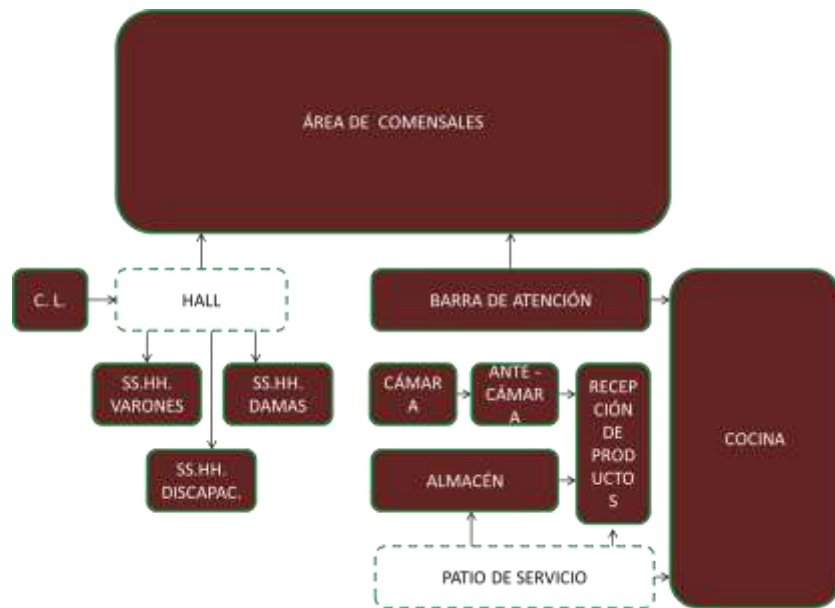


Figura 47. Organigrama Zona de Comedor  
Fuente: Elaboración Propia

**e. ORGANIGRAMA DE ZONA DE MANTENIMIENTO**



Figura 48. Organigrama Zona de Mantenimiento  
Fuente: Elaboración Propia

f. ORGANIGRAMA ZONA DE RESIDENCIA

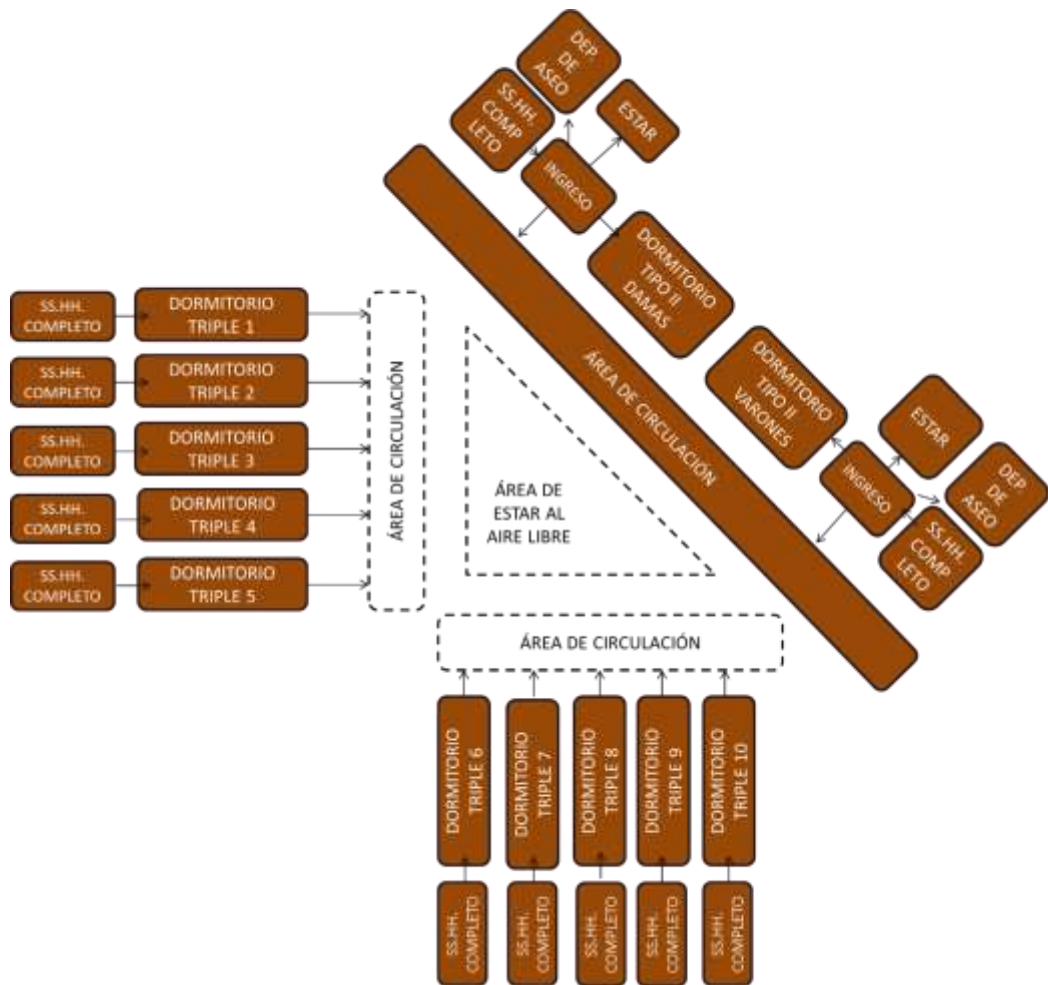


Figura 49. Organigrama Zona de Consultorios  
Fuente: Elaboración Propia

**g. ORGANIGRAMA ZONA DE REHABILITACION MENTAL Y FISICA**

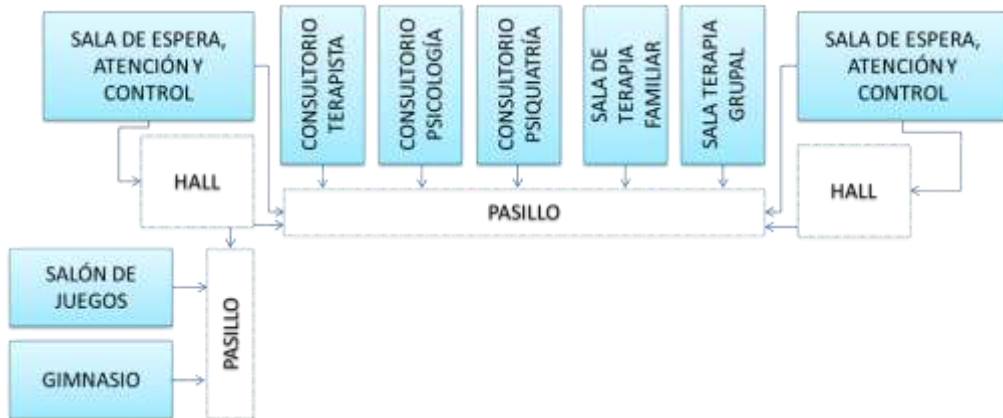


Figura 50. Organigrama Zona de Rehabilitación Mental y física  
Fuente: Elaboración Propia

**h. ORGANIGRAMA DE ZONA DE TALLERES OCUPACIONALES Y REEDUCACION.**

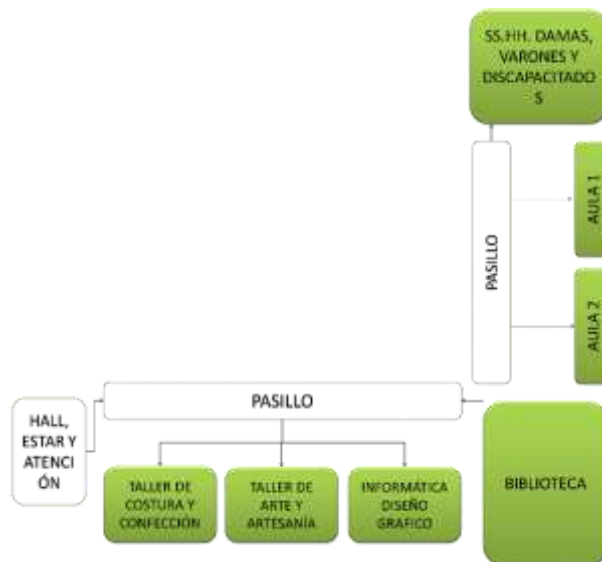


Figura 51. Organigrama Zona de Talleres Ocupacionales  
Fuente: Elaboración Propia

## 5.3. CONCEPTUALIZACIÓN Y PARTIDO

### 5.3.1. CONCEPTO

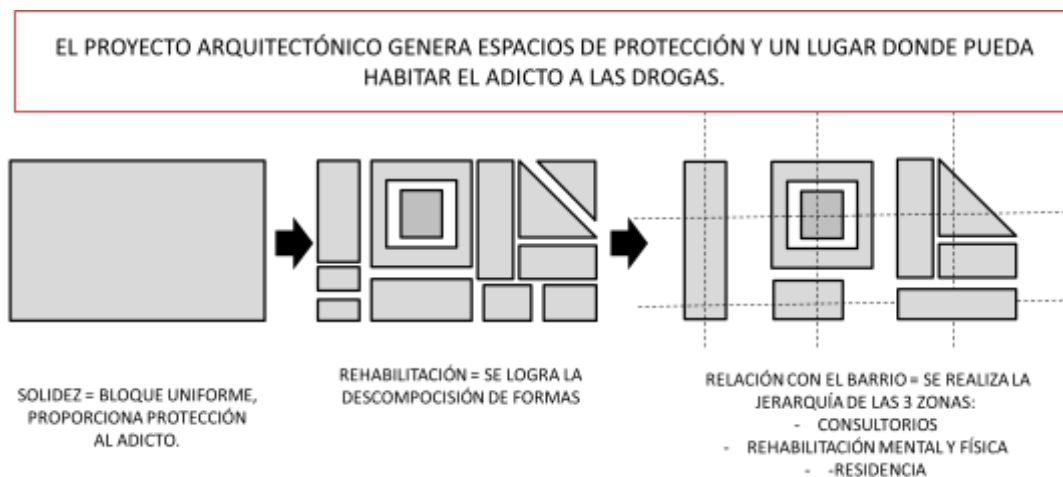


Figura 52. Conceptualización de Abstracción de Formas.

Fuente: Elaboración Propia

### 5.3.2. PARTIDO

Como punto de inicio un ingreso jerarquizado por un espacio abierto principal, el conjunto se organiza con elementos geométricos emplazados en tres zonas, pública, semi-pública y privada según la función de cada zona, organizados por ejes articuladores, eje paisajista y eje de servicio, organizado en una trama ortogonal.

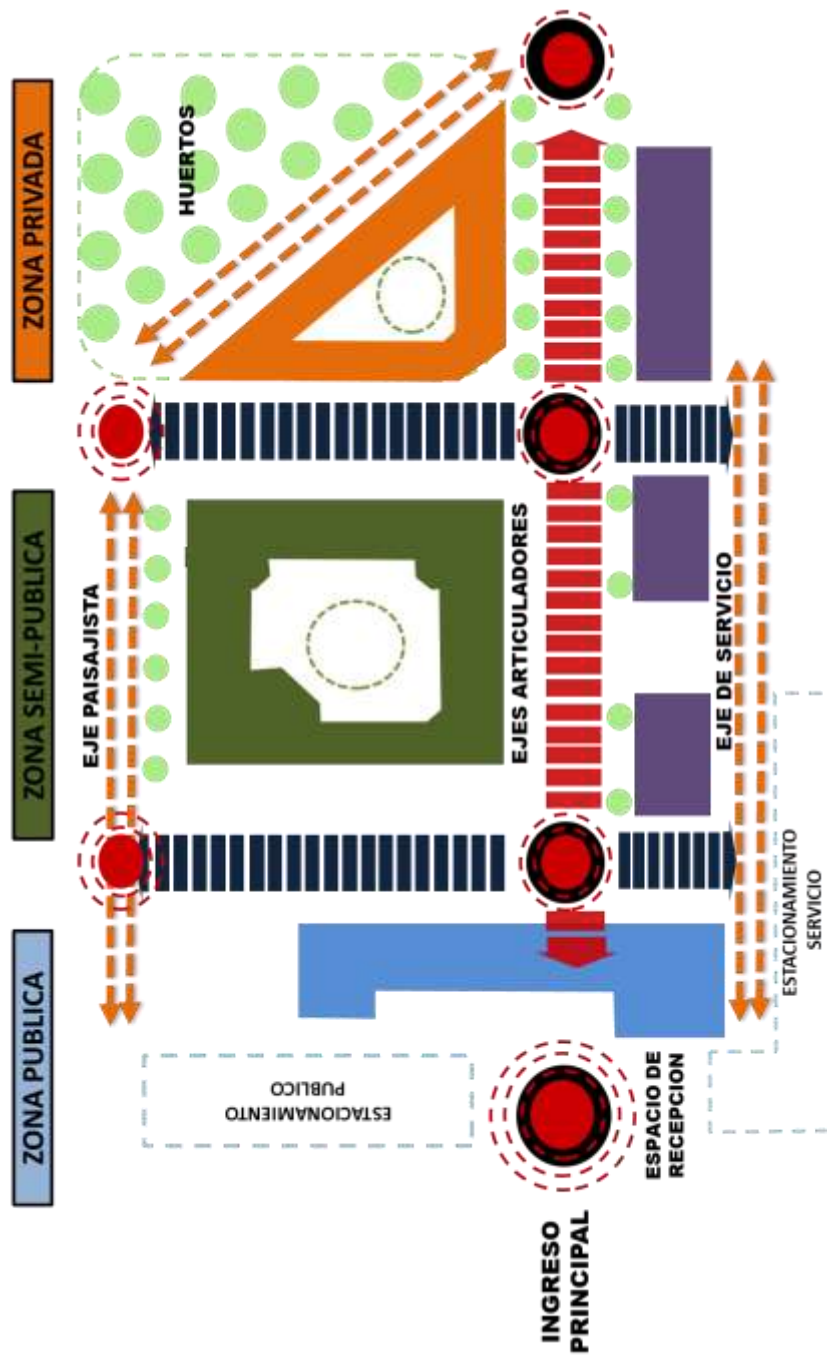


Figura 53. Conceptualización de Abstracción de Formas.  
Fuente: Elaboración Propia

## 5.4. ZONIFICACIÓN

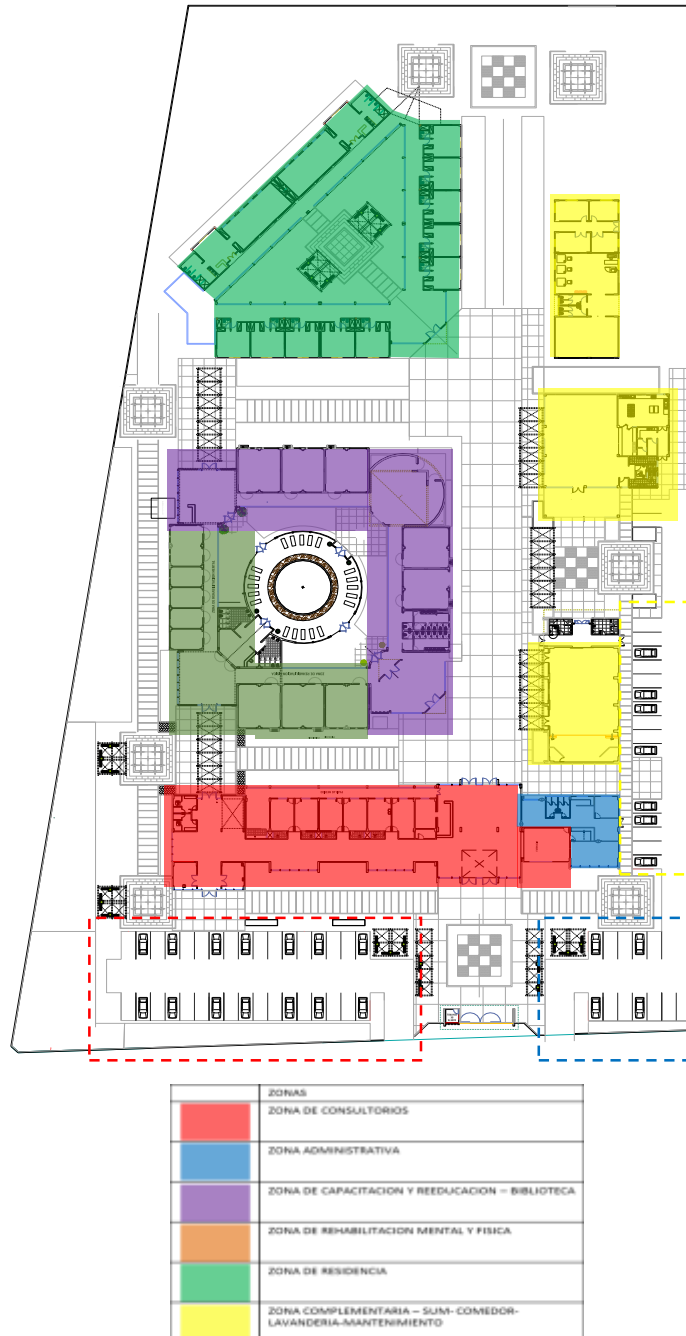


Figura 54. Zonificación.  
Fuente: Elaboración Propia

## 5.5. SISTEMATIZACIÓN O ESTRUCTURACIÓN

### 5.5.1. SISTEMA FORMAL

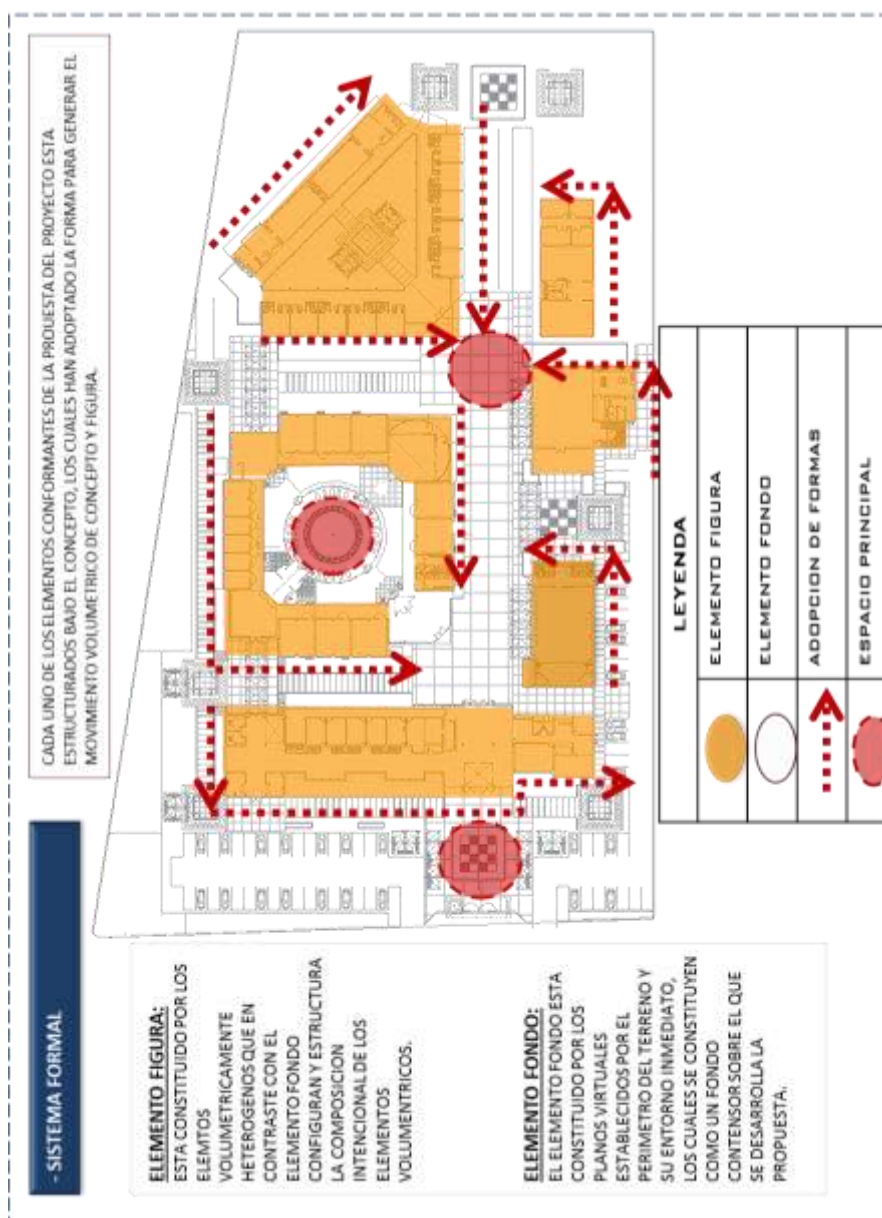


Figura 55. Sistema Formal  
 Fuente: Elaboración Propia

## 5.5.2. SISTEMA DE ESPACIOS ABIERTOS

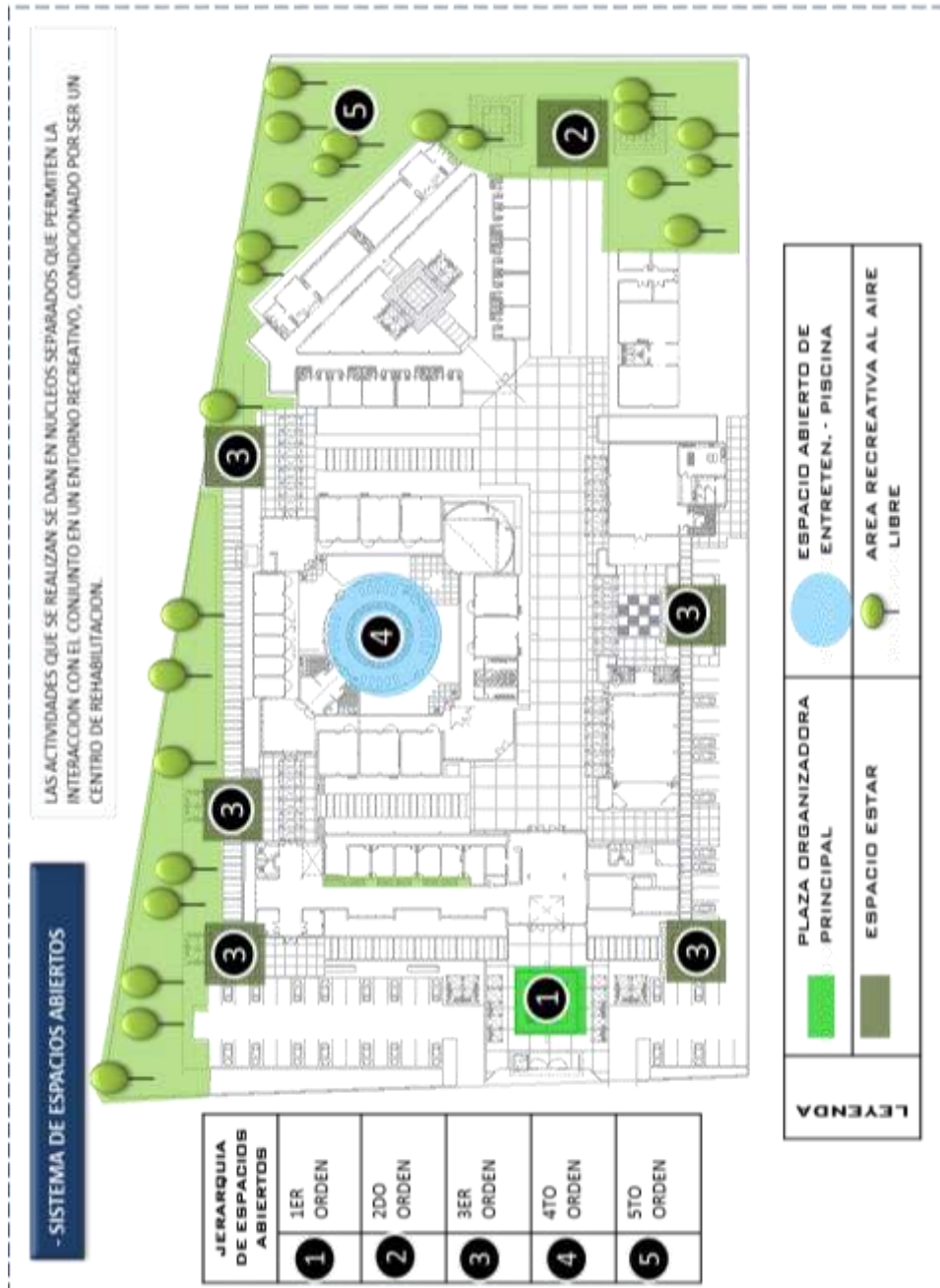


Figura 56. Sistema de Espacios Abiertos  
Fuente: Elaboración Propia

### 5.5.3. SISTEMA FUNCIONAL

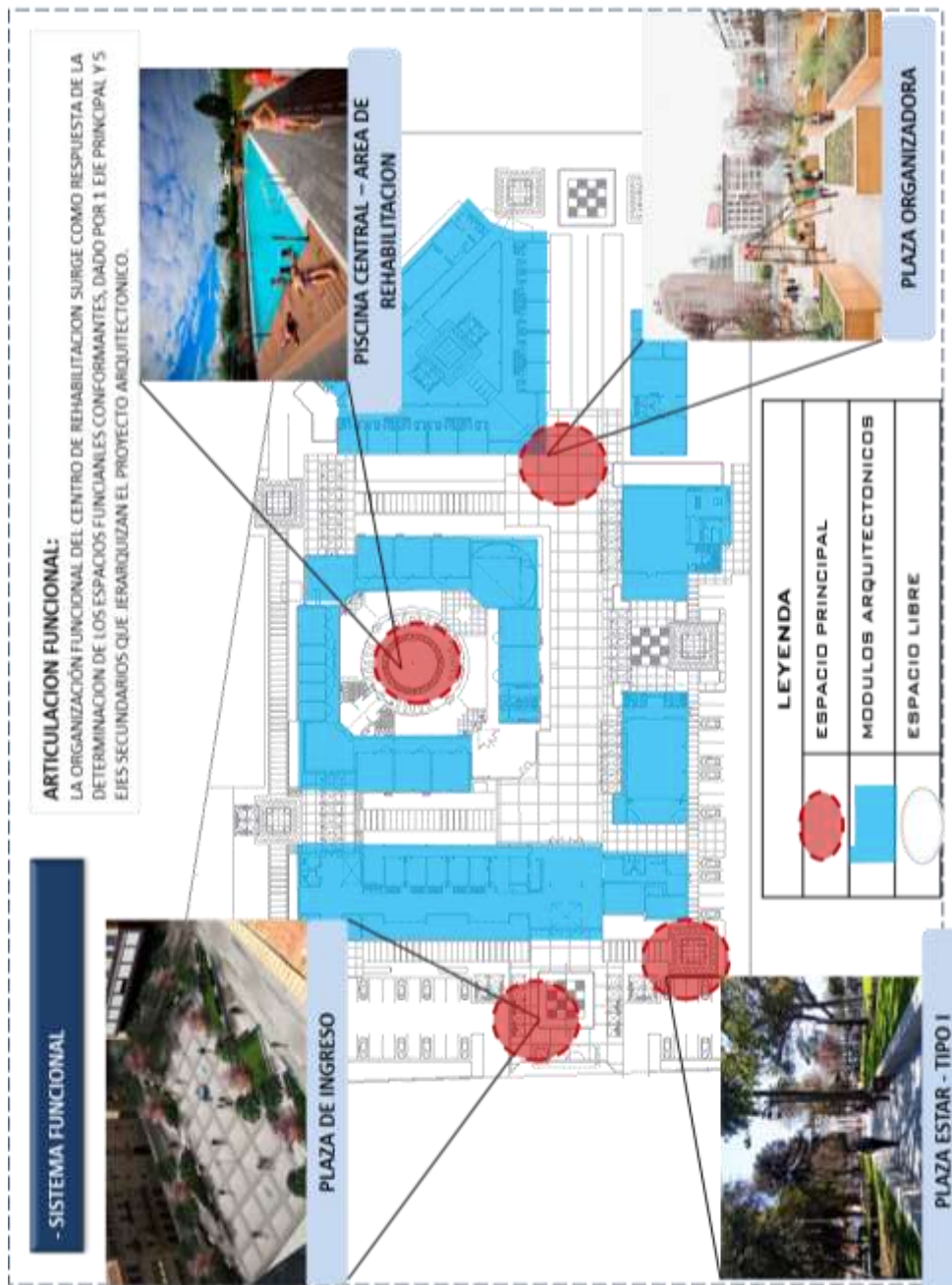


Figura 57. Sistema Funcional  
Fuente: Elaboración Propia

### 5.5.4. SISTEMA DE MOVIMIENTOS

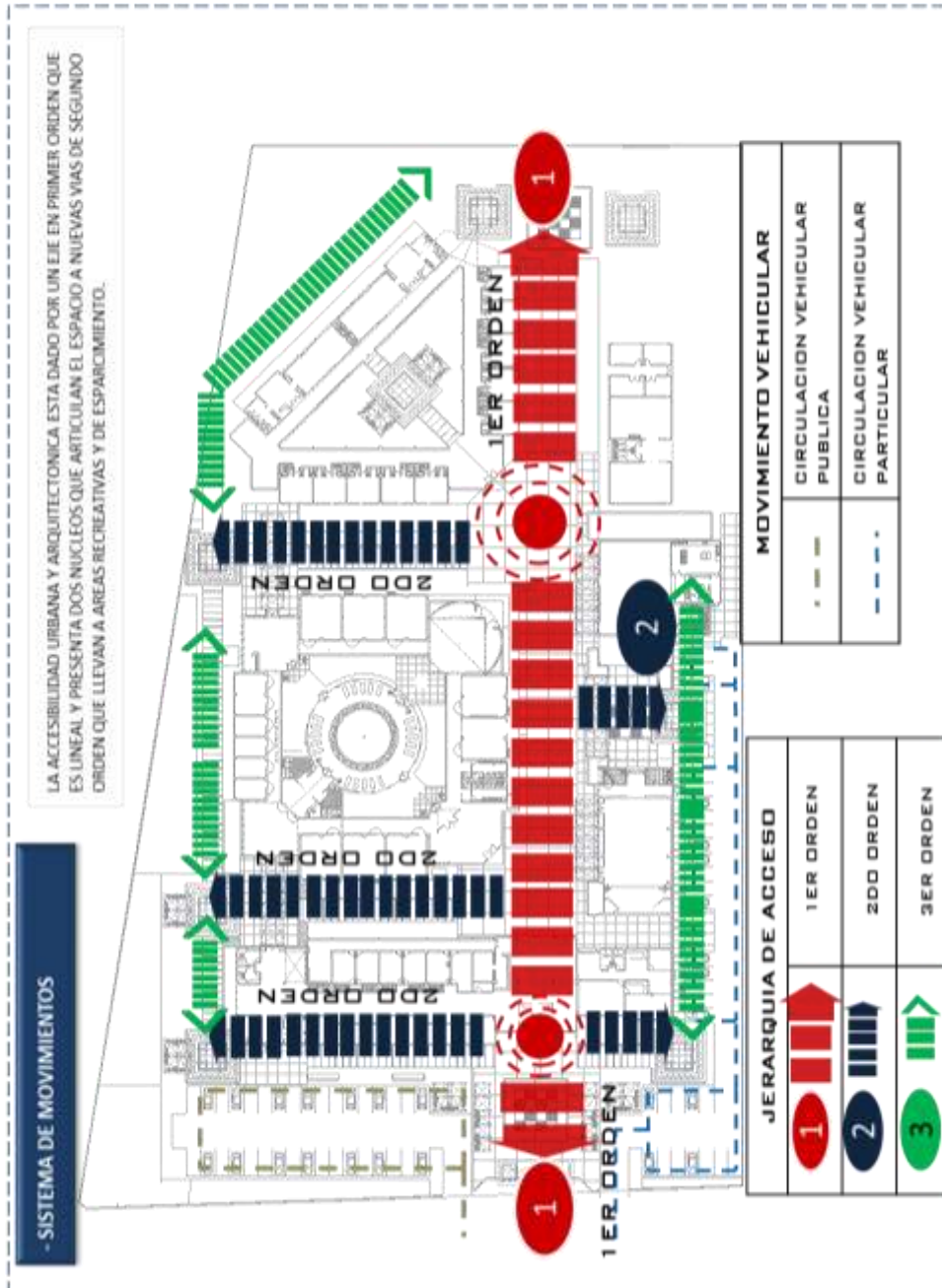


Figura 58. Sistema de Movimientos  
Fuente: Elaboración Propia

### 5.5.5. SISTEMA DE ACTIVIDADES

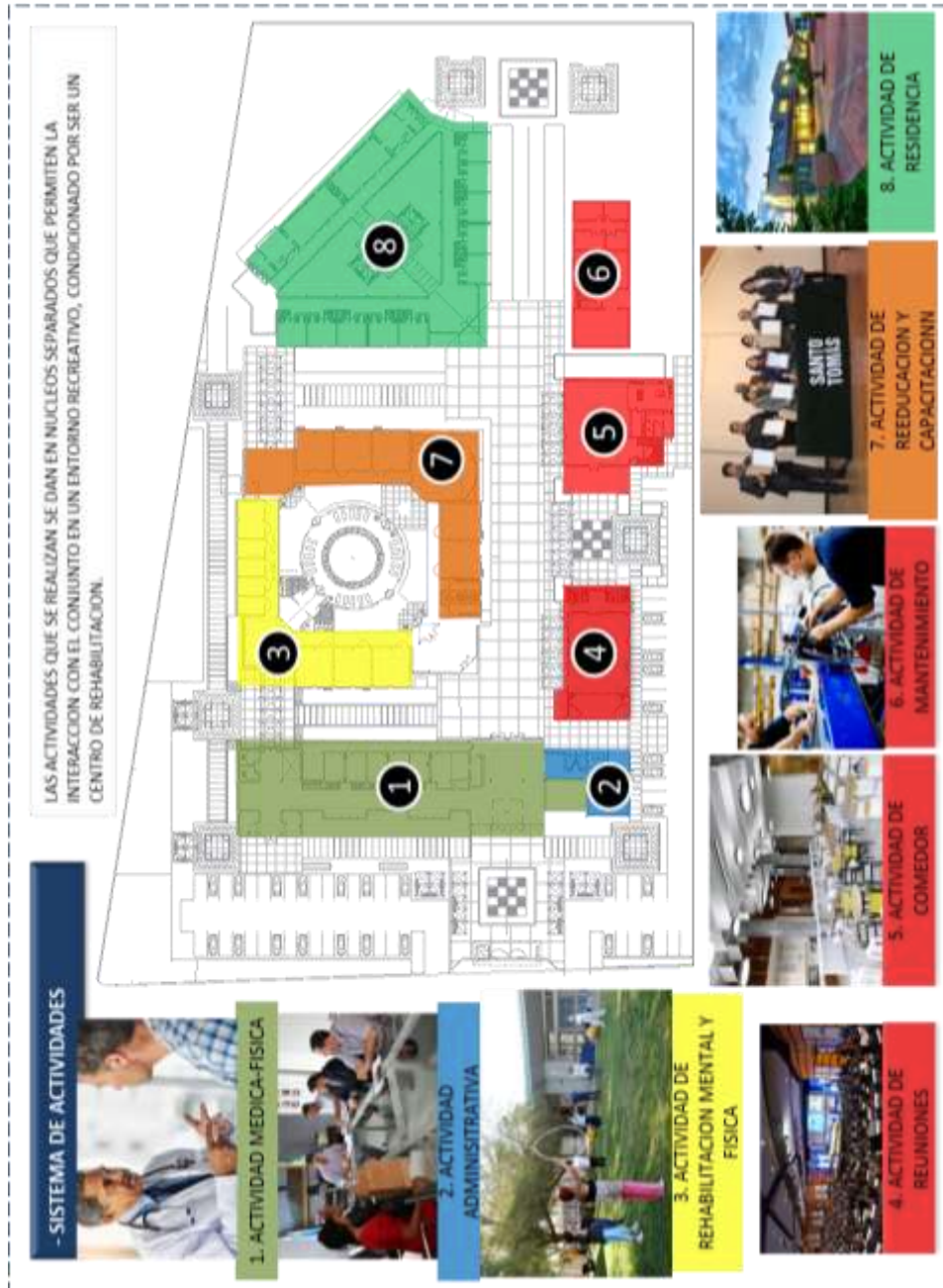


Figura 59. Sistema de Actividades  
Fuente: Elaboración Propia

## 5.6. ANÁLISIS DEL USUARIO

### 5.6.1. POBLACIÓN EN GENERAL

Para el análisis de usuario, se recopiló la información de la población del distrito de Tacna; la cual presenta mayor incidencia en consumo de drogas, teniendo una población total de 92 972 habitantes de población en general.

**Tabla 13.** INEI - Censos Nacionales 2017: XI de Población y VI de Vivienda

DEPARTAMENTO, PROVINCIA, DISTRITO Y EDADES SIMPLES	TOTAL	POBLACIÓN		TOTAL	URBANA		TOTAL	RURAL	
		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
<b>DISTRITO TACNA</b>	<b>92 972</b>	<b>44 800</b>	<b>48 172</b>	<b>86 977</b>	<b>44 485</b>	<b>47 898</b>	<b>589</b>	<b>315</b>	<b>274</b>
Menores de 1 año (001)	1075	545	530	1068	542	526	7	3	4
De 1 a 4 años (004)	4702	2320	2382	4661	2297	2364	41	23	18
De 5 a 9 años (009)	6493	3348	3145	6455	3334	3121	38	14	24
De 10 a 14 años (015)	6749	3394	3355	6715	3377	3338	34	17	17
De 15 a 19 años (021)	7006	3592	3414	6973	3576	3397	33	16	17
De 20 a 24 años (027)	7466	3664	3802	7425	3639	3786	41	25	16
De 25 a 29 años (033)	7125	3406	3719	7082	3379	3703	43	27	16
De 30 a 34 años (039)	6753	3099	3654	6718	3085	3633	35	14	21
De 35 a 39 años (045)	7484	3420	4064	7442	3400	4042	42	20	22
De 40 a 44 años (051)	7218	3321	3897	7169	3297	3872	49	24	25
De 45 a 49 años (057)	6510	3106	3404	6470	3082	3388	40	24	16
De 50 a 54 años (063)	5526	2585	2941	5498	2565	2933	28	20	8
De 55 a 59 años (069)	4730	2204	2526	4693	2184	2509	37	20	17
De 60 a 64 años (075)	4165	1948	2217	4130	1928	2202	35	20	15
De 65 y más años (081)	9970	4848	5122	9884	4800	5084	86	48	38

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017

### 5.6.2. POBLACIÓN ESPECÍFICA DE 12 AÑOS A MÁS

Teniendo como base una población general de 92,972 habitantes en el distrito de Tacna, para el análisis del usuario solo se va a considerar a la población entre hombres y mujeres de 12 años a más teniendo una cantidad de 77,959 habitantes.

**Tabla 14.** *Tabla de población general de INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*

DISTRITO TACNA	POBLACIÓN		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
POBLACIÓN GENERAL DEL DISTRITO	92 972	44 800	48 172
POBLACIÓN GENERAL RESIDENTE DE 12 AÑOS A MÁS	77 959	37612	40 347

*Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XI de Población y VI de Vivienda*

### 5.6.3. PREVALENCIA DE VIDA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN EL PERÚ

- Prevalencia de vida es un indicador general que refleja la tasa de personas que han usado una sustancia al menos una vez en la vida.
- Sin embargo, una persona que ha consumido una droga no necesariamente se convierte en adicta.

- La droga ilegal más consumida es la marihuana; seguida por la PBC y la cocaína, igualmente, mayor en hombres que en mujeres.

**Tabla 15.** Prevalencia de vida de drogas legales e ilegales en el Perú

PREVALENCIA DE VIDA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN EL PERU 2017						
CARACTERISTICAS	ALCOHOL	TABACO	MARIHUANA	PBC	COCAINA	COCAINICAS
	%	%	%	%	%	%
<b>SEXO</b>						
HOMBRE	81.8	62.8	15.5	4.1	3.2	5.9
MUJER	77.2	44.7	2.6	0.4	0.4	0.7
<b>EDAD</b>						
12-18 AÑOS	46.6	20.2	2.7	0.2	0.3	0.5
19-24 AÑOS	83.3	49.3	10.6	1.2	1.4	1.9
25-29 AÑOS	82.3	61.0	10.4	2.0	1.9	3.6
30-39 AÑOS	85.3	56.5	9.6	1.9	2.0	3.1
40-49 AÑOS	84.4	59.7	9.2	3.0	3.0	4.9
50 A MAS AÑOS	82.7	58.6	5.9	2.8	1.0	3.0
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>						
INICIAL, PRIMARIA	68.8	34.4	3.2	1.9	1.6	2.1
SECUNDARIA	73.2	46.1	7.5	2.2	1.2	2.8
SUPERIOR	85.1	59.7	9.2	1.8	2.0	3.2
<b>REGION</b>						
LIMA METROPOLITANA	80.6	53.8	8.2	2.0	1.9	3.1
PROVINCIAS	762.0	49.8	7.9	2.1	1.2	2.6
<b>ESTRATO ECONOMICO</b>						
BAJO	79.5	45.5	6.5	2.3	1.3	2.6
MEDIO	79.0	54.2	8.3	1.8	1.8	3.1
ALTO	79.3	55.8	9.4	2.2	1.6	3.0
<b>TOTAL</b>	<b>79.2</b>	<b>52.5</b>	<b>8.1</b>	<b>2.0</b>	<b>1.6</b>	<b>3.0</b>

Fuente: CEDRO - Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana:

Encuesta En Hogares 2017.

#### 5.6.4. EDAD PROMEDIO DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

La edad promedio de inicio en el consumo de drogas está en alrededor de los 19 hasta los 21 años en el caso de las drogas ilegales.

**Tabla 16.** Edad promedio de inicio de consumo de drogas legales e ilegales en el Perú

SUSTANCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ALCOHOL	17.2	19.1	18.3
TABACO	17.4	19.5	18.4
<b>MARIHUANA</b>	<b>18.7</b>	<b>19.8</b>	<b>18.9</b>
<b>PBC</b>	<b>20.7</b>	<b>21.7</b>	<b>20.8</b>
<b>COCAÍNA</b>	<b>19.8</b>	<b>19.0</b>	<b>19.6</b>

Fuente: CEDRO - Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana:

Encuesta En Hogares 2017.

#### 5.6.5. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ADICTOS EN EL PERÚ

- No es sencillo establecer el número de adictos en el país dado que no existe un registro de estas personas en los registros hospitalarios o centros de tratamiento; además muchas de estas personas jamás se han aproximado en busca de atención.

- Es difícil determinar si una persona es o no adicta pues la adicción es una enfermedad que se debe evaluar en un ambiente clínico a cargo de una profesional especialista.
- Sin embargo, es posible tener una idea del número de adictos a partir de estudios clínicos que evalúan qué porcentaje de las personas que consumen una droga podrían llegar a desarrollar adicción.
- Aplicando dichos porcentajes a los resultados obtenidos en el presente estudio, se obtendría lo siguiente:

**Tabla 17.** *Estimación de adictos en el Perú*

SUSTANCIA	PREVALENCIA DE VIDA	EXPANSIÓN POBLACIONAL	PORCENTAJE ESTIMADO DE ADICTOS	POBLACIÓN ADICTA ESTIMADA
ALCOHOL	79.2	11,574,253	15%	1,735,138
TABACO	52.5	7,572,383	32%	2,455,163
MARIHUANA	8.1	1,189,002	9%	107,013
COCAÍNA	3.0	432,437	17%	735,14

*Fuente: CEDRO - Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana:*

*Encuesta En Hogares 2017.*

### 5.6.6. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ADICTOS EN EL DISTRITO DE TACNA.

La estimación aproximada del número de adictos en el Distrito de Tacna, se obtendrá de los cálculos determinados de la siguiente manera:

- **POBLACIÓN ESTIMADA DE ADICTOS A LA MARIHUANA**

La población estimada de adictos a la marihuana en el Distrito de Tacna, sería de 569 personas.

**Tabla 18.** *Estimación de adictos en el Distrito de Tacna*

SUSTANCIA	PREVALENCIA DE VIDA	POBLACIÓN DE 12 AÑOS A MÁS DEL DISTRITO DE TACNA	POBLACIÓN CON PREVALENCIA DE VIDA
MARIHUANA	8.1%	77 959	6 315

POBLACIÓN CON PREVALENCIA DE VIDA (MARIHUANA)	PORCENTAJE ESTIMADO DE ADICTOS	ADICTOS A MARIHUANA (POBLACIÓN DE 12 AÑOS A MÁS)
6 315	9%	569

*Fuente: Elaboración propia*

- **POBLACIÓN ESTIMADA DE ADICTOS A LAS DROGAS COCAÍNICAS.**

La población estimada de adictos a las drogas cocaínicas en el Distrito de Tacna, sería de 398 personas.

**Tabla 19.** *Estimación de Adictos a las Drogas Cocainicas.*

SUSTANCIA	PREVALENCIA DE VIDA	POBLACIÓN DE 12 AÑOS A MÁS DEL DISTRITO DE TACNA	POBLACIÓN CON PREVALENCIA DE VIDA
DROGAS COCAÍNICAS	3%	77 959	2 339

POBLACIÓN CON PREVALENCIA DE VIDA (MARIHUANA)	PORCENTAJE ESTIMADO DE ADICTOS	ADICTOS A DROGAS COCAÍNICAS (POBLACIÓN DE 12 AÑOS A MÁS)
2 339	17%	398

*Fuente: Elaboración propia*

Por lo tanto, estimación del número de adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna vendría a ser 967 personas que demandan del servicio.

#### **5.6.7. POBLACIÓN DEMANDANTE DEL SERVICIO.**

De acuerdo a la información recopilada en campo, se determinó la población servida por año en el Distrito de Tacna, teniendo 70 pacientes atendidos bajo la modalidad de comunidad terapéutica con tratamiento residencial, y semi residencial con 390 pacientes atendidos.

Teniendo una población atendida y servida de 460 pacientes atendidos por año.



*Tratamiento de las Drogas 2012”- OPD (Observatorio Peruano de Drogas).*

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

**Tabla 21.** *Población Demandante del Servicio*

TIPO DE TRATAMIENTO	TRATAMIENTO AMBULATORIO	SEMI RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	TOTAL
PORCENTAJE	58,9 %	7,8 %	33,3 %	100 %
N° POBLACIÓN DEMANDANTE NO SERVIDA	299	39	169	507

*Fuente: RIDET (Red de Información de demanda y tratamiento de pacientes dependientes a sustancias Psicoactivas): “Prevención y Tratamiento de las Drogas 2012”- OPD (Observatorio Peruano de Drogas).*

Por lo expuesto, se plantea una infraestructura con un internamiento de 100 camas que vendría a ser el 60 % de la población adicta que necesita un tratamiento residencial y con una atención del 100% en el tratamiento ambulatorio.

### **5.6.8. PERFIL DEL PACIENTE**

Según el Observatorio Peruano de Drogas - OPD "Prevención y Tratamiento de las Drogas 2012.

- Entre los años 2008 y 2011 mayoritariamente la demanda se presenta en varones con más del 80%, hay que señalar que los servicios residenciales que reportan son mayoritariamente de varones y en cuanto a los servicios ambulatorios se reportan casos de ambos sexos.
- De otro lado uno de cada dos personas que presentan una demanda de tratamiento tiene una edad entre los 19 a 35 años, no se ha presentado una variación significativa por grupos de edad en el periodo de años analizado.
- Uno de cada dos casos atendidos tiene un nivel de instrucción de educación secundaria y son solteros. Hay que destacar que alrededor de la tercera parte de los casos han alcanzado un nivel de educación superior.
- En cuanto a la composición familiar en el periodo previo a la presentación de la demanda, la cuarta parte manifestó tener una convivencia con ambos padres.

Finalmente, en cuanto a la situación laboral, seis de cada 10 pacientes se encuentran desempleados o con un trabajo eventual.

#### **5.6.9. TIPO DE USUARIO**

El tipo de usuario se define según su actividad que realiza en el centro de tratamiento y rehabilitación, de los cuales se encuentra lo siguiente:

- **Usuario paciente:** se refiere al usuario del estudio, conformado por la población demandante sin servir, conformado por un total de 507 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 58.9 % de la población demandante sin servicios, con características de abuso e inicios de dependencia por drogas, con un total de 299 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 33.3% de la población demandante sin servicios, 169 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 44 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 44 trabajadores dentro del centro distribuido en las siguientes áreas:

**Área Administrativa (11 profesionales)**

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

### **Área de rehabilitación física y mental (13 profesionales)**

- 2 psiquiatras
- 2 psicólogos
- 2 terapeutas
- 3 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 cómputo

### **Área médica y de servicios (19 profesionales)**

- 1 laboratorista.
- 1 farmacéutico.
- 2 Técnico en informes y admisión
- 2 Enfermeras para tópico y triaje.
- 1 médico en medicina general.
- 1 médico odontólogo.
- 1 médico en toxicología.
- 1 médico en cardiología.
- 1 médico en gastroenterología.
- 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; 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.

**5.7. ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO (VER ANEXO TOMO II)**

**5.8. PROYECTO ARQUITECTÓNICO (VER ANEXO TOMO II)**

## **5.9. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **5.9.1 MEMORIA DESCRIPTIVA**

**PROYECTO: "CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ADICTOS A LAS DROGAS ILEGALES - TACNA - TACNA"**

**UBICACIÓN :**

Departamento : Tacna

Provincia : Tacna

Distrito : Tacna

**FECHA** : Tacna, Setiembre del 2019

---

## **I. GENERALIDADES**

Se describe de la presente memoria descriptiva, El proyecto arquitectónico "CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ADICTOS A LAS DROGAS ILEGALES - TACNA - TACNA".

Como parte del Proyecto de Tesis se ha elaborado dicho Proyecto presentando las siguientes características.

## **II. CARACTERÍSTICAS DEL TERRENO**

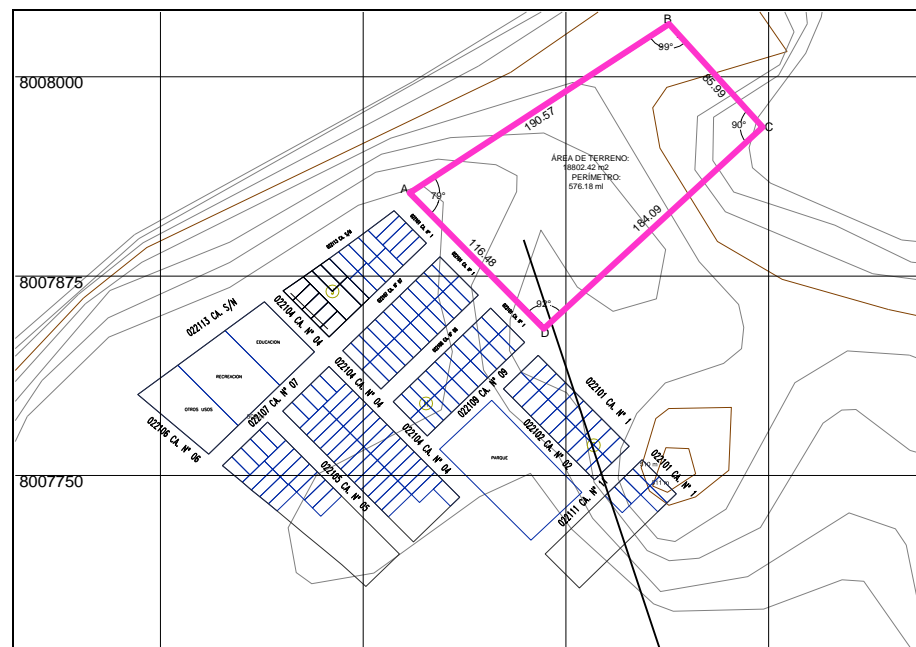
### **TERRENO**

El área de intervención está compuesta por área agrícola y zona eriaza, en una topografía regular con pendiente constante del 1.5%

## SERVICIOS BÁSICOS

El proyecto cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y electricidad.

### III. UBICACIÓN



**PLANO DE UBICACIÓN**

Esc: 1/5 000

*Figura 61. Plano de Ubicación*  
*Fuente: Elaboración Propia*

#### **IV. CARACTERÍSTICAS DEL TERRENO**

##### **4.1. LINDEROS**

- FRENTE: En línea recta de 116.48ml, con la Av. Santa Cruz.
- FONDO: En línea recta 85.99ml, con el terreno rústico propiedad de terceros.
- DERECHA: En línea recta 184.09ml., con el terreno rústico propiedad de terceros.
- IZQUIERDA: En línea recta 190.57ml., con avenida proyectada.

##### **4.2. ÁREA Y PERÍMETRO:**

- **ÁREA DE TERRENO:** 18 802.42 M2.
- **PERÍMETRO:** 576.18 ML.

##### **4.2. COMPONENTES DEL PROYECTO:**

- |                                       |   |                         |
|---------------------------------------|---|-------------------------|
| • Construcción de Consultorios        | : | 654.80 m <sup>2</sup>   |
| • Construcción en Administración      | : | 1,919.67 m <sup>2</sup> |
| • Construcción de SUM:                | : | 667.11m <sup>2</sup>    |
| • Construcción de Comedor             | : | 47.04m <sup>2</sup>     |
| • Construcción de Residencia          | : | 351.89m <sup>2</sup>    |
| • Construcción de Servicios Generales | : | 76.81m <sup>2</sup>     |

- Construcción de Rehabilitación mental y física: 1, 684.75m<sup>2</sup>
  - Construcción de Talleres Ocupaciones y Reed: 922.51 m<sup>2</sup>
  - Piscina y Losa Deportiva : 276.55 m<sup>2</sup>
- Área total Construido :8971.595m<sup>2</sup>**

#### **V. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO**

El financiamiento para la construcción y equipamiento del Centro de Tratamiento y rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna, será asumido por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA.

#### **VI. PLAZO DE EJECUCIÓN**

La ejecución del proyecto es de 360 en días calendarios contables al inicio de obra.

#### **VII. OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO**

La operación y mantenimiento será de responsabilidad de los beneficiarios directos de la infraestructura.

## 5.10. CONCLUSIONES

- El diseño arquitectónico de un centro de tratamiento y rehabilitación, contribuirá a mejorar las condiciones de vida de los adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna, como una solución al problema planteado.
- El análisis y diagnóstico del estado situacional de las infraestructuras que atienden el tratamiento y rehabilitación de los adictos a las drogas ilegales, nos ha permitido realizar una propuesta arquitectónica que cumple con los estándares de calidad.
- El análisis y diagnóstico de la situación que presenta la atención a los adictos a las drogas ilegales, me ha permitido identificar las necesidades y características de los usuarios, y así poder generar un programa arquitectónico.
- Se ha determinado un terreno con las condicionantes y determinantes óptimas para el desarrollo del centro de tratamiento y rehabilitaciones para adictos a las drogas ilegales en el Distrito de Tacna.
- El diseño del proyecto arquitectónico de un Centro de tratamiento y rehabilitación para los adictos a las drogas ilegales, ha logrado crear espacios interiores que llegan a

generar una relación entre el usuario y la arquitectura, permitiendo que forme parte de la terapia de rehabilitación.

### **5.11. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda una mayor participación de las instituciones privadas y del estado, ya que actualmente es un problema de gravedad a nivel nacional y de actualidad, promoviendo programas sociales de concientización, capacitaciones y educación, considerando que no solo se requiere tratamiento a los adictos, sino que también asistencia a su entorno familiar.
- Para la realización de un proyecto de esta envergadura se deberá tomar en cuenta toda la normatividad vigente, topografía, características del suelo y el clima de la zona.
- El proyecto arquitectónico debe integrarse a su entorno, con la finalidad de no perder la identidad y características propias de la zona.

## 5.12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú, Observatorio Peruano de Drogas (OPD) – 2010.
- El problema de las drogas en el Perú (2015). CEDRO (centro de información y educación para la prevención del abuso de las drogas).
- Ley N°29765 (2012), Ley que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas (Decreto Supremo N°006-2012-SA).
- Mack, A. (2003). GUÍA. Tratamiento del alcoholismo y las adicciones. España; Masson.
- Maxwell J. : “Psiquiatría Social: Un estudio sobre las Comunidades Terapéuticas” – Penguin Books – 1952
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2008). Definición de Droga. (En red) Fecha de consulta Febrero 24 del 2011 Disponible en: <http://www.las-drogas.com/>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC), Informe Mundial sobre las Drogas – 2017.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC), Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas – 2003.

- Princeton University (2010) centro de rehabilitación. (En Red). Fecha de consulta mayo 12 del 2011. Disponible: <http://wordnet.princeton.edu>.
- Slaikea, K. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. (2da. Ed.) México: Manual Moderno.
- Serrano, J. N. (1995), El fenómeno Psicosocial de las drogas. Quito, Ecuador. Casa de la Cultura Ecuatoriana.

### 5.13. ANEXOS

(Anexar matriz de consistencia, otros).

---

#### Matriz de consistencia

---

Título: “Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales, en el Distrito de Tacna”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicadores
¿De qué manera el diseño arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación contribuirá a mejorar las condiciones de vida de los adictos a las drogas ilegales en el distrito de Tacna	Elaborar un diseño arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación para adictos a las drogas ilegales en el distrito de Tacna	El diseño arquitectónico de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación, contribuirá a mejorar las condiciones de vida de los adictos a las drogas ilegales en el distrito de Tacna	<b>Variable independiente</b> Centro de Tratamiento y Rehabilitación	<b>Indicadores variables independiente:</b> - Programación de ambientes - Requerimiento de áreas - Partido arquitectónico - zonificación
			<b>Variable dependiente</b> Adictos a las Drogas Ilegales	<b>Indicadores variables dependiente:</b> - Problemas Endógenos y exógenos - Tipos de droga - Tratamiento de la adicción

---

*Fuente: Elaboración Propia*



